UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ALLAITEMENT MATERNEL ET MEDECINE GENERALE

ETUDE A PROPOS DES REPRESENTATIONS ET DES CONNAISSANCES DE 18 MEDECINS GENERALISTES, S'ARTICULANT AUTOUR D'UNE SOIREE DE FORMATION MEDICALE CONTINUE

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (Diplôme d'Etat)
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 26 SEPTEMBRE 2005, PAR

Vicky DEBONNET-GOBIN

Mots clés

Allaitement maternel, Médecine générale, Formation médicale continue, Représentations de l'allaitement, Prise en charge de l'allaitement

RESUME

But
Faire un « instantané » des représentations et des pratiques de médecins généralistes de la Somme vis-à-vis de l'allaitement maternel, sensibiliser et former ces médecins à la prise en charge de l'allaitement maternel, évaluer l'impact immédiat et à distance d'une FMC.

Méthodes
L'étude repose sur plusieurs questionnaires anonymisés auxquels ont répondu 18 médecins généralistes, avant et après une soirée de Formation Médicale Continue (FMC).

Résultats
Les praticiens attendent surtout d'une FMC sur l'allaitement des informations pratiques et des conseils. Ils estiment que leur rôle est avant tout de conseiller et de soutenir les jeunes mères.
Environ 2/3 des médecins de l'étude ont une expérience personnelle de l'allaitement avec une durée d'allaitement plus longue que la moyenne nationale (3 mois vs 8-10 semaines). Cependant, j'ai pu distinguer des attitudes plus ou moins actives et favorables à l'allaitement selon l'expérience et le sexe du praticien:
- groupe AM+ (praticiens avec une expérience personnelle de l'allaitement) : ayant participé activement à l'étude, plus jeunes, semblant actifs vis-à-vis de l'allaitement (promotion, soutien, durée), se sentant à l'aise dans la prise en charge, favorable à un allaitement prolongé, et notamment les femmes donnant des réponses originales ;
- groupe AM- (praticien sans expérience personnelle) : plus âgés, ne se sentant pas à l'aise face aux questions des mères et présentant attitudes et représentations mitigées
La moitié des items cités comme caractéristiques de l'allaitement, concernent la relation mère-enfant privilégiée ou la valeur affective de l'allaitement (20 items/50). L'aspect naturel ou pratique de l'allaitement est peu cité (6 items/50). Le coût financier de l'allaitement est donné comme dernière préoccupation par la majorité des médecins.
Pour eux les facteurs d'échec ou de réussite sont liés aux informations et conseils que peuvent recevoir les mères, à la motivation et à la disponibilité de la mère.

Par rapport aux connaissances théoriques, la formation a eu un impact positif sur la majorité des médecins sur les points suivants : intérêt d'une consultation systématique au 10° jour, position correcte du bébé au sein ; relation crevasse/mauvaise position au sein ; critères d'un allaitement qui se déroule bien ; conduite de l'allaitement à la reprise du travail ; coût de l'allaitement. Par contre, certains items n'ont pas été intégrés : l'absence de limitation dans la durée des tétées, influence négative du stress et de la fatigue, confusion sein-tétine.

Au décours de la FMC, les médecins disent avoir été interpellés par l'intérêt d'une consultation précoce, et par la position correcte du nourrisson au sein. Les conduites à tenir face aux crevasses et lymphangite sont maîtrisées par la plupart des médecins. La conduite de l'allaitement à la reprise du travail s'est modifiée en faveur d'un allaitement mixte ou de la poursuite complète de l'allaitement

Conclusion
Globalement la FMC a eu un impact positif. Cependant, il a été difficile d'obtenir l'adhésion de tous les médecins. Il paraît souhaitable d'intégrer à la formation initiale des étudiants des cours sur l'allaitement maternel, afin que chaque praticien ait une prise en charge adéquate.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : L'ALLAITEMENT MATERNEL

Les bénéfices de l'allaitement maternel
- Pour le nourrisson
- Pour la mère
- Pour la famille
- Pour la société

Taux d'allaitement maternel
- En France
- En Europe

Critères déterminant le choix de l'alimentation du nourrisson et la durée de l'allaitement
- Motifs invoqués par les mères pour le choix de l'alimentation
- Critères socioculturels intervenant dans le choix de l'alimentation
- Facteurs influençant la durée de l'allaitement

Physiologie de la lactation et de l'allaitement
- Mise en place de la lactation
- Régulation locale
- Rôle de la position du bébé au sein
- La composition du lait
- Le transit des nourrissons allaités
- La courbe de croissance des nourrissons allaités
- La position au sein et le déroulement d'une tétée
- L'installation
- La prise du sein
- Le déroulement d'une tétée

Les éléments de contrôle d'un allaitement suffisant

Comment tirer et conserver le lait maternel
- L'expression du lait maternel
- La conservation du lait

Le sevrage et la reprise du travail
- Recommandations officielles
- Arrêt brutal de l'allaitement
- Arrêt progressif (programmé)
- Poursuite d'un allaitement mixte ou exclusif

Prise en charge des complications
Douleur
Crevasse
Engorgement
Lymphangite
Abcès
Mycose

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE

I. METHODES

A) Choix de la méthode
B) Objectifs pédagogiques
C) Choix de la population
D) Questionnaires
E) Anonymisation des questionnaires
F) Déroulement de la soirée de FMC
G) Analyse des résultats

II. RESULTATS

A) Résultats du premier questionnaire
1°) Population étudiée
2°) Données personnelles
3°) Attentes vis-à-vis d'une Formation Médicale Continue
4°) Rôle du médecin généraliste
5°) Promotion de l'allaitement
6°) Représentations de l'allaitement et du lait maternel
7°) Soutien aux mères
8°) Pratique quotidienne
9°) Durée d'allaitement et représentations
10°) Autres représentations
Conclusion des résultats du premier questionnaire

B) Résultats du pré/ post test
1°) Données générales
2°) Résultats par question
Diagrammes récapitulatifs
Conclusion des résultats du test

C) Résultats du questionnaire à distance
1°) A propos de la soirée de FMC
2°) A propos des connaissances acquises
Conclusion et commentaires

III. DISCUSSION ET PROPOSITIONS

A) Choix de la méthode
B) Choix de la population
C) Questionnaires
D) Discussion des résultats
1°) Premier questionnaire
2°) Réponses au test
3°) Questionnaire à distance
E) Propositions

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

REFERENCES INTERNET

ANNEXES
Annexe 1 : Premier Questionnaire
Annexe 2 : Pré/Post-Test
Annexe 3 : Questionnaire à distance
Annexe 4 : Extraits du Code du Travail français
Annexe 5 : Médicaments et Allaitement
Annexe 6 : Les objectifs prioritaires et spécifiques du Programme National Nutrition Santé (PNNS)
Annexe 7 : Les 10 conditions pour devenir « Hôpital Ami des Bébés »
Annexe 8 : Le Code international de commercialisation des substituts de lait

INTRODUCTION

Et si l'Humanité avait un remède universel qui permettrait aux nourrissons du monde entier d'avoir une meilleure santé et un développement optimal ? Un remède qui permettrait aux mères de se protéger contre certaines pathologies ? Un remède naturel qui ne coûterait quasiment rien aux familles ? Qui ne coûterait rien à produire pour les nations ? Un remède qui permettrait de réaliser des économies substantielles pour la Sécurité Sociale en France ? Ce serait un remède miraculeux, non ?
Et si ce remède était aussi vieux que l'Humanité ?
Et si ce remède était tout simplement le lait maternel ?

Pourquoi l'Homme, qui est un mammifère parmi d'autres, a-t'il abandonné l'allaitement maternel ? Pour se différencier de l'animal ? Pour affirmer son intelligence (réussir à nourrir parfaitement les nouveaux-nés grâce à un lait « artificiel ») ? Pour la femme, acquérir la liberté sociale et l'égalité des sexes ?
La plupart des petits des mammifères naissent en étant capables de marcher. Le bébé humain naît « inachevé » et dépendant. Pour lui, le maternage est vital. L'allaitement maternel permet une période de transition douce pour l'enfant et la mère : période où le lien privilégié de la grossesse se transforme et s'ouvre à l'entourage (père), période où mère et enfant tissent des liens forts.

Actuellement en France, un nouveau-né sur deux bénéficie de l'allaitement maternel, et ceci pour une durée moyenne de 2 mois [1-9]. Ce taux d'allaitement et surtout la durée restent inférieurs à beaucoup de pays européens [10]. Les femmes françaises qui choisissent d'allaiter leur enfant ont un profil particulier : niveau socioprofessionnel élevé, âgées de 30 ans ou plus, multipares, non fumeuses. Ces femmes sont nombreuses à exercer une activité professionnelle et à arrêter l'allaitement à la reprise du travail. Cependant si elles peuvent bénéficier d'un congé parental, elles allaitent plus longtemps.

Les taux d'initiation et la durée d'allaitement ne reflètent qu'une partie de la réalité. Les mères ont en effet un « projet » d'allaitement d'une durée plus ou moins longue, or selon les études on retrouve un sevrage précoce (au cours du premier mois) chez 17 à 31% des mères ayant initié un allaitement [5-9, 11]. Ces chiffres correspondent aux taux d'échec d'allaitement car les arrêts à cette période sont rarement volontaires (la première raison invoquée est le manque de lait). Dans cette période où la mère est psychologiquement fragile et où le lien mère-enfant se construit intensément, un échec d'allaitement peut avoir des conséquences importantes et marquer durablement la mère.

En attendant un changement culturel plus favorable à l'allaitement, il est urgent d'aider les femmes qui font le choix d'allaiter, d'éviter un échec. En tant que futur médecin généraliste, je me suis donc intéressée à la prise en charge des mères et des nourrissons par les omnipraticiens. Les médecins généralistes sont en première ligne du réseau de soins et les plus proches des patientes.

J'ai souhaité faire un état des lieux des représentations, des connaissances et des pratiques de médecins généralistes. Pour ce faire, je me suis adressée à des praticiens participant régulièrement au groupe de Formation Médicale Continue (FMC) « Pégase ».
Faire cet état des lieux ne m'a pas semblé suffisant. En accord avec ma directrice de thèse, nous avons décidé de réaliser une action pédagogique et de sensibilisation lors d'une soirée de formation. Notre étude s'est articulée autour de cette FMC animée par un pédiatre pour répondre aux questions suivantes : Quelles sont les représentations et les pratiques du médecin généraliste vis-à-vis de l'allaitement maternel ? Une séance de formation permet-elle d'améliorer les connaissances sur le sujet ? Permet-elle aux praticiens de mieux appréhender l'allaitement ?

PREMIERE PARTIE :

L'ALLAITEMENT MATERNEL

BENEFICES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

De nombreuses études démontrent les avantages de l'allaitement maternel tant pour le nourrisson que pour la mère, la famille et même la société. Ces avantages sont d'ordre médical, psychologique mais aussi financier.
Afin de bien comprendre les enjeux de l'allaitement maternel, j'expose ici les différents bénéfices reconnus dans la littérature.

Bénéfices pour le nourrisson [1, 12-16]

Preuves certaines :

- lait parfaitement adapté sur le plan nutritionnel, et évoluant avec la croissance du nourrisson
- diminution de l'incidence ou de la sévérité de nombreuses pathologies infectieuses :
  - méningite bactérienne
  - bactériémie
  - diarrhée
  - infection des voies respiratoires (rhinopharyngite, pneumopathie)
  - otite moyenne
  - entérocolite ulcéronécrosante
  - infection urinaire
  - septicémie chez le prématuré

Réduction de la mortalité infantile postnatale de 21% aux Etats-Unis [13].

- Pouvoir antalgique de la tétée au cours d'une procédure douloureuse

Certaines études suggèrent :

- Diminution de l'incidence de :
  - Mort subite du nourrisson dans la première année
  - Diabète type 1 et 2
  - Lymphome, leucémie, maladie de Hodgkin dans l'enfance
  - Surpoids et obésité
  - Hypercholestérolémie
  - Asthme
- Meilleur développement cognitif

Bénéfices discutés :

- diminution de la prévalence des allergies chez l'enfant et l'adulte jeune (asthme, eczéma, allergie alimentaire) si allaitement exclusif et prolongé
- prévention des troubles orthodontiques (malocclusion) par le développement des muscles faciaux
- moindre reflux gastro-oesophagien
- prévention des maladies digestives inflammatoires ? de la sclérose en plaques ?
- potentialisation de l'effet des vaccins

Bénéfices pour la mère [1, 12-14, 16]

- facilitation du lien mère-enfant
- prévention de la dépression du post-partum
- prévention des hémorragies et des infections du post-partum (involution rapide de l'utérus)
- prévention des anémies (moindres pertes sanguines dans le post-partum)
- aménorrhée lactationnelle : espacement des naissances (méthode MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée) : protection contraceptive à 98% dans les 6 premiers mois, si allaitement exclusif à la demande jour et nuit, sans excéder 6 heures entre 2 tétées, et en l'absence de retour de couches)
- prévention du cancer du sein en période pré ménopausique
- prévention du cancer de l'ovaire
- prévention de l'ostéoporose postménopausique
- perte de poids plus importante (retour plus rapide au poids antérieur à la grossesse)

Bénéfices pour la famille

Outre les avantages médicaux pour la santé de la mère et de l'enfant, la famille réalise une économie conséquente.
En 1994, le Dr P. Bitoun a évalué le surcoût de l'alimentation artificielle pour une famille à 1837€ par enfant la première année [17].
Cela comprend différents paramètres comme :

- le coût direct de l'achat de lait infantile, d'eau minérale et de biberons
- le coût de l'entretien des biberons (lavage et stérilisation)
- les frais médicaux (consultations de médecins, médicaments et hospitalisation) liés à des pathologies infectieuses « évitables » par l'allaitement (1 épisode de gastro-entérite et d'otite, 1,5 épisode de rhinopharyngite par an et par enfant)
- le coût d'une contraception maternelle les 6 premiers mois

Bénéfices pour la société

Diminution des coûts de santé

Toujours d'après l'étude du Dr P. Bitoun, le surcoût des frais de santé pour la Sécurité Sociale est évalué à 170 millions d'euros par an (1,116 milliards de francs). **L'augmentation de 5% du taux d'allaitement représenterait une économie de 2,69 millions d'euros** (17,6 millions de francs) **sur les dépenses de santé.**

Diminution de l'absentéisme parental au travail

Il n'y a pas d'étude française sur le nombre de « journée enfant malade » pris pour des pathologies infectieuses du nourrisson qui pourraient être évitées grâce à l'allaitement. Cependant, on peut imaginer que ce nombre de jours diminuerait au moins dans la première année de vie de l'enfant. L'économie pour les employeurs serait certainement conséquente. D'ailleurs une étude américaine suggère que 75% des absences d'une journée pour « enfant malade » sont le fait de nourrissons alimentés au lait industriel [18].

Un mode d'alimentation écologique

En effet l'allaitement maternel permet d'économiser de nombreux consommables et combustibles :

- l'eau (minérale pour la reconstitution des biberons soit environ 300 litres par an, eau courante pour lavage et stérilisation des biberons)
- l'électricité et/ou le gaz (selon le mode de réchauffage des biberons et de production d'eau chaude)
- des matériaux tels que fer, plastique, papier, etc… pour la fabrication des boites de lait
- de l'énergie pour la transformation du lait de vache en lait de substitution

Après lecture de ses bénéfices, on mesure mieux l'impact sur la santé et les finances (personnelles et publiques) de l'allaitement maternel. La promotion de l'allaitement est un enjeu de santé publique à part entière.

TAUX D'ALLAITEMENT MATERNEL

Situation en France [14, 19, 20]

Le taux d'initiation en France en 2002 est de 56%. Il existe de grandes disparités selon les régions. Le département de la Somme est l'avant dernier avec le Loir et Cher en terme de taux d'initiation d'allaitement.

Quelques exemples :

- Guadeloupe : 85%
- Paris : 71%
- Oise : 45,5%
- Aisne : 40,2%
- Somme : 38,3%
- Pas–de–Calais : 36,2%

Toutefois, ces taux ne distinguent pas allaitement exclusif et allaitement mixte. En Guadeloupe, les femmes allaitent majoritairement de façon mixte dès la naissance.

Le taux d'allaitement dans la Somme a progressé ces dernières années mais reste inférieur au taux national (cf. figure 1).

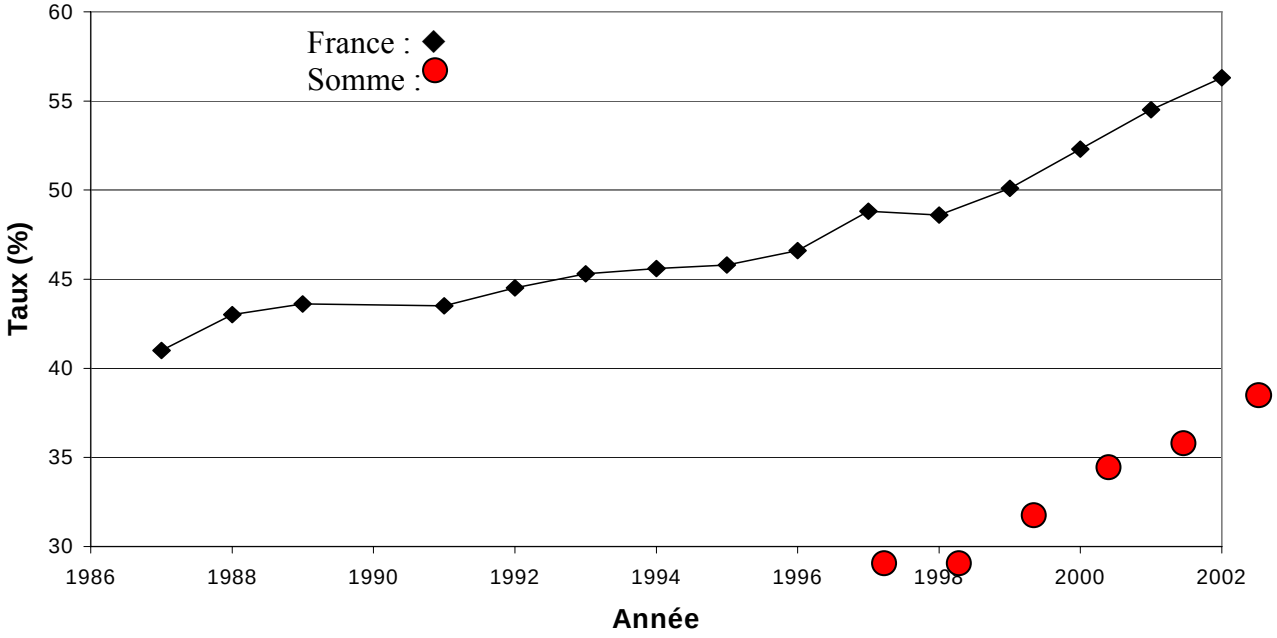
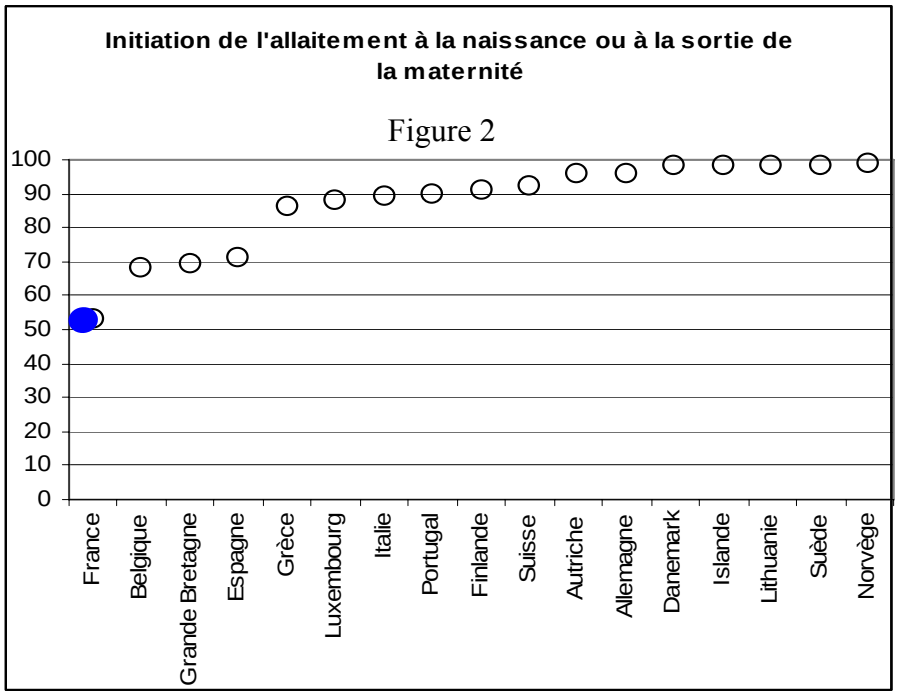


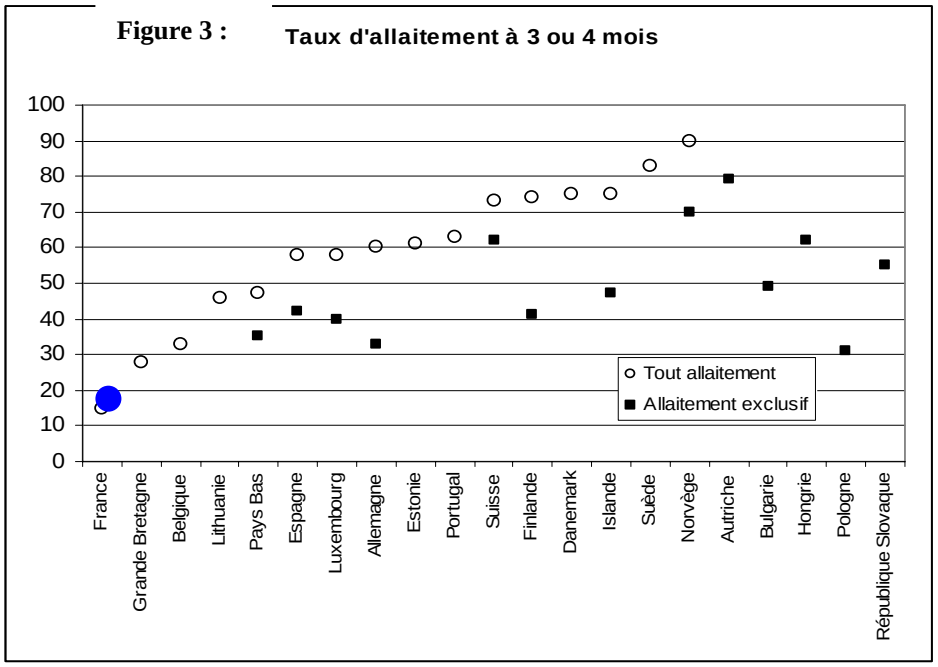
Figure 1 : Taux d'initiation de l'allaitement maternel en France et dans la Somme selon les années

Situation en Europe [10]

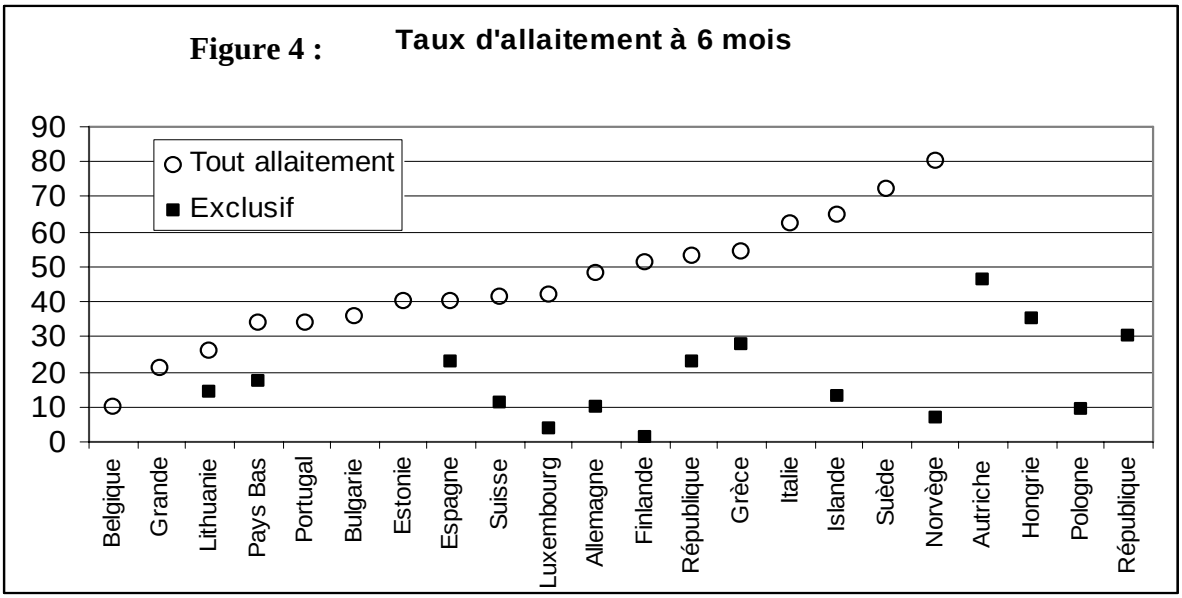
Les taux d'allaitement en France sont parmi les plus bas d'Europe (cf. figures 2 et 3).
La figure 2 représente les taux d'initiation à la sortie de la maternité : il n'y a pas de distinction faite entre les modes d'allaitement.

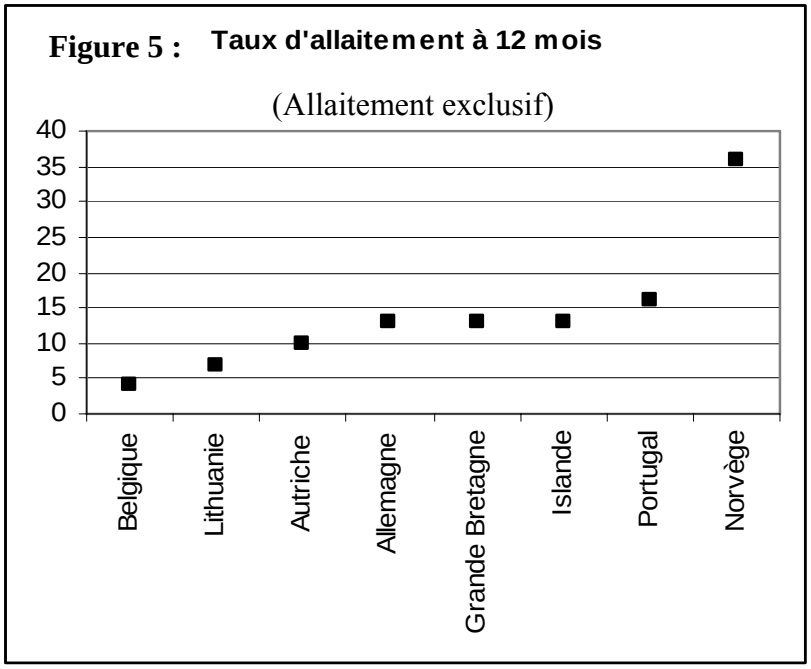


La figure 3 distingue allaitement exclusif et « tout allaitement ». Lorsque l'allaitement est exclusif, le nourrisson ne reçoit que du lait maternel. Alors que le terme « tout allaitement » englobe les allaitements exclusifs et les allaitements mixtes (lait maternel et lait infantile ou autre aliment).



Ces 2 derniers diagrammes ne représentent pas la situation de la France, car les taux d'allaitement en France à 6 et 12 mois sont négligeables.





CRITERES DETERMINANT LE CHOIX DE L'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET LA DUREE DE L'ALLAITEMENT

Quels sont les motifs invoqués par les mères pour le choix de l'alimentation ? [2, 6]

Dans les études de Fanello et Branger, les femmes interrogées qui choisissent d'allaiter leur enfant disent le faire pour les raisons suivantes :

- poursuite d'une relation mère-enfant
- caractère adapté du lait maternel, qualité nutritionnelle
- « c'est naturel »

Ces femmes qui allaitent font ce choix seules. Le conjoint est rarement consulté.

Les femmes qui choisissent l'alimentation artificielle disent le faire pour les raisons suivantes :

- crainte des affections mammaires et de la fatigue
- souhait d'être plus disponible
- souhait de faire participer l'entourage à la « croissance » du bébé
- reprise d'une contraception
- poursuite du tabagisme

A noter que 80% des multipares gardent le même mode d'alimentation pour chaque enfant.

Quels critères socioculturels interviennent dans le choix de l'alimentation ? [1-5]

Les études montrent que les femmes qui choisissent d'allaiter ont un profil socioculturel particulier. Il s'agit de femmes :

- de plus de 30 ou 35 ans
- de catégorie socio-professionnelle élevée (et/ou du père)
- exerçant une activité professionnelle
- multipares
- antécédent personnel d'allaitement (allaitement des autres enfants)
- non fumeuses
- ayant fait un choix précoce du mode d'alimentation
- ayant été elles-mêmes allaitées par leur mère (69% dans l'étude de S. Fanello [2])
- ayant suivi les cours de préparation à l'accouchement et ayant eu une information sur l'alimentation des nouveau-nés par des sages-femmes
- d'origine étrangère
- bénéficiant d'un congé parental
- connaissant une association de soutien
- ayant eu une influence positive de l'entourage vis à vis de l'allaitement

Plusieurs critères ont été retrouvés chez les femmes qui choisissent une alimentation artificielle :

- tabagisme
- femmes ayant été nourries elles-mêmes au biberon (72% dans l'étude de S. Fanello [2])
- femmes de moins de 25 ans
- choix tardif du mode d'alimentation
- femmes sans activité professionnelle ou en stage d'insertion

Selon les études [1-5], certains facteurs sont corrélés soit à un taux plus élevé d'allaitement maternel soit à un taux plus élevé d'alimentation artificielle :

- la prématurité
- le mode d'accouchement (césarienne)
- la taille de la maternité

Quels sont les facteurs influençant la durée de l'allaitement ? [5-9]

Certains auteurs se sont également intéressés aux facteurs liés à la durée d'allaitement. Les facteurs sont variables d'une étude à l'autre.

Les facteurs prédictifs d'un **allaitement long** sont :

- décision d'allaiter prise avant la grossesse
- multiparité
- catégorie socio-professionnelle élevée de la mère et/ou du père
- âge au dernier diplôme obtenu de la mère supérieur ou égal à 19 ans
- satisfaction d'avoir allaité
- motivation de l'allaitement
- bébé gardé la nuit auprès de sa mère
- suivi de cours de préparation à l'accouchement
- connaissance d'une association de soutien

Les facteurs prédictifs d'un **sevrage précoce** :

- première mise au sein différée de plus d'une heure après l'accouchement
- utilisation d'une tétine ou d'une sucette
- la pratique d'un allaitement à horaires fixes
- compléments de lait donnés en maternité
- perte de poids du nourrisson supérieure à 10% les premiers jours de vie
- sentiment de la mère que son « lait n'est pas bon »
- décision d'allaiter prise pendant la grossesse ou à la naissance
- père opposé à l'allaitement
- primiparité et absence d'antécédent d'allaitement
- âges maternels extrêmes
- tabagisme maternel

Les femmes qui travaillent, allaitent plus fréquemment leurs enfants. Mais l'allaitement est aussi le plus souvent arrêté à la reprise du travail (vers 10 semaines).

PHYSIOLOGIE DE LA LACTATION ET DE L'ALLAITEMENT [12, 21-24]

Préparation des seins au cours de la grossesse

Sous l'effet des hormones, la glande mammaire se développe au cours de la grossesse. Les seins sont prêts à la lactation dès le 6° mois.
Il n'existe que de très rares pathologies qui ne permettent pas la production du lait (absence de tissu glandulaire, dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire).

Mise en place de la lactation

A l'accouchement, la production de **prolactine** et **d'ocytocine** est libérée et permet la mise en route de la lactation.
Lors de la tétée, le nourrisson par la succion stimule des **neurorécepteurs situés dans l'aréole** ce qui conduit à une activation de l'axe hypothalamo-hypophysaire et à la sécrétion des hormones de la lactation.

La **PROLACTINE** est responsable de la production du lait au niveau des acini. C'est le nombre et la durée des tétées qui modulent la sécrétion de prolactine et donc la quantité de lait.
D'autres facteurs interviennent positivement lors de la mise au sein : la vue du bébé, une ambiance détendue, l'élan affectif. Et donc au contraire il existe des facteurs défavorables : l'anxiété et le stress, une ambiance non rassurante (importance des « accompagnants »).
L'OCYTOCINE permet la contraction des fibres musculaires autour des acini et des canaux lactifères, et donc l'éjection du lait dans les sinus lactifères jusqu'aux pores de l'aréole. Ainsi c'est l'enfant, en tétant, qui fait s'écouler le lait dans les acini. Certaines femmes ressentent ce réflexe d'éjection par de légers picotements ou une sensation de chaleur.

Hormonologie de la lactation

NOM DE L'HORMONE	CONDITION D'APPARITION	STRUCTURE CIBLE	EFFETS
Ocytocine	émotions et/ou tétée la post-hypophyse libère une ou plusieurs fois de l'ocytocine	fibre myo-épithéliale	contraction des fibres myo-épithéliales Mouvement dans l'arbre sécrétoire: progression et éjection du lait dans l'arbre vasculaire: augmentation de la circulation
Prolactine	l'anté-hypophyse libère la prolactine pic de la promactinémie	dans l'arbre sécrétoire, les acini	sécrétion du lait, c'est-à-dire synthèse intracellulaire des différents éléments constitutifs du lait maternel : – lactoses – protéines – lipides
Taux de base de la prolactine		arbre vasculaire	« fait l'éponge vasculaire »

Figure 6
D'après « L'allaitement, De la naissance au sevrage », Dr Marie Thirion, Albin Michel, 2004

La figure 14 explique la production de lait au cours de la tétée. La sécrétion de prolactine et d'ocytocine est déclenchée par la succion du bébé, ce qui explique que la production de lait soit décalée par rapport au début de la tétée.
En phase 1, le nourrisson reçoit le lait rétroaréolaire resté dans les sinus lactifères depuis la dernière tétée ; puis au bout de quelques secondes à quelques minutes, la réaction d'allaitement se fait (phase 3).

Figure 7

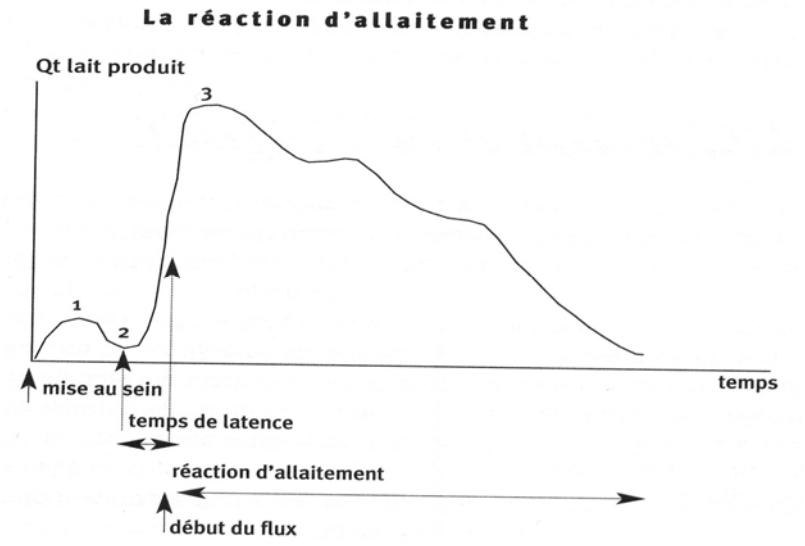


Figure 8

D'après « L'allaitement, De la naissance au sevrage », Dr Marie Thirion, Albin Michel, 2004

Régulation locale

Il existe par ailleurs une **REGULATION LOCALE** (contrôle autocrine de la lactation) : c'est un mécanisme de rétrocontrôle négatif (chimique et mécanique) qui inhibe la sécrétion lactée tant qu'il y a un volume résiduel important de lait dans les seins.
On a constaté que le taux de synthèse du lait est inversement proportionnel au degré de remplissage des seins.

Conséquences :

- tous les facteurs qui limitent l'extraction du lait (succion inefficace, tétées insuffisantes et/ou trop courtes, anomalie du réflexe d'éjection) entraînent une diminution du volume de lait produit.
- une femme peut rapidement augmenter sa production de lait en augmentant la fréquence des tétées («jours de pointe» ou « poussée de croissance »)
- donner des compléments de lait va majorer la stase (en allongeant le temps entre 2 tétées) et donc diminuer encore plus la production de lait.

Rôle de la position du bébé au sein

Une bonne position au sein est primordiale pour permettre une stimulation correcte du sein et donc une bonne lactation.
Si la bouche du bébé est mal placée, elle ne stimulera pas suffisamment les neurorécepteurs situés au niveau de l'aréole.

La composition du lait

Le lait maternel est une substance inimitable. Il comporte :

- des protéines adaptées tant en quantité qu'en qualité (immaturité rénale et digestive)
- des lipides bénéfiques
- des glucides indispensables : 90% de lactose dégradé en galactose (galactolipides du système nerveux) et glucides favorables à une flore bactérienne intestinale bifidogène (limitant l'implantation de germes pathogènes)
- peu de minéraux (immaturité rénale)
- des éléments favorisant l'absorption du fer et calcium
- des enzymes compensant l'immaturité digestive.
- facteurs anti-infectieux : immunoglobulines IgA sécrétoires, facteurs non spécifiques, cellules immunocompétentes (macrophages, lymphocytes, leucocytes), lactoferrine
- facteurs de croissance

La composition du lait varie au cours de la tétée mais aussi au cours de la journée et des mois d'allaitement.

Le premier jet de lait est surtout composé d'eau, de minéraux et de lactose permettant d'étancher la soif et de remonter la glycémie.
Puis sont sécrétées les protéines (croissance) et les lipides (réserves énergétiques).
Le lait maternel est donc de plus en plus riche en lipides (et donc en calories) au cours de la tétée apportant une satiété.

Le bébé régule ses apports non par rapport au volume ingéré mais en fonction de la teneur calorique de la tétée.

Conséquences :

- des tétées courtes ne permettent pas d'apporter suffisamment de calories au nourrisson
- des tétées courtes ou inefficaces vont induire un **syndrome d'intolérance fonctionnelle au lactose** : coliques, selles vertes, abondantes et mousseuses, mauvaise croissance, tétées fréquentes à cause de la faim (l'enfant se limite au « pré-lait » riche en lactose ce qui va induire un excès d'acide lactique et de fermentation)
- le changement de sein au cours de la tétée au bout d'un temps trop court ne permet pas au bébé d'obtenir assez de lipides ; il peut ainsi essayer de compenser le manque de calories en augmentant le volume (cela peut induire un reflux gastro-oesophagien)
- un bébé qui tête efficacement aussi souvent et longtemps qu'il le veut obtiendra tout le lait dont il a besoin.

En conclusion : il faut laisser le nourrisson réguler ses tétées autant dans la fréquence que dans la durée. Il faut le laisser prendre le sein jusqu'au bout (tant qu'il avale) avant de lui proposer éventuellement le 2° sein. Mais un seul sein peut suffire par tétée.

DEROULEMENT SCHEMATIQUE D ’UNE TETEE (Figure 9)

	DEBUT DE TETEE	MILIEU DE TETEE	FIN DE TETEE
OBJECTIFS DE LA TETEE	HYDRATATION	CROISSANCE	RESERVES ENERGETIQUES
COMPOSANTS DU LAIT SELON LE TEMPS DE TETEE	EAU + SUCRES	PROTEINES	LIPIDES
OBSERVATIONS CLINIQUES SELON LA DUREE DE LA TETEE	URINES + SELLES VERTES TETEES TRES FREQUENTES COLIQUES ++ (INTOLERANCE FONCTIONNELLE AU LACTOSE)	URINES ++ SELLES VERTES OU JAUNES LIQUIDES TETEES FREQUENTES ASPECT DYSHARMONIEUX TAILLE>POIDS	URINES +++ SELLES JAUNES AVEC GRAINS RYTHME DE TETEES ACCEPTABLE

Le transit des nourrissons allaités

Un bébé allaité ne présente pas le même transit qu'un enfant nourri au lait artificiel.
Les selles sont jaune clair, molles ou liquides et grumeleuses.

La première semaine :
Après l'élimination du méconium, les selles vont prendre vers le 5° jour l'aspect des selles habituelles de l'enfant allaité.

Le premier mois
Au moins 2 à 3 selles substantielles par jour mais souvent le bébé mouille une couche après chaque tétée. **L'absence de selles pendant 24H est inquiétante.**

De 4 à 6 semaines :
2 à 6 selles par jour, en moyenne 4 selles par jour émises après les tétées.

Après 6 semaines :
Diminution du nombre de selles avec une augmentation du volume de chaque selle, restant molles et de couleur jaune ou vert-jaune. Il peut n'y avoir qu'une selle tous les 4 à 12 jours sans que se soit une constipation.

A tous ces stades, des selles vertes et aqueuses peuvent correspondre à une intolérance fonctionnelle au lactose (absorption uniquement du pré-lait).
De même les **urines doivent être claires et abondantes** : 2 à 3 couches bien « mouillées » par jour.

La courbe de croissance

Les nourrissons allaités ne présentent **pas la même courbe de poids** que les bébés nourris au lait artificiel. Les courbes de taille et périmètre crânien sont identiques.

Les caractéristiques spécifiques chez les enfants allaités sont :

- à la naissance, la perte de poids physiologique est de **5 à 15% dans les 3 premiers jours**, puis la **reprise** de poids se fait en **8 à 15 jours** (en moyenne en 4 à 8 jours)
- la prise de poids est plus rapide les 2 premiers mois puis **s'infléchit naturellement au 3° mois**
- la prise de poids quotidienne d'un enfant allaité :

0 à 3 mois	20 à 30 g
3 à 6 mois	15 à 20 g
6 à 9 mois	10 à 15 g
9 à 12 mois	10 g

Les bébés allaités peuvent présenter des « **poussées de croissance** » (vers 7-10 jours, 3 et 6 semaines, 3 et 6 mois), périodes où ils augmentent leurs besoins. La mère peut augmenter sa production de lait en quelques jours en permettant au nourrisson de prendre le sein plus souvent.

LA POSITION AU SEIN ET LE DEROULEMENT D'UNE TETEE [12, 21, 25-27]

La position correcte au sein doit être apprise.
Il existe plusieurs positions possibles pour allaiter mais la prise du sein est primordiale pour permettre une tétée efficace.

I- L'installation

La mère doit s'installer confortablement (utiliser des coussins pour se caler) pour garder la même position tout le long de la tétée. Les positions « classiques » sont décrites ci-dessous mais chaque femme trouvera avec son bébé des positions qui leur conviennent.

Le bébé est placé de façon à ce qu'il puisse téter efficacement et sans blesser le mamelon.
Le **visage du bébé doit être face au sein** (il ne doit pas tourner la tête pour prendre le sein sous peine de difficultés à déglutir). Dans la position classique, le ventre du bébé doit être contre le corps de la mère (« estomac contre estomac »), la tête, les épaules et le bassin du bébé doivent former une ligne.
L'odeur de la peau et du lait va stimuler le bébé : il ne faut donc pas nettoyer le mamelon avant la tétée.

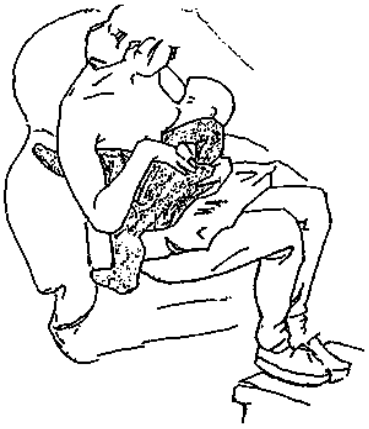


Figure 10: La position classique (face à face) ou position de la madone

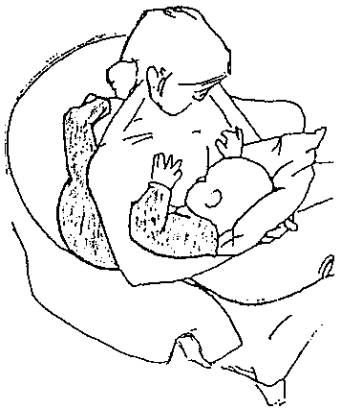


Figure 11: Le ballon de rugby

Figure 12: La position allongée

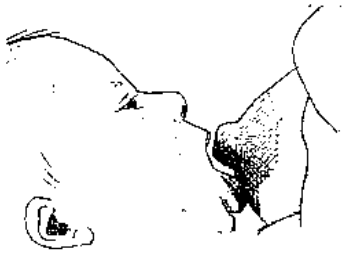
Figure 13 : La position au-dessus

Figure 14 :La position « à califourchon »

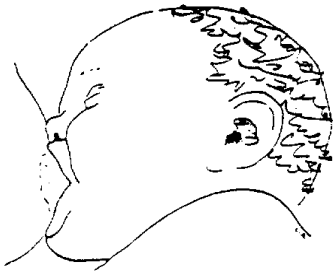
Figure 15 : Double ballon de rugby

Illustrations extraites de « L'allaitement, De la naissance au sevrage », Dr Marie Thirion, Albin Michel, 2004

II- La prise du sein



Une fois bien installée, la mère va amener son bébé au sein.
Il doit **ouvrir grand la bouche et tirer la langue** (langue à plat sur la gencive inférieure). Il **prend alors complètement l'aréole dans la bouche** (il ne doit pas suçoter le bout du mamelon). Sa langue forme une **gouttière** sous le mamelon.

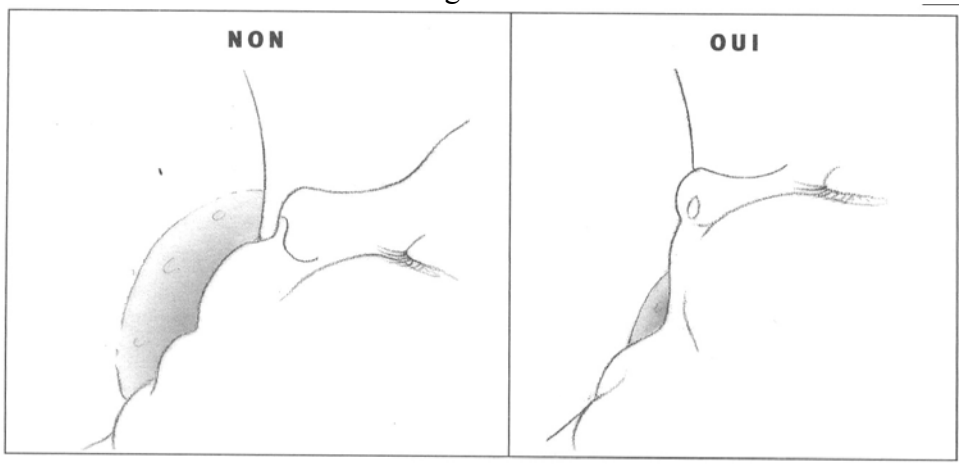


Les **lèvres du bébé sont retroussées, sa langue recouvre sa gencive inférieure et masse le dessous du mamelon. Son nez et son menton sont en contact avec le sein** : il est inutile de vouloir dégager le nez du bébé en appuyant sur le sein, les narines sont en effet adaptées à cette situation.

Le mécanisme de la succion au sein est très différent de celui au biberon.
Au sein, le mamelon est au fond de la bouche (entre le palais en haut et la gouttière de la langue en bas) et la reptation de la langue le long du palais fait s'éjecter le lait des sinus lactifères. La langue reste au dessus de la gencive inférieure.
Au biberon, le bébé presse la tétine entre palais et langue (sans reptation) et aspire fortement pour éjecter le lait. La langue reste en arrière des gencives.

C'est pour cela qu'en introduisant des compléments au biberon on peut induire une confusion sein/tétine.

Figure 16



Bébé qui suce façon tétine
Le bébé a les gencives serrées. Éloigné de l'aréole, il prend « du bout des lèvres ».

Bébé qui tète bien façon sein
Bouche grande ouverte, langue sous l'aréole, le menton collé au sein, il prend à pleine bouche.

Tiré de « L'allaitement, De la naissance au sevrage », Dr Marie Thirion, Albin Michel, 2004

Lorsque la mère s'absente, le lait maternel peut être donné autrement qu'au biberon : à la seringue, au doigt ou à la tasse (laisser prendre le lait activement, en approchant la tasse des lèvres).

On peut aussi utiliser un Dispositif d'Aide à la Lactation (DAL) (ou dispositif d'aide à l'allaitement) [26, 45]. Il est utilisé lorsque le don de compléments s'avère indispensable : prématuré, nouveau-né hypotrophe ou trop faible pour téter le sein, trouble de la succion ou certaines difficultés d'allaitement.
Le DAL dans ces cas, a plusieurs avantages :

- le bébé apprend à téter le sein (et uniquement le sein), tout en recevant la quantité de lait suffisante à sa croissance : il est encouragé à poursuivre les tétées
- pas de confusion sein-tétine, pas de refus du sein par la suite
- la mère apprend à allaiter en donnant le sein à son enfant
- préservation des liens particuliers à l'allaitement

Le DAL est un récipient (biberon dont on a élargi le trou de la tétine ou dispositif commercialisé), relié à un fin tuyau de gavage. Le tuyau est placé sur le sein au moment de la tétée, de manière à ce qu'il soit situé entre le mamelon et le palais du nourrisson. Le bébé en tétant recevra le lait maternel et le complément (lait maternel ou infantile), en fournissant moins d'efforts.

III- Le déroulement d'une tétée

Le bébé ouvre généralement sa bouche très largement quand il tète, et son rythme de succion est lent et régulier. Au moment où sa bouche est ouverte au maximum, il fait une pause perceptible que l'on peut aussi observer si on regarde son menton. Puis le bébé referme sa bouche. Cette pause n'est pas la pause qui sépare deux succions consécutives, mais bien une pause au milieu d'une succion. Chacune de ces pauses correspond à la prise d'une gorgée de lait, et plus la pause est longue, plus le bébé boit de lait. À ce moment, le bébé peut même faire entendre une déglutition, (on peut également observer cette déglutition en regardant les mouvements au niveau de la gorge)
Normalement, le type de succion du bébé va changer durant la tétée, avec alternance de succions efficaces avec des succions décrites comme du "tétouillage". Cela est normal.
Lorsque le bébé a assez bu il va lâcher le sein de lui-même, l'air repu. Il peut également demander à prendre le 2° sein si la tétée du premier ne lui suffit pas.
Ce type de succion peut être observé dès les premiers jours de vie, même si ce n'est pas aussi évident comme quelques jours plus tard quand la mère a beaucoup plus de lait.

LES ELEMENTS DE CONTROLE D'UN ALLAITEMENT SUFFISANT [12, 21, 25-27]

L'impression de manque de lait est la cause la plus fréquemment citée par les femmes ayant présenté un échec d'allaitement [2, 9, 11].
Il est donc nécessaire de trouver des indicateurs pour savoir si l'enfant prend effectivement assez de lait.

Les bons indicateurs

- Le meilleur reflet d'un allaitement bien conduit à moyen et long terme est la **BONNE PRISE DE POIDS.**

- Une **TETEE EFFICACE ET SUFFISANTE** :
  - prise du sein correcte (position de la langue et de la tête, prise de l'aréole en entier),
  - succion efficace et prolongée (voir et entendre la déglutition, durée de la tétée, alternance des seins),
  - sensation de chaleur ou de picotement dans le sein, sensation de soif ressenties par la mère
  - écoulement du 2° sein
  - contractions utérines et saignements les premiers jours
  - comportement du bébé (air calme et repu à la fin de la tétée)**.**

- Une quantité de lait suffisante : **SURVEILLANCE DE L'ASPECT ET QUANTITE DES SELLES ET URINES** (cf. chapitre Physiologie).

Lorsqu'un problème d'allaitement survient, il faut vérifier avant tout la bonne prise du sein et donc demander à la mère de mettre son enfant au sein pendant la consultation.

Ce qui ne permet pas de juger

- **Le bébé « fait sa nuit »** : cet événement, très attendu par tous les parents, n'est pas forcément rassurant. Certains bébés très «sages» et trop somnolents doivent être réveillés pour les tétées. En effet **les pleurs sont une manifestation tardive de la faim.** Il est nécessaire d'apprendre aux parents à reconnaître les petits «signaux de faim» (passage en sommeil léger, mouvements de bouche ou de langue, le porter du poing à la bouche…) et à proposer le sein à ces moments-là.

- **Les seins ne sont pas «tendus»**: après les premiers jours ou semaines, les seins redeviennent souples ce qui ne veut pas dire qu'ils ne produisent pas assez de lait.

- **Le bébé pleure après la tétée :** bien que le bébé puisse pleurer après la tétée à cause de la faim, il y a aussi de nombreuses autres raisons pour pleurer.

COMMENT TIRER ET CONSERVER LE LAIT MATERNEL ? [12, 21, 28, 29]

Comment tirer le lait maternel ?

Conditions d'hygiène

- Pas de nécessité à nettoyer ou désinfecter les seins: une douche quotidienne suffit
- Lavage correct des mains
- matériel de recueil lavé soigneusement à l'eau chaude savonneuse après chaque utilisation et rangé dans un endroit propre (stérilisation tous les jours le 1° mois ou en cas de lésion du sein, puis 3 fois par semaine)

L'expression manuelle

Le massage manuel est très efficace mais demande un apprentissage particulier.
Il est indiqué lorsqu'on veut tirer ponctuellement le lait mais aussi :

- pour amorcer une tétée lorsque l'enfant est prématuré, hypotonique, etc.
- lorsque le réflexe d'éjection est trop fort et gêne le bébé
- soulager et traiter un engorgement

Il faut placer le pouce et l'index de part et d'autre de l'aréole en appuyant d'abord vers la cage thoracique, puis en les ramenant vers l'avant en les rapprochant mais sans comprimer l'aréole. Le geste doit être indolore.
C'est la répétition du geste qui déclenche la fabrication puis l'éjection du lait. Il faut plusieurs minutes entre le début du massage et l'apparition d'un flux de lait (d'abord écoulement lent puis en jets). Quand le lait coule moins, il faut essayer de déplacer les doigts autour de l'aréole, puis de changer de sein.

Les tire-lait

Il existe différents modèles : manuel ou électrique, simple ou à double pompage.

Les tire-lait à double pompage sont indiqués en cas :
- d'utilisation prolongée (hospitalisation longue, grande prématurité),
- de nécessité de stimuler la lactation (hypogalactie secondaire, relactation,…).

En stimulant les 2 seins simultanément, ils permettent, de gagner beaucoup de temps et surtout d'obtenir une lactation plus abondante (pic hormonal plus important) [12, 25].

Il faut les essayer avant de les adopter, et choisir le modèle adapté à l'usage.
La location d'un tire-lait sur ordonnance est remboursée.

L'utilisation de l'appareil ne doit provoquer ni douleurs, ni lésions du sein.

Quelques conseils :

- ne pas chercher à atteindre la pression d'aspiration maximale si l'écoulement est satisfaisant
- obtenir une bonne étanchéité entre le sein et le cône d'aspiration en humidifiant la peau et en plaquant bien la téterelle
- adapter la taille de la téterelle à celle du mamelon : le cône ne doit jamais frotter le mamelon
- s'installer confortablement et penser au bébé (facilite les sécrétions hormonales)
- prendre son temps (compter la durée d'une tétée), changer de sein à la fin d'un flux d'éjection
- tirer le lait plutôt le matin (1H après la tétée du matin) car la lactation est plus importante à ce moment de la journée
- masser le sein, appliquer un gant chaud… pour favoriser l'éjection du lait

L'emploi du tire-lait n'est pas évident d'emblée. Il faut que la mère s'y habitue physiquement et surtout psychologiquement. Le réflexe d'éjection peut être retardé voire inhibé selon les émotions de la mère. Le volume de lait extrait peut donc être inférieur à celui produit au cours d'une tétée. Il faut savoir rassurer la mère à ce sujet.

Comment conserver le lait maternel ?

Matériel

Les récipients sont en plastique pour la conservation au réfrigérateur (adhésion des leucocytes au verre). Pour la conservation au congélateur, les récipients peuvent être en plastique ou en verre (leucocytes détruits lors de la congélation).

On peut utiliser des boites hermétiques, des poches en plastique souple, des poches ou récipients à glaçon (pour congeler par petites quantités)…

Durée de conservation [30-32]

Température ambiante	Réfrigérateur (0 à 4°C)	Congélateur
Lait mature à 15°C : 24H Lait mature à 25°C : 4H	3 à 4 jours	Bac à glaçon : 2 semaines Congélateur séparé : 3 à 4 mois Congélateur **** (-18°C permanent) : 6 mois voire plus

Les durées de conservation ne sont pas cumulables (on ne peut pas garder 4 jours au réfrigérateur, du lait qui est resté 24H à température ambiante).

Comment congeler et décongeler ?
Il vaut mieux congeler des petites quantités (60 à 120ml). On peut mélanger plusieurs recueils de lait exprimé à des moments différents de la journée, à condition de les laisser refroidir à la même température avant de les mélanger puis de les congeler. On trouve plusieurs systèmes vendus dans le commerce. Les sacs plastiques congélation peuvent être également utilisés. Attention à tenir compte de la dilatation lors de la congélation.

Technique du bac à glaçons : mettre à congeler le lait dans des récipients à glaçons, puis, quand ils sont faits, les démouler pour les transférer dans un sac plastique congélation et les replacer au congélateur. Cette méthode permet d'éviter le gaspillage. Il faut éviter de mettre ensemble des glaçons de lait provenant d'extractions couvrant une période de plus de 15 jours, car la composition du lait varie avec l'âge du bébé.

Pour décongeler : ne pas utiliser de four à micro-ondes qui détruit des éléments anti-infectieux présents dans le lait. Dégeler au réfrigérateur, au bain-marie ou sous un filet d'eau chaude.
Un lait décongelé se conserve 24H au réfrigérateur.

Il faut rassurer les mères : le lait à la suite de la congélation peut prendre un aspect et un goût savonneux (lié à la transformation des graisses), et le lait se divise en 2 parties (lait et crème). Ceci n'est pas dangereux, et est le plus souvent bien accepté par le nourrisson.

LE SEVRAGE ET LA REPRISE DU TRAVAIL [12, 21]

Le sevrage est l'arrêt complet de l'allaitement.
Le sevrage est un projet, une étape pour la mère et l'enfant, il sera plus facile si la mère et l'enfant sont prêts à accepter ce changement. Idéalement, la mère basera sa décision sur ses besoins et sur ceux de son enfant et non d'après les attentes de son entourage.

Recommandations officielles [1]

Dans l'idéal, l'OMS préconise un allaitement exclusif pendant 6 mois, puis poursuite de l'allaitement jusqu'aux 2-3 ans de l'enfant avec introduction d'une alimentation diversifiée à partir du 7° mois. Le sevrage de l'allaitement peut donc intervenir tardivement (au-delà de la 2° année). En effet le lait maternel s'adapte au fil de la croissance du nourrisson et permet de couvrir tous les besoins.

Sevrage et reprise du travail

Selon le Code du Travail français (cf. annexe 4), les mères qui allaitent, bénéficient d'une heure par jour (2 fois une demi-heure) sur leur temps de travail pour allaiter leur enfant (ou tirer leur lait) pendant la première année.
Il faut environ 4 mois pour que la lactation soit bien installée et devienne indépendante des sécrétions hormonales. Après 4 mois, la glande mammaire s'adapte facilement à des changements et des irrégularités de tétées.

1) Arrêt brutal de la lactation
La meilleure attitude est de tirer le lait en diminuant progressivement.
Si cela est impossible, le protocole thérapeutique va dépendre de la durée de l'allaitement déjà réalisée :

- Avant 8 à 12 semaines, la prolactinémie étant encore très élevée, les agonistes dopaminergiques sont alors efficaces (bromocriptine, lisuride).
  Attention à vérifier l'absence de contre indication :
  - médicamenteuse : dérivés d'ergot de seigle, macrolides, methergin ;
  - pathologies vasculaires (HTA gravidique, Insuffisance coronarienne...) ;
  - antécédents de troubles psychiatriques, …
- Après 8 à 12 semaines, ces médicaments ne sont plus justifiés puisque la prolactinémie est spontanément basse.

Dans les 2 cas, la lactation va se tarir d'elle-même avec l'arrêt des tétées. Pour soulager la congestion et prévenir l'engorgement on peut utiliser des anti-inflammatoires, des soins locaux et le massage aréolaire. Le bandage des seins ou la restriction hydrique ne semblent pas avoir d'intérêt et peuvent même être néfastes.

2) Arrêt progressif (programmé)
Le sevrage doit être progressif pour éviter les engorgements en supprimant les tétées une par une, en commençant par les moins abondantes (celles de milieu de journée) pour finir par celle du soir puis celle du matin.
Le temps nécessaire pour arriver au sevrage dépend de chaque mère : dans l'idéal, supprimer une tétée toutes les semaines ; et pour les plus pressées, essayer de supprimer une tétée tous les 2 à 3 jours.

Dans ce cas, l'enfant recevra du lait industriel à la place du lait maternel (lait 2° âge ou lait de croissance selon l'âge).

3) Allaitement mixte et poursuite d'un allaitement exclusif à la reprise du travail

La poursuite de l'allaitement est possible si la lactation est entretenue.

Au-delà du premier mois, la capacité de lactation est solidement établie, mais la quantité de lait produite dépend de la régularité et de la fréquence avec laquelle les seins sont stimulés (par tétée ou tire lait). Il est donc préférable, en dehors des périodes de travail, de maintenir un allaitement à la demande y compris la nuit pour maintenir la lactation, et surtout si le sevrage est précoce.

Plus la reprise du travail se fait tard, plus il est facile de maintenir un allaitement satisfaisant (la glande mammaire répondra très souplement à la demande du bébé et s'adaptera mieux à une irrégularité des tétées).

Un principe : **"les jours de travail faire ce que l'on peut, les jours de congés faire ce que l'on veut".**

L'utilisation du biberon devrait être évitée dans les premiers mois car son introduction peut compromettre la poursuite de l'allaitement maternel.
En effet, il signe le plus souvent le début du sevrage :

- les seins moins stimulés diminuent leur production et le processus d'involution de la lactation s'enclenche ;
- les techniques de succion de la tétine et du sein étant différentes, l'utilisation de la tétine peut perturber le bébé et gêner la tétée efficace du mamelon.

Le lait peut être donné à la tasse : les bébés apprennent très vite à boire ainsi (ne pas leur verser le lait dans la bouche, mais les laisser prendre activement le lait).

a) Allaitement mixte
La reprise du travail ne nécessite pas un sevrage total, **les tétées du matin et du soir peuvent être maintenues aussi longtemps que la mère le souhaite** surtout si l'allaitement a été complet au moins 3 à 4 mois.
Dans ce cas, l'enfant recevra durant la séparation :

- s'il a moins de 4-6 mois, du lait industriel si la mère ne souhaite pas (ou ne peut pas) tirer son lait sur le lieu de travail

- s'il a environ 6 mois, on peut commencer à proposer des repas solides.

La mère devra tirer le lait 2 à 3 fois par jour les premiers temps pour éviter l'engorgement puis la sécrétion lactée baisse et beaucoup de mères arrivent à donner une tétée matin et soir pendant plusieurs mois souvent sans avoir à tirer leur lait.

En cas de difficultés :

- conseiller à la mère de s'éloigner pendant les repas qui seront donnés par une tierce personne ;
- proposer de mettre du lait maternel dans le biberon et sur la tétine ou donner le lait artificiel à la tasse ou à la cuillère ;
- recommander calme et patience en lui proposant le biberon régulièrement sans le forcer ;
- en cas de tension des seins, faire couler un peu de lait en massant doucement les seins. Les restrictions hydriques sont inutiles.

b) Poursuite d'un allaitement exclusif

Avant le jour de la reprise du travail, ne rien changer. Préparer la séparation en collaboration avec le lieu de garde, mais préserver toutes les tétées au sein. Le jour J, donner une dernière tétée sur le lieu de garde de l'enfant.

En cas de travail à mi-temps :
Si la mère s'absente moins de 4 heures, elle pourra allaiter juste avant et juste après son absence sans risquer d'engorgement. Si elle souhaite faire une réserve de lait « au cas où », il vaut mieux tirer le lait le matin (plus abondant) ce qui n'empêchera pas son enfant de se nourrir ensuite. Les tire-lait mécaniques cylindriques sont suffisants.
Si la mère s'absente 4 à 6 heures, il lui faudra probablement tirer son lait pendant son absence (pour éviter les engorgements et faire des réserves de lait à donner en son absence).

En cas de travail à temps complet :
Lorsque la mère s'absente plus de 8 heures, il lui faudra tirer le lait sur son lieu de travail pour constituer des réserves de lait à donner en son absence.

PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS
[12, 21, 25-27]

Douleur

Les mamelons peuvent être sensibles les premiers jours suivant la naissance, sans présenter de lésion. Il s'agit d'un phénomène naturel non pathologique dû au bouleversement hormonal. La gêne est habituellement vive au moment où le bébé commence à téter et cède au cours de la tétée. Au bout de quelques jours la situation se rétablira d'elle même.

Des douleurs intenses, persistant pendant toute la tétée ou ne s'améliorant pas à la fin de la première semaine ne sont pas normales. Dans ce cas il faut rechercher :

- **une mauvaise position du bébé au sein+++,**
- **trouble de la succion du bébé et/ou mauvaise position de la langue sur le mamelon**
- **un doigt appuyé sur le sein pendant la tétée,**
- **une mycose**

Les bouts de sein en silicone ou « protège mamelon » soulagent la douleur mais gênent la succion et peuvent aggraver encore le problème ensuite.

Crevasse

Signes

- Lésion du mamelon ou de l'aréole, de taille et de profondeur variable
- Douleur vive au début de la tétée et le plus souvent persistant tout le long
- Plaie suintante plus ou moins accompagnée de saignement

Etiologies

- Position inadaptée de l'enfant ou de la mère
- Doigt laissé appuyé sur le sein pour dégager le nez du bébé
- Troubles de la succion
- Retrait brutal du sein de la bouche du bébé
- Usage incorrect d'un tire-lait
- Agression de la peau : décapage (nettoyage répété, désinfection, application de produits agressifs) ; assèchement (sèche-cheveux, éosine) ; macération (protection plastifiée, coussinet humides)
- mycose

Conduite à tenir

- Poursuivre l'allaitement même si la lésion saigne
- Rechercher l'étiologie et la corriger
- Prendre en charge la douleur : commencer la tétée par le côté le moins douloureux, application de glace avant la tétée, prise de paracétamol, changer radicalement la position d'allaitement (le bébé ne stimulera plus les mêmes zones)
- L'utilisation de protège mamelon est déconseillée et doit rester très ponctuelle (son utilisation peut induire un trouble de la succion –confusion sein-tétine-, le bébé peut avoir du mal à téter, le sein pourra être moins bien stimulé avec risque d'engorgement)
- Appliquer du lait sur les lésions à la fin de la tétée (vertus cicatrisantes et antiseptiques)
- Laisser le sein à l'air libre le plus possible
- Préconiser une hygiène simple : une douche quotidienne (pas de nettoyage intempestif, pas de désinfection, …)

Dans les cas extrêmes, le côté douloureux pourra être mis au repos temporairement, en sachant que le sein, non stimulé, verra sa production de lait diminuer, et une fois guéri, aura besoin d'être "remis en route". Le sein mis au repos peut être stimulé par l'usage d'un tire-lait.

Dans tous les cas le meilleur traitement reste la prévention. Pour cela, il faut s'assurer dès le premier jour de la bonne prise du sein et de la bonne succion du bébé.

Engorgement

L'engorgement est une stase capillaire et lymphatique responsable d'un œdème et d'une tension douloureuse des seins. Ce n'est pas un trop plein de lait.

Signes

- Congestion du sein avec zones de tension
- Sensibilité voire douleur
- Fatigue
- Hyperthermie

Etiologies

- Dans les premiers jours :

L'engorgement est physiologique, traduisant l'installation du stade II de la lactogénèse. Ce phénomène est lié à la libération de taux très élevés d'hormones (prolactine, oestrogènes) qui provoquent une augmentation du débit capillaire mammaire et du volume de lait produit. C'est ce qu'on appelle par abus de langage la « montée de lait ».

- Par la suite :

L'engorgement est pathologique, lié à un mauvais « drainage » du lait : espacement brutal des tétées, tétées à horaires rigides, séparation mère-enfant, succion inefficace de la part du bébé, port de sous-vêtement trop serrés…

Conduite à tenir

- Avant tout, augmenter le nombre des tétées (toutes les 2 heures).
- Vérifier que bébé prend correctement le sein et qu'il a une succion efficace (voir et entendre la déglutition).
- Faciliter la tétée en faisant un massage aréolaire pour assouplir l'aréole (évacuer le lait présent dans les sinus) et permettre au bébé de téter plus facilement.
- Diminuer la tension et la douleur : détendre le sein sous une douche chaude en faisant un massage aréolaire, utiliser le paracétamol, appliquer du chaud ou du froid
- Eviter les vêtements trop serrés et les soutiens-gorge à armatures

Lymphangite

Le plus souvent, la lymphangite est la complication d'un engorgement.
La lymphangite correspond à une inflammation du tissu mammaire secondaire à un œdème (engorgement) ou éventuellement à une infection (exceptionnel).

Signes

- Fatigue
- Hyperthermie souvent élevée (syndrome pseudo-grippal)
- Douleur
- Inflammation localisée du sein, en général unilatéral, en forme de fer à repasser ou en ligne

Etiologies

- Celles de l'engorgement
- Causes infectieuses
- Crevasse
- Causes mécaniques : compression du sein par soutien-gorge trop serré, par un porte-bébé…

Conduite à tenir

- Repos au lit avec le bébé à côté de la mère +++
- Drainer le sein+++ : faire téter le plus possible le bébé à ce sein
- Antalgiques et antipyrétiques (paracétamol), application de froid sur le sein
- Détendre le sein sous une douche chaude et par massage aréolaire
- Antibiothérapie (active contre staphylocoque) si fièvre persistante après 24 à 48H, ou si signes d'emblée importants (pour éviter la transformation en abcès)

La mère doit être prévenue qu'une baisse réactionnelle de la lactation survient après un épisode de lymphangite.
L'allaitement peut être (et doit être) poursuivi du côté atteint : le lait n'est pas infecté (il s'agit avant tout d'une inflammation du tissu mammaire).
En cas de lymphangite sévère (et donc avec un lait éventuellement infecté), l'allaitement peut être poursuivi à condition d'utiliser un antibiotique compatible avec l'allaitement (cf. annexe 5).

La répétition de lymphangites doit faire rechercher un site infectieux à distance (urinaire, vaginal, dentaire…), un traitement interrompu trop tôt, un trouble de la succion chez le nourrisson, une crevasse chronique…

Abcès

L'abcès est la complication tardive d'une lymphangite mal traitée.

Signes

- Fièvre
- Collection localisée, visible en échographie
- Douleur intense très localisée
- Possible rougeur du sein

Conduite à tenir

- Suspension temporaire de l'allaitement du côté atteint (le lait doit être tiré et jeté), mais certains auteurs dont le Dr Newman [25] n'interdisent pas de continuer du côté atteint : dans tous les cas l'allaitement doit être poursuivi sur le sein indemne.
- Drainage chirurgical
- Antibiotiques

Mycose

Signes

- Chez la mère :
  - Atteinte superficielle : lésions du mamelon (rouge vernissé), de l'aréole ou du sein ; douleur à type de brûlure pendant toute la tétée, voire après ; démangeaisons
  - Atteinte profonde : douleur intense se prolongeant après la tétée et irradiant dans le dos ; exacerbée par l'eau chaude ; parfois absence de signes cutanés
- Chez l'enfant : muguet, lésions du siège

Tous les signes ne sont pas forcément présents, notamment de façon concomitante chez la mère ET le nourrisson.
Il n'y a pas de test diagnostic fiable.

Conduite à tenir

Poursuite de l'allaitement. **Traiter la mère et le nourrisson par :**

- Voie locale : violet de gentiane (1%) 7 jours au maximum, crème antifongique (kétoconazole, miconazole), mupirocine, Mycolog®
- Voie générale : fluconazole pour la mère : 200 à 400mg en une prise puis 100mg x2/jour pendant 15 jours ou plus (éventuellement 3mg/kg/j chez le nourrisson)
- Traitement antalgique

Mesures d'hygiène

- Nettoyage minutieux et stérilisation de tout ce qui va dans la bouche du bébé et des éléments du tire-lait (si utilisé), 1 fois par jour
- Nettoyage +++ des soutiens-gorge, des coussinets
- Lavage des mains, ongles courts

DEUXIEME PARTIE :

L’ETUDE

I.

METHODES

A) Choix de la méthode

L'étude s'articule autour d'une soirée de FMC de l'association Pégase qui a eu lieu le 14 décembre 2004, dont le sujet a été fixé plusieurs mois auparavant : « L'allaitement maternel ».

La soirée a été animée par le Dr Catherine BOULNOIS et le Dr François-Marie CARON (pédiatre, maternité Sainte Claire, Amiens).

Ce choix a été fait avec un double objectif :
- but scientifique : réaliser une étude auprès des médecins généralistes : connaître leur niveau de connaissances et leurs représentations de l'allaitement maternel
- but pédagogique : sensibiliser les médecins généralistes à l'allaitement maternel.

B) Objectifs pédagogiques de la formation

Objectifs généraux de la formation
Les formateurs souhaitent :
- ➔ Sensibiliser les participants aux avantages de l'allaitement maternel
- ➔ Améliorer la prise en charge des complications de l'allaitement
- ➔ Inciter les médecins à réaliser une consultation systématique au 10° jour

Objectifs spécifiques de la formation
A l'issue de la formation les participants devront être capable de :
- ➔ Citer les indicateurs d'une tétée efficace
- ➔ Citer les indicateurs d'un allaitement suffisant
- ➔ Proposer et mener une consultation d'allaitement au 10è jour
- ➔ Prévenir et traiter les crevasses et les lymphangites
- ➔ Conseiller et expliquer les modalités de poursuite de l'allaitement lors de la reprise du travail

Pour atteindre ces objectifs, nous aborderons au cours de la formation les thèmes suivants :
- la physiologie de la lactation et les facteurs de régulation de la lactation
- le déroulement d'une tétée : position du bébé, durée, 1 sein ou les 2…
- la composition et l'adaptabilité du lait maternel
- les particularités de croissance des enfants allaités
- quelques chiffres d'épidémiologie et de coût en termes de santé publique
- définition, étiologie et conduite à tenir devant
    - mamelons et seins douloureux,
    - crevasse,
    - lymphangite,
    - insuffisance de lait et stagnation pondérale
- les critères d'un allaitement qui se déroule bien
- la reprise du travail : allaitement mixte, sevrage, expression et conservation du lait
- allaitement et médicaments
- la consultation d'allaitement

L'acquisition de ces connaissances devant permettre de mener une « consultation allaitement » au 10° jour.

C) Choix de la population

Les praticiens de l'étude sont tous des médecins généralistes exerçant en libéral et faisant partie de l'association Pégase. Seuls 18 praticiens (sur 24 participants potentiels) ont collaboré à l'étude. Les médecins suivants ont été exclus de l'étude : les médecins retraités, les médecins n'ayant pas assisté à la formation, ainsi que ma directrice de thèse.

Les milieux et mode d'exercice sont représentatifs (urbain, semi-rural, rural ; médecin exerçant seul ou en groupe).

D) Questionnaires

J'ai élaboré les questionnaires avec l'aide des Dr BOULNOIS et CARON.

Le 1° questionnaire a été distribué et rempli le 9 novembre 2004, un mois avant notre soirée de formation. Les praticiens n'en avaient pas été prévenus à l'avance.
Ce premier questionnaire aborde :

- les représentations de l'allaitement
- la pratique médicale quotidienne
- le rôle du médecin généraliste
- les attentes vis-à-vis d'une FMC sur l'allaitement.

Le but de ce premier questionnaire était de faire le point sur ce que pensaient les praticiens de l'allaitement maternel en général.

Les 2° et 3° questionnaires sont en fait les pré et post-tests réalisés lors la séance de formation le 14 décembre 2004.
Le test aborde :

- les conduites à tenir en cas de complications
- les connaissances techniques
- les connaissances physiologiques
- le coût financier de l'allaitement
- une question subsidiaire sur le nombre de nourrissons de moins de 6 mois vus en consultation et le nombre d'allaitement parmi ces enfants.

Le 4° questionnaire a été distribué et rempli le 1° février 2005.
Il reprend le test afin d'évaluer à distance ce qui a été retenu. Plusieurs autres questions portent sur les acquisitions indispensables.
Une partie du questionnaire est réservée à l'évaluation de la formation.

A noter : 4 médecins n'étaient pas présents à la FMC de février. Je leur ai donc envoyé (par l'intermédiaire du secrétaire de l'association) le questionnaire par courrier avec une enveloppe de retour timbrée.

E) Anonymisation des questionnaires

Un numéro d'anonymisation (identique pour les questionnaires successifs) a été remis à chaque médecin par le Dr BORGNE, secrétaire de l'association. Ce dernier a collecté les réponses à chaque séance.
J'ai ensuite colligé toutes les réponses sous format Excel.
Le Dr BOULNOIS n'a pas eu accès aux réponses manuscrites puisqu'elle connaît les écritures de certains de ses confrères.

F) Déroulement de la soirée de FMC

Le sujet de la soirée a été fixé plusieurs mois à l'avance. Les tests, cas cliniques et documents de travail ont été préalablement élaborés par les Dr CARON, Dr BOULNOIS et par moi-même. Chaque médecin est libre de venir à la séance ou non.

Les médecins remplissent individuellement le pré-test en début de séance.
Ensuite les médecins travaillent en sous-groupes de quatre ou cinq sur 4 cas cliniques différents. Chaque sous-groupe remet sur transparent un compte-rendu consensuel de son attitude pratique face au cas proposé.
Le Dr Boulnois, animatrice de la soirée, expose cette réponse au rétro projecteur à l'ensemble des participants. Le rapporteur du groupe commente la réponse puis les autres groupes n'ayant pas travaillé sur ce cas donnent leur avis.
Le Dr Caron, expert de la soirée, propose une conduite pratique à tenir, adaptée aux impératifs de la médecine générale, en fonction des acquis scientifiques et des recommandations de bonne pratique.
La soirée se termine par le recueil du post-test et sa correction.

G) Analyse des résultats

J'ai réalisé plusieurs niveaux d'analyse :

- analyse par question pour l'ensemble des participants
- recoupement des réponses de certaines questions abordant le même thème
- analyse de 2 sous-groupes : médecin ayant une expérience personnelle de l'allaitement (groupe AM+) et médecins n'ayant pas cette expérience (groupe AM-).
- comparaison entre les questionnaires

J'ai également différencié certaines réponses selon le sexe des praticiens.
J'ai inclus les 2 hommes dont seuls les enfants aînés ont été allaités dans le groupe AM-. Ceci pour 2 raisons : leurs réponses étaient plus proches du groupe AM- et la durée d'allaitement des enfants aînés a été inférieure à 1 mois.

L'échantillon de mon étude est bien sûr trop petit pour être représentatif de la population médicale française. De plus, de par la taille de l'échantillon les analyses statistiques sont impossibles et donc je ne pourrais parler que de « tendances » et non de réelles différences de résultats entre les groupes ou questionnaires.

II.

RESULTATS DE L’ETUDE

A) PREMIER QUESTIONNAIRE

Cf. Annexe 1

Note : Pour simplifier la compréhension des résultats, j'ai mis entre parenthèses la réponse correcte à la fin de l'intitulé de la question lorsque cela s'est avéré nécessaire.

1°) Population étudiée

18 médecins généralistes sont inclus dans l'étude : 7 femmes et 11 hommes.
Les femmes sont âgées de 35 à 49 ans et les hommes de 34 à 55 ans. La moyenne d'âge globale est de 44,5 ans.
Ils exercent tous en libéral, en groupe ou seul, dans un milieu urbain, semi urbain ou rural.
Ont été exclus les médecins retraités et les médecins n'ayant répondu qu'à une partie de l'étude.

2°) Données personnelles

Tous les praticiens ont des enfants : 2 à 4 enfants par médecin, soit 47 enfants.

31 de ces enfants **ont été allaités** soit les **2/3**.

Allaitement maternel	Nombre de praticiens	Sexe des praticiens	Nombre d'enfants
Oui	11 (61%)	5 femmes et 6 hommes	29
Non	5 (28%)	2 femmes et 3 hommes	13
Oui/ Non (Allaitement des enfants aînés)	2 (11%)	2 hommes	5

Tableau détaillant la durée d'allaitement des enfants des praticiens de l'étude :

Durée	15 jours	3 semaines	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	4 à 6 mois	5 mois	6 mois	Sans réponse
Nombre d'enfants	2	1	1	**8**	**7**	1	3	3	2	2

La durée moyenne d'allaitement est de **3 mois**.

La durée moyenne est de **4 mois** pour les femmes de l'étude ayant allaité leurs enfants (durée de 15 jours à 6 mois).

Composition des **sous-groupes** :

	AM+	AM-	Total des 2 groupes
Effectif global	11	7	18
Effectif selon le sexe	6 hommes 5 femmes	5 hommes 2 femmes	11 hommes 7 femmes
Moyenne d'âge	42,8	45,1	Moyenne=44,5

AM+ : groupe de médecins ayant une expérience personnelle de l'allaitement maternel
AM- : groupe de médecins n'ayant pas d'expérience personnelle d'allaitement

Tous les médecins dont les enfants n'ont pas été allaités ont plus de 40 ans ; et inversement tous les praticiens de moins de 40 ans ont des enfants qui ont été allaités.

3°) Attentes vis-à-vis d'une Formation Médicale Continue (FMC)

(Qu'attendez-vous d'une formation sur l'allaitement ?)

28 items ont été donnés.

16 items concernent la **pratique quotidienne** et les **conseils :**

- « côté pratique », « aspect pratique », « notions pratiques », « informations pratiques », « très pratique »
- « formation claire et synthétique, adaptée à la médecine générale »
- « conseils pratiques » ; « beaucoup de conseils » ; « conseils pour éviter les échecs » ; « conseils à donner aux mères »
- « « trucs » pour parer aux petits problèmes » ; « moyens de réussir sur la durée »
- « quelles pathologies intercurrentes nécessitent d'arrêter l'allaitement »
- « que faire en cas de gerçures, de fièvre… »
- « bien connaître les complications »

5 items concernent les **avantages** de l'allaitement :

- « connaître les avantages »
- « les bénéfices effectifs », « l'intérêt »
- « l'intérêt de l'allaitement : pourquoi, pour qui ? »

4 items concernent la **motivation** des médecins :

- « apprendre à convaincre les patientes de l'intérêt »
- « renforcer mes connaissances pour pouvoir motiver les patientes »
- « confirmer ma conviction sur son effet bénéfique »
- « motiver les hommes et les gynécos ! et même certaines sages-femmes ! »

2 items sur les **précautions** de l'allaitement : « précautions et allaitement »

1 médecin a donné la réponse « tout ».

Les praticiens attendent donc une formation « pratique » pouvant les aider dans leur activité professionnelle : conseils et conduite à tenir face aux problèmes courants.

4°) Rôle du médecin généraliste

(Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste vis-à-vis de l'allaitement maternel et des mères qui allaitent ?)

32 items ont été donnés.

9 items sur le **soutien** des mères :

- « rassurer » (cité 2 fois)
- « encourager » (cité 3 fois)
- « dédramatiser »
- « motivation » (cité 2 fois)
- « aider la maman dans les petits problèmes du départ »

7 items concernent les **conseils** à donner à la mère :

- « conseiller sur la technique », « conseiller sur son alimentation »
- « conseil » (cité 3 fois) ; « conseils pour éviter les problèmes »
- « prévention »

5 items sur la **promotion** de l'allaitement :

- « incitation »
- « avantages »
- « information », « renseigner »
- « aborder systématiquement le problème »

3 items sur le **suivi** du nouveau-né et de l'allaitement :

- « vérifier la croissance du bébé »
- « surveillance »
- « suivi pendant l'allaitement »

3 items sur la prise en charge des **complications** de l'allaitement :

- « traiter si pathologie des seins » ; « traiter »
- « les problèmes sont réservés le plus souvent au médecin généraliste »

5 autres réponses ne peuvent pas être regroupées :

- « capital » ; « important » ; « très important car la prise en charge en maternité n'est pas top »
- « savoir répondre aux questions » ; « savoir de quoi on parle »

Le groupe **AM+** est à l'origine de plus des **2/3 des réponses** (2,1 items par praticien dans groupe AM+ vs 1,3 items par praticien dans le groupe AM-).

La moitié des items (16/32) concernent le rôle de soutien et de conseils aux mères. Le tiers des réponses dans chaque sous-groupe concerne :

- pour le groupe AM+, le rôle de soutien
- pour le groupe AM-, le rôle de conseiller

Les autres réponses sont à peu près également réparties.

5°) Promotion de l'allaitement

a) ***Abordez-vous le sujet de l'allaitement maternel avec toutes vos patientes ? Si oui, à quel moment ?***

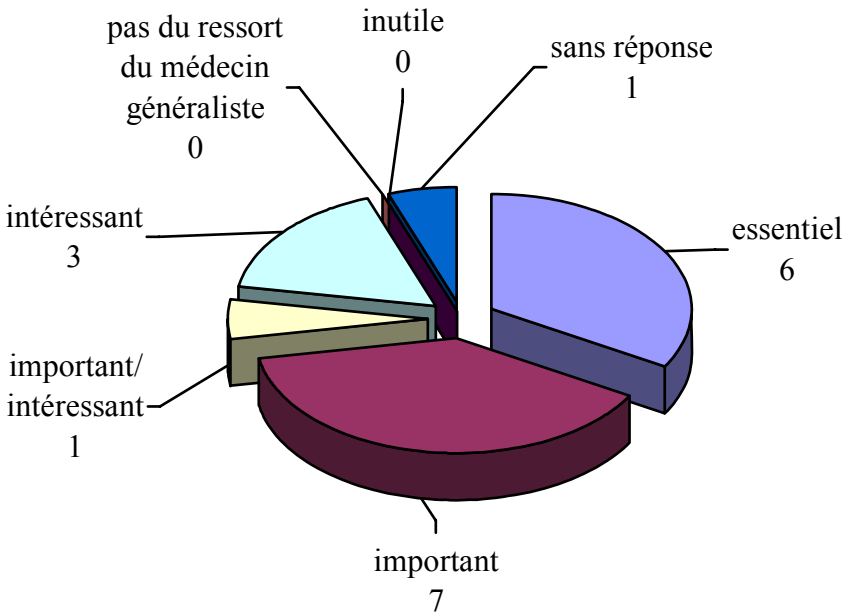
Aborde AM	Nombre de médecins	Quand
Oui	10	6 MG : pendant grossesse dont 2 au début de grossesse 2 MG : avant ou pendant la grossesse 2 MG : après l'accouchement
Non	7	1 : pendant la grossesse
Sans réponse	1	

MG= médecin généraliste

Un médecin a précisé à quel moment il aborde le sujet de l'allaitement avec ses patientes même s'il ne le fait pas systématiquement avec toutes.

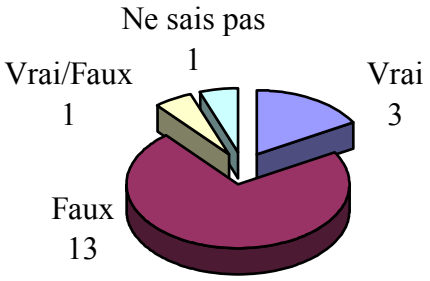
Parmi les 10 médecins abordant le sujet, **9 appartiennent au sous-groupe AM+** (9/11 soit ~82% des réponses du groupe AM+).

b) ***Pour vous, promouvoir l'allaitement maternel, c'est :***



La promotion est « **essentielle** » pour 6 praticiens: tous appartiennent au **groupe AM+** (soit plus de la moitié de l'effectif de ce groupe).
La promotion est « **intéressante** » pour 3 praticiens : tous appartiennent au **groupe AM-** (soit environ 43% de l'effectif de ce groupe).

c) ***« Allaiter : c'est pas cher » est un bon argument pour promouvoir l'allaitement.*** (Faux)

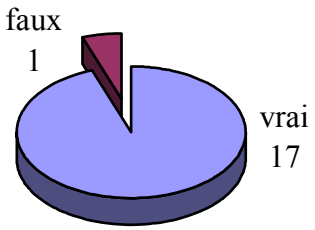


Les 3 médecins qui répondent « vrai » à cette question, classent le coût financier en 4° ou 6° position à une question décrite ultérieurement (cf. p.52).
Parmi les 3 femmes qui citent la valeur économique de l'allaitement comme caractéristique de l'allaitement (cf. p.51), 2 répondent « faux » à cette question et la dernière répond « vrai/faux ». Elles classent respectivement le coût financier en 5°, 6° et 3° position (cf. p.52).

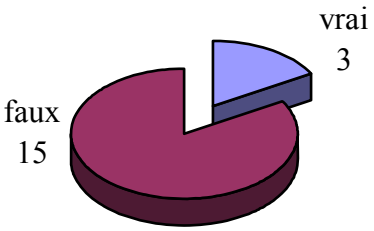
Proportionnellement, ils sont plus nombreux à avoir donné la bonne réponse dans le groupe AM+ (9/11 soit ~82%) que dans le groupe AM- (4/7 soit ~57%).

6°) Représentations de l'allaitement maternel et du lait maternel

a) En dehors des cas de contre-indication formelle à l'allaitement (VIH, tuberculose active, cancer du sein, galactosémie congénitale), le lait maternel est toujours adapté au nourrisson. (Vrai)



b) ***Certaines mères n'ont pas un lait assez « riche » ?*** (Faux)



Parmi les 3 réponses « vrai » :

- Le 1° médecin cite une croissance insuffisante du bébé comme facteur d'échec de l'allaitement (cf. p.55)
- Le 2° pense que le lait maternel n'est pas toujours supérieur au lait infantile (cf. question suivante).
- Le 3° pense que le lait maternel n'est pas toujours adapté au nourrisson (cf. question précédente).

c) ***Pour vous, le lait maternel est-il toujours supérieur au lait infantile ?*** (Oui)

2 praticiens pensent que le lait maternel n'est pas toujours supérieur au lait industriel. Ce sont les 2 femmes de l'étude n'ayant pas allaité leurs enfants (groupe AM-).

d) ***Donner 3 mots caractérisant selon vous l'allaitement maternel ?***

Pour la question suivante, 51 items ont été donnés par 17 médecins (1 médecin n'a pas donné de réponse).

20 items portent sur la **relation mère-enfant** ou la **valeur affective** de l'allaitement :

- « relation mère-enfant » (cité 4 fois) ; « contact mère-enfant » ; « intimité mère-bébé »
- « relationnel » ; « contact »
- « fort lien affectif »
- « maternel »
- « amour partagé »
- « plaisir » (cité 2 fois)
- « bon » (cité 3 fois)
- « bonheur »
- « beau », « chaleureux », « moment privilégié inconnu du père »

11 items concernent la **valeur nutritionnelle** du lait maternel :

- « lait idéal » ; « aliment idéal », « le meilleur »
- « aliment adapté » ; « adapté » ; « adaptabilité »
- « sain » (cité 2 fois)
- « équilibre diététique »
- « digeste »
- « sécurité »

10 items portent sur la **valeur immunitaire** du lait :

- « immunité » (cité 3 fois)
- « anticorps » (cité 3 fois)
- « protection virale », « protection infectieuse »
- « non allergisant »
- « préventif »

4 items portent sur l'**aspect pratique** de l'allaitement :

- « pratique » (cité 3 fois)
- « facilité »

3 items concernent l'**aspect économique** de l'allaitement :

- « pas cher » (cité 2 fois)
- « économique »

2 items sur **l'aspect naturel** de l'allaitement :

- « naturel »
- « spontané »

Enfin un médecin a donné comme réponse « fatigue ».

Le groupe AM+ a donné un nombre d'items 2 fois plus important (34 items vs 17 items, soit 3,1 items par praticien dans le groupe AM+ et 2,4 items par praticien dans le groupe AM-). Les réponses sont plus diversifiées dans le groupe AM+ (2 thèmes en plus).

Par ailleurs, les **femmes du groupe AM+** ont cité les items sur les aspects **pratiques**, **économiques**, et sur la **fatigue**; ainsi que 1 item sur 2 sur l'aspect naturel.
Par contre, les **hommes** ont donné la majorité des items sur les **valeurs nutritionnelles** (9 items sur 11) et **immunitaires** (7 items sur 10).

e) ***Numéroter par ordre d'importance les items concernant l'allaitement.***

Item	Cité en n°1	Cité en n°2	Cité en n°3	Cité en n°4	Cité en n°5	Cité en n°6	Total
Coût financier	-	-	2	3	3	**10**	18
L'épanouissement maternel : plaisir	3	3	**5**	**6**	1	-	18
L'aspect pratique	1	1	2	3	**9**	2	18
La relation mère enfant privilégiée	**12**	4	-	1	-	1	18
L'aspect naturel	-	**5**	**5**	3	2	3	18
L'aspect biomédical : bénéfices pour la santé	2	**5**	**4**	2	3	2	18
Total	18	18	18	18	18	18	

Les médecins ont majoritairement cité la relation mère-enfant en premier. Le tableau montre que les bénéfices pour la santé et l'aspect naturel viennent ensuite. L'aspect pratique et le coût financier sont des critères moins importants aux yeux des généralistes.

Il n'y a pas de véritable différence de classement entre les groupes AM+ et AM- mais certaines réponses sont originales :

- Coût financier: les 2 réponses citées en 3° position proviennent de femmes du groupe AM+.
- Epanouissement maternel: parmi les 6 réponses citées en 1° et 2° positions, 5 proviennent de femmes dont 4 du groupe AM+
- Aspect pratique: les 2 réponses citées en 1° et 2° positions proviennent de femmes du groupe AM+.
- Relation mère-enfant privilégiée: les 2 réponses citées en 4° et 6° positions proviennent de femmes du groupe AM+.

7°) Soutien aux mères

a) ***Pour vous, rassurer et soutenir les mères qui allaitent, c'est*** **:**

	Essentiel	Important	Intéressant	Inutile
Nombre de médecins	7	**10**	1	-

Parmi les **7 praticiens** à trouver « **essentiel** » le soutien aux mères, ils sont **6 à donner un item correspondant** dans la question « Quel est le rôle du médecin généraliste vis-à-vis de l'allaitement et des mères qui allaitent ? » (cf. p.47) :

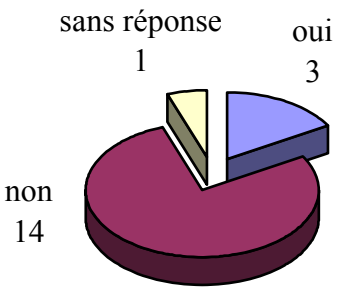
- « Aider la maman dans les petits problèmes du départ »
- « Rassurer » ; « encourager+++ »
- « Motivation et surveillance »
- « Motivation et dédramatisation »
- « Conseil++ et rassurer »

Ces 7 praticiens appartiennent tous au **groupe AM+** (dont 4 femmes sur les 5).

Le soutien est « i**mportant** » pour 10 praticiens : les 2/3 du groupe AM- (dont les 2 femmes) et 1/3 du groupe AM+ (dont 1 femme sur les 5). **Les ¾ sont des hommes**.

Le soutien est « **intéressant** » pour 1 praticien : 1 homme du **groupe AM-.**

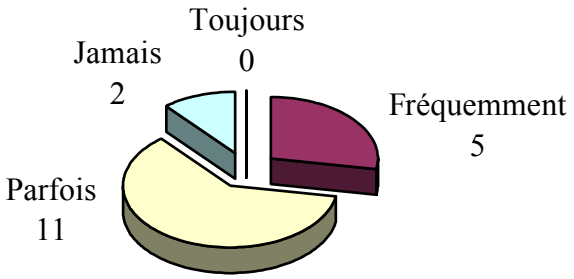
b) ***Connaissez-vous des organismes ou des associations de soutien à l'allaitement ?***



2 médecins connaissent La Leche League et un autre une sage-femme. Ces 3 praticiens font partie du **groupe AM+** (2 femmes et un homme).

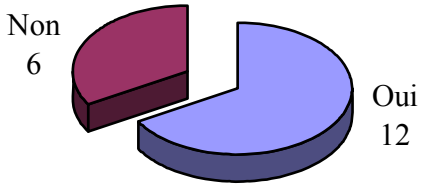
8°) Pratique quotidienne

a) Pensez-vous avoir une influence sur la décision d'allaiter ou non ?



Pas de différence entre les sous-groupes.

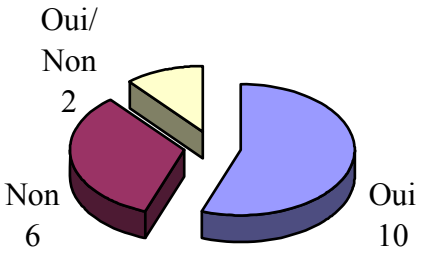
b) Pensez-vous avoir une influence sur la durée de l'allaitement ?



Il n'y a pas de corrélation entre les réponses à cette question et les réponses de la question précédente**.**

12 praticiens pensent influencer la durée de l'allaitement : ils sont plus nombreux dans le groupe AM+ (8/11 soit ~73%) que dans le groupe AM- (4/7 soit ~57%). Par ailleurs **toutes les femmes du groupe AM+ pensent avoir une influence sur la durée.**

c) ***Vous sentez vous à l'aise face aux questions des mères vis-à-vis de l'allaitement ?***



10 praticiens déclarent se sentir à l'aise : 8 sont du groupe AM+.
On retrouve la même proportion mais inversée dans les 2 groupes : les ¾ du groupe AM+ se sentent à l'aise (dont 4 femmes sur 5) alors que les ¾ du groupe AM- ne se sentent pas à l'aise (dont les 2 femmes).

d) **Quelles sont, selon vous, les 3 principales causes d'échec de l'allaitement ?**

49 items ont été donnés par 17 praticiens (1 médecin n'a pas donné de réponse).

10 items concernent une mauvaise **information** :

- « mauvais conseils » (cité 3 fois)
- « manque d'informations » (cité 2 fois) ; « information insuffisante »
- « non préparation » (cité 2 fois) ; « mal préparé »
- « diversité des sources de conseils »

6 items portent sur le manque de **motivation** maternelle :

- « manque de motivation » (cité 4 fois)
- « non motivation »
- « à contrecœur »

6 items portent sur le **déroulement de l'allaitement** :

- « difficulté à soigner les problèmes sénologiques »
- « affections intercurrentes »
- « complications » ; « incident dû à l'allaitement »
- « coliques du nourrisson »
- « croissance du bébé insuffisante »

5 items concernent l'aspect **contraignant** de l'allaitement :

- « non disponibilité » (cité 2 fois)
- « astreignant » ; « contraintes »
- « nombre d'enfants »

4 items sur l'**activité professionnelle** de la mère :

- « reprise du travail » (cité 2 fois)
- « vie professionnelle » ; « travail »

3 items : « **stress »** (2 fois) ; « peur de l'échec »

3 items : « **fatigue »**

3 items sur l'**entourage** :

- « belle-mère »
- « pression familiale », « pression de l'entourage »

3 items : « facilité du biberon » ; « rapidité » ; « simplicité »

2 items : « esthétique » ; « peur pour la poitrine »

2 items sur le suivi et le soutien : « pas de suivi adapté au domicile » ; « pas assez d'encouragement »

Autres réponses :

- « niveau social »
- « alimentation insuffisante »

Le groupe AM+ est à l'origine de plus des deux tiers des réponses (34 items vs 15 ; soit 3 items par praticien AM+ vs 2items par praticien AM-). Le groupe AM+ présente aussi une diversité de réponse plus importante (5 thèmes en plus).

	AM+	AM-
Thème le plus cité	Manque d'informations	Manque d'informations
2 thèmes cités ensuite (ex aequo)	Apparition de complications Reprise de l'activité professionnelle	Manque de motivation

Par ailleurs certaines réponses sont originales :

- les 4 items sur la **reprise de l'activité professionnelle** et les 3 items sur la **facilité du biberon** sont cités par des **hommes du groupe AM+**
- les 2 items sur **l'aspect esthétique** sont cités par des **hommes**
- les 6 items sur le **manque d'informations** du groupe AM+ sont cités par des **femmes**
- sur les 5 items concernant **l'aspect contraignant**, 4 items proviennent d'**hommes**

e) Pour vous, à quoi est dû un allaitement réussi ?

34 items ont été donnés par 16 médecins.
Un praticien n'a pas répondu et un autre a noté : « question mal posée ».

10 items sur l'**information** :

- « bonne préparation » (cité 5 fois)
- « bonne information » (cité 3 fois)
- « bons conseils » ; « conseils du médecin généraliste »

7 items sur **motivation** maternelle :

- « motivation » ; « bonne motivation » ; « motivation suffisante » (cité 6 fois)
- « demande maternelle »

6 items sur le **comportement** maternel :

- « mère disponible » (cité 2 fois)
- « absence de sentiment de contrainte »
- « une mère « bien dans sa tête » » ; « une maman détendue et logique »
- « « no stress » »

3 items sur le **déroulement de l'allaitement** :

- « pas de complications » ; « absence de complications »
- « bonne courbe de poids du bébé »

3 items sur l'**entourage** :

- « environnement familial favorable »
- « bon entourage familial »
- « aperçu extérieur (par d'autres mamans) »

2 items sur le **suivi médical** : « bon suivi » ; « bon accompagnement »

Autres réponses : « bonne relation mère-enfant » ; « bonne compréhension de l'intérêt » ; « absence de reprise précoce du travail »

11 médecins reprennent les mêmes items aux questions sur les facteurs d'échec et de réussite de l'allaitement.

Là aussi le groupe AM+ a proposé 2/3 des réponses (21 items vs 13 mais avec un nombre d'items par praticien équivalent dans les 2 groupes). Le groupe AM+ est à l'origine de 2 thèmes supplémentaires.
Tous les items sur le comportement maternel proviennent des femmes du groupe AM+.

	AM+	AM-
Thème le plus cité	Comportement maternel	Bonne information
Thème cité en n°2	Bonne information	Motivation maternelle
Thème cité en n°3	Ex aequo : motivation maternelle et Bon déroulement de l'allaitement	Entourage favorable

9°) Durée d'allaitement et représentation

a) ***La maman du petit Julien, 2 mois, allaité exclusivement, vient vous demander conseil pour le sevrage car elle reprend le travail dans un mois. Que lui dites-vous ?***

5 médecins proposent un allaitement mixte en maintenant les tétées du matin et du soir.

3 médecins proposent de continuer l'allaitement sans donner d'explications sur la façon de faire à la reprise du travail.

3 autres praticiens proposent de continuer l'allaitement et si cela n'est pas possible :

- 1 praticien propose un sevrage progressif
- 2 autres, un allaitement mixte

4 médecins préconisent d'emblée un sevrage progressif.

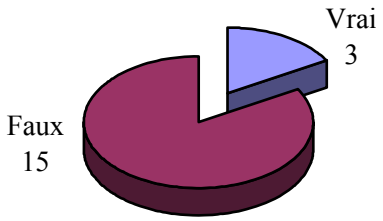
Les autres réponses sont :

- Prolongation de l'arrêt
- « bon courage »

Un médecin n'a pas répondu.

7 praticiens (~39%) conseillent un allaitement mixte à la reprise du travail : dans le groupe AM+, ils sont 6 sur 11 (~54%) ; alors que dans le groupe AM-, 1 seul praticien sur 7 le propose (~14%).
3 praticiens proposent de continuer l'allaitement sans donner d'autres explications : ce sont 3 hommes du groupe AM-.

b) ***Un allaitement de plus de 6 mois risque de créer une relation mère-enfant trop fusionnelle (pathologique).*** (Faux)



Les réponses sont équivalentes dans les 2 groupes pour cette question.
Les 2 femmes du groupe AM- ont donné la bonne réponse.

c) ***Vous apprenez par hasard au cours d'une consultation que le petit Paul, 12 mois, sans problème particulier, est encore allaité par sa mère. Que dites vous à la mère à ce sujet ?***

7 médecins proposent de continuer ou félicitent la mère.

- « félicitation »
- « bravo » (2 fois)
- « c'est bien »
- « continuer » ; « continuer si épanouissant » ; « parfait continuer »

Ce sont des praticiens du **groupe AM+** (5 sur 11 soit ~45%) et les 2 femmes du groupe AM- (mais aucun homme AM-).

3 praticiens ne disent rien à ce sujet

3 praticiens se questionnent sur l'allaitement : comment se passe l'allaitement et s'inquiète du lien mère enfant (peur d'une dépendance psychologique).

5 médecins demandent d'arrêter l'allaitement :

- un praticien demande de diversifier l'alimentation (« il faudrait voir à diminuer doucement et à diversifier »)
- « de penser à arrêter »
- « il est temps de penser à autre chose »
- « qu'il est temps d'arrêter »
- « alors il va le couper ce cordon ??? »

Les **hommes du groupe AM-** ont proposé majoritairement l'arrêt de l'allaitement (3 sur 5 soit ~60%).

NB : La question était mal posée : il fallait comprendre que l'allaitement venait en complément d'une alimentation diversifiée correspondant à l'âge.

En conclusion :

10 médecins sont favorables à un allaitement au-delà des 12 mois. Parmi eux, au 2° mois, 6 conseillent un allaitement mixte et 1 propose de continuer l'allaitement. Ils ne pensent pas qu'un allaitement de plus de 6 mois risque d'entraîner une relation trop fusionnelle (cf. page précédente).

Les 3 médecins qui craignent une relation fusionnelle après 6 mois :

- Sont favorables à la poursuite de l'allaitement au 2° mois (prolongation de l'arrêt, allaitement mixte, continuer l'allaitement)
- Sont plus réticents à un allaitement au-delà des 12 mois : un se questionne sur l'état de dépendance mère-enfant ; un propose de diversifier, le dernier dit de « couper le cordon »

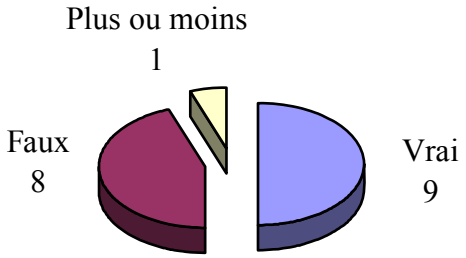
10°) Autres représentations de l'allaitement

***a) Le taux d'allaitement à la sortie de maternité en France est de 56% (en 2002). Dans la Somme, il est environ de* :** (40%)

	30%	40%	50%	60%	Plus de 60%	Sans réponse
Nombre de réponses	**16**	1	-	-	-	1

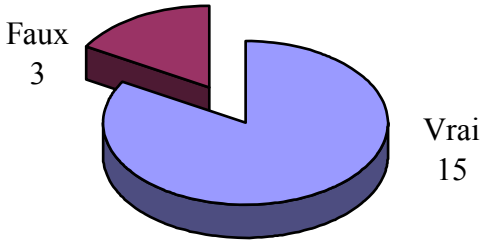
Les praticiens donnent donc un taux inférieur à la réalité.

b) Une mère qui souhaite nourrir son bébé au sein trouve d'instinct la façon de lui présenter le sein. (Faux)



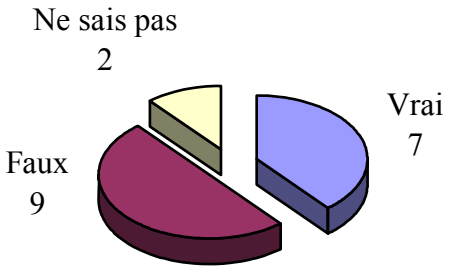
Les réponses à cette question sont partagées. On retrouve essentiellement une différence entre hommes et femmes. En effet, **seuls 2 hommes pensent que la position au sein n'est pas instinctive (2/11 soit ~18%) alors que 6 femmes sur 7 le pensent (soit ~86%).**
Toutes les réponses fausses émanent d'hommes.

c) ***Le soutien du père est primordial pour la réussite d'un allaitement.*** (Vrai***)***



Les 3 praticiens qui ont répondu « faux » à cette question ne citent pas l'entourage familial comme facteurs d'échec ou de réussite (cf. p.55 et 57).
Il n'y a pas de corrélation entre les réponses à cette question et celles sur l'importance du soutien des mères (« pour vous rassurer et soutenir les mères qui allaitent, c'est… », p.53).

d) Les femmes qui travaillent allaitent plus fréquemment. (Vrai)



Parmi les 9 praticiens à répondre « faux » à cette question, 3 ont cité la reprise du travail comme facteur d'échec de l'allaitement (3/4) (cf. p.55).

La proportion de bonnes réponses est un peu plus importante dans le groupe AM+ (groupe AM+ : 5/11 ~46% et groupe AM- : 2/7 ~29%).
Par ailleurs les femmes du groupe AM+ sont à l'origine de plus de la moitié des bonnes réponses (4/7), alors que les 2 femmes du groupe AM- ont donné chacune une réponse fausse.

CONCLUSION POUR LE PREMIER QUESTIONNAIRE
ꕥ

Le groupe AM+ a donné de façon générale plus de réponses aux questions ouvertes.
Le groupe AM- est à l'origine des absences de réponses : sur 13 absences de réponses (ou réponses « ne sais pas »), 9 sont le fait d'hommes du groupe AM-.

Je retrouve des tendances différentes selon les sous-groupes.

Dans le **groupe AM+,** les praticiens :

- sont plus jeunes que la moyenne : 42,8 ans vs 44,5 ans
- abordent systématiquement le sujet de l'allaitement avec leurs patientes
- pensent que la promotion de l'allaitement est « essentielle »
- pensent tous que le lait maternel est toujours supérieur au lait artificiel
- pensent que le soutien aux mères est « essentiel »
- pensent majoritairement influencer la durée de l'allaitement chez leurs patientes
- se sentent à l'aise face aux questions des mères
- pensent que outre le manque d'informations, l'apparition de complications et la reprise du travail sont les principaux facteurs d'échec d'allaitement
- conseillent un allaitement mixte à la reprise du travail
- sont favorables à un allaitement prolongé (plus de 12 mois)

Et plus particulièrement pour les **5 femmes du groupe AM+** :

- elles sont plus jeunes que la moyenne : 39,6 vs 44,5 ans
- elles ont allaité plus longtemps que la moyenne (4 mois vs 3 mois)
- quant aux 3 mots caractérisant l'allaitement, elles sont à l'origine des items sur l'aspect économique de l'allaitement (3/3) et 3 d'entre elles citent l'aspect pratique (3/6)
- elles sont 4 à classer « l'épanouissement maternel » en 1° ou 2° position (4/6) et elles sont 2 à classer le coût financier en 3° position (2/2).
- elles sont 3 à citer l'absence de stress (3/3) et 2 à citer des items sur la disponibilité de la mère (3 items/3) comme facteurs de réussite de l'allaitement
- elles sont 2 à connaître la Leche League

Et inversement pour les médecins du **groupe AM-,** ils :

- sont plus âgés que la moyenne : 45,1 ans vs 44,5 ans (et notamment les hommes âgés en moyenne de 48,2 ans)
- n'abordent pas le sujet de l'allaitement avec leurs patientes
- pensent que la promotion de l'allaitement est « importante » (vs « essentiel »)
- pensent que le soutien aux mères est « important » (vs « essentiel »)
- pensent moins influencer la décision et la durée de l'allaitement chez leurs patientes
- ne se sentent pas à l'aise face aux questions des mères

- pensent que outre le manque d'informations, le manque de motivation de la mère est le principal facteur d'échec d'allaitement
- proposent de continuer l'allaitement à la reprise du travail mais ne donnent pas d'explications
- ne sont pas favorables à un allaitement prolongé (plus de 12 mois)

Et plus particulièrement pour les **2 femmes du groupe AM-** :

- une d'entre elle pense que la promotion de l'allaitement est « intéressante »
- **pensent que le lait maternel n'est pas toujours supérieur au lait infantile**.
- elles ne se sentent pas à l'aise face aux questions sur le sujet de l'allaitement (2/6).
- elles pensent que les mères qui travaillent allaitent moins fréquemment leur bébé (2/9).
- une d'entre elles pense que certaines mères n'ont pas un lait assez « riche » (1/3).
- elles sont favorables à un allaitement long et une conseille un allaitement mixte à la reprise du travail (1/5).
- une d'entre elles cite même le « plaisir » et la « facilité » comme mots caractérisant l'allaitement.

B) PRE ET POST-TEST

Il s'agit des questions posées en pré et post-test au cours de la soirée de FMC ainsi qu'en première partie du questionnaire à distance (Cf. Annexe 2).

1°) Données générales

Pour l'analyse des tests, les réponses ininterprétables (écriture illisible ou non respect des lignes) n'ont pas été comptabilisées. Les réponses jugées incorrectes comprennent les fautes directes, les absences de réponses et les réponses « ne sais pas ».
Cependant les absences de réponses aux 3 avant-dernières questions n'ont pas été comptabilisées : de nombreux médecins se sont contentés de répondre à la proposition qui leur semblait vraie.

En **pré-test**, il y a de 12 à 20 réponses correctes (sur 24 questions) ; avec une **moyenne de 15,5 réponses correctes.**

En **post-test**, il y a de 20 à 24 réponses correctes (24 réponses correctes pour 4 médecins : 2 femmes et 2 hommes du groupe AM+) ; avec en **moyenne 22,4 réponses correctes** (soit en moyenne 7 réponses correctes de plus qu'en pré-test).

En ce qui concerne les réponses du **test à distance**, il y a de 16 à 24 réponses correctes (24 réponses correctes pour 1 médecin) ; avec en **moyenne 20,5 bonnes réponses** par médecin (soit en moyenne 2 réponses correctes de moins qu'en post-test immédiat, mais 5 de plus qu'en pré-test).

A noter : seuls 2 médecins ont amélioré leur « score » au test à distance : 1 femme du groupe AM+ et 1 homme du groupe AM-. Les 4 médecins n'ayant pas fait de fautes au post-test ont fait au moins 3 fautes au test à distance.

En comparant les réponses de chaque médecin aux 3 tests :

- **73% des réponses incorrectes du post-test (22/30) sont identiques au pré-test**
- **74% des réponses incorrectes du test à distance (49/66) sont identiques aux fautes réalisées en pré ou post-test.**

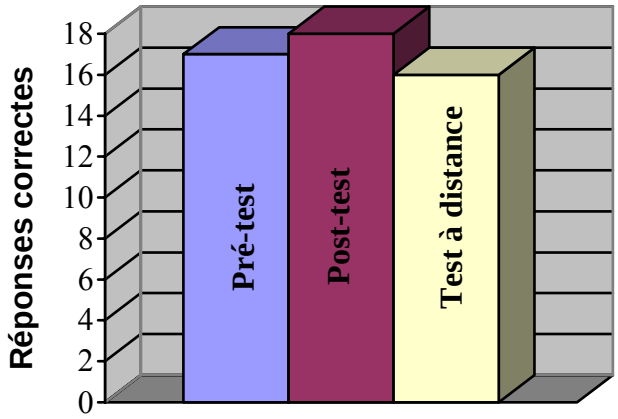
Réponses correctes	Moyenne globale	AM+			AM-		
		Hommes	Femmes	Moyenne AM+	Hommes	Femmes	Moyenne AM-
Pré-test	**15,5**	16,2	16,8	16,5	16	**13**	**14,5**
Post-test	**22,4**	22,8	22,8	22,8	21,4	22	21,7
Test à distance	**20,5**	19,2	21,2	20,2	20,6	21	20,8

Les médecins devaient également répondre à une question sur l'évaluation du nombre de nourrissons de moins de 6 mois qu'ils avaient vus au cours du mois précédent la FMC et combien étaient allaités.
14 praticiens ont déclaré avoir vu en moyenne 21 enfants chacun dans le mois (de 2 à 100) et avoir vu en moyenne 5 nourrissons allaités (de 0 à 30) soit environ 24% des enfants.

2°) Résultats par question

(La réponse correcte est précisée entre parenthèses à la fin de l'intitulé de la question.)

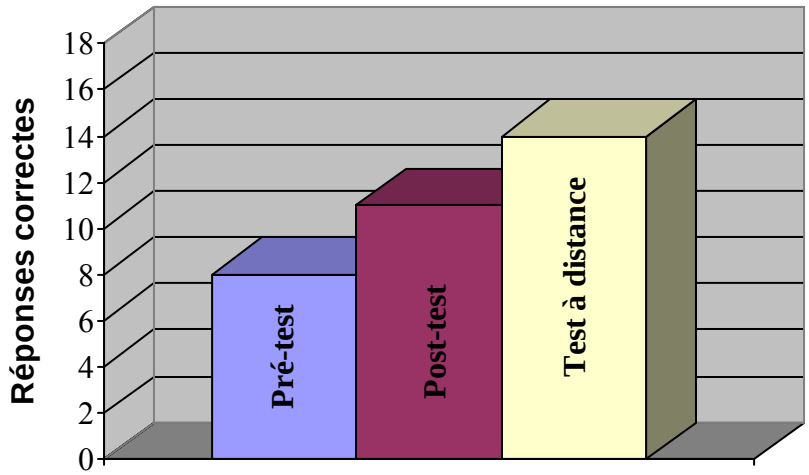
a) Au cours de l'allaitement, il faut habituer le nourrisson au biberon en vue du sevrage. (Faux)



	Vrai	Faux
Pré-test	1	17
Post-test	0	18
Test à distance	2	16

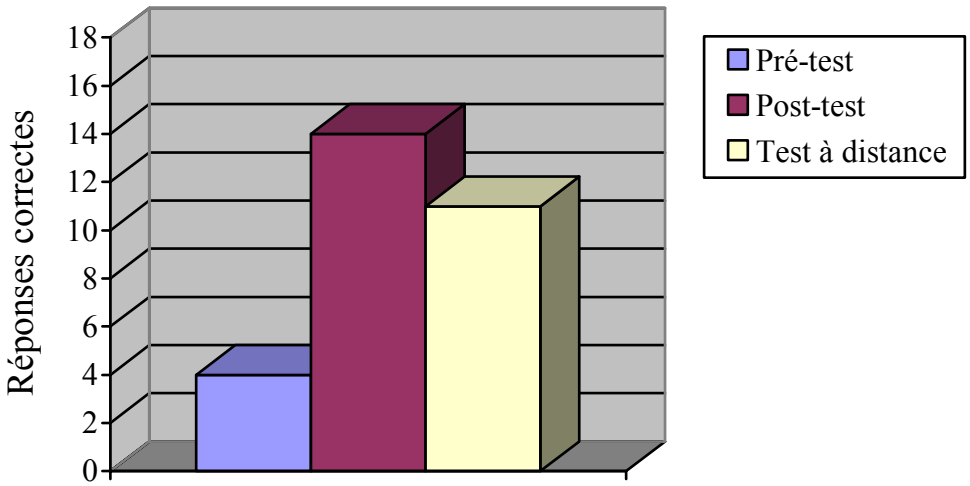
En pré-test : le médecin qui pense qu'il faut habituer le nourrisson au biberon en vue du sevrage propose un allaitement mixte à la reprise du travail (cf. p.58).
Au test à distance : ce ne sont pas les mêmes médecins, mais ils privilégient aussi un allaitement mixte.

b) Le manque de lait est physiologique chez certaines femmes. (Faux)



	Vrai	Faux	Ne sais pas	Pas de réponse
Pré-test	7	8	2	1
Post-test	7	11	-	-
Test à distance	4	14	-	-

c) ***Il faut suspecter un « manque de lait » lorsqu'un bébé de 6-8 semaines (en bonne santé) ne grossit pas.*** (Faux)



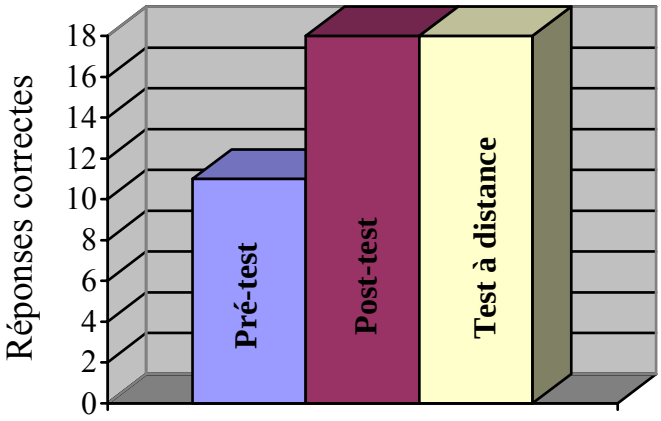
	Vrai	Faux	Ne sais pas
Pré-test	13	4	1
Post-test	4	14	-
Test à distance	7	11	-

Au premier questionnaire, aucun praticien n'a cité directement le manque de lait comme facteur d'échec ; et un seul médecin a cité une croissance du bébé insuffisante (cf. p.55).

Les réponses fausses proviennent en proportion égale des 2 groupes (AM+ et AM-).

Remarque : Au vu des réponses, je me suis aperçue que l'intitulé de la question est source d'erreur : il aurait fallu utiliser le terme « grossit moins vite » à la place de « ne grossit pas ».

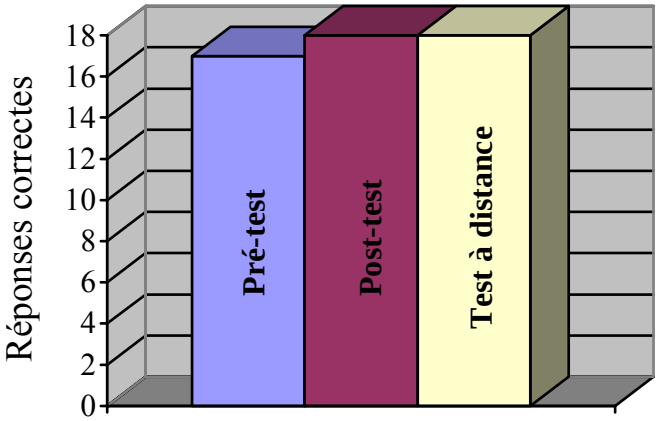
d) Les crevasses sont liées à une mauvaise position du bébé au sein. (Vrai)



	Vrai	Faux
Pré-test	11	7
Post-test	18	0
Test à distance	18	0

En pré-test : parmi les 7 praticiens qui pensent que les crevasses ne sont pas liées à une mauvaise position au sein, 6 pensent qu'une mère trouve d'instinct la façon de donner le sein à son bébé (cf. p.60).
Parmi ces 7 praticiens, 6 sont des hommes (3 du groupe AM+ et 3 du groupe AM-).

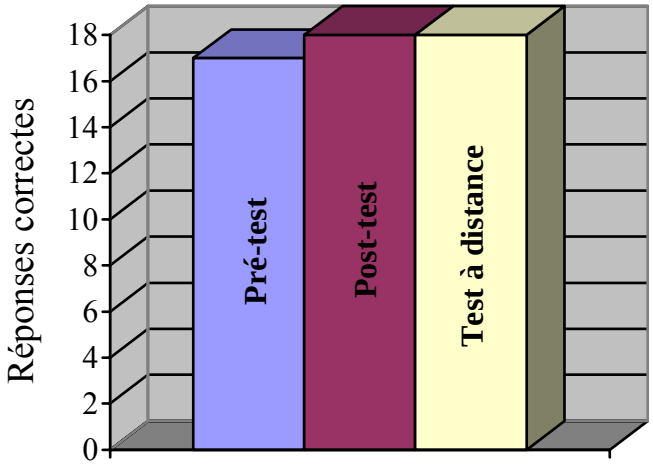
e) Les crevasses nécessitent d'arrêter l'allaitement. (Faux)



	Vrai	Faux
Pré-test	1	17
Post-test	0	18
Test à distance	0	18

La réponse incorrecte en pré-test provient d'une femme AM-.

f) Il faut arrêter l'allaitement en cas de lymphangite. (Faux)

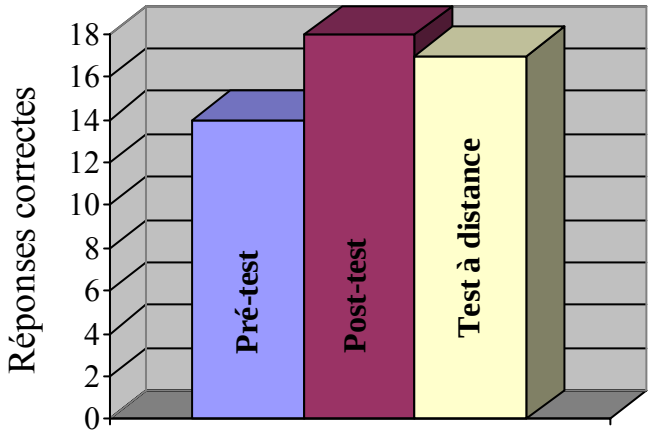


	Vrai	Faux
Pré-test	1	17
Post-test	0	18
Test à distance	0	18

La réponse incorrecte en pré-test provient d'un homme du groupe AM-.

A noter que les réponses fausses à cette question et à la précédente n'émanent pas du même praticien. Ils ne citent pas les complications sénologiques comme facteur d'échec au premier questionnaire (cf. p.55).

g) Il faut donner le sein à la demande. (Vrai)

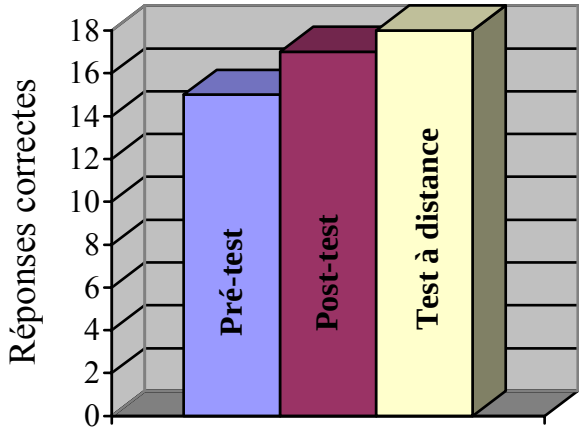


	Vrai	Faux
Pré-test	14	4
Post-test	18	0
Test à distance	17	1

En pré-test, les 4 réponses incorrectes proviennent de 2 hommes AM-, 1 homme AM+ et 1 femme AM+.

Au test à distance : le seul praticien qui pense qu'il ne faut pas donner le sein à la demande, le pensait déjà en pré-test : il s'agit d'une femme du groupe AM+.

h) *De la succion du bébé dépend la production de prolactine.* (Vrai)



	Vrai	Faux	Ne sais pas
Pré-test	15	2	1
Post-test	17	1	-
Test à distance	18	-	-

En pré-test, les réponses incorrectes proviennent de 3 praticiens AM+ (2 femmes et 1 homme).

i) *Une tétée doit durer au maximum…. minutes.* (pas de limite)

	10 min	15 min	20 min	30 min
Nombre de réponse en pré-test	2	5	8	3

La durée moyenne de tétée fixée par les praticiens est de 19 min.

En **post-test**, 2 médecins (groupe AM+) donnent encore une durée définie de tétée : 10 min pour l'un et 30 min pour l'autre.

12 praticiens ont compris qu'il n'y a pas de limite de temps et ont répondu :

- « pas de maximum » (4 fois) ; « variable »
- « ce qu'on veut »
- « pas de limite tant qu'il déglutit » ; « tant que bébé tête » ; « tant qu'il déglutit » ; « déglutition »
- « 20 min à 3H » ; « 15-20-30-40 min… »

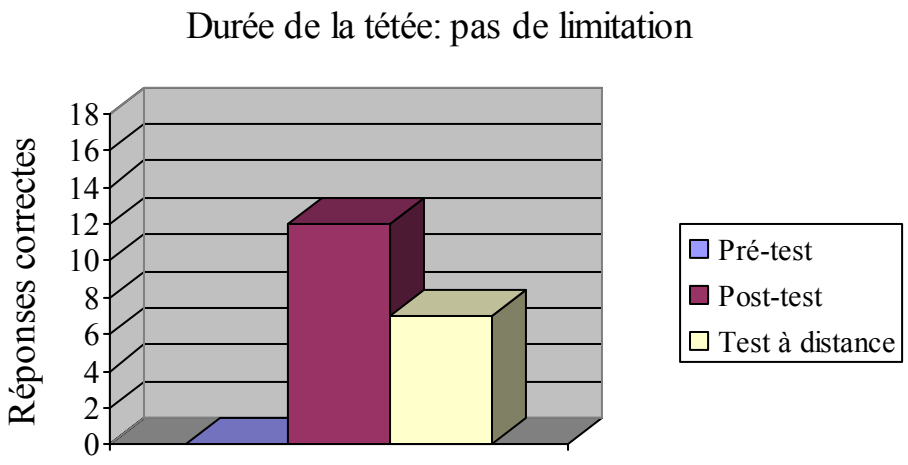
Enfin pour les 4 derniers :

- un médecin a répondu : « question mal posée »
- 2 médecins ont noté un point d'interrogation
- un n'a pas répondu

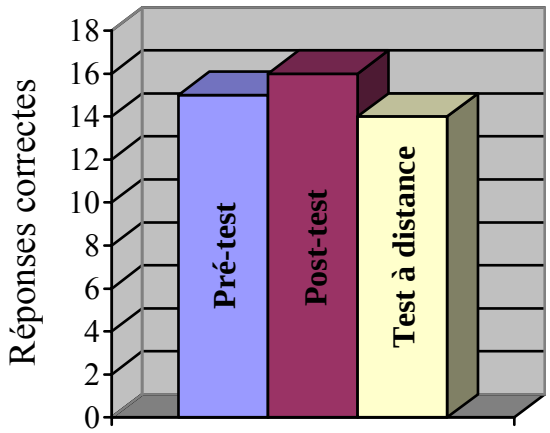
Dans le **test à distance**, 8 praticiens donnent un temps de tétée défini (allant de 10 à 40 min) (même proportion dans les groupes AM+ et AM-).

3 médecins n'ont pas répondu.

Enfin 7 praticiens ne donnent pas de limite de temps.



j) Le stress et la fatigue diminuent la production de lait. (Vrai)

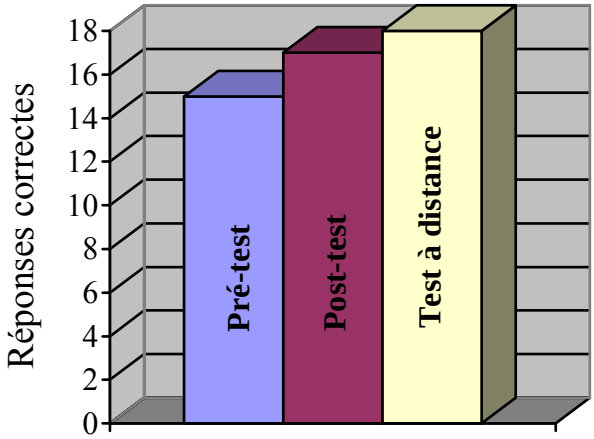


	Vrai	Faux	Ne sais pas
Pré-test	15	3	-
Post-test	16	2	-
Test à distance	14	3	1

Les réponses fausses aux différents questionnaires ne proviennent pas des mêmes praticiens.

Les 3 praticiens qui ont cité la fatigue comme facteur d'échec au premier questionnaire ont donné une bonne réponse à cette question (cf. p.55).

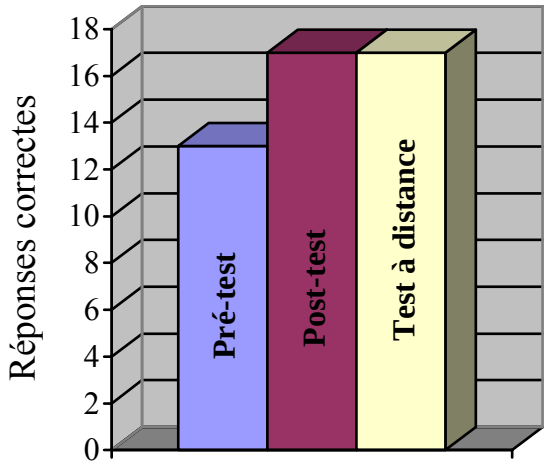
k) Le lait maternel peut se conserver 48H au réfrigérateur. (Vrai)



	Vrai	Faux	Pas de réponse
Pré-test	15	3	-
Post-test	17	-	1
Test à distance	18	-	-

Les réponses fausses émanent de 3 femmes (2 femmes du groupe AM+).

l) Il est utile de voir une mère qui allaite dans les 10 jours suivant la naissance même si elle ne se plaint de rien. (Vrai)



	Vrai	Faux	Ne sais pas
Pré-test	13	4	1
Post-test	17	1	-
Test à distance	17	1	-

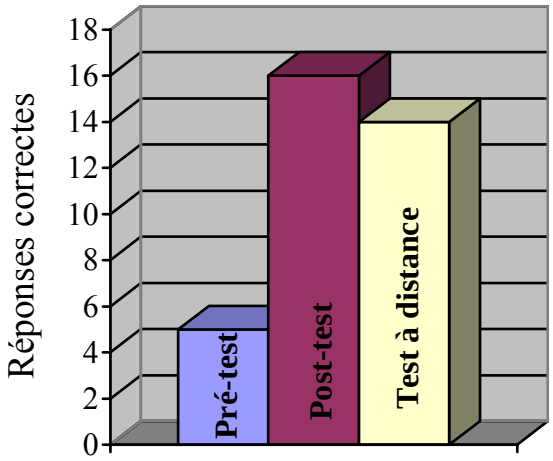
Parmi les 4 réponses fausses en pré-test, 3 émanent de praticiens AM+.

En pré-test : les 5 praticiens qui ont répondu « faux » ou « ne sais pas » à cette question :

- pensent pourtant que « soutenir et rassurer » les mères est « essentiel » pour 3 d'entre eux et « important » pour les 2 autres (cf. p.53)
- citent à la question du rôle du médecin généraliste (cf. p.47) : « encourager » pour 2 d'entre eux, « aider dans les petits problèmes du départ », « [rôle] très important car la prise en charge en maternité n'est pas au top », « suivi pendant l'allaitement »

Au test à distance : le praticien qui a répondu « faux » avait déjà donné cette réponse en pré-test.

m) Allaiter son enfant entraîne pour la famille une économie de l'ordre de : 500/ 1000/ 1500€ par an. (1000€)



	500€	1000€	1500€	Pas de réponse
Pré-test	6	5	6	1
Post-test	2	16	-	-
Test à distance	-	14	4	-

Parmi les 6 praticiens qui estiment l'économie de l'allaitement à 500€ :

- 3 ont cité le coût financier en 3° ou 4° position parmi les items sur l'allaitement (alors que 10 médecins sur 18 l'ont cité en 6°position) (cf. p.52)
- 2 médecins pensent que « allaiter, c'est pas cher » est un bon argument pour promouvoir l'allaitement (2réponses sur 3) (cf. p.49)
- 1 autre cite sa valeur « économique » comme caractéristique (cf. p.51)

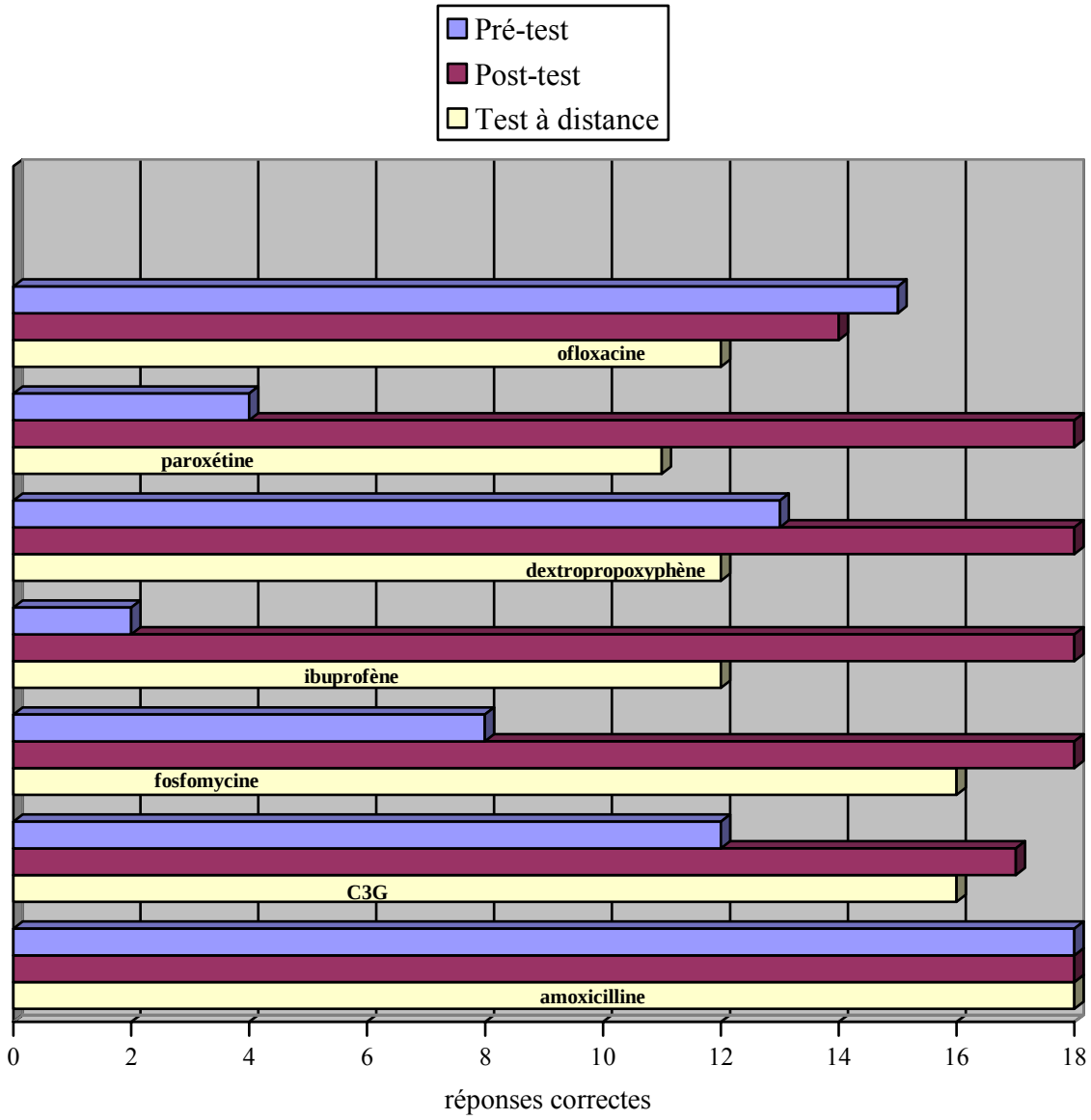
Parmi les 6 praticiens qui estiment l'économie de l'allaitement à 1500€ :

- 3 placent le coût financier en 5°position et un en 3° position
- 2 citent le terme « pas cher » comme caractéristique de l'allaitement

n) On peut continuer l'allaitement si prescription de :

		Vrai	Faux	Ne sais pas	Réponse ininterprétable
Amoxicilline *(vrai)*	Pré-test	**18**	-	-	-
	Post-test	**18**	-	-	-
	Test à distance	**18**	-	-	-
céphalosporine 3° génération *(vrai)*	Pré-test	**12**	5	1	-
	Post-test	**17**	1	-	-
	Test à distance	**16**	1	1	-
Fosfomycine *(vrai)*	Pré-test	8	8	1	1
	Post-test	**18**	-	-	-
	Test à distance	**16**	1	1	-
Ibuprofène *(vrai)*	Pré-test	2	**13**	2	1
	Post-test	**18**	**-**	-	-
	Test à distance	**12**	5	1	-
Dextropropoxyphène *(faux)*	Pré-test	4	**13**	1	-
	Post-test	-	**18**	-	-
	Test à distance	5	**12**	1	-
Paroxétine *(vrai)*	Pré-test	4	**11**	2	-
	Post-test	**18**	**-**	-	-
	Test à distance	**11**	6	1	-
Ofloxacine *(faux)*	Pré-test	1	**15**	2	-
	Post-test	4	**14**	-	-
	Test à distance	4	**12**	2	-

Récapitulatif des prescriptions



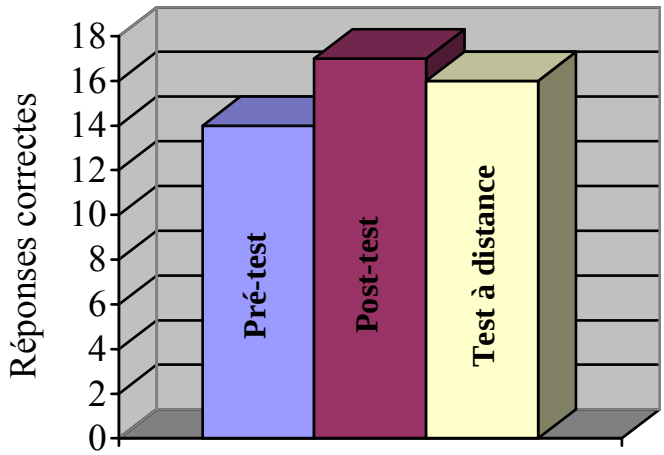
Le tableau et le diagramme montrent :

- que seule la prescription d'amoxicilline est parfaitement maîtrisée
- une régression des bonnes réponses (par rapport au pré-test) pour le dextropropoxyphène et l'ofloxacine
- une amélioration des réponses correctes (par rapport au pré-test) pour les autres molécules, notamment pour l'ibuprofène et la paroxétine

o) Louis, 3 mois, nourri au sein, a une selle non douloureuse et abondante tous les 3 jours. Que faites-vous ?

		Vrai	Faux	Sans réponse
Vous arrêtez l'allaitement *(faux)*	Pré-test	-	**10**	8
	Post-test	-	**11**	7
	Test à distance	-	**7**	11
Vous prescrivez un laxatif *(faux)*	Pré-test	-	**10**	8
	Post-test	-	**11**	7
	Test à distance	-	**7**	11
Vous faites boire de l'eau Hépar® *(faux)*	Pré-test	6	5	7
	Post-test	1	10	7
	Test à distance	-	**7**	11
Vous ne faites rien *(vrai)*	Pré-test	**14**	3	1
	Post-test	**17**	1	-
	Test à distance	**16**	1	1

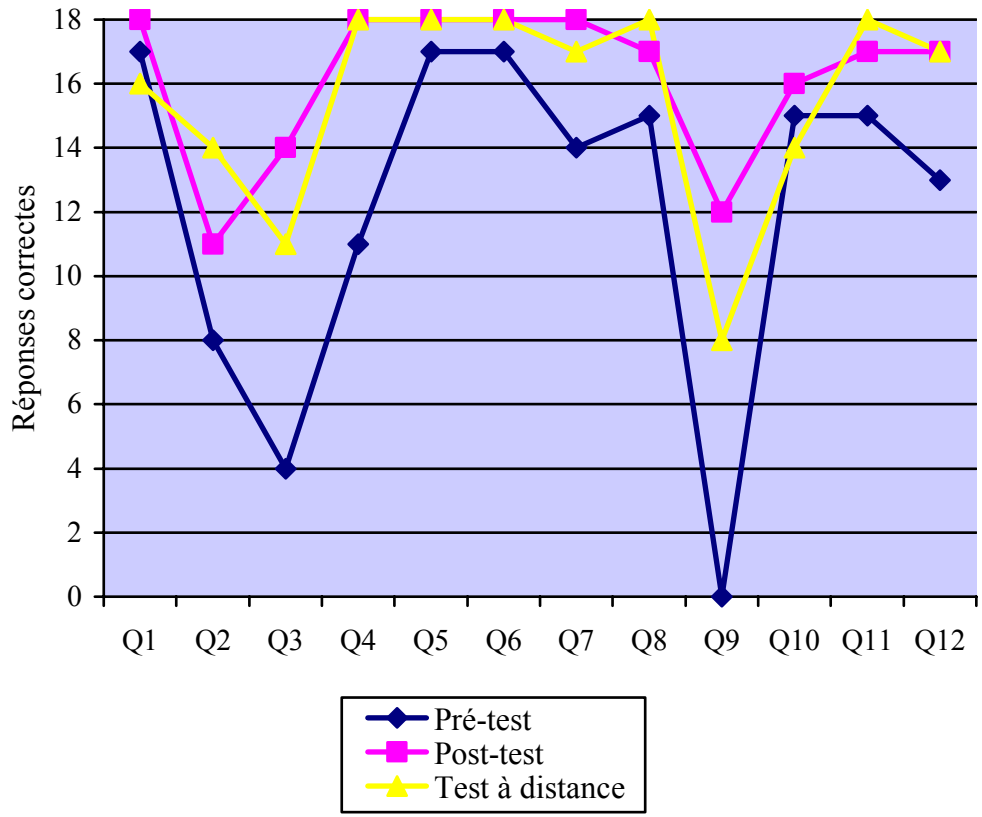
Récapitulatif de la proposition "Vous ne faites rien"



Je ne représente pas en histogrammes les 3 premières propositions de la question car comme le montre le tableau, beaucoup de médecins n'y ont pas répondu.

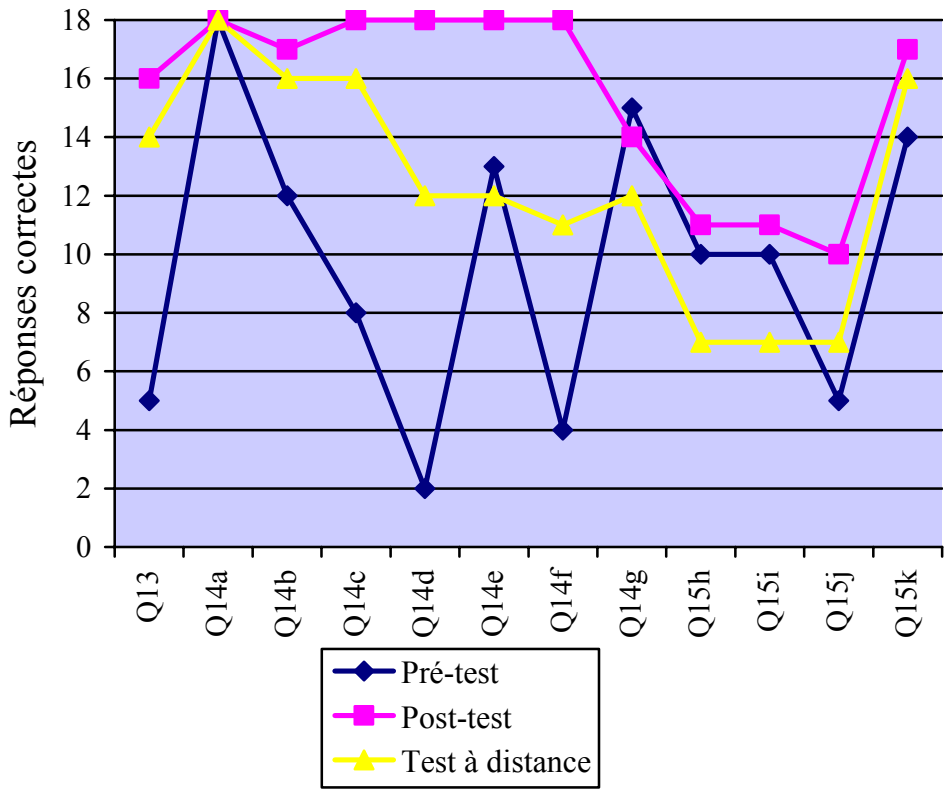
Récapitulatif des réponses du test (1° partie)

	Réponses correctes		
	Pré-test	Post-test	Test à distance
1. Au cours de l'allaitement, il faut habituer le nourrisson au biberon en vue du sevrage. *(faux)*	17	18	16
2. Le « manque de lait » est physiologique chez certaines femmes. *(faux)*	8	11	14
3. Il faut suspecter un « manque de lait » lorsqu'un bébé de 6-8 semaines (en bonne santé) ne grossit pas. *(faux)*	4	14	11
4. Les crevasses sont liées à une mauvaise position du bébé au sein. *(vrai)*	11	18	18
5. Les crevasses nécessitent d'arrêter l'allaitement. *(faux)*	17	18	18
6. Il faut arrêter l'allaitement en cas de lymphangite. *(faux)*	17	18	18
7. Il faut donner le sein à la demande. *(vrai)*	14	18	17
8. De la succion du bébé dépend la production de prolactine. *(vrai)*	15	17	18
9. Une tétée doit durer au maximum……. minutes.	0	12	8
10. Le stress et la fatigue diminuent la production de lait. *(vrai)*	15	16	14
11. Le lait maternel peut se conserver 48H au réfrigérateur. *(vrai)*	15	17	18
12. Il est utile de voir une mère qui allaite dans les 10 jours suivant la naissance même si elle ne se plaint de rien. *(vrai)*	13	17	17



Récapitulatif des réponses du test (2° partie)

	Réponses correctes		
	Pré-test	Post-test	Test à distance
13. Allaiter son enfant entraîne, pour la famille, une économie de l'ordre de : 500€, 1 000€ ou 1500€ par an.	5	16	14
14. On peut poursuivre l'allaitement si prescription de			
a) amoxicilline *(vrai)*	18	18	18
b) céphalosporine 3°G *(vrai)*	12	17	16
c) fosfomycine (Monuril®) *(vrai)*	8	18	16
d) ibuprofène *(vrai)*	2	18	12
e) dextropoxyphène (Di-Antalvic®) *(faux)*	13	18	12
f) paroxétine (Deroxat®) *(vrai)*	4	18	11
g) ofloxacine(Oflocet®) *(faux)*	15	14	12
15. Louis, 3 mois, nourri au sein, a une selle non douloureuse et abondante tous les 3 jours. Que faites-vous ?			
h) vous arrêtez allaitement *(faux)*	10	11	7
i) vous prescrivez un laxatif *(faux)*	10	11	7
j) vous faites boire de l'eau Hépar® *(faux)*	5	10	7
k) vous ne faites rien *(vrai)*	14	17	16



CONCLUSION DU TEST

Notions **déjà bien connues et parfaitement intégrées après la FMC** (16 à 18 réponses correctes /18) :

- une crevasse ne nécessite pas l'arrêt de l'allaitement
- une crevasse est liée à une mauvaise position au sein
- une lymphangite ne nécessite pas l'arrêt de l'allaitement
- prescription d'amoxicilline et de céphalosporine de 3° génération possible
- possibilité de conserver du lait exprimé pendant 48H au réfrigérateur
- donner le sein à la demande
- la production de prolactine dépend de la succion du nourrisson
- intérêt d'une consultation systématique au 10° jour
- ne rien faire en cas de selles tous les 3 jours chez un nourrisson de 3 mois allaité exclusivement

Notions **mal connues avant la FMC avec une évolution positive** dans le taux de réponses correctes :

- le manque de lait n'est pas physiologique
- la prise de poids se ralentit chez un nourrisson exclusivement allaité à partir du 3° mois
- possibilité de prescription de paroxétine, de fosfomycine et d'ibuprofène
- le coût pour une famille d'une alimentation « artificielle »

Notions pour lesquelles il n'y a **pas eu d'évolution voire régression** :

- Avec un bon taux de réponses correctes (14 ou 16/18) :
  - il n'est pas nécessaire d'habituer le nourrisson au biberon au cours de l'allaitement
  - stress et fatigue diminuent la production de lait
  - interdiction de prescription d'ofloxacine et de dextropropoxyphène
- Avec un mauvais taux de réponses correctes (7/18) :
  - pas de limitation dans la durée des tétées

C) QUESTIONNAIRE A DISTANCE

Cf. Annexe 3

La première partie du questionnaire reprenait le pré/post-test. Les résultats sont décrits au chapitre précédent.

1°) A propos de la soirée de FMC

a) Cette soirée de FMC a-t-elle répondu à vos attentes ?
Tous les médecins déclarent que la soirée de FMC a répondu à leurs attentes.

b) Vous sentez-vous à l'aise face aux questions des mères vis-à-vis de l'allaitement ?
Tous également déclarent maintenant se sentir à l'aise face aux questions des mères (alors qu'ils n'étaient que 10 sur 18 avant la soirée de formation, cf. p.55).

c) Pensez-vous changer (ou avez-vous changé) votre prise en charge des jeunes mères ?
5 praticiens pensent ne pas avoir changé ou ne changeront pas leur prise en charge des jeunes mères : 4 médecins du groupe AM+ (1 homme et 3 femmes) et 1 homme du groupe AM-.

Pour les autres, ils pensent changer leur prise en charge par rapport :
- « prise en charge précoce pour infos »
- « encadrer davantage et encourager++ »
- « conseils plus adaptés pour que dure l'allaitement »
- « information générale et sevrage »
- « privilégier l'allaitement maternel »
- « les revoir dans les 10 jours » ; « conseils simples et pratiques »
- « au déni de l'allaitement »
- « pour à 100% »

3 médecins n'ont pas explicité leur réponse.

d) Citez les points qui vous ont marqués lors de cette FMC.

10 praticiens ont donné 15 items :

- 3 items sur l'intérêt d'une visite précoce : « visite précoce pour faire le point » ; « voir la mère au 8° jour » ; « la visite dans les 10 jours de la maman et bébé »
- 2 items sur la position du bébé : « crevasse et position du bébé » ; « position de la tétée »
- « allaitement et lymphangite »
- « méthode de l'allaitement »
- « conseil pour l'allaitement »
- « privilégier l'allaitement »
- « la conviction qu'il faut conseiller l'allaitement maternel »
- conduite à tenir face « faible prise de poids »
- « composition du lait en fonction du temps d'allaitement »
- « le « gloup » du bébé : tétée efficace »
- « lait idéal »
- « tous »

Les items ont été donné par 6 praticiens AM+ (3 hommes et 3 femmes) et 4 hommes AM-.

6 praticiens n'ont pas répondu à cette question.

5 praticiens (dont 3 femmes AM+) m'ont laissé un commentaire libre, tous positifs : « très intéressant » (2), « bonne initiative » ; « avons abordé des choses simples, avec des phrases simples » ; « tous mes remerciements aux organisateurs, débats de qualité comme toujours ».

2°) A propos des connaissances acquises

a) A la consultation du 8° jour, la maman met son bébé au sein. Que vérifiez-vous pour vous assurer que la position du bébé au sein est correcte ?

5 praticiens n'ont pas donné de réponse.

34 items ont été donnés :

12 items sur la **position du bébé** :

- prise du sein
  - « position des lèvres sur le sein »
  - « que l'aréole du sein est bien entière dans la bouche du bébé »
  - « la bouche »
  - « bouche autour du mamelon »
  - « mamelon complet dans la bouche »
  - « bouche bébé grande ouverte, langue tirée, prend largement l'aréole avec nez et menton contre le sein » (considéré comme 4 items distincts sur la position du bébé)
- position du corps
  - « le corps »
  - « visage en face du sein »
  - « bébé bien placé visage face au sein »

6 items sur la vérification de la **déglutition** :

- « qualité de la succion au bruit »
- « qu'il déglutit bien » ; « que le bébé déglutisse bien »
- « bruit de tétée correct »
- « déglutition »
- « entend bien le glougloutement du bébé »

6 items sur les **lésions cutanées** :

- « absence de crevasse » (5 fois)
- « qu'il n'y ait pas de lésions cutanées du sein »

5 items sur la **croissance du bébé** :

- « croissance du bébé » (poids)
- « poids » (3 fois)
- « bébé a pris du poids »

3 items sur la **position de la mère** :

- « la position de la mère »
- « mère enfant bien installée »
- « maman bien installée »

2 items : « respiration » ; « bébé respire »

Les items attendus et acceptés comme bonne réponse étaient :

- prise de l'aréole en entier, bouche largement ouverte, langue tirée
- position du corps du bébé : tête en face du sein, axe du corps du bébé (tête-épaules-bassin), tête légèrement défléchie et libre
- langue du bébé bien placée sous le mamelon

Donc 21 items (sur 34 donnés) peuvent être considérés comme corrects (12 items sur la position du bébé, 6 items sur l'absence de lésions cutanées, 3 items sur la position de la mère), **soit 62% de bonnes réponses**.

Le nombre d'items est également répartis entre les groupes AM+ et AM- mais les bonnes réponses sont proportionnellement plus importantes dans le groupe AM-, grâce à un praticien qui a donné 6 items justes (homme AM-).

b) Donnez les éléments qui permettent de dire qu'un allaitement se déroule bien (critères de tétées efficaces) chez un nourrisson de 1 mois.

4 praticiens n'ont pas répondu.

38 items ont été donnés :

11 items sur la **prise de poids du bébé** :

- « bonne prise de poids » (3)
- « prise de poids » (4)
- « poids » ; « poids du bébé »
- « prend du poids »
- « augmentation poids du bébé »

7 items sur la **surveillance des selles et urines** :

- « selles jaunes+grains+pas de colique »
- « selles jaune-vert avec grumeaux qui indiquent que le sein est vidé »
- « selles » (2)
- « selles adaptées »
- « couches bien pleines (pipi) »
- « couches mouillées »

7 items sur **l'efficacité de la tétée** :

- « bruit de déglutition » ; « on entend la déglutition »
- « succion »
- « déglutition » (3)
- « sein vidé ou presque à chaque tétée »

3 items sur **l'absence de lésions cutanées** :

- « absence de crevasse » (2)
- « l'état des seins »

4 items sur le **comportement et/ou l'état général du bébé** :

- « bébé rassasié »
- « bébé calme et s'endort en fin de tétée »
- « va bien »
- « plaisir du bébé »

3 items sur **l'état psychologique de la mère** :

- « le sourire de la maman »
- « plaisir de la maman »
- « mère heureuse qui allaite à la demande »

2 items sur la **position du bébé au sein** : « position succion » ; « toute l'aréole dans la bouche »

1 item sur la position de la mère : « enfant et maman bien installés »

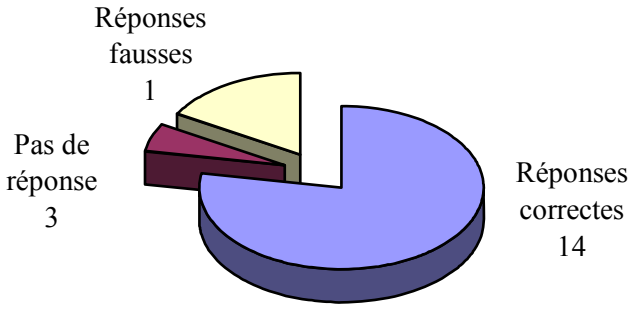
Les items attendus comme bonne réponse étaient :

- prise de poids adaptée à l'âge
- tétée efficace (entendre et/ou voir déglutition)
- quantité et aspect des selles et urines (4 à 5 couches mouillées ; au moins une selle importante jaune liquide avec des grains)
- comportement du bébé

Soit 32 items corrects sur 38 items donnés soit **84% de bonnes réponses** (ont été considérés comme hors sujet, les items sur la position de la mère ou du nourrisson, ainsi que les items sur l'absence de lésions cutanées).

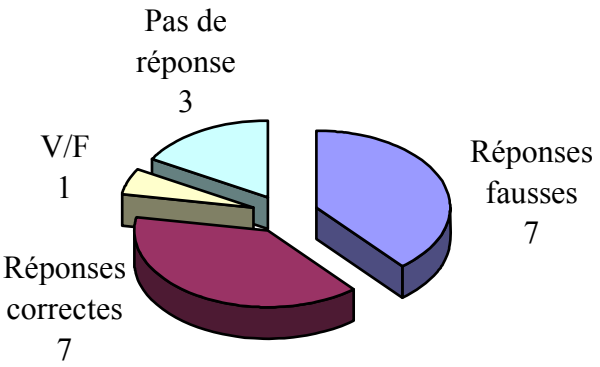
Le nombre d'items est proportionnellement réparti entre les groupes AM+ et AM-, mais les hommes du groupe AM- ont proportionnellement donné moins de bonnes réponses (1,5 bonnes réponses par praticien vs 2,3 bonnes réponses par praticien en moyenne).

c) Les premières semaines, un bébé tête en moyenne 8 à 12 fois par jour. (Vrai)



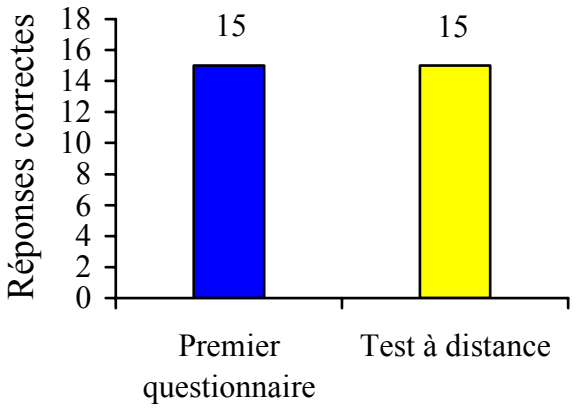
La réponse fausse provient d'une femme AM+.

d) La prise de poids d'un bébé allaité est identique à celle d'un bébé nourri au lait artificiel. (Faux***)***



7 praticiens pensent que les courbes de poids sont identiques : il s'agit de 5 hommes AM+ et 2 femmes AM+
Parmi ces 7 praticiens, 4 (dont 3 hommes AM+) pensent également qu' « il faut suspecter « un manque de lait » lorsqu'un bébé de 6-8 semaines ne grossit pas ». (cf. p.67)

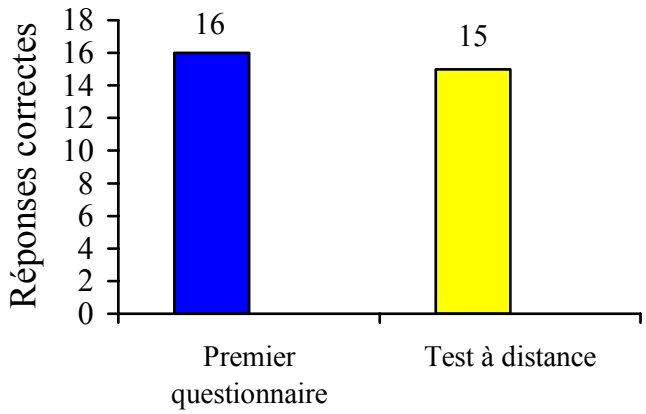
e) Certaines mères n'ont pas un lait assez riche. (Faux)



	Vrai	Faux	Sans réponse
Premier questionnaire	3	15	-
Test à distance	1	15	**2**

Les 3 praticiens qui avaient répondu « vrai » à cette interrogation au premier questionnaire, ont répondu « faux » au dernier questionnaire.

f) Le lait maternel est-il toujours supérieur au lait infantile ? (Oui)

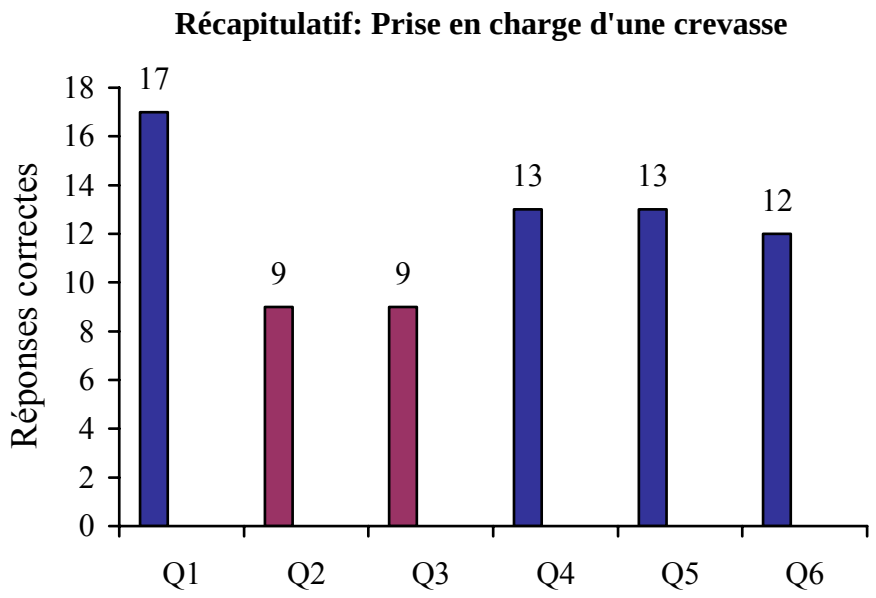


	Oui	Non	Sans réponse
Premier questionnaire	16	2	-
Test à distance	15	1	**2**

La réponse fausse au test à distance n'émane pas du même praticien qu'au premier questionnaire.

g) Une patiente arrive avec une crevasse. Que faites-vous ?

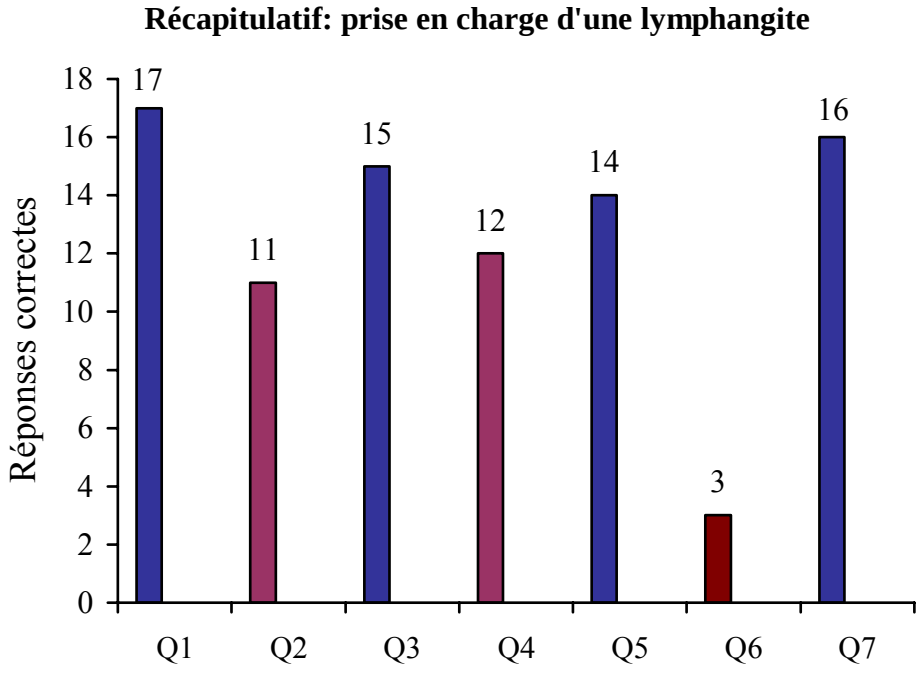
	Vrai	Faux	NSP ou sans réponse
Q1 : Vous regardez la façon dont bébé prend le sein (***Vrai)***	**17**	-	1
Q2 : Vous lui dites de désinfecter la crevasse après chaque tétée et de la sécher au sèche-cheveux (***Faux)***	8	**9**	1
Q3 : Vous lui dites de mettre de la glace avant la tétée et de prendre du paracétamol (***Vrai)***	**9**	8	1
Q4 : Vous lui dites d'appliquer du lait de fin de tétée sur le mamelon (***Vrai)***	**13**	2	3
Q5 : Vous lui dites d'utiliser des protège mamelon jusqu'au sevrage de bébé (***Faux)***	4	**13**	1
Q6 : Vous lui dites d'alterner les positions d'allaitement (classique, ballon de rugby, allongé sur le coté…) ***(Vrai)***	**12**	4	2



Les réponses incorrectes sont réparties proportionnellement de la même façon dans les 2 groupes AM+ et AM-, cependant 2 praticiens (2 hommes AM+) ont donné 4 réponses incorrectes (sur 6 questions).

h) La même patiente revient plus tard avec une lymphangite (sa crevasse est guérie).

	Vrai	Faux	NSP	Sans réponse
Q1 : Une mauvaise « vidange » du sein est la cause de lymphangite ***(Vrai)***	**17**	-	-	1
Q2 : Vous donnez un antibiotique si la fièvre persiste après 48H ***(Vrai)***	**11**	4	-	3
Q3 : Vous lui dites de prendre du paracétamol et de détendre le sein sous une douche chaude ***(Vrai)***	**15**	1	1	1
Q4 : Vous lui dites d'espacer les tétées du coté atteint ***(Faux)***	5	**12**	-	1
Q5 : Vous lui dites de se reposer ***(Vrai)***	**14**	2	1	1
Q6 : La lactation du sein atteint reste identique après un épisode de lymphangite ***(Faux)***	12	**3**	1	2
Q7 : La lymphangite peut se compliquer en abcès ***(Vrai)***	**16**	-	-	2



Les réponses incorrectes sont proportionnellement réparties de la même façon dans les 2 groupes AM+ et AM-.

Les 3 praticiens à avoir donné une réponse correcte à la 6° question sont tous du groupe AM-.

i) La maman du petit Julien, 2 mois, allaité exclusivement, vient vous demander conseil pour le sevrage car elle reprend le travail à mi-temps dans un mois. Que lui conseillez-vous ?

4 médecins n'ont pas répondu.

4 médecins proposent de continuer complètement l'allaitement dont 2 en tirant le lait si besoin.
Un médecin, propose un allaitement mixte tout en précisant que la mère pourrait continuer complètement l'allaitement étant donné qu'elle a un emploi à mi-temps.
Un autre médecin a détaillé toutes les possibilités (continuer l'allaitement, allaitement mixte et sevrage) en proposant en premier choix de continuer l'allaitement en utilisant un tire-lait si besoin.

Les autres praticiens proposent :
- « espacer les tétées »
- « ne rien faire pour l'instant »
- « adapte son allaitement en fonction de son activité professionnelle »

Par rapport au premier questionnaire :
- **plus aucun médecin ne propose de sevrage**
- **6 médecins ont modifié leur réponse** : ils proposent de poursuivre l'allaitement (versus allaitement mixte) ou un allaitement mixte (versus sevrage)

Tous les médecins qui n'avaient pas détaillé leur réponse au premier questionnaire ont donné plus d'explications au test à distance.

NB : dans le dernier questionnaire il est précisé que la mère reprend son travail à **mi-temps**, ce qui n'était pas le cas dans le premier questionnaire. En fait j'ai repris l'exemple du cas clinique traité pendant la FMC.

j) Vous devez prescrire un médicament à une mère qui allaite mais le Vidal® déconseille la prescription par manque de données. A qui pouvez-vous demander conseil ? (Vous avez essayé de joindre le Dr FM Caron, mais il est en vacances.)

6 médecins n'ont pas donné de réponse.
Un médecin a noté un point d'interrogation et un autre a noté « ne sais pas ».

5 praticiens déclarent contacter le centre de pharmacovigilance.
2 autres contactent un pédiatre.
1 contacte la maternité de l'hôpital.
Un praticien décide de changer de médicament et le dernier répond « je prescris en toute « sécurité », j'évite les médicaments déconseillés sauf « obligation » ».

CONCLUSION ET COMMENTAIRES À PROPOS DU QUESTIONNAIRE A DISTANCE

Il y a eu une certaine réticence de la part de quelques médecins à remplir le dernier questionnaire. D'ailleurs, 3 médecins (3 hommes : 2 AM+ et 1 AM-) n'ont répondu qu'aux questions fermées (laissant vides les espaces de réponse libre ou les barrant d'un trait). Un médecin n'a répondu qu'au test de la première page (femme AM-) mais elle a donné 21 bonnes réponses (sur 24) au test.
Quant aux réponses des 3 hommes, ils ont fait plus d'erreurs au test : 5 fautes (pour 2 médecins) et 8 fautes pour le 3° ; alors que la moyenne est de 3,5 fautes.
Au total ils ont fait presque le double d'erreurs aux questions fermées, avec 13 à 15 fautes chacun (moyenne de 7,9 fautes pour l'ensemble des praticiens).
A noter également qu'un de ces praticiens n'avait pas répondu à 5 questions au premier questionnaire (dont 4 questions ouvertes).

Je ne retrouve pas de différence notable entre les groupes AM+ et AM- pour les questions portant sur les connaissances théoriques, toutefois le taux de mauvaises réponses est 2 fois en défaveur du groupe AM+ (courbe de poids et conduite à tenir face à une crevasse).

Les connaissances théoriques sont globalement bien intégrées par la majorité des praticiens notamment les critères d'un allaitement bien conduit (84% de réponses justes).
Par contre la différence de courbe de poids d'un nourrisson allaité exclusivement par rapport à un nourrisson nourri au lait infantile n'est intégrée que par la moitié des praticiens.

Je ne note pas d'évolution sur les 2 questions portant sur les représentations de l'allaitement, cependant les résultats sont difficilement interprétables du fait d'une absence considérable de réponses. A noter tout de même que les réponses fausses ne proviennent pas des mêmes médecins entre le premier questionnaire et le test à distance.

III.

DISCUSSION

A) CHOIX DE LA METHODE

Une étude basée sur une séance de FMC a plusieurs avantages :

- elle permet de faire une « photographie » à un moment donné des représentations et des connaissances d'un groupe de médecins généralistes,
- de sensibiliser les médecins et d'approfondir leurs connaissances fondamentales sur l'allaitement
- de juger de l'impact immédiat de la formation.

Mais ce type d'étude a aussi des inconvénients :

- elle est limitée dans le temps
- les critères de jugement sont subjectifs
- elle concerne un petit échantillon de médecins

Les réponses sont libres et il n'y a pas de contrôle de la mise en application des connaissances transmises lors de la FMC (contrôle des consultations, jugement sur la durée moyenne d'allaitement ou le pourcentage d'initiation d'allaitement…).
Chaque médecin aura tendance à répondre ce qu'il pense faire ou devoir faire mais rien ne prouve que ce soit la réalité.

Par ailleurs, les médecins n'étaient pas isolés lors des phases de réponse aux questionnaires et un certain échange entre praticiens a pu être possible.

Les médecins retraités ont été exclus puisque je me suis intéressée à l'impact de la FMC sur la pratique quotidienne auprès des patientes.

Il faut noter que ces médecins sont dans une démarche de formation continue mais n'étaient pas tous forcément attirés par une formation sur l'allaitement.

B) CHOIX DE LA POPULATION

Le choix ne s'est pas fait au hasard puisque les médecins de l'étude font partie de l'association de FMC Pégase dont le Dr BOULNOIS est vice-présidente.
Cela a permis d'avoir une certaine compliance dans la participation.

Les praticiens de l'association ont des modes d'exercice variés.

La participation s'est au total révélée inférieure à ce qu'on espérait au départ puisqu'on attendait 24 participants (27 médecins inscrits dont 2 médecins retraités et Mme le Dr Boulnois).

C) QUESTIONNAIRES

Le **premier questionnaire** a été volontairement donné lors de la soirée du mois de novembre pour être en dehors de tout contexte et avoir les réponses les plus spontanées possibles.

Un premier chapitre sur quelques données personnelles m'a semblé indispensable afin de mieux cerner la population interrogée et de pouvoir comparer attitudes professionnelles et expérience personnelle
Beaucoup de questions sont fermées pour en faciliter l'analyse.
J'ai laissé quelques questions ouvertes afin d'avoir des réponses spontanées avec l'utilisation des propres mots de chaque praticien.

Le **pré/post-test** porte uniquement sur des connaissances théoriques et sur la pratique médicale.
Les questions sont fermées pour permettre une rapidité d'exécution et la reproductivité des réponses.

J'ai rencontré quelques difficultés lors de l'analyse de ces tests suite à un défaut de mise en page du questionnaire. C'est pourquoi certaines réponses sont étiquetées « ininterprétables ».
J'ai modifié la mise en page pour le 4° questionnaire pour parer à ces écueils.

Le **dernier questionnaire** a pour but :
- d'évaluer à distance ce que les médecins ont retenu de la FMC
- d'évaluer la satisfaction des médecins par rapport à cette FMC
- d'évaluer à nouveau leurs représentations de l'allaitement.

Le pré/post-test a été réutilisé volontairement puisqu'il a été corrigé à la fin de la FMC et qu'il reprend les points essentiels de la formation.

J'ai posé 2 questions ouvertes pour vérifier l'acquisition de 2 points cruciaux (la position de bébé au sein et les critères d'un allaitement correct) car je voulais tester la restitution et le vocabulaire des médecins. En effet ce sont des explications qu'ils devront donner aux futures mères sans hésiter.

J'ai repris 2 questions sur les représentations de l'allaitement car elles sont significatives et courtes.

Les questions sur la conduite à tenir en cas de crevasse et de lymphangite sont fermées pour simplifier le questionnaire. Beaucoup de propositions sont vraies afin de renforcer la mémorisation des items importants.

D) DISCUSSION DES RESULTATS

1°) PREMIER QUESTIONNAIRE

a) Caractéristiques de la population (cf. p.44)

Le groupe représente assez bien la population médicale actuelle. La moyenne d'âge en France des médecins généralistes est de 46,9 ans (44,5 dans l'étude) [33, 34]. La proportion de femmes médecins généralistes est de 36,4% (38,9% dans l'étude).

Ici, les 2/3 des enfants ont été allaités ce qui est bien au-dessus de la moyenne nationale.

		1981	1990	1995	1998	2001	2002
Taux d'initiation d'allaitement	Somme		25,7	30,7	30	35,9	38,3
	France	43,6	43,2	52	48,3	54,8	56

[1, 3, 8, 14, 20, 35]

Les taux d'allaitement correspondent aux taux d'initiation d'allaitement à la naissance ou au 8° jour selon les études. Souvent il n'y a pas de distinction entre allaitement exclusif et allaitement mixte.

Les médecins de l'enquête ont donc **une expérience personnelle de l'allaitement plus importante que la population générale.**
Les femmes de l'enquête ont majoritairement opté pour l'allaitement pour leurs propres enfants. Ce qui est logique au vu des données épidémiologiques : elles travaillent et sont de catégorie socioprofessionnelle élevée.
Il existe des différences selon l'âge des praticiens. Les praticiens les plus jeunes (moins de 40 ans) ont tous une expérience personnelle de l'allaitement. Est-ce en corrélation avec l'augmentation des taux d'allaitement en France au fil des années ?

La **durée moyenne d'allaitement dans l'étude est de 3 mois ce qui est un peu plus important que la moyenne nationale**. La durée médiane en France ces dernières années est de 8 à 10 semaines [5, 6]. Dans son étude J. Labarère retrouvait une durée médiane de 13 semaines en 1999 mais il retrouvait également un taux d'initiation très supérieur à la moyenne nationale (70,8% vs 52%) ce qui laisse penser à une exception locale [5].

A noter que les femmes de l'étude ayant allaité leurs enfants les ont nourris en moyenne 4 mois. Je n'ai pas demandé de précision sur les modalités de l'allaitement (mixte ou exclusif). Travailler et allaiter n'est donc apparemment pas incompatible.

b) Attentes vis à vis d'une FMC sur l'allaitement maternel (cf. p.46)

Les praticiens ont avant tout demandé une formation pratique et adaptée à la médecine générale (plus de la moitié des réponses). Ils cherchent, par la FMC, à résoudre les problèmes courants dans leur pratique quotidienne, à savoir gérer les complications de l'allaitement.
Les praticiens souhaitent à la fois une formation synthétique (ils n'ont pas le temps et ne peuvent pas tout retenir en détail), et concrète (besoin de conseils pratiques, d'échange d'expérience).

Quelques items concernent aussi le besoin de savoir convaincre les patientes de l'intérêt de l'allaitement. Il est vrai qu'il est difficile de parler d'allaitement alors qu'une femme sur 2 choisit l'alimentation « artificielle », et ceci avant même la grossesse. Savoir trouver les bons arguments n'est pas chose aisée. J'en reparlerai dans le chapitre sur la promotion de l'allaitement (cf. p.98)

Je voudrais aussi revenir sur l'item « motiver les hommes, les gynécos et les sages-femmes ». Il est en effet difficile de faire la promotion et de prendre en charge l'allaitement maternel pour des professionnels de santé s'ils ne sont pas convaincus de ses bienfaits, d'où l'importance d'une formation. De plus un même discours provenant de différents professionnels de santé est plus convaincant et rassurant pour une patiente.
Par ailleurs, on peut avoir l'impression qu'allaiter est « instinctif » et qu'il n'y a rien à savoir donc rien à expliquer aux mères et futures mères. Or en France, la moitié des femmes seulement allaitent et pour la plupart une dizaine de semaines [5-7]. Il n'y pas de « culture d'allaitement maternel » et pas de transmission entre générations puisque le taux d'allaitement dans les années 60-70 était au plus bas.
Demander à une femme enceinte si elle a l'intention d'allaiter ne suffit pas à la préparer à l'allaitement.

c) Rôle du médecin généraliste (cf. p.47)

Les praticiens de l'étude mettent en avant leurs rôles de conseiller et de soutien (16 items sur 32). Le rôle de médecin thérapeute (prise en charge des complications) est cité en avant dernier (3 items sur 32).

Cela me semble indispensable dans la prise en charge globale des mères qui allaitent. La prévention reste la meilleure prise en charge d'une complication (crevasse, lymphangite).
Cependant les réponses ne sont pas forcément le reflet de la pratique quotidienne.

d) Promotion de l'allaitement maternel (cf. p.47)

Seuls 5 items sur 32 concernent le rôle du médecin généraliste dans la promotion de l'allaitement (cf. chapitre précédent) mais ils sont 10 praticiens à déclarer parler systématiquement de l'allaitement avec leurs patientes (cf. p.48). Les propos me semblent donc quelque peu contradictoires.

Parmi ces 10 médecins, seuls 2 d'entre eux abordent le sujet de l'allaitement pendant ou même avant la grossesse. Or il faut savoir que la majorité des femmes prennent la décision d'allaiter avant même la grossesse. D'ailleurs une décision précoce est corrélée à une durée d'allaitement plus long [5-7, 9].
2 autres médecins parlent d'allaitement après l'accouchement, période où il n'y a plus d'intérêt de promotion et où les informations peuvent arriver un peu tard (bonne position du bébé au sein pour prévention des crevasses par exemple).

Dans l'enquête, on peut distinguer 2 groupes face à la promotion de l'allaitement qui correspondent globalement aux groupes AM+ et AM-. En effet le groupe AM+ semble plus engagé dans la promotion puisque les praticiens déclarent aborder systématiquement le sujet avec leurs patientes (9/11) et qu'ils trouvent que promouvoir l'allaitement est « essentiel » (6/11). Ceci est à mettre en parallèle avec le fait que les ¾ des praticiens du groupe AM+ se sentent à l'aise face aux questions des mères (et inversement).
Donc les médecins ayant une expérience personnelle de l'allaitement semblent plus ouverts à discuter et à encourager ce mode d'alimentation et de maternage.

Par ailleurs trouver des arguments pour convaincre une future mère indécise est plus facile lorsqu'un médecin a eu lui-même une expérience et d'autant plus lorsque ce médecin est une femme.
Donner des arguments scientifiques sur les bienfaits de l'allaitement sur la santé (valeur nutritionnelle, immunologique, prévention obésité, des allergies, etc…) est certes intéressant mais doit venir au second plan. Il faut savoir susciter le **désir d'allaiter** et insister sur le **plaisir**, le naturel, le pratique, la proximité avec le nouveau-né, etc.

Notre question sur l'argument « Allaiter : c'est pas cher » avait pour but de soulever ce problème d'argumentation auprès des femmes (mais aussi des hommes et de l'entourage de la future mère).
Les réponses à cette question sont assez contradictoires avec la question sur le classement par ordre d'importance d'items concernant l'allaitement (cf. p.52). Il est intéressant de voir que même le médecin qui cite le coût financier en 3° position a un avis mitigé sur notre argument.

Le critère économique ne rentre pas en ligne de compte dans le choix des mères. En effet, on constate un fait paradoxal : ce sont les mères de catégorie socio-professionnelle élevée qui allaitent le plus, et les femmes au chômage ou en stage d'insertion qui allaitent le moins [1, 3]. L'achat du lait infantile a pourtant un coût élevé : dans notre société cela pénalise majoritairement les familles à faible revenu. Je reviendrai sur le coût de l'alimentation artificielle dans un chapitre suivant (cf. p.120)

Aborder le coût de l'allaitement peut être perçu péjorativement par une famille qui souhaite donner le meilleur à son bébé. Les parents pourraient s'imaginer que l'on propose l'allaitement parce qu'ils ont de faibles revenus et non parce que c'est la meilleure alimentation. **Il faut savoir adapter ses arguments selon les personnes auxquelles on s'adresse.**
Le critère économique est plutôt à réserver aux professionnels de santé et aux hommes politiques.

Sachant que les femmes sont influencées (consciemment ou non) par le modèle culturel, social et familial, le rôle du médecin généraliste est certes minime dans la décision d'allaiter.
Si on veut augmenter le taux d'allaitement en France, il faudrait changer la vision de l'allaitement des Français grâce à des campagnes médiatiques d'information visant un large public. Après tout, la campagne « Les antibiotiques, c'est pas automatique » a marqué nombre de personnes à force de spots publicitaires et de courrier envoyé aux assurés sociaux. Le Ministère de la Santé a lancé en 2004 le Programme National Nutrition Santé [36]. Ce plan place au 3° rang la promotion de l'allaitement maternel dans ses objectifs nutritionnels spécifiques (cf. annexe 6). Pourtant, je n'ai pas vu de message à visée du grand public ni de mouvement dans le corps médical, pour l'instant.

D'autre part, il faudrait accentuer la promotion chez les adolescents et les classes de bas niveau socioprofessionnel, et ceci pour 3 raisons :

- le plus souvent le choix d'allaiter se fait bien avant la grossesse et cela est corrélé à un allaitement plus long et à moins d'échec [2, 5-7, 9, 37]
- les femmes qui choisissent d'allaiter leur enfant appartiennent aux classes socioprofessionnelles élevées [2-9, 35]
- l'alimentation « artificielle » a un coût élevé qui pénalise d'autant plus les faibles revenus [17]

Une politique mondiale conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, pour la promotion et le soutien de l'allaitement maternel existe depuis 1992 afin de changer notamment les pratiques dans les maternités. Il s'agit de l'Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB) (cf. annexe 7). Seules 3 maternités en France ont reçu le label sur 15000 dans le monde (Clinique Saint Jean de Roubaix, les Maternités de Lons-le-Saunier et de Cognac). Le gouvernement français n'a pas voulu jusqu'alors s'engager dans cette politique.

Par ailleurs, la France, pour l'instant, n'applique qu'en partie le Code international de commercialisation des substituts de lait (cf. annexe 8) puisqu'elle n'interdit la publicité que pour les produits 1° âge.
Voilà ce qui se fait en France et qui est interdit par le Code international :

- publicité et distribution d'échantillons gratuits auprès du grand public des produits suivants : laits « 2° âge », laits « de croissance », tout aliment de complément surtout lorsqu'il est donné au biberon, jus de fruit, tisane, mais aussi **biberons et tétines**
- relations possibles entre les industries alimentaires infantiles et les professionnels de santé (publicité, don d'échantillons, soutien de publication ou de congrès).

Figure 17

Voilà un exemple de publicité diffusée en France qui serait interdite dans d'autres pays puisqu'en infraction avec le Code International.

Cette publicité profite pleinement et alimente l'argument de certaines mères pour ne pas allaiter : faire participer le père à la croissance du nourrisson.
Les « papas modernes » sont en effet plus proches de leurs enfants dès les premiers instants de vie. Il est quasiment obligatoire pour eux d'assister à la naissance, il faut qu'ils s'investissent dans la vie du tout petit dans tous les aspects : changer les couches, donner le bain, faire des câlins et … donner à manger !

Toutefois, je pense que c'est une erreur de croire que le père et la mère jouent un rôle identique auprès de l'enfant. D'ailleurs un nouveau-né sait faire la différence entre sa mère et son père. La mère a un rôle particulier qui commence par la grossesse et continue par le maternage. Quoi qu'on dise ou fasse, les liens mère enfant sont uniques et commencent à se construire dans le ventre maternel comme le prouve l'haptonomie. L'allaitement maternel est par la suite un des éléments naturels du maternage.

Cette implication de plus en plus importante des pères dans l'éducation des enfants jusque dans cette période de maternage est séduisante. Mais certaines évolutions me font peur et notamment les recherches pour le développement d'un « utérus artificiel » qui permettrait de « créer » un bébé sans avoir besoin d'une mère. A quand le premier bébé artificiel ? A quand le premier homme enceint ? Est-ce vraiment ce type d'égalité des sexes que nous recherchons ? N'est-ce pas plutôt la reconnaissance du travail de mère et le respect en tant que femme que nous voulons ?

e) Représentations de l'allaitement maternel et du lait maternel (cf. p.50)

Globalement, les médecins de l'étude ont une bonne « image » de l'allaitement.

- ***« Certaines mères n'ont pas un lait assez riche ? »*** (Faux)

Cette question peut paraître surprenante mais c'est une peur que l'on retrouve fréquemment chez les jeunes mères et surtout dans leur entourage. Peur de ne pas avoir assez de lait, de ne pas avoir un lait assez bon…Cela reflète un manque de confiance en ses capacités de mère et de confiance dans une méthode dont on a peu l'exemple. La composition du lait industriel est notée sur chaque boite mais il n'y a pas « de notice » pour le lait maternel.
Je retrouve une cohérence chez les 3 praticiens qui ont répondu « vrai » à cette question : soit le lait maternel n'est pas toujours adapté ou supérieur au lait infantile soit une « croissance insuffisante » peut être un facteur d'échec. Cela reflète un manque de confiance ou une méconnaissance des qualités du lait de femme.

- ***« Le lait maternel est-il toujours supérieur au lait infantile ? »*** (Oui)

Cela m'a surprise que ce soit 2 femmes qui répondent par la négative. Cela explique peut être le fait qu'elles n'aient pas allaité leurs enfants.

- ***« Donner 3 mots caractérisant selon vous l'allaitement maternel »***

J'ai choisi de ne pas analyser les items cités en 1°, 2° ou 3° position. Ce sont les idées dans leur globalité qui m'ont intéressée.

Près de la moitié des items concernent la relation mère-enfant ou la valeur affective de l'allaitement. Les items « médicaux » à proprement parler (valeur immunitaire et nutritionnelle) viennent après.
Néanmoins, il est intéressant de voir que les femmes et les hommes ne caractérisent pas l'allaitement maternel avec les mêmes mots. Les femmes sont plus dans le concret (aspects pratique, économique) et les hommes dans la théorie scientifique (qualité nutritionnelle, immunitaire).

Globalement, les praticiens ont donc une vision plus affective que technique (ou médicale) de l'allaitement. En font–ils la promotion dans les mêmes termes ? Essayent-ils plus de convaincre leurs patientes en leur montrant le côté plaisant de l'allaitement plutôt que de vanter les avantages pour la santé, du bébé et de la mère ?
Les items concernant les aspects pratique et naturel de l'allaitement, tiennent une petite place (12% des réponses).

Cependant dans son étude, B. Branger suggère une **durée d'allaitement plus longue lorsque les femmes choisissent d'allaiter « car c'est naturel »** [4] et d'autres études, dont celle de Lerebours, retrouvent moins d'échec précoce chez les mères qui ont décidé du mode

d'alimentation avant la grossesse [5, 6, 9]. Les femmes pour qui l'allaitement est intégré dans la culture sociale et familiale, ont plus de chance de réussir leur allaitement.

Est-ce que des médecins qui ont une « culture d'allaitement » favoriseraient plus l'initiation ou la durée de l'allaitement ? Cela n'est pas sûr puisque les femmes prennent peu l'avis des professionnels de santé et notamment des médecins [2, 6]. Est-ce que c'est parce qu'elles ressentent un manque de formation de leur médecin ? Est-ce parce que c'est une décision intime ?

Les items sur l'aspect économique de l'allaitement viennent en avant-dernier. Ils ont tous été cités par des femmes du groupe AM+. Est-ce une des raisons de leur choix ou une réalité reconnue des ménagères (qui connaissent mieux le prix des boites de lait infantile puisqu'elles font les courses au supermarché) ? Je reviendrai sur la valeur économique de l'allaitement à un chapitre suivant (cf. p.120).

Je voudrais aussi souligner qu'il n'y a qu'un seul item sur 50 à l'aspect négatif (fatigue), mais il a été donné par une femme du groupe AM+. Elle a donné 2 autres items : le bonheur et pas cher.

- ***« Numéroter par ordre d'importance les items concernant l'allaitement ».***

Les médecins ont majoritairement cité la relation mère-enfant en premier. Les bénéfices pour la santé et l'aspect naturel viennent ensuite. L'aspect pratique et le coût financier sont des critères moins importants aux yeux des généralistes.

Là encore on retrouve des différences de réponses entre les hommes et **les femmes. Les femmes sont encore à l'origine de réponses « originales » qui se démarquent de la moyenne, notamment par rapport aux items de l'épanouissement maternel et de la relation mère–enfant.**

En comparant avec les données de mon mémoire (où j'avais déjà posé la question à une population de médecins généralistes), je retrouve quasiment le même classement, alors que les items n'étaient pas disposés dans le même ordre [38].
Les seules différences sont :

- l'aspect naturel classé en 4° position
- les bénéfices médicaux cités en premier avec la relation mère-enfant

Les caractéristiques des 2 populations sont assez similaires sauf sur 3 points : dans mon mémoire, les praticiens exercent tous en milieu urbain, il y a une sous représentation féminine (1/13 versus 7/18) et enfin ils ont une expérience personnelle de l'allaitement très forte (94% d'enfants allaités versus 66%).

f) Soutien aux mères (cf. p.53)

- ***Pour vous, rassurer et soutenir les mères qui allaitent, c'est essentiel/ important/ intéressant/ inutile.***

Un peu plus du tiers des médecins (7/18) pensent que soutenir les mères est « essentiel » : ils appartiennent tous au groupe AM+. D'ailleurs ils sont 6 à avoir noté spontanément un item correspondant à la question sur le rôle du médecin généraliste.
Là encore, on peut soupçonner une plus grande implication des médecins du groupe AM+.

- ***Connaissez-vous des organismes ou des associations de soutien à l'allaitement ?***

Les praticiens connaissant une association (ou une sage-femme) sont tous du groupe AM+. Je ne sais pas s'ils les ont connues à travers leur profession ou dans le cadre de la vie privée.

Dans la Somme, il existe depuis quelques années un réseau de soutien des mères qui allaitent à travers le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Les coordonnées des mères qui allaitent à la sortie de la maternité sont transmises aux puéricultrices de secteur qui ont pour mission de contacter ces mères et de leur proposer un soutien (contact par courrier, conseils téléphoniques, visite à domicile). Toutes les puéricultrices ont reçu une formation spécifique par Co-naitre (institut de formation, de recherche et d'échange autour de la naissance).
Pourtant, ce réseau manque de puissance pour plusieurs raisons :

- le laps de temps pour transmettre les coordonnées peut être long
- les jeunes mères qui sortent de la maternité n'ont pas de coordonnées de personnes à joindre en cas de problème
- les puéricultrices peuvent avoir en charge un large secteur où il est parfois difficile de tout faire selon les périodes et les autres priorités (enfance en danger par exemple)

D'ailleurs, la PMI de la Somme a réalisé une étude afin d'évaluer leur travail [11]. **Seule la moitié des mères étaient contactées après la sortie de maternité.**

L'ANAES affirme que, globalement, toutes les formes de soutien apportées aux mères améliorent l'initiation et la durée de l'allaitement [1].
Une étude française récente retrouve les mêmes résultats après une consultation systématique au 15° jour [39]. Le taux d'allaitement à un mois est significativement plus élevé. Les femmes ayant bénéficié d'une consultation systématique allaitent en moyenne 6 semaines de plus (18 semaines versus 12). 80% des femmes l'ont jugé utile. A noter que l'étude a été réalisée à la maternité de Chambéry où le taux d'allaitement est un des plus hauts de France (70%).
Une autre étude plus ancienne, retrouve une augmentation de 15% du taux d'allaitement à 1 mois suite à une campagne de soutien [40].
Ces chiffres ne reflètent pas les différences inter-régionales.

La FMC entreprise au sein de Pégase avait en partie pour but de **sensibiliser les médecins à la nécessité de réaliser une « consultation allaitement » systématique vers le 10° jour**.

Ceci dans un but de **prévention des complications** mais aussi de **réassurance** de la mère. La consultation doit permettre de voir les patientes avant le stade des complications qui sont parfois difficiles à prendre en charge.

Je pense que pour soutenir l'allaitement, il faudrait :

- 1°) dans les maternités : une vraie politique de soutien (adhésion à IHAB), organiser des rencontres entre les mères pendant le séjour à la maternité et surtout, avant la sortie de la maternité, laisser des coordonnées de personnes à joindre en cas de question ou de problème (personne référente de la maternité, associations, puéricultrices de la PMI, médecins « compétents »)
- 2°) un réseau de soutien efficace qui soit connu de toutes les mères
- 3°) élargir le réseau de soutien à des médecins de ville volontaires (pédiatre, médecin généraliste)

g) Pratique quotidienne (cf. p.54)

- ***Pensez-vous avoir une influence sur la décision d'allaiter ou non ?***

La grande majorité des médecins (11/18) pense « parfois » influencer leurs patientes. Pour ceux qui pensent influencer « fréquemment » leurs patientes (5/18), il n'y a pas de rapport avec le sexe, l'âge ou l'expérience personnelle.
Il est surprenant de constater que même les praticiens (7/18) qui déclarent ne pas aborder systématiquement le sujet de l'allaitement avec leurs patientes, pensent influencer leur décision (« fréquemment » pour 2 d'entre eux).

Ces réponses sont surprenantes puisque, comme je l'ai déjà expliqué dans un chapitre précédent, la moitié des femmes seulement consultent leur entourage (le conjoint surtout) pour prendre la décision d'allaiter et très peu consultent le corps médical [2, 6, 9]. **Les multipares gardent d'ailleurs le plus souvent le même mode d'alimentation pour tous leurs enfants** ; d'où **l'intérêt de l'information et du soutien des primipares [2, 5]**.

- ***Pensez-vous avoir une influence sur la durée de l'allaitement ?***

12 médecins sur 18 pensent influencer la durée de l'allaitement. Toutes les femmes du groupe AM+ pensent être influentes. En effet, cela me semble logique puisqu'elles ont en moyenne allaité leurs enfants 4 mois. Elles sont donc la preuve tangible pour les autres femmes qu'allaiter longtemps est possible (et certainement aussi après la reprise du travail).

Dans la littérature, les facteurs influençant la durée de l'allaitement sont de 3 ordres (cf. chapitre sur Les critères déterminants de l'allaitement) :
- socio-professionnel
- psychologique
- pratique de mise en route de l'allaitement dans les maternités

Le médecin généraliste peut éventuellement jouer sur les facteurs psychologiques comme la satisfaction de l'allaitement et la motivation. Les autres facteurs lui échappent.

La mise en route de l'allaitement à la maternité est primordiale et conditionne en partie la réussite de l'allaitement. Les études ont prouvé le rôle néfaste de certaines pratiques comme : la séparation mère-enfant, la première mise au sein différée, le don de compléments surtout au biberon, la pratique d'un allaitement à horaires fixes ou en limitant le temps de tétée [5-8].

Cependant dans l'étude d'Ayral et Duc, une consultation systématique spécialisée au 15° jour a permis d'améliorer la durée de l'allaitement ce qui prouve que tout n'est pas forcément joué après les premiers jours de maternité [39].

- ***Vous sentez vous à l'aise face aux questions des mères vis-à-vis de l'allaitement ?***

Plus de la moitié des médecins (10/18) déclarent se sentir à l'aise face aux interrogations des mères, dont les ¾ du groupe AM+.
Il semble donc exister une corrélation entre le fait de se sentir à l'aise et l'expérience personnelle de l'allaitement.

- ***Quelles sont, selon vous, les 3 principales causes d'échec de l'allaitement ?***

Le terme « échec » concerne les **arrêts d'allaitement non désirés par la mère**. Chaque mère a un « projet d'allaitement » d'une durée plus ou moins longue, dont la décision lui appartient.

Les causes d'échec de l'allaitement citées par les mères ne sont pas celles citées par les médecins.
Dans différentes études, le principal facteur (cité par les mères) pour lequel l'allaitement a été arrêté est le **manque de lait** [6, 8, 9, 11]. Le manque de lait est invoqué par 44% des femmes lors d'un sevrage dans le premier mois dans la Somme [11] et par 38% des femmes avant 9 semaines en France [8].
Après 9 semaines, la reprise du travail est citée par 48% des femmes [8].

Il faut distinguer la sensation de manque de lait vécu par les mères et le réel manque de lait objectivé par une mauvaise croissance du nourrisson (cf. Les éléments de contrôle d'un allaitement suffisant)**. Le manque de lait est le plus souvent lié à une conduite inappropriée de l'allaitement** (baisse de la lactation secondaire à un défaut de stimulation de la glande mammaire : cf. Physiologie de la lactation).

Aucune réponse des médecins ne met en cause directement le manque de lait comme facteur d'échec.

★ ***Défaut d'informations et manque de motivation***

Les réponses des praticiens diffèrent encore selon l'expérience personnelle et le sexe.
Le 1/3 des réponses des praticiens concerne un défaut d'informations et un manque de motivation de la part des mères. Le manque de lait est-il sous-entendu dans ces réponses ? Un défaut d'informations sous-entend-il une conduite d'allaitement inappropriée et donc des complications (complications locales, manque de lait…) ? Le manque de motivation se traduit-il par une sensation de manque de lait qui est interprétée par le médecin comme un désir caché d'arrêter l'allaitement ?

Par rapport à ces 2 items, l'étude de Lerebours [9] met en évidence 2 faits :
- 64,3% des femmes avaient déterminé le mode d'alimentation avant la grossesse: plus le choix était précoce et plus il était en faveur de l'allaitement maternel
- les échecs précoces (avant la sortie de maternité dans l'étude) étaient plus fréquents lorsque l'intention initiale était de mettre l'enfant au biberon et quand la décision d'allaiter était prise tard

I. Bayot définit bien la **différence entre le désir et la volonté d'allaiter** [41]. « Le désir est une attirance, un « penchant », une envie qui émane spontanément de la personne consciente ou inconsciente ». Elle considère le désir comme un moteur et la volonté comme un moyen. Sans désir, l'allaitement est quasiment voué à l'échec.

Dans la littérature, il est admis qu'une décision précoce est corrélée à une durée d'allaitement plus longue [5, 6]. B. Branger souligne également que les motivations initiales modifient la durée d'allaitement : durée « de 14 semaines quand « c'est naturel » [et de] 7 semaines pour « la relation » » [6].

Les mères mènent leur projet d'allaitement à bien lorsqu'elles trouvent cela naturel et qu'elles ont une « culture d'allaitement ».

A noter qu'à la question « Donner 3 mots caractérisant selon vous l'allaitement maternel », 2 items seulement sur l'aspect naturel de l'allaitement ont été cités.

★ ***L'aspect contraignant***

Les médecins ont cité comme facteur d'échec l'aspect contraignant de l'allaitement : la nécessaire disponibilité de la mère.
A noter que ce sont des hommes (pour 4 items sur 5) qui ont avancé cet argument comme facteur d'échec. Alors que les femmes du groupe AM+ citent à l'inverse comme facteur de réussite la « disponibilité » ou « l'absence de sentiment de contrainte ». Sur ce point hommes et femmes ont une opinion qui se rejoint même s'ils l'expriment différemment.
Le désir de liberté est une des raisons fréquentes citées par les mères pour ne pas allaiter leur enfant [2].
A mon avis, tout est question de culture. Il est illusoire de croire que l'arrivée d'un bébé n'est pas contraignant pour une mère. Aujourd'hui les femmes sont libérées grâce à la contraception et peuvent décider du moment d'avoir un enfant. Elles peuvent se reposer sur des « pères modernes » qui s'impliquent dans la vie des tout petits. Le revers de la médaille est qu'elles subissent beaucoup plus de pressions : il faut être mère, femme active et amante idéale tout en faisant ce qu'il y a de mieux pour son bébé.

★ ***Les complications médicales***

Elles sont citées en 4° position. Il est rare qu'un évènement contre-indique la poursuite de l'allaitement. Cela pose la question de la qualité de la prise en charge des complications (complications mammaires, affections intercurrentes…) pouvant survenir au cours de l'allaitement, ainsi que la volonté du médecin à trouver une solution au problème tout en préservant l'allaitement.
Il est regrettable que la prise en charge de l'allaitement ne fasse pas partie de la formation initiale des médecins et professionnels de santé.

Je rappelle ici les contre-indications à l'allaitement et les situations où il doit être arrêté [1, 12, 36, 42, 43].

Contre-indications :
1) Causes pédiatriques :
- Galactosémie congénitale
- Phénylcétonurie (relative)

2) Causes maternelles
- Séropositivité maternelle pour le VIH et le HTLV
- Tuberculose maternelle active
- Toxicomanie non sevrée
- Alcoolisme chronique non sevré
- Pathologie psychiatrique maternelle qui pourrait mettre en danger l'enfant
- Cancer mammaire : le lait pourrait être donné à l'enfant mais la sécrétion hormonale aggrave la tumeur et la chimiothérapie contre-indique l'allaitement
- Certaines thérapeutiques dont chimiothérapie
- Examen à l'iode radioactif, au gallium, au thallium (accumulation dans le lait)

Nécessité d'arrêt :
1) Arrêt définitif
- Découverte d'une pathologie citée ci-dessus

2) Arrêt pouvant être temporaire
- Abcès du sein
- Septicémie
- Lésions du sein en cas de varicelle ou d'herpès
- Réalisation de scintigraphie au technétium : ne pas donner le sein dans les 12 heures après l'examen pour certains dérivés

★ ***Reprise de l'activité professionnelle***

Dans l'enquête, les items correspondant à la reprise de l'activité professionnelle ont été donnés par des hommes du groupe AM+. Est-ce l'expérience personnelle ou professionnelle qui leur a dicté cette réponse ? Pensent-ils que tous les arrêts d'allaitement à la reprise du travail soient des échecs ?
Par contre les femmes du groupe AM+ n'ont pas donné d'item correspondant : cela semble logique puisqu'elles ont allaité en moyenne 4 mois leurs enfants (donc certainement au-delà de la reprise du travail).

La reprise de l'activité professionnelle n'est pas une cause d'échec en soi. Par contre la reprise du travail fait chuter la durée de l'allaitement [3-6, 8, 11].
Soit les femmes décident de ne pas allaiter car elles reprennent le travail rapidement après la naissance et pensent que « çà ne vaut pas le coup » de commencer ; soit elles avaient le projet d'allaiter jusqu'à la reprise du travail. D'ailleurs les femmes sont plus nombreuses à allaiter lorsqu'elles exercent une activité professionnelle mais elles interrompent l'allaitement à la fin du congé maternité. D'où la question d'un

allongement du congé en post-partum pour favoriser une durée d'allaitement plus longue. On peut citer 2 arguments en faveur : l'exemple de la Norvège où les femmes ont un congé de 8 mois avec salaire intégral et un taux d'allaitement à 6 mois de 68% (alors qu'il est inférieur à 10% en France) ; les femmes françaises bénéficiant d'un congé parental allaitent plus longtemps [1, 5, 6]. Toutefois, les taux d'allaitement sont meilleurs dans d'autres pays où la durée de congé maternité est moins importante.

★ ***Le stress, la peur de l'échec ou la fatigue*** peuvent tous entraîner une baisse de la lactation et donc amener la mère à croire qu'elle n'a pas assez de lait.
De même l'entourage a un rôle primordial. Le psychisme d'une jeune accouchée est fragile. Un entourage défavorable à l'allaitement peut vite déstabiliser la mère et ébranler sa confiance.

★ Les items concernant la « ***facilité du biberon*** » ont été donnés par des hommes. D'ailleurs ce sont les femmes qui ont évoqués les items sur l'aspect pratique et naturel à la question sur les mots caractérisant l'allaitement.
La « facilité du biberon » est illusoire. La mère peut céder à cette apparente facilité mais le lait industriel a aussi ses inconvénients. Avec l'allaitement maternel, pas besoin de s'encombrer de biberons, boîte de lait, chauffe-biberon, etc. Tout est déjà à portée de main et à bonne température ! Dans l'étude de Fanello, un tiers des femmes ayant choisi une alimentation artificielle pour leur enfant évoquaient l'apparition de troubles digestifs et 18% se plaignaient de la préparation et de l'équilibre des biberons [2].

★ Enfin un médecin a cité le terme « ***alimentation insuffisante*** » sans préciser s'il s'agissait de l'alimentation de la mère ou de l'enfant. Dans les pays industrialisés, l'alimentation maternelle influence peu la qualité ou la quantité de lait produit. Seule la composition et la quantité de lipides sont différentes d'une femme à l'autre selon ses apports nutritionnels [1]. Cependant le nourrisson régule ses apports en fonction de la valeur calorique du lait et non du volume.

- ***Pour vous, à quoi est dû un allaitement réussi ?***

Je voudrais préciser qu'un **allaitement réussi correspond à un allaitement qui dure le temps voulu par la mère**. Il ne faut donc pas tant parler de durée d'allaitement que de projet d'allaitement. Certaines mères désirent allaiter un mois et d'autres 12 mois. Notre rôle est de permettre aux mères de réaliser leur projet (d'éviter les échecs liés à de mauvaises pratiques), de les accompagner et seulement après, de les encourager à allaiter le plus longtemps possible.

11 médecins reprennent les mêmes items aux 2 questions. Je ne reviendrai que sur les points qui diffèrent.

L'« absence de complications » implique une bonne information et un allaitement bien conduit dès le départ.
« Une bonne courbe de poids » est le reflet d'un allaitement qui se déroule bien : c'est la conséquence et non la cause.
Tous les items sur le comportement maternel émanent des femmes du groupe AM+. Etant donné qu'elles ont allaité plus longtemps que la moyenne des femmes, je pense qu'elles ont effectivement « réussi » leurs projets d'allaitement et qu'elles sont de bon conseil.

h) Durée d'allaitement et représentation (cf. p.58)

- ***La maman du petit Julien, 2 mois, allaité exclusivement, vient vous demander conseil pour le sevrage car elle reprend le travail dans un mois. Que lui dites-vous ?***

Il faut déjà définir les différents termes.
L'allaitement exclusif détermine une alimentation uniquement composée de lait maternel. Au contraire, un allaitement mixte détermine une alimentation comportant du lait maternel et du lait industriel. Ces termes n'indiquent pas la façon dont le lait est donné au nourrisson.
Le sevrage est l'arrêt complet de l'allaitement.

L'OMS (et l'ANAES [1]) **recommande un allaitement maternel exclusif de 6 mois avec poursuite de l'allaitement jusqu'aux 2 ans, avec introduction d'une alimentation diversifiée à partir du 7° mois**.

Les médecins ont donné peu d'explications sur la façon de faire le sevrage. Certains ont même noté que l'allaitement pouvait être poursuivi sans problème comme si la reprise de l'activité professionnelle n'impliquait pas de changement. D'ailleurs ce sont 3 hommes du groupe AM-. Sont-ils moins sensibles à ce problème de transition car ils n'ont pas eu à y faire face ? C'est pourtant une période souvent délicate pour la mère. La mère doit s'adapter à une nouvelle situation : s'éloigner de son enfant, le confier à une nourrice (ou la crèche), etc… Et à cette transition anxiogène s'ajoute le fait de gérer l'allaitement. Sachant que certains nourrissons refusent énergiquement le biberon les premières fois (surtout s'il est donné par la mère), on peut imaginer le stress que cela peut être pour une mère.

La majorité des médecins est favorable à la poursuite de l'allaitement notamment en pratiquant un allaitement mixte (en gardant les tétées du matin et du soir). C'est une pratique apparemment bien connue et admise du groupe AM+ mais pas du groupe AM-. Là encore on retrouve une différence de prise en charge selon l'expérience personnelle. Cependant au vu du peu d'explications données par les praticiens, on peut se demander quels sont les conseils réellement donnés aux mères.

Un médecin a proposé de « prolonger l'arrêt ». Certaines conventions collectives prévoient un congé supplémentaire mais pas le code de la Sécurité Sociale. Il est donc impossible d'invoquer l'allaitement comme cause d'arrêt de travail au-delà du congé maternité. Le faire expose la patiente à un contrôle par le Médecin Conseil qui l'obligerait à reprendre immédiatement le travail. Dans ce cas, les conditions de sevrage seraient catastrophiques.

La législation du travail en France est ancienne. Elle autorise les mères salariées à disposer d'une heure par jour (2 périodes d'une demi-heure) sur leur temps de travail pour allaiter leur enfant pendant la première année (cf. annexe 4).
Néanmoins, cette heure n'est pas rémunérée (sauf convention collective) et l'enfant est rarement gardé à proximité du lieu de travail ce qui rend cette loi obsolète.

- ***Vous apprenez par hasard au cours d'une consultation que le petit Paul, 12 mois, sans problème particulier, est encore allaité par sa mère. Que dites vous à la mère à ce sujet ?***

Au vu des réponses, j'ai compris que la question n'était pas correctement posée. Il fallait comprendre que l'allaitement venait en complément d'une alimentation diversifiée et adaptée à l'âge de l'enfant. Les réponses ne sont donc peut-être pas ce qu'elles auraient pu être.

Néanmoins, la majorité des médecins sont favorables à cet allaitement prolongé voire enthousiastes : ce sont surtout des praticiens du groupe AM+.

3 praticiens s'interrogent sur l'opportunité d'un allaitement long et craignent une relation mère-enfant pathologique (lien fusionnel, dépendance psychologique).

Je voudrais surtout revenir sur les propositions d'arrêt de l'allaitement. Pour 2 médecins (2 hommes AM-), « ***il est temps*** d'arrêter/ de penser à autre chose ». L'allaitement doit donc répondre à des normes : normes relationnelles, nutritionnelles, éducatives ?
Un autre (homme AM-) a répondu « alors il va le couper ce cordon ? ». Même si l'idée n'est pas suggérée tel quel à la mère, je trouve que cette image de séparation entre la mère et l'enfant est violente. Faudrait-il que le nouveau-né soit indépendant et n'ait plus besoin de sa mère dès la naissance ? Là encore on retrouve l'idée d'une norme à laquelle répondre. Cette expression imagée du cordon ombilical que l'on coupe, représente bien l'état d'esprit actuel où les enfants doivent très vite être autonomes, indépendants et ne pas trop s'attacher à leur mère.
En comparant avec la question **«** Un allaitement de plus de 6 mois risque de créer une relation mère-enfant trop fusionnelle (pathologique) », les 3 médecins qui craignent une relation fusionnelle sont réticents également à un allaitement long.
La question est de savoir si cette réticence est basée sur des croyances médicales ou sur des habitudes culturelles : est-ce le médecin qui s'inquiète d'un risque psychologique pour l'enfant ou est-ce l'Homme qui est gêné par une relation qui n'est pas la norme dans sa propre culture ?

L'allaitement d'un bébé est communément admis et bien accepté par la société, même si l'allaitement en public n'est pas encore évident. L'allaitement d'un bambin dérange plus car cela reste anecdotique dans notre société.

Cela engendre notamment des questions par rapport à la socialisation et l'autonomie de l'enfant. Nous sommes effectivement dans un pays où les bébés se retrouvent à la crèche à 2 mois ½ et c'est un drame si les enfants ne vont pas à la Maternelle à 3 ans. Dans la conscience collective, un bambin allaité est encore dans le giron de sa mère et n'est pas « autonomisé », d'où l'idée d'une dépendance psychologique mutuelle et donc de troubles relationnels dans l'avenir. Mais, on peut voir les choses autrement : un enfant qui reçoit amour, réconfort et sécurité prendra de lui même des initiatives et osera se « décoller » de sa mère. Dans les cultures traditionnelles où l'allaitement reste la norme, les enfants sont allaités jusqu'à 2-4 ans. On accuse l'allaitement maternel de beaucoup de maux, mais **il existe des situations fusionnelles sans allaitement.**

Autre point : la culpabilisation de la mère. Elle est accusée d'égoïsme en voulant prolonger les sensations qu'elle éprouve en allaitant (plaisir honteux). On pense également qu'une mère qui allaite n'est pas redevenue une « femme » pour son époux sous-entendu que les relations sexuelles sont impossibles au cours de l'allaitement ou qu'une mère qui allaite ne peut pas se rendre disponible pour sa vie de couple en général. **Allaiter un bambin est difficile dans une société où les seins sont objets sexuels.**

Et pourquoi ne laisserions nous pas tout simplement vivre une relation où existe un plaisir mutuel ? L'enfant de lui-même évoluera et prendra son autonomie. Encouragée par sa mère, il arrêtera de lui-même l'allaitement.
Au lieu de se demander pourquoi continuer d'allaiter après 3 mois, 6 mois ou 12 mois, il faudrait se poser la question : pourquoi arrêter ?
La façon d'allaiter ne sera pas la même selon l'âge. Autant il faut allaiter à la demande un nouveau-né, autant il ne faut pas le faire avec un bambin de 12 mois ou plus car l'allaitement ne répond plus seulement à un besoin (faim) mais aussi à un désir (tétée-plaisir). C'est à la mère de fixer des limites et de savoir proposer autre chose [44].

Je rappellerai qu'un allaitement long a aussi des avantages « médicaux » (cf. chapitre sur les Bénéfices de l'allaitement).

i) Autres représentations (cf. p.60)

- ***Le taux d'allaitement à la sortie de maternité en France est de 56% (en 2002). Dans la Somme, il est environ de…***

Le taux d'allaitement à la sortie de la maternité dans la Somme en 2002 est de **38,3%** et en 2003 de 40% [20].

Un seul médecin a donné la bonne réponse. Les médecins généralistes ne connaissent pas la proportion de femmes allaitant leur enfant à la naissance. Néanmoins, c'est déjà une donnée difficile à connaître dans sa propre clientèle.
Plusieurs hypothèses à cela :

- ils ne parlent pas d'allaitement avec leurs patientes,
- les mères ne posent pas de questions vis-à-vis de l'allaitement à leur médecin généraliste,
- les enfants sont suivis par les pédiatres ou la PMI dans les premiers mois de vie.

Nous avions décidé de poser cette question afin de sensibiliser les médecins au retard régional.
Le taux d'initiation n'est pourtant pas suffisant à juger l'évolution des pratiques dans une population. L'étude de la durée est également importante. On pourrait s'extasier devant un taux d'initiation d'allaitement à 90% mais si au bout d'un mois plus aucun enfant n'est allaité…

- ***Une mère qui souhaite nourrir son bébé au sein trouve d'instinct la façon de lui présenter le sein***. (Faux)

Pour la moitié des médecins, une mère sait d'instinct positionner son bébé au sein. C'est faux. **Les mères doivent apprendre la bonne position à adopter, d'autant plus que l'on voit rarement des bébés au sein dans notre société.**
D'ailleurs toutes les femmes de l'enquête l'ont bien compris mais pas les hommes. Les hommes font apparemment confiance à l'instinct maternel. Les soins de puériculture ne sont pas innés, la façon de donner le sein non plus !

- ***Le Soutien du père est primordial pour la réussite d'un allaitement***. (Vrai)

La majorité des femmes déclarent choisir seules le mode d'alimentation de leur enfant [2, 6]. La moitié parle de l'alimentation avec leur entourage (leur conjoint le plus souvent) [6, 9]. L'étude de Branger prouve que **le rôle du père est important avec une durée d'allaitement plus grande si le père est favorable** (avec un allaitement jusqu'à 34 semaines si le père est favorable vs 14 semaines) [6].

La place du père lors de l'allaitement n'est pas aisée. En plus du passage du statut de compagnon à celui de père, il faut qu'il s'arrange du passage du sein érotique au sein nourricier qu'il se voit obligé de « partager ».
Le père, par son attitude favorable et chaleureuse, amène un climat de confiance propice à l'allaitement.

- ***Les femmes qui travaillent allaitent plus fréquemment.*** **(**Vrai)

Etonnamment, la majorité des médecins de l'étude pensent que les femmes qui travaillent allaitent moins fréquemment leur enfant, alors que c'est l'inverse.

D'ailleurs, parmi les 4 praticiens qui ont cité l'activité professionnelle comme facteur d'échec de l'allaitement, 3 praticiens pensent que les femmes qui travaillent allaitent moins souvent. Pour eux, allaiter et travailler en même temps semble donc difficile. Pourtant ils proposent tous les 4 un allaitement mixte à la reprise du travail. Est-ce que pour ces médecins l'arrêt de l'allaitement à la reprise du travail est systématiquement un échec ? Je rappellerai que pour moi un échec est un arrêt de l'allaitement non désiré par la mère.

Par contre les praticiens du groupe AM+ (et notamment les femmes) ont donné une bonne réponse.

Certes, beaucoup de femmes arrêtent l'allaitement à la fin du congé maternité car elles exercent une activité qui ne leur permet pas de continuer, mais cela ne veut pas dire qu'elles n'auraient pas voulu poursuivre dans l'absolu.
Il est plus facile pour une mère qui exerce un métier avec des horaires fixes et limités (35H ou mi-temps) de poursuivre l'allaitement. Une mère qui fait les « 3x8 » ou ayant des horaires conséquents aura plus de difficultés.

L'augmentation de la durée de l'allaitement ne pourra être possible que par le changement des mentalités : changement culturel mais aussi changement dans le monde du travail. Les femmes commencent à être bien acceptées dans le monde du travail mais une femme enceinte dérange encore et une femme qui allaite encore plus.

CONCLUSION DU PREMIER QUESTIONNAIRE

Bien que je ne puisse pas faire de calculs statistiques sur cet échantillon restreint, on peut deviner des profils différents de médecins.
Je rappellerai que les réponses restent théoriques et dépendent du degré de " franchise " de chaque médecin.

Je dirai que l'on peut distinguer 2 groupes :

- des médecins qui ont une « culture d'allaitement », sont plus jeunes, essayent de le promouvoir et de soutenir les mères, pensent jouer un rôle actif auprès de leurs patientes (décision d'allaitement, durée) et sont favorables à un allaitement long
- des médecins qui n'ont pas d'expérience personnelle de l'allaitement, ne se sentent pas à l'aise face aux questions des mères et ont une attitude plus mitigée.

Globalement les médecins du groupe AM+ ont participé plus activement à l'enquête. Se sentaient-ils plus impliqués par le sujet ? Ou de par leur expérience, avaient-ils plus de choses à exprimer ?

On peut donc suspecter des attitudes plus ou moins actives et favorables à l'allaitement selon l'expérience et le sexe du praticien ; mais cela n'est pas réservé au sujet de l'allaitement maternel. Par exemple, un médecin qui ne fume pas aura beaucoup plus tendance à dire et répéter à ses patients d'arrêter de fumer, et sera plus crédible vis-à-vis des patients. Un médecin ancien fumeur aura encore plus de « poids » face aux patients.
Bien sûr chaque médecin a un « bagage » professionnel, familial, émotionnel qui fera de lui un praticien « unique » avec ses propres attitudes professionnelles. D'ailleurs chaque patient « choisira » un médecin qui lui correspond.

Cependant au-delà des convictions personnelles, il faudrait que tous les médecins bénéficient d'un minimum de formation sur l'allaitement maternel afin qu'eux-mêmes ne véhiculent plus de fausses idées sur l'allaitement et qu'ils aient une prise en charge adéquate (même si elle n'est pas enthousiaste).

2°) REPONSES AU TEST

- ***Au cours de l'allaitement, il faut habituer le nourrisson au biberon en vue du sevrage.*** (Faux) (cf. p.66)

La succion au biberon et au sein n'est pas la même (cf. chapitre La position au sein et déroulement d'une tétée). Au moment de la mise en route de l'allaitement et au cours des premiers mois, il ne faudrait pas donner de biberons aux enfants allaités, sous peine de développer une « confusion sein-tétine ».
L'enfant peut en effet être perturbé de passer d'un mode de succion à l'autre : il pourra alors moins bien boire (surtout au sein), mal prendre le sein et provoquer des lésions, refuser par la suite le sein (succion plus difficile). De plus, lorsque le bébé prend un biberon, le sein n'est pas stimulé. Même si le lait donné au biberon est du lait maternel exprimé, le sein est moins stimulé par un tire-lait que par la succion directe du bébé. La lactation risque alors d'être compromise si cela est réalisé fréquemment en début d'allaitement.

Si des compléments doivent être donnés ou si le nouveau-né est trop faible pour boire au sein (prématuré par exemple), le **lait peut être proposé autrement qu'au biberon** : à la seringue, à la tasse, au doigt. Il existe également un **dispositif d'aide à l'allaitement** pour permettre aux prématurés d'apprendre progressivement à téter au sein (ou permettre une « rééducation » de la succion) (cf. p.26) [26, 45].

- ***Le manque de lait est physiologique chez certaines femmes***. (Faux) (cf. p.66)

Le manque de lait est une des premières raisons citées par les mères comme motif d'arrêt précoce de leur allaitement [6, 8, 9]. Je rappellerai encore une fois que le manque de lait primitif est exceptionnel. Dans la très grande majorité des cas, le manque de lait (lorsqu'il est avéré) est lié à un allaitement mal conduit avec un défaut de stimulation de la glande mammaire.

Cette question avait pour but de savoir si les médecins voyaient l'hypogalactie comme une fatalité chez certaines femmes ; et secondairement de tester leurs connaissances sur la physiologie de la lactation.
En pré-test, moins de la moitié des médecins pensent que le manque de lait ne doit pas être considéré comme normal.
La FMC a permis de faire avancer les connaissances sur ce point.

- ***Il faut suspecter un « manque de lait » lorsqu'un bébé de 6-8 semaines (en bonne santé) ne grossit pas.*** (Faux) (cf. p.67)

L'intitulé étant source d'erreurs (il faudrait remplacer le terme « ne grossit pas » par « grossit moins vite »), les réponses sont difficilement interprétables.
Cependant de nombreux médecins ont apparemment intégré la particularité de la courbe de poids des nourrissons allaités.

- ***Les crevasses sont liées à une mauvaise position du bébé au sein.*** (Vrai) (cf. p.68)

La physiopathologie des crevasses est mal connue des médecins en pré-test (cf. chapitre sur La physiologie de la lactation et de l'allaitement).
C'est une des questions où la FMC a permis d'obtenir 100% de bonnes réponses en post-test mais également au test à distance.
Les médecins changeront donc certainement leur prise en charge des crevasses. Ils seront certainement plus enclins à décrire aux jeunes mères la façon de placer le bébé au sein.

- ***Les crevasses nécessitent d'arrêter l'allaitement. Il faut arrêter l'allaitement en cas de lymphangite.*** (Faux) (cf. p.68-69)

Je regroupe ces 2 questions car étonnamment les réponses sont semblables.
En effet, en pré-test, tous les médecins (sauf un) donnent une bonne réponse ; et aux tests suivants, j'obtiens 100% de réponses correctes.
Même si dans la théorie ils savent que les crevasses et la lymphangite ne nécessitent pas de suspendre l'allaitement, est-ce leur façon de faire dans la pratique ? Ce type de consultation demande du temps : pour donner les explications, pour rassurer et redonner confiance à la jeune mère.

- ***Il faut donner le sein à la demande. De la succion du bébé dépend la production de prolactine*** (Vrai) (cf. p.69-70)

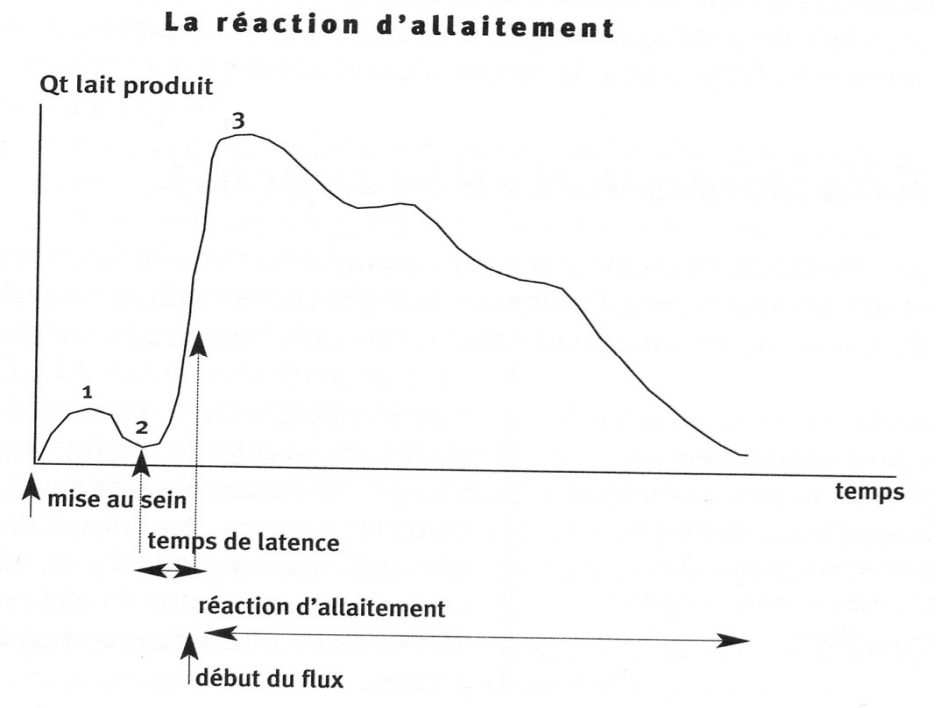
Donner le sein à la demande et la physiologie de la production de la prolactine sont déjà des notions bien intégrées par les médecins avant la FMC.
Ce sont des éléments de la physiologie de la lactation à bien comprendre pour bien prendre en charge les problèmes d'allaitement (cf. chapitre sur la Physiologie de la lactation).

En effet on pourrait croire que le sein est un organe de stockage : la glande mammaire produirait régulièrement du lait qui resterait dans le sein en attendant la tétée.
Mais il en est tout autrement. **La lactation relève d'une synergie entre la mère et l'enfant.** Le nourrisson a un rôle actif : c'est le bébé en tétant qui déclenche la sécrétion de prolactine et d'ocytocine, respectivement responsables de la production du lait et de son éjection. Ainsi la glande mammaire ne fonctionne réellement qu'au moment des tétées.

- ***Une tétée doit durer au maximum…. minutes.*** (cf. p.70)

J'ai sciemment posé une « question piège ». La prise des biberons est en général assez réglementée (quantité par biberon selon l'âge, nombre de biberons dans la journée, etc.). Je voulais savoir si les médecins avaient la même vision de l'allaitement.
Tous les médecins ont donné un temps défini en pré-test allant de 10 à 30 min. Il n'y a pas d'étude sur le temps moyen d'une tétée, mais un maximum de 10 minutes me semble extrêmement court.
Le nourrisson déclenche la production de lait en tétant : il existe un laps de temps entre le début de la tétée et le largage hormonal responsable de la production de lait (prolactine) et de son éjection (ocytocine). Lors des premiers mouvements de succion (cf. figure 18, phase 1), le bébé reçoit la petite quantité de lait qui se trouve dans les acini et les canaux galactophores puis il y a un moment de succion sans déglutition (temps de latence= phase 2) et enfin arrivée des flux de lait (réaction d'allaitement= phase 3).

Figure 18



Avec ce schéma on comprend bien qu'il faudrait mesurer la durée de la tétée à partir du début du flux et non du début de succion. Or ce temps de latence est variable d'une femme à l'autre, et d'une tétée à l'autre.

Les réponses au test à distance ne sont pas satisfaisantes. Beaucoup de médecins ont donné à nouveau un temps défini de tétée au test à distance. La notion de laisser faire le nourrisson est apparemment difficile à accepter. Il est aussi tentant de vouloir transposer le modèle du biberon (mieux connu) à l'allaitement.

- ***Le stress et la fatigue diminuent la production de lait.*** (Vrai) (cf. p.71)

Les réponses à cette question sont moins bonnes au test à distance qu'en pré-test.

La sécrétion de lait est corrélée à la stimulation des seins par la succion du bébé mais elle est également influencée par des facteurs extérieurs : les émotions, la fatigue, l'entourage, les angoisses de jeune mère, etc. (cf. p.17)

Le premier mois après la naissance est un moment où se jouent beaucoup de choses, tant sur le plan physique (mise en place de la lactation, suites de couches) que psychique (construction des liens mère-enfant, adaptation à un nouveau rythme de vie, confrontation bébé idéalisé/ bébé réel, apprentissage des soins de puériculture, gestion des autres enfants et de leur éventuelle jalousie, etc.).

C'est pourquoi un entourage et surtout un père favorable à l'allaitement sont souhaitables. Il faut savoir « protéger » une mère qui allaite et l'inciter à se faire aider pour les taches domestiques.

C'est aussi pour cela qu'il est important d'avoir des professionnels de santé bien formés : avoir des attitudes et un discours cohérents et communs.
C'est également en cela qu'une consultation systématique au 10° jour est utile. En pleine période du classique « baby blues » et peut être après une sortie précoce de la maternité, le médecin peut :

- réassurer la mère
- vérifier le bon déroulement de l'allaitement (cf. p.27)
- prévenir certaines complications (revoir la bonne position d'allaitement par exemple) ou les prendre en charge au stade initial

Ce temps de consultation permet de créer un climat de confiance, et laisse à l amère un espace d'expression.

- ***Le lait maternel peut se conserver 48H au réfrigérateur.*** (Vrai) (cf. p.72)

Les études sur la conservation du lait humain s'accordent sur le fait que la croissance bactérienne est inhibée et que le nombre de colonies diminuent avec le temps (effet de la réfrigération et de multiples composants antibactériens présents naturellement dans le lait) [30-32]. La durée de conservation préconisée diffère selon les études, mais les objectifs de ces études étaient différents.
Ainsi Hamosh préconise une durée maximum de conservation de 24H à 15°C, 4H à 25°C [30]. Sosa et Pardou pensent possible une conservation au réfrigérateur respectivement de 5 et 8 jours [31-32].

Etonnamment en pré-test, ce sont des femmes qui ont donné de mauvaises réponses. Ce qui veut dire que même pour des femmes ayant allaité, l'expression du lait et sa conservation ne sont pas des pratiques courantes.

Lors de la FMC, nous avons insisté sur les possibilités d'extraction du lait pour permettre de continuer l'allaitement à la reprise du travail.
Comme je l'expliquerai lors d'un chapitre ultérieur (cf. p.128), les médecins ont changé les conseils qu'ils donnaient au moment de la reprise de l'activité professionnelle, et ceci en faveur de l'allaitement mixte ou de la poursuite d'un allaitement complet. Le fait de mieux connaître les modalités d'extraction du lait et sa durée de conservation y est certainement pour quelque chose.

- ***Il est utile de voir une mère qui allaite dans les 10 jours suivant la naissance même si elle ne se plaint de rien.*** (Vrai) (cf. p.72)

Etonnement encore, les réponses fausses proviennent de praticiens du groupe AM+, alors même qu'ils trouvent « essentiel » de soutenir les mères. Ces praticiens pensent peut être que le soutien est important lorsqu'il y a des complications ou des doutes, mais ne voient pas le bénéfice d'une consultation à but préventif.
Il n'est donc pas évident pour tous qu'une mère peut rencontrer rapidement des difficultés ou qu'elle peut commettre des erreurs dans la conduite de l'allaitement. La prévention reste le meilleur gage d'un allaitement réussi.

Même après la FMC, il reste un praticien « réfractaire ».

L'ANAES, dans son document de recommandations, admet que toutes les formes de soutien ont un impact positif.

- **Allaiter son enfant entraîne pour la famille une économie de l'ordre de : 500/ 1000/ 1500 par an.** *(1000)* (cf. p.73)

Je retrouve quelques résultats contradictoires entre le pré-test et les réponses au premier questionnaire, ce qui prouve bien l'ignorance du coût de l'alimentation infantile.
A noter qu'au test à distance les erreurs sont commises en surestimation du coût (et non en sous-estimation comme en pré-test).

Pour formuler cette question, je me suis basée sur l'étude du Dr Bitoun datant de 1994 [17]. Il considère **le surcoût d'une alimentation « artificielle »** (achat et entretien du matériel, achat du lait industriel et de l'eau) **équivalente à un mois de SMIC de l'époque** (4640 francs = 707€) **par famille la première année de vie**, auquel il rajoute 1658 francs (253€) de frais médicaux et de jours de travail impayés pour absentéisme.
Pour la Sécurité Sociale, il estime un surcoût de 763 millions de francs (116 millions €) en soins médicaux de pathologies qui auraient pu être évitées grâce à l'allaitement (soit 1 otite, 1 diarrhée, et 1,5 rhinopharyngite par an et par enfant) et en hospitalisations (estimation d'une prévention de 20% d'hospitalisaiton).

Ces chiffres seraient à actualiser. Certaines dépenses seraient plus importantes comme le coût du lait en poudre (90F (13,7€) la boite de 900g vs 16€ la boite actuellement) ou les honoraires du médecin généraliste (100F (15€) vs 25€ actuellement).
Par ailleurs, le Dr Bitoun compte pour les familles la part de frais de soins (consultations et médicaments) et d'hospitalisation. Or maintenant la plupart des familles ont une mutuelle qui prend en charge ce type de frais ou bénéficient de la Couverture Médicale Universelle (CMU). Les familles n'ont donc plus directement à supporter ces frais mais on peut imaginer que les cotisations des mutuelles grèvent en partie le budget familial.
Dans son étude, le Dr Bitoun ne prend pas en compte la prévention des méningites, infections urinaires et allergies. De même il est difficile de chiffrer les potentielles économies en évitant des cancers du sein, des fractures sur ostéoporose ou des hémorragies du post-partum chez la mère. **Tous ces chiffres sont donc forcément sous-estimés.**

Une autre étude permet d'éclairer le coût financier de l'alimentation du nourrisson. A-M. Leclercq dans son mémoire a comparé pour les 6 premiers mois de la vie d'un nourrisson, le coût de l'alimentation (lait industriel vs lait maternel) pour une famille [46].
Elle chiffre le **coût de l'alimentation artificielle à 4265F (651) pour les 6 premiers mois** et le coût de l'allaitement à 900F (137€), **soit un surcoût pour l'alimentation artificielle de 514 pour 6 mois (soit 5 fois plus que l'allaitement)**. Pour ce calcul elle a repris les mêmes postes de dépenses que l'étude du Dr Bitoun.

Dans cette étude, **l'alimentation artificielle représente 14,2% des revenus annuels d'une mère seule touchant le R.M.I.** (vs 3% pour l'allaitement maternel) et **1,4% des revenus d'un couple de cadres** (vs 0,3% pour l'allaitement maternel). **Sachant que les femmes de bas niveau socioprofessionnel allaitent moins leurs enfants, le coût de l'alimentation artificielle est avant tout supporté par les familles aux revenus déjà restreints.**
Ce petit calcul prouve bien l'importance de la promotion de l'allaitement auprès des familles défavorisées. Les économies réalisables tant pour les familles que pour la Sécurité Sociale seraient considérables.
En 1994, le coût de l'alimentation artificielle représente également l'équivalent de **37% de l'allocation annuelle jeune enfant** (vs 8% pour l'allaitement maternel).

En dernier point, je voudrais faire remarquer que la qualité du lien mère-enfant qui se tisse dans les premiers mois de vie ne pourra jamais être chiffrée. L'allaitement contribue à faciliter ce lien et prévient les dépressions du post-partum. Certains pensent même que l'allaitement maternel pourrait prévenir certaines pathologies psychiatriques à l'âge adulte. Les échecs d'allaitement remettent en question ce lien et peuvent marquer durablement la mère.
Pour toutes ces raisons, il est primordial de soutenir les mères qui allaitent.

➢ ***On peut continuer l'allaitement si prescription de*** (cf. p.74)
(cf. annexe 5)

Il est intéressant de voir que parmi ces médicaments de prescription courante, **seul l'amoxicilline est manié facilement et correctement par les médecins**.
Pour l'ofloxacine (Oflocet®) et le dextropropoxyphène (Di-Antalvic®, Propofan®, Dialgirex®…), les réponses au test à distance sont moins bonnes qu'en pré-test ce qui est inquiétant. Une mise au point a été proposée aux médecins de l'association.
Pour les autres médicaments, le taux de réponses correctes au post-test est bon. Puis, on observe une diminution au test à distance mais qui reste néanmoins supérieur au pré-test ; ce qui globalement est encourageant.

A ce sujet, il est important de préciser que le thésaurus du Vidal est à consulter pour ses renseignements de pharmacodynamie mais qu'il apporte peu d'aide sur la décision ou non de prescription chez la femme qui allaite. De nombreuses fois, on trouve que tel ou tel médicament est déconseillé non pas parce qu'il est dangereux mais par manque d'études. Il faut donc se référer à des ouvrages spécialisés ou appeler un centre de pharmacovigilance.
C'est ce que j'ai fait pour élaborer cette question [42, 43, 47-50].

Avant de prescrire un médicament, il faut se poser quelques questions :

- Le traitement est-il indispensable ?
- A efficacité égale, le traitement choisi est-il celui qui présente le moins de risques ?
- Le risque potentiel pour le nouveau-né est-il supérieur aux bénéfices de l'allaitement maternel ?

Pour prescrire un médicament, **choisir celui** :

- qui est le plus fortement lié aux protéines plasmatiques et le moins liposoluble ;
- qui a le taux sérique thérapeutique le plus bas ;
- la biodisponibilité orale la plus basse ;
- la 1⁄2 vie la plus courte et le rapport lait/plasma le plus faible ;
- qui n'a pas de métabolites actifs ;
- et qui a le moins d'effets iatrogènes.

Il faut aussi se méfier du piège des **interactions médicamenteuses** entre les traitements de la mère et de l'enfant. Se méfier également de l'**automédication**.

➢ ***Louis, 3 mois, nourri au sein, a une selle non douloureuse et abondante tous les 3 jours. Que faites-vous ?*** (cf. p.76)

Beaucoup de médecins n'ont pas répondu aux 3 premiers items de cette question : ils ont répondu uniquement à l'item qui leur semblait correct (c'est-à-dire le dernier). Je n'ai pas considéré ces absences de réponses comme des erreurs.

Cette question reprend la notion d'un transit différent et évolutif chez les nourrissons allaités (cf. chapitre Physiologie de la lactation et de l'allaitement).
Cet aspect de l'allaitement est souvent méconnu des médecins. Aborder ce thème nous a paru important pour éviter à l'avenir des interventions inutiles et anxiogènes pour la mère.

CONCLUSION DU TEST :

Globalement, les réponses du test à distance sont meilleures qu'en pré-test (mais un peu moins bonnes qu'en post-test immédiat). Les médecins ont donc retiré un bénéfice de cette FMC. Cependant dans 74% des cas les fautes commises restent identiques.

Les médecins ayant une expérience personnelle de l'allaitement ont donné en moyenne un peu plus de réponses correctes en pré-test mais par la suite il n'y a pas de différence. Ce sont aussi les seuls à avoir donné le maximum de bonnes réponses (en post-test et test à distance) : ont-ils été plus attentifs lors de la FMC car plus motivés ?
Deux praticiens ont amélioré leur « score » de bonnes réponses au test à distance : est-ce les seuls à avoir lu le polycopié après la FMC ou ont-ils une meilleure mémoire ?

Les réponses à la question sur la prescription médicamenteuse au test à distance sont progressivement moins bonnes : est-ce par lassitude au remplissage du test ou un défaut d'attention au cours de la FMC ?

J'ai pu constater des tendances de profils différents au premier questionnaire, mais cela ne semble pas être le cas pour les connaissances théoriques.

3°) QUESTIONNAIRE A DISTANCE

a) A propos de la soirée de FMC (cf. p.80-81)

Tous les médecins déclarent être satisfaits de la soirée de FMC, même ceux qui n'ont pas voulu remplir entièrement le dernier questionnaire. Ils se sentent tous à l'aise maintenant sur les questions d'allaitement maternel. La FMC a donc permis d'améliorer globalement les connaissances des médecins et donc probablement la prise en charge des couples mère-enfant.

Ce qui a le plus marqué les praticiens, c'est l'intérêt d'une visite précoce de toutes les mères après la sortie de la maternité. On peut donc dire que même s'ils appréciaient leur rôle de soutien, ils sous-estimaient leur impact et les difficultés que peut avoir une mère (sur le fait qu'allaiter n'est pas instinctif). En effet les mères s'adressent peu aux médecins lorsqu'elles ont des difficultés ; ou lorsqu'elles viennent en consultation les difficultés sont déjà bien installées et plus problématiques à résoudre. Sensibiliser les praticiens à une visite précoce les fait passer d'un statut passif à un statut actif de prévention et leur permet d'ouvrir le dialogue.

Peu de médecins m'ont laissé un commentaire à propos de la soirée mais ils sont plutôt enthousiastes. D'ailleurs ils proviennent surtout de femmes du groupe AM+ : cela reflète les disparités d'intérêt vis-à-vis du sujet. Cela me conforte dans l'idée qu'il faudrait inclure au cours des études médicales des cours sur l'allaitement maternel afin que chaque généraliste soit apte à prendre en charge les mères.

Les 5 praticiens qui pensent ne pas changer à l'avenir leur prise en charge des mères appartiennent au groupe AM+. On l'a vu au premier questionnaire, les praticiens du groupe AM+ sont plus enclins à promouvoir l'allaitement et soutenir les mères et dans l'ensemble plus favorable à l'allaitement maternel. Cependant au test à distance, ces praticiens, sauf un, commettent autant de fautes sur les connaissances théoriques que la moyenne et notamment sur les questions de prise en charge des crevasses et lymphangites.

b) A propos des connaissances théoriques

- ***A la consultation du 8° jour, la maman met son bébé au sein. Que vérifiez-vous pour vous assurer que la position du bébé au sein est correcte ?*** (cf. p.82)

La description complète de la position au sein est décrite au chapitre « Position au sein et déroulement d'une tétée ».

Cette question était à réponse libre car je voulais que les médecins restituent avec leurs propres mots la position du nourrisson au sein. En effet, une position correcte au sein est une des règles d'or pour que l'allaitement soit efficace.
Les réponses ne sont pas très bonnes (62% de réponses correctes). L'intitulé de la question a peut être posé problème.
J'attendais à cette question une description de la position au sein que chaque médecin doit connaître pour prévenir ou résoudre les problèmes de crevasses notamment.

J'ai considéré que les items sur la déglutition ne correspondaient pas à la question. La succion peut être efficace avec présence de déglutitions au cours de la tétée sans que la position soit bonne. Il en est de même pour les items sur la croissance du bébé : la prise de poids signifie que les apports de lait sont suffisants mais pas que la position soit bonne (tout du moins dans les premiers temps).

Les items sur l'absence de lésions cutanées sont indirectement la preuve d'une position correcte. Ce n'est pas la description que j'attendais mais au moins le message sur la relation de la position au sein et crevasse est passé.

- ***Donnez les éléments qui permettent de dire qu'un allaitement se déroule bien (critères de tétées efficaces) chez un nourrisson de 1 mois.*** (cf. p.84)

Les critères de tétée efficace sont décrits au chapitre « Les éléments de contrôle d'un allaitement suffisant ».

Les réponses à cette question sont très bonnes (84% réponses correctes).
J'ai considéré que seuls les items sur l'absence de lésions cutanées et la position au sein étaient « hors sujet ». La question portait plus sur la façon de savoir si un bébé boit suffisamment de lait.

Je ne m'attendais pas à avoir des réponses sur le bonheur d'allaiter de la mère au milieu d'une question très technique. Je les ai considérées comme correctes car en effet **il n'y a pas meilleur gage que la satisfaction maternelle**. C'est l'assurance que la mère recommencera un allaitement pour un autre enfant et c'est aussi le meilleur gage de promotion auprès des autres mères. Nous avons peu abordé le côté psychologique de l'allaitement au cours de la soirée de FMC par manque de temps. Mais c'est un aspect qui me tient à cœur.
Les femmes qui se disent satisfaites de leur allaitement allaitent plus longtemps que les autres (18 semaines vs 6 semaines dans l'étude de Branger [6]).

- ***Les premières semaines, un bébé tête en moyenne 8 à 12 fois par jour.*** (Vrai)
- ***La prise de poids d'un bébé allaité est identique à celle d'un bébé nourri au lait artificiel***. (Faux) (cf. p.85-86)

Ces 2 questions reprennent des notions abordées lors de la FMC.
Autant la moyenne de tétées par jour est bien assimilée, autant la différence de croissance pondérale entre les enfants allaités et les enfants nourris au lait industriel n'a pas été retenue (sous réserve du défaut d'intitulé à la question du test).

- ***Certaines mères n'ont pas un lait assez riche.*** (Faux)
- ***Le lait maternel est-il toujours supérieur au lait infantile ?*** (Oui) (cf. p.86-87)

J'avais déjà posé ces 2 questions au premier questionnaire pour tester la représentation du lait maternel. On pourrait croire que les réponses n'ont pas évolué : en termes de chiffres cela est vrai, mais les réponses fausses n'émanent pas des mêmes praticiens.

- ***Une patiente arrive avec une crevasse. Que faites-vous ?*** (cf. p.88)

L'importance de la position du nourrisson au sein a bien été comprise par tous les médecins.
Par contre la prise en charge de la douleur (application de glace et paracétamol) et l'absence de nécessité de désinfection ne sont pas évidentes pour la moitié des praticiens.

Les réponses sont décevantes car la prise en charge des crevasses a été un des points importants de la soirée de FMC : un cas clinique y était consacré ainsi que plusieurs pages du polycopié.

- ***La même patiente revient plus tard avec une lymphangite (sa crevasse est guérie).*** (cf. p.89)

Les réponses sont un peu meilleures à cette question.
Cependant, il est inquiétant de constater que seuls les 2/3 des praticiens donnent un antibiotique après 48H de fièvre. Ce qui est contradictoire avec la dernière question où tous affirment que la lymphangite peut se compliquer en abcès.

Les praticiens n'ont pas du tout « assimilé » la baisse de lactation après un épisode de lymphangite mais ce n'est pas un point sur lequel nous avons insisté.

- ***La maman du petit Julien, 2 mois, allaité exclusivement, vient vous demander conseil pour le sevrage car elle reprend le travail à mi-temps dans un mois. Que lui conseillez-vous ?*** (cf. p.90)

Lors de la FMC, il y avait un cas clinique sur la manière de faire le « sevrage » de l'allaitement à la reprise de l'activité professionnelle, avec 2 variantes : un cas où la mère a un travail à mi-temps à la mairie de son village et un cas où la mère exerce une activité à temps plein et éloignée du domicile.
Pour le premier cas, nous avions préconisé de continuer complètement l'allaitement en utilisant un tire-lait si nécessaire jusqu'aux 6 mois de l'enfant. Le second choix était de réaliser un allaitement mixte en gardant au minimum les tétées du matin et du soir.

Les réponses sont plus favorables au maintien de l'allaitement par rapport au premier questionnaire mais il est vrai que cette fois-ci, j'avais précisé que la mère reprenait un travail à mi-temps. Je ne peux donc pas comparer directement cette question à celle du premier questionnaire.
Toutefois, les médecins ont bien restitué les explications que nous leur avions données. Ceci est plutôt encourageant.

Le but était :

- de sensibiliser les praticiens au fait que travail et allaitement peuvent tout à fait être compatibles ;
- qu'ils sachent donner des conseils adaptés selon le mode d'allaitement choisi à la reprise du travail (comment faire la transition, comment entretenir la lactation) ;
- qu'ils incitent par la suite les femmes à continuer l'allaitement au moins de façon partielle.

Nous avons précisé les avantages médicaux (pour la santé de l'enfant mais aussi de la mère) mais aussi pour la société, d'un allaitement long sans parler des économies réalisées (cf. Bénéfices de l'allaitement).

Comme je l'ai déjà expliqué précédemment, les femmes exerçant une profession allaitent plus souvent mais arrêtent à la fin du congé maternité. Des conseils adaptés et un bon soutien permettraient peut être à certaines mères de continuer à allaiter lorsqu'elles le souhaitent.
J'ai souvent eu l'impression que les mères se sentaient obligées d'arrêter (parfois à contrecœur) et qu'elles n'avaient jamais eu de modèle dans leur entourage de femmes qui continuaient d'allaiter en travaillant.

La grande peur est d'être plus fatiguée à cause de l'allaitement. Mais je crois que l'organisme s'est déjà habitué à cette fonction et que ce qui est fatigant est la reprise de l'activité par elle-même (horaires imposés, stress au travail, gestion du nourrisson au retour à domicile…). Garder un allaitement mixte « oblige » à faire une pause au retour au domicile pour donner le sein et permet donc un certain repos.

- ***Vous devez prescrire un médicament à une mère qui allaite mais le Vidal® déconseille la prescription par manque de données. A qui pouvez-vous demander conseil ? (Vous avez essayé de joindre le Dr FM Caron, mais il est en vacances.)*** (cf. p.90)

Les réponses attendues possibles étaient soit le centre de pharmacovigilance (du CHU Sud pour notre région) soit un ouvrage spécialisé. D'autres médecins expérimentés peuvent également apporter une aide.
Seuls 5 médecins déclarent contacter le centre de pharmacovigilance alors que nous en avions parlé lors de la soirée. D'autres préfèrent contacter un interlocuteur connu.
Mais ce qui est inquiétant ce sont les médecins qui n'ont pas répondu à la question ou ont répondu « ne sais pas ». Cela veut dire qu'ils n'ont pas progressé dans la prescription chez la femme qui allaite.

Ceci est à relativiser car la prescription médicamenteuse chez une femme qui allaite est rare et la plupart du temps les médicaments usuels suffisent. Ce qui reste intolérable est l'arrêt abusif d'un allaitement à cause de la prescription d'un médicament sans danger, inutile ou qui aurait pu être substitué par un autre. C'est en cela qu'il est dommage que tous les médecins n'aient pas un référent dans ce contexte.

CONCLUSION DU TEST A DISTANCE

J'ai eu des difficultés à obtenir l'adhésion de certains médecins à ce dernier questionnaire. La dernière partie de l'étude a donc été amputée suite à l'absence de réponses. Cependant, inclure uniquement des médecins volontaires induit un biais de sélection.
Certes, l'étude était longue et étalée dans le temps mais je pense que certains praticiens n'ont pas eu envie de s'impliquer dans cette enquête. Est-ce une réticence par rapport au sujet, à la répétition des questionnaires (avant la FMC, pré et post-test, à distance de la FMC) ou par rapport à l'évaluation ? Pourtant l'auto-évaluation lors des soirées de FMC est systématique au sein de l'association sous forme de pré et post-test.
Avec ma directrice de thèse, il nous a semblé que le dernier questionnaire avait été vécu comme une contrainte répétitive par des praticiens qui ne sont pas encore habitués à ces études et travaux de thèse en médecine générale.
Au cours de ce test à distance, seuls 5 praticiens ont noté un commentaire libre à propos de la soirée de FMC : 4 ont une expérience personnelle de l'allaitement dont 3 femmes.

Sans pouvoir le prouver, j'ai eu l'impression au fur et à mesure du recueil des réponses aux questionnaires, que la FMC a surtout été bénéfique pour les médecins les plus motivés et intéressés par le sujet avant même la soirée. Et inversement les « réfractaires » à l'allaitement maternel sont restés sur leurs positions.

E) PROPOSITIONS

Je pense que le champ d'actions est vaste et multiple.

La formation des professionnels de santé
Tout d'abord, il faudrait intégrer dans les études médicales des cours sur l'allaitement maternel : généralités en 2° cycle ; approfondissement et cas pratiques en 3° cycle pour les généralistes, les pédiatres et les gynéco-obstétriciens. De même pour les autres professionnels de santé concernés : sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture.
Ces cours devraient aborder la physiologie de la lactation et de l'allaitement, expliquer comment bien démarrer l'allaitement, comment prévenir et prendre en charge les complications (crevasses, lymphangite).
Il existe déjà des documents simples et résumant les points principaux [21, 27, 51].

Il existe un Diplôme Universitaire (DU) intitulé « Lactation humaine et Allaitement maternel » enseigné à la faculté de Grenoble. Il faudrait que ce DU soit enseigné dans d'autres facultés afin de toucher une population plus large.

Pour les médecins généralistes déjà installés, il est urgent de réaliser des séances de FMC sur l'allaitement maternel, d'autant que la durée du séjour en maternité est de plus en plus courte.

L'évolution dans les maternités
Les maternités devraient mettre en œuvre l'Initiative Hôpital Ami des Bébés (cf. annexe 7). Cette mise en application nécessite un énorme travail au sein d'une équipe et beaucoup de temps, mais il faut surtout une volonté forte.

Ce qui pourrait déjà être réalisé facilement avec peu de moyens : donner les coordonnées de professionnels ou d'association à joindre (référent de la maternité, puéricultrices du réseau de la PMI, La Leche League).

Le soutien et l'incitation
La dernière condition pour obtenir le « label hôpital ami des bébés » est « d'encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et de leur adresser les mères dès la sortie de l'hôpital ou de la clinique ». Donner des coordonnées de personnes à joindre en cas de questions ou de problèmes est facile à faire.

Le réseau de soutien de la PMI est important car il touche une frange de la population défavorisée qui ne consulte pas forcément les médecins généralistes et les pédiatres. Cependant, ce réseau manque de puissance puisqu'en 2002, seule la moitié des femmes qui allaitaient ont été contactées.

On pourrait imaginer mettre en place un réseau de soutien avec des médecins « de ville » volontaires qui seraient formés à la prise en charge de l'allaitement et dont les coordonnées pourraient être données à la sortie de maternité.

L'information

Il reste à faire un travail important au niveau national. La France est très en retard par rapport aux autres pays occidentaux. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) fait déjà un premier pas vers la promotion de l'allaitement maternel (cf. annexe 6) mais il n'y a pas encore de campagne médiatique à destinée du grand public. Les médias commencent à sensibiliser la population à l'importance d'une bonne alimentation : slogan « 5 fruits et légumes frais par jour », prévention de l'obésité de l'enfant, éducation au goût, etc…. L'allaitement maternel y est encore absent.

Par ailleurs, dans le guide nutrition destiné aux parents, le lait maternel disparaît du tableau des aliments après le 12° mois, alors que l'OMS préconise l'allaitement jusqu'aux 2 ans de l'enfant [51]. Autre bémol : l'affiche concernant l'allaitement maternel, diffusée dans la presse pour promouvoir les guides nutrition, me semble aller à l'encontre d'une incitation. En effet, l'affiche dit « Loin de vous l'idée d'allaiter votre enfant. Que faire ? ». A mon avis ce slogan est fait pour encourager les femmes à donner le biberon, et non à allaiter. Alors où est la promotion de l'allaitement ?

D'autre part, cette campagne d'information devrait avoir pour cible en premier les adolescents, les adultes jeunes et les classes sociales défavorisées.

Mais promouvoir l'allaitement auprès du grand public sans professionnels de santé motivés et formés ne sert à rien. D'où l'importance de mettre en place l'IHAB dans les maternités. Des campagnes d'information et de formation doivent toucher les professionnels de santé « de ville ».

Par ailleurs, la promotion n'atteindra son but que si le message est adapté à la population cible [46] :

- pour les décideurs et hommes politiques : « L'allaitement maternel améliore la santé et les finances de l'Etat »
- pour les chefs d'entreprise : « L'allaitement maternel diminue les pathologies bénignes et donc les jours d'absence des parents »
- pour les professionnels de santé : « L'allaitement maternel : conseillez-le pour des patients en meilleur santé »
- pour les familles : « L'allaitement maternel : ce qu'il y a de mieux pour votre bébé et vous-même »

La législation française

Le meilleur moyen de promouvoir l'allaitement maternel est de ne pas inciter l'alimentation artificielle et donc de ne pas en faire la publicité sous quelque forme que ce soit.

La France applique partiellement le Code international de commercialisation des substituts de lait (cf. annexe 8) : seule la publicité et la distribution des laits 1° âge sont réglementées alors

que le code englobe tous les aliments de substitution ainsi que les biberons et tétines. Ce code très sévère est appliqué dans de nombreux pays. L'étendue des changements en France si on veut appliquer cette législation est phénoménale. Cela réduirait à néant toute la puissance médiatique et publicitaire des entreprises de l'alimentation infantile.

La politique sociale est probablement à réviser également. Des facilités de congé maternité pour toutes les femmes (salariées ou non), un rallongement du congé post-natal en cas d'allaitement, des facilités de congé parental, etc. sont des pistes à explorer. **Actuellement un projet de loi est à l'étude : il permettrait aux femmes de prendre un congé parental de 1 an avec une indemnité d'environ 1000 par mois.** Ce projet se rapproche de ce qui se fait déjà en Norvège (congé de 1 an avec 80% du salaire ou 10 mois avec intégralité du salaire). Cela incitera certainement beaucoup plus de femmes à prendre un congé : moindre pertes financières, éviction du monde du travail plus courte et donc reprise de l'activité facilitée, temps consacré à l'enfant sans avoir l'impression de sacrifier son activité professionnelle, etc…

Le Code du travail est obsolète par rapport à l'allaitement maternel : les femmes peuvent bénéficier d'une heure par jour (2 fois une demi-heure) pour allaiter leur enfant dans la première année. Cependant cette heure n'est pas rémunérée (sauf convention collective) et l'enfant est rarement gardé à proximité du lieu de travail. Les crèches d'entreprise (au sein ou à proximité de l'entreprise) semblent une bonne solution dans ce cas, mais elles restent rarissimes.
La flexibilité dans la reprise de l'activité professionnelle pourrait aider : reprise à temps partiel pendant quelques mois, ou à un poste à horaires adaptés par exemple.

CONCLUSION

Les représentations de l'allaitement et du lait maternel sont globalement bonnes. Les médecins définissent avant tout, l'allaitement maternel par des valeurs relationnelles et affectives. L'étude met en évidence 2 principaux profils de médecins selon leur expérience personnelle ou non de l'allaitement. Les praticiens avec une expérience personnelle ont semblé plus ouverts lors de la soirée et ont une vision bien différente de l'allaitement. Néanmoins, sur les questions théoriques (connaissances de base, pratiques professionnelles), les différences entre les 2 groupes s'amenuisent, même si les réponses sont en moyenne correctes.

La formation avait en partie pour but de sensibiliser et de former les médecins à la prise en charge de l'allaitement maternel. Je pense que le but est atteint, au moins sur la théorie.
La soirée de FMC a permis d'obtenir une amélioration des connaissances et des pratiques (notamment sur la position au sein, les critères d'un allaitement bien conduit et l'adaptation de l'allaitement à la reprise du travail). Cependant, le ¾ des fautes commises au test à distance sont identiques à celles réalisées au premier test. Par contre, tous les praticiens déclarent se sentir à l'aise face aux problèmes de l'allaitement après cette FMC.

Beaucoup d'erreurs sont reproduites au test à distance. Cet écueil est probablement inévitable. La répétition n'est-elle pas à la base de la pédagogie ? D'autant plus que l'allaitement maternel n'est pas un sujet abordé au cours des études médicales et que les médecins n'ont pas de base « scientifique ». Ils sont donc comme toute autre personne, bercés par les croyances populaires (le plus souvent extravagantes). Il est donc difficile de s'en défaire.
D'une façon générale, cette FMC serait certainement plus efficace si elle était renouvelée et soutenue par des campagnes d'information des médecins généralistes (et spécialistes). La France a beaucoup de retard dans la promotion de l'allaitement maternel par rapport à d'autres pays (préconisations de l'OMS). Le Plan National Nutrition Santé ébauche un premier pas mais reste insuffisant. Je crois qu'il est vraiment temps de s'y mettre !

Par ailleurs, le problème de cette formation soulève des questions sur l'enseignement des étudiants en médecine (tant sur le fond que sur la forme) et par la suite sur la formation médicale continue.
La Formation Médicale Continue nécessite du temps et un investissement personnel. Elle ne peut être efficace qu'avec des praticiens actifs, toujours curieux d'un nouveau savoir et soucieux d'améliorer leur pratique professionnelle. Il est cependant difficile de demander à des professionnels surchargés de travail et en mal de reconnaissance, de rester « frais et dispos » pour des séances de remise à niveau. Le mode de formation est probablement à réinventer, ou tout du moins à revaloriser.

En outre, l'adhésion au projet a été difficilement obtenue à la fin de l'étude. J'ai perçu des différences de motivation notables par rapport au sujet. Je pense également que les médecins libéraux ne sont pas habitués à être sollicités pour ce type de travail. En effet, le monde universitaire est encore éloigné du monde de la médecine libérale.

En dernier point, je voudrais dire que le sujet de l'allaitement maternel n'est pas forcément facile à aborder. Les médecins avec une expérience personnelle ont semblés plus ouverts et réceptifs. Parler d'allaitement à des praticiens qui n'ont pas cette expérience peut heurter leur sensibilité et aller à l'encontre de leur propre culture.

L'étude réalisée est restée très « technique ». Nous avons choisi de ne pas aborder l'aspect psychologique de l'allaitement par manque de temps, mais, il y aurait beaucoup à dire.

Parler d'allaitement maternel, c'est aussi parler de maternage, d'éducation, de sexualité, de politique de santé, de politique sociale (politique de la petite enfance, politique du monde du travail). Cela veut dire s'interroger sur la façon dont la société perçoit et accepte les jeunes enfants, les mères notamment celles qui travaillent. Comment veut-on élever nos enfants ? Quels sont les changements qui seraient acceptables et acceptés ? Combien de temps cela prendrait-il ?
C'est aussi se pencher sur les désirs profonds des femmes (et des hommes) et leurs motivations dans le choix de l'allaitement (choix conscient ou inconscient). C'est s'interroger sur l'intimité de la relation mère-enfant. Quelle place donne t'on à l'enfant ?
Bien accompagner une mère dans son allaitement demande du temps et une implication permanente (avant l'accouchement pour préparer, et après pour entourer). Cela nécessite d'observer et d'écouter chaque couple mère-enfant, d'apporter un savoir-faire tout en respectant les désirs et les croyances de la mère.
Cette approche psychologique attentive est mise à mal dans nos maternités françaises. Elles sont en effet, amenées à être des usines d'accouchement, rentables et médicalement à la pointe. Adieu les petites maternités avec des sages femmes qui peuvent prendre leur temps et proposer un accouchement et un suivi post-partum personnalisés. Les femmes commencent à se mobiliser et réclament un accouchement « naturel », dans des structures humaines. Alors à quand le droit d'allaiter son bébé ? Le droit pour toutes les femmes de faire le choix d'allaiter en ayant toutes les informations nécessaires ; le droit de poursuivre l'allaitement aussi longtemps que voulu en étant conseillée et soutenue par des professionnels de santé formés.
Pour que le lait maternel redevienne la norme du petit d'humain.

BIBLIOGRAPHIE

1 Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. – 1ère éd. ; mai 2002

2 FANELLO S., MOREAU-GOUT I., COTINAT J.P., DESCAMPS P., Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : une enquête auprès de 308 femmes, Archives de Pédiatrie, 2003 ; 10 : p.19-24

3 CROST M., KAMINSKI M., L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995, Enquête nationale périnatale, Archives de Pédiatrie, 1998 ; 5 :1316-26

4 BLONDEL B., BREART G., DU MAZAUBRUN Ch., BADEYAN G., WCISLO M., LORDIER A., MATET N., La situation périnatale en France. Evolution entre 1981 et 1995; Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 1997 ; 26 :770-80

5 LABARERE J., DALLA-LANA C., SCHELSTRAETE C., RIVIER A., CALLEC M., POLVERELLI J.F., FRANCOIS P., Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry, Archives de Pédiatrie, 2001 ;8 :p.807-815

6 BRANGER B., CEBRON M., PICHEROT G., DE CORNULIER M., Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes, Archives de Pédiatrie, 1998 ;5 :p.489-496

7 EGO A., DUBOS J.P., DJAVADZADEH-AMINI M., DEPINOY M.P., LOUYOT J., CODACCIONI X., Les arrêts prématurés d'allaitement maternel, Archives de Pédiatrie, 2003 ;10 : p.11-18

8 LELONG N, SAUREL-CUBIZOLLES MJ, BOUVIER-COLLE, MH, KAMINSKI M, Durée de l'allaitement maternel en France, 2000, Archives de Pédiatrie, 7(5):571-2

9 LEREBOURS B., CZERNICHOW P., PELLERIN A.M., FROMENT L., LAROCHE T., L'alimentation du nourrisson jusqu'à 4 mois en Seine-Maritime, Archives françaises de Pédiatrie, 1991 ;48 :391-5

10 Extrait du site IPA: EU project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. European Comission, Directorate for Public Health, Luxembourg, 2003 : http://persowanadoo.fr/ipa : Mise à jour 2004 de « L'allaitement en chiffres »/ Les données brutes/ En Europe
(Site visité à plusieurs reprises entre juin 2004 et août 2005)

11 BONHOMME C., BAROT D., DE FLAMESNIL F., Evaluation du réseau de soutien de l'allaitement maternel dans la Somme, Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 2000, n°6, p360-362

12 THIRION M., L'allaitement, De la naissance au sevrage ; 2004 Ed. Albin Michel

13. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, Policy Statement, Breastfeeding and the use of human milk, Section on Breastfeeding. Pediatrics 2005 Feb; 115:496-506.

14 SOCIETE FRANCAISE DE PEDIATRIE, Allaitement maternel, Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère, Programme National Nutrition Santé, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille ; Février 2005.

15 DIDIERJEAN-JOUVEAU C., Le lait maternel, c'est bon pour la santé, Allaiter aujourd'hui n°27, La Leche League France

16 DIDIERJEAN-JOUVEAU C., L'allaitement, c'est bon pour la santé…des femmes aussi !, Allaiter aujourd'hui n°25, La Leche League France

17 BITOUN P., Valeur économique de l'allaitement maternel, Les dossiers de l'Obstétrique, 1994, 216 :10-13

18. COHEN R, MRTEK MB, MRTEK RG, Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations. BMJ. 1990 Mar 31;300(6728):837-40.

19 Extrait du site IPA : Données de 2002 à partir des certificats du neuvième mois : http://persowanadoo.fr/ipa: Mise à jour 2004 de « L'allaitement en chiffres »/ Les données brutes/ France
(Site visité à plusieurs reprises entre juin 2004 et août 2005)

20 Protection Maternelle et Infantile du Conseil Général de la Somme, Les données 2001 sur la santé des enfants de la Somme ; Bien naitre en Somme ; 2002, p25-26 ; p30-31

21 Guide pratique à l'usage des professionnels de santé, Coordination du Rhône pour la promotion de l'allaitement maternel, 2001.

22 COURDENT M., Comment fabrique t'on du lait ?, Allaiter Aujourd'hui n°59, La Leche League France

23 www.liewensufank.lu/francais/ : Rubrique Allaitement/ Avantages/ Anatomie et Physiologie
(Site visité à plusieurs reprises entre juin 2004 et août 2005)

24 perso.wanadoo.fr/ipa : « Vous allaitez » / En savoir plus/ Physiologie
(Site visité à plusieurs reprises entre juin 2004 et août 2005)

25 NEWMAN J., Les articles du Dr Jack Newman, Information pour l'allaitement, 2001.

26. MEINTZ S., Problèmes de succion et d'allaitement : Panorama des solutions, La Leche League International ; 1988

27 LORAS-DUCLAUX I., Conseils pratiques aux mères qui souhaitent allaiter, J Pédiatr Puériculture, 2001 ; 14 :41-8

28 www.reseau-mdam.org: Principes de base / Conserver le lait maternel
(Site visité à plusieurs reprises entre juin 2004 et août 2005)

29 Quand on veut tirer sont lait, Allaiter Aujourd'hui n°53, La Leche League France 2002

30 HAMOSH M. et al., Breastfeeding and the working mother: effect of time and temperature of short-term storage on proteolysis, lipolysis, and bacteral growth in milk, Pediatrics; 1996 Apr, 97(4): 492-8

31 SOSA R., BARNES L., Bacterial growth in refrigerated human milk, Am J Dis Child. 1987; 141:111-112

32 PARDOU A., SERRUYS E., MASCART-LEMONE F., DRAMAIX M., VIS HL., Human milk banking : influence of storage processes and of acterial contamination on some milk constituents, Biol Neonate; 1994;65(5):302-9

33. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003, Editions 2003.

34. www.conseil-national.medecin.fr: Exercice de la Médecine/ Démographie/ Effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre
(Site visité à plusieurs reprises entre juin 2004 et août 2005)

35 BLONDEL B., NORTON J., DU MAZAUBRUN C., BREART G., Enquête nationale périnatale en 1998

36 Livret d'accompagnement du *Guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents* destiné aux professionnels de santé ; Programme National Nutrition Santé, septembre 2004

37 BRANGER B., BRIEAU C., Perception et facteurs du choix des adolescents vis-à-vis de l'allaitement maternel, Archives de Pédiatrie ; 2001, 8 :1402-3

38 DEBONNET-GOBIN V., Le vécu du médecin généraliste face à l'allaitement maternel ; Mémoire pour l'obtention de la qualification en médecine générale ; Amiens ; 2004

39 AYRAL A.S., DUC C., Efficacité d'une consultation spécialisée dans les quinze jours du post-partum sur le taux d'allaitement maternel exclusif à un mois , Résultats d'un essai contrôlé randomisé ouvert auprès de 231 mères ; Thèse de doctorat en médecine ; Grenoble ;2002

40 MACQUART-MOULIN G., FANCELLO G., VINCENT A., JULIAN C., BARET C., AYME S., Evaluation des effets d'une campagne de soutien à l'allaitement exclusif au sein à un mois ; Rev. Epidém. et Santé Publ., 1990 ; 38 : 201-209

41 BAYOT I., Désir d'allaiter, volonté d'allaiter, Institut Co-Naître

42 AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, Committee on Drugs, The Transfer of Drugs and Others Chemicals Into Human Milk, Pediatrics, 2001; 108:776-89

43 Médicaments et allaitement, Compilation des Coins du Prescripteur ; Les dossiers de l'allaitement ; La Leche League France ; 2004

44 DIDIERJEAN-JOUVEAU C. ? Téter et grandir, Feuillet 14 de La Leche League, 2001

45. NEWMAN J., Feuillet n°5 : Utilisation d'un dispositif d'aide à la lactation (ou dispositif d'aide à l'allaitement)

46 LECLERCQ A.M., L'allaitement maternel : choix personnel, problème de santé publique ou question de finance publique ? , Mémoire pour l'obtention du DESS Economie Gestion hospitalière privée, Montpellier, avril 1997, CERDAM

47 DE SCHUITENEER B., DE CONNINCK B., Médicaments et allaitement, Guide de prescription des médicaments en période d'allaitement, Editions Arnette Blackwell, 1996

48 NEWMAN J., Comment choisir un traitement pour une femme allaitante ; Dossiers de l'Allaitement de La Leche League, 1998, 37 :106-8

49 DAMASE-MICHEL C., ROLLAND M., ASSOULINE C., TRICOIRE J., LACROIX I., Médicaments et allaitement maternel, Encycl Méd Chir, Traité de Médecine Akos, 8-0410, 2004, 10p

50 BERREBI A., DAMASE-MICHEL C., ELEFANT E., Guide des médicaments anti-infectieux lors de la grossesse et de l'allaitement, Editions Doin, 2003

51 « La santé vient en mangeant et en bougeant, le guide nutrition des enfants et des ados pour tous les parents », Programme National Nutrition Santé, 2004

REFERENCES INTERNET

Certains sites sont des mines d'informations à la fois abordables pour tout public mais également plus pointues pour les professionnels de santé.
On y trouve également des brochures d'information patientes à commander.

- **Sites d'association** :

  - Sites français :

  Information Pour l'Allaitement (IPA) : perso.wanadoo.fr/ipa
  La Leche League France : www.lllfrance.org
  Réseau des marraines de l'allaitement : www.reseau-mdam.org
  Allaitement des Jumeaux et Plus (ADJ+) : www.allaitement-jumeaux.com
  Solidarilait : perso.wanadoo.fr/anpalm/
  APASTRAS, site d'action pour l'allaitement : action.allaitement.free.fr
  Allaitement Informations : www.allaitement-informations.org
  Naître en Morbihan : http://naitreenmorbihan.free.fr/
  Info allaitement 17 : www.info-allaitement-17.com

  - Sites francophones :

  Infor-Allaitement (association belge) : www.infor-allaitement.be
  Initiativ Liewensufank (association luxembourgeoise) : www.liewensufank.lu/francais/
  Comité Canadien pour l'allaitement : www.breastfeedingcanada.ca

- **Sites institutionnels** :

  CoFAM (Coordination Française pour l'Allaitement Maternel) : cofam2002.free.fr/
  Co-Naitre : www.co-naitre.net
  SESAM (Société Européenne pour le Soutien de l'Allaitement Maternel) : www.allaite.org/
  Site de l'ANAES : www.anaes.fr
  Télécharger les guides nutrition du PNNS : www.mangerbouger.fr

- **Centre Ressource Documentaire pour l'Allaitement Maternel : CERDAM**
  http://perso.wanadoo.fr/ipa/CERDAM/
  16 rue Sully 69006 Lyon

- **Autres ressources documentaires :**
  Académie américaine de pédiatrie : http://www.aap.org/ (en anglais)
  UNICEF : www.unicef.org/french/

ANNEXES

Annexe n°1 : Premier questionnaire

A propos de vous…

1. Vous êtes : □ Un homme
□ Une femme

2. Votre âge : _____

3. Avez-vous des enfants ? □ Oui, combien : _____
□ Non

4. Ont-ils été allaités ? □ Non
□ Oui, combien de temps chacun ? _____

De façon générale…

5. Qu'attendez-vous d'une formation sur l'allaitement maternel ?
a)_____
b)_____
c)_____

6. Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste vis-à-vis de l'allaitement maternel et des mères qui allaitent ?
a) _____
b) _____
c) _____

Votre expérience et votre vécu…

7. Abordez-vous le sujet de l'allaitement maternel avec toutes vos patientes ? □ Oui
□ Non
Si oui, à quel moment ?_____

8. Pour vous, le lait maternel est-il toujours supérieur au lait infantile? □ Oui
□ Non

9. Donner 3 mots caractérisant selon vous, l'allaitement maternel.
a) _____
b) _____
c) _____

10. Pour vous, promouvoir l'allaitement maternel, c'est :
□ Essentiel
□ Important
□ Intéressant
□ Inutile
□ Pas du ressort du médecin généraliste

11. Pour vous, rassurer et soutenir les mères qui allaitent, c'est :

- □ Essentiel
- □ Intéressant
- □ Important
- □ Inutile

12. Pensez-vous avoir une influence sur la décision d'allaiter ou non?

- □ Toujours
- □ Parfois
- □ Fréquemment
- □ Jamais

13. Pensez-vous avoir une influence sur la durée de l'allaitement ?

- □ Oui
- □ Non

14. Vous sentez-vous à l'aise face aux questions des mères vis-à-vis de l'allaitement?

- □ Oui
- □ Non

15. Quelles sont, selon vous, les 3 principales causes d'échec de l'allaitement ?

a)_____
b) _____
c) _____

16. Numéroter par ordre d'importance, les items suivants concernant l'allaitement (1=le plus important, 6= le moins important)

- □ Le coût financier
- □ L'épanouissement maternel : plaisir
- □ L'aspect pratique
- □ La relation mère/enfant privilégiée
- □ L'aspect naturel
- □ L'aspect bio-médical : bénéfices pour la santé

17. Pour vous, à quoi est dû un allaitement réussi ?

a)_____
b)_____
c)_____

18. Vous apprenez par hasard au cours d'une consultation que le petit Paul, 12 mois, sans problème particulier, est encore allaité par sa mère. Que dites-vous à la mère à ce sujet ?

_____
_____
_____
_____

19. La maman du petit Julien, 2 mois, allaité exclusivement, vient vous demander conseil pour le sevrage car elle reprend le travail dans un mois. Que lui dites-vous ?

_____
_____
_____
_____

20. Connaissez-vous des organismes ou des associations de soutien à l'allaitement ?
□ Non
□ Oui, lesquels : _____

21. Le taux d'allaitement à la sortie de maternité en France est de 56% (en 2002). Dans la Somme, il est environ de : 30% ; 40% ; 50% ; 60% ; plus de 60% (entourez la bonne réponse)

Jeu du vrai/faux

22. En dehors des cas de contre-indication formelle à l'allaitement (VIH, tuberculose active, cancer du sein, galactosémie congénitale), le lait maternel est toujours adapté au nourrisson. □ Vrai □ Faux

23. Certaines mères n'ont pas un lait assez « riche » ? □ Vrai □ Faux

24. Un allaitement de plus de 6 mois risque de créer une relation mère-enfant trop fusionnelle (pathologique). □ Vrai □Faux

25. Une mère qui souhaite nourrir son bébé au sein trouve d'instinct la façon de lui présenter le sein. □ Vrai □ Faux

26. "Allaiter: c'est pas cher" est un bon argument pour promouvoir l'allaitement. □ Vrai □ Faux

27. Le rôle du père est primordial pour le bon déroulement de l'allaitement. . □ Vrai □ Faux

28. Les femmes qui travaillent allaitent plus fréquemment. □ Vrai □ Faux

Annexe n°2 : Pré et Post-test

	Vrai	Faux	Ne sais pas
1. Au cours de l'allaitement, il faut habituer le nourrisson au biberon en vue du sevrage.			
2. Le « manque de lait » est physiologique chez certaines femmes.			
3. Il faut suspecter un « manque de lait » lorsqu'un bébé de 6-8 semaines (en bonne santé) ne grossit pas.			
4. Les crevasses sont liées à une mauvaise position du bébé au sein.			
5. Les crevasses nécessitent d'arrêter l'allaitement.			
6. Il faut arrêter l'allaitement en cas de lymphangite.			
7. Il faut donner le sein à la demande.			
8. De la succion du bébé dépend la production de prolactine.			
9. Une tétée doit durer au maximum……. minutes.			
10. Le stress et la fatigue diminuent la production de lait.			
11. Le lait maternel peut se conserver 48H au réfrigérateur.			
12. Il est utile de voir une mère qui allaite dans les 10 jours suivant la naissance même si elle ne se plaint de rien.			
13. Allaiter son enfant entraîne, pour la famille, une économie de l'ordre de : 500€, 1 000€ ou 1500€ par an.			
14. On peut poursuivre l'allaitement si prescription de : a) amoxicilline…….… b) céphalosporine 3°G……..... c) fosfomycine (Monuril®)…..……..…. d) ibuprofène…….……..… e) dextropoxyphène (Di-Antalvic®)……. f) paroxétine (Deroxat®)…… g) ofloxacine (Oflocet®)…….			
15. Louis, 3 mois, nourri au sein, a une selle non douloureuse et abondante tous les 3 jours. Que faites-vous ? h) arrêtez allaitement…….. i) prescrivez un laxatif…….. j) faites boire de l'eau Hépar®……. k) vous ne faites rien……			

Combien de nourrissons de moins de 6 mois avez-vous vu en consultation le mois dernier ?

_____

Parmi ces bébés, combien ont été ou sont encore allaité ? _____

Annexe n°3 : Questionnaire à distance

Post-test

	Vrai	Faux	NSP
1. Au cours de l'allaitement, il faut habituer le nourrisson au biberon en vue du sevrage.			
2. Le « manque de lait » est physiologique chez certaines femmes.			
3. Il faut suspecter un « manque de lait » lorsqu'un bébé de 6-8 semaines (en bonne santé) ne grossit pas.			
4. Les crevasses sont liées à une mauvaise position du bébé au sein.			
5. Les crevasses nécessitent d'arrêter l'allaitement.			
6. Il faut arrêter l'allaitement en cas de lymphangite.			
7. Il faut donner le sein à la demande.			
8. De la succion du bébé dépend la production de prolactine.			
9. Une tétée doit durer au maximum……. minutes.			
10. Le stress et la fatigue diminuent la production de lait.			
11. Le lait maternel peut se conserver 48H au réfrigérateur.			
12. Il est utile de voir une mère qui allaite dans les 10 jours suivant la naissance même si elle ne se plaint de rien.			
13. Allaiter son enfant entraîne, pour la famille, une économie de l'ordre de : 500€ 1000€ 1500€ par an.			
14. On peut poursuivre l'allaitement si prescription de :			
a) amoxicilline			
b) céphalosporine 3°G			
c) fosfomycine (Monuril®)			
d) ibuprofène			
e) dextropoxyphène (Di-Antalvic®)			
f) paroxétine (Deroxat®)			
g) ofloxacine (Oflocet®)			
15. Louis, 3 mois, nourri au sein, a une selle non douloureuse et abondante tous les 3 jours. Que faites-vous ?			
h) arrêtez allaitement			
i) prescrivez un laxatif			
j) faites boire de l'eau Hépar®			
k) vous ne faites rien			

A propos de la soirée de FMC

Cette soirée de FMC a-t-elle répondu à vos attentes ? □ Oui
□ Non

Citez les points qui vous ont marqués lors de cette FMC.

_____

_____

Vous sentez-vous à l'aise face aux questions des mères vis-à-vis de l'allaitement? □ Oui
□ Non

Pensez-vous changer (ou avez-vous changé) votre prise en charge des jeunes mères ? □ Oui
□ Non

Si oui, par rapport à quoi.

_____

Avez-vous des commentaires à faire à propos de cette soirée de FMC ?

_____

A propos des connaissances acquises

A la consultation du 8ème jour, la maman met son bébé au sein. Que vérifiez-vous pour vous assurer que la position du bébé au sein est correcte?

1)_____

2)_____

3)_____

Donnez les éléments qui permettent de dire q'un allaitement se déroule bien (critères de tétées efficaces) chez un nourrisson de 1 mois.

a)_____

b)_____

c)_____

d)_____

Les premières semaines un bébé tête en moyenne 8 à 12 fois par jour. □ Vrai
□ Faux

La prise de poids d'un bébé allaité est identique à celle d'un bébé nourri au lait artificiel.
□ Vrai
□ Faux

Certaines mères n'ont pas un lait assez « riche » ? □ Vrai
□ Faux

Le lait maternel est-il toujours supérieur au lait infantile? □ Vrai
□ Faux

Une patiente arrive avec une crevasse. Que faites-vous ?

	Vrai	Faux	NSP
Vous regardez la façon dont bébé prend le sein			
Vous lui dites de désinfecter la crevasse après chaque tétée et de la sécher au sèche-cheveux			
Vous lui dites de mettre de la glace avant la tétée et de prendre du paracétamol			
Vous lui dites d'appliquer du lait de fin de tétée sur le mamelon			
Vous lui dites d'utiliser des protège mamelon jusqu'au sevrage de bébé			
Vous lui dites d'alterner les positions d'allaitement (classique, ballon de rugby, allongé sur le coté…)			

La même patiente plus tard revient avec une lymphangite. (Sa crevasse est guérie.)

	Vrai	Faux	NSP
Une mauvaise « vidange » du sein est la cause de lymphangite			
Vous donnez un antibiotique si la fièvre persiste après 48H			
Vous lui dites de prendre du paracétamol et de détendre le sein sous une douche chaude			
Vous lui dites d'espacer les tétées du coté atteint			
Vous lui dites de se reposer			
La lactation du sein atteint reste identique après un épisode de lymphangite			
La lymphangite peut se compliquer en abcès			

La maman du petit Julien, 2 mois, allaité exclusivement, vient vous demander conseil pour le sevrage car elle reprend le travail à mi-temps dans un mois. Que lui conseillez--vous ?

_____

_____

_____

Vous devez prescrire un médicament à une mère qui allaite mais le Vidal® déconseille la prescription par manque de données. A qui pouvez-vous demander conseil ? (Vous avez essayé de joindre le Dr FMC, mais il est en vacances.)

_____

Annexe n°4

Extraits du Code du Travail français

Article L 224-2. Pendant une année à compter du jour de la naissance, les mères allaitant leurs enfants disposent à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail.

Article R 224-1. La durée d'une heure dont disposent les mères pour l'allaitement de leurs enfants est répartie en deux périodes de trente minutes, l'une pendant le travail du matin, l'autre pendant l'après-midi. Le moment où le travail est arrêté pour l'allaitement est déterminé par accord entre les intéressées et leurs employeurs. A défaut d'accord, il est placé au milieu de chaque demi-journée de travail.

Article L 224-3. La mère peut toujours allaiter son enfant dans l'établissement. Les conditions auxquelles doit satisfaire le local où la mère sera admise à allaiter son enfant sont déterminées suivant la nature et l'importance des établissements, par règlement d'administration publique.

Article R 224-2. Le local prévu par l'article ci-dessus doit satisfaire aux conditions suivantes :
a) être séparé de tout local de travail
b) être pourvu d'eau en quantité suffisante, ou se trouver à proximité d'un lavabo
c) être pourvu de siège convenable pour l'allaitement

Article R 224-3. Les enfants ne peuvent séjourner dans le local prévu à l'article précédent que pendant le temps nécessaire à l'allaitement.

Annexe n°5
Médicaments et allaitement

	Utilisation possible	Utilisation contre-indiquée
Antibiotiques	• Toutes les bétalactamines • Aminosides: avec surveillance taux sérique et fonction rénale chez la mère et l'enfant • Erythromycine: moins de 7 jours (CI si ictère néonatal et pendant 1°semaine de vie) • Négram • En monodose : Peflacine monodose et Monoflocet • Nitrofurantoïne sauf déficit en G6PD et 1° mois de vie • Isoniazide : prise unique, 3H avant une tétée+ surveillance BH+ supplément en vitamine B6 • Rifampicine : surveillance taux sériques maternels +BH (mère et enfant) • streptomycine (surveillance BH) • cotrimoxazole (sauf si enfant à risque) • Tétracyclines : 1 semaine maximum	• Phénicolés • lincosamides • Azithromycine • Quinolones 1°et 2°G • Ethambutol • Pyrazinamide • Sulfamides
Antiviraux	• Aciclovir per os et topique, valaciclovir	• Amantadine, ganciclovir
Antimycosiques et antiparasitaires	• Amphotéricine B orale et locale, Nystatine, Kétoconazole topique, miconazole topique • Flubendazole (Fluvermal) mais suspension allaitement 48H • Praziquantel : arrêt de 24H • Métronidazole en dose unique : suspension allaitement 12 à 24H • Chloroquine et quinine (mais pas de protection contre le paludisme), Proguanil (Savarine)	• Amphotéricine B injectable • Griséofulvine • Halofantrine • Méfloquine • Métronidazole en prise répétées
Vaccins	Polio : forme injectable uniquement (vaccin tué)/ Rubéole si pas de pathologie chez l'enfant/ Hépatite B/ Hépatite A/ Tétanos/ Haemophilus/ pneumocoque/ grippe si indispensable BCG : réponse meilleure chez les enfants allaités IDR à la tuberculine Gammaglobulines contre le tétanos, rage, VHA, VHB, CMV, anti-D	• Rougeole • Varicelle • Fièvre jaune • Sérums : antibotulique, antivenimeux
Antalgiques	• Paracétamol • Aspirine à petites doses (<1g) et sur courte période (sauf 1°semaine de vie) • Flurbiprofène/ ibuprofène/ ac.méfénamique/ diclofénac/ piroxicam en ttt court • En **dose unique** : codéine (< 60mg), dextropropoxyphène, néfopam, nalbuphine, morphine (petite dose), hydrate de chloral • Anesthésie locale (xylocaïne) : attendre 4 H avant d'allaiter	• Antalgiques de 2° et 3° paliers de façon chronique • buprénorphine (Temgésic*) • dérivés ergot de seigle • colchicine, indométacine, phénylbutazone, salazopyrine

Corticoïdes	• Possible jusqu'à 40mg/j (2 prises) : Prednisone, prednisolone, méthylprednisone	
Anticoagulants	• Warfarine (Coumadine*) et acénocoumarol (Sintrom*) : supplémentation du bébé en vitamine K1 de 1 à 2 mg par jour • Héparine « classique »	• Préviscan*, Pindione*
Antidépresseurs et médicaments du système nerveux central	• Sertraline (Zoloft) • Paroxétine (Deroxat) • Benzodiazépines : prise unique occasionnelle à petite dose possible (prendre demi-vie courte et forte liaison aux protéines)	• Benzodiazépines en chronique • Fluoxétine • Lithium • Halopéridol en chronique • Méprobamate, buspirone • Zopiclone en chronique • Agonistes dopaminergiques et anticholinergiques
Antidiabétiques	insuline	Sulfamides hypoglycémiants
Anti-asthmatique	• Terbutaline aérosol, corticoïdes inhalés • Théophylline possible sous certaines conditions	• Salbutamol et fénotérol, ipratropium en chronique
Antihypertenseurs et médicaments cardiologiques	• Digoxine, nifédipine, vérapamil, propanolol, timolol, oxprénolol labétalol, clonidine (si déjà ttt pendant la grossesse) captopril, énalapril, hydrochlorothiazide • spironolactone mais nécéssite une surveillance étroite clinique et taux sériques • Diosmine, troxérutine, rutosides	• Acébutolol, bétaxolol, métoprolol, sotalol, aténolol • IEC • Digitoxine, Amiodarone • Antiarythmiques, • Diurétiques de l'anse (baisse de la lactation)
Autres	• Antidiarrhéique type charbon et pectines ; Ultralevure, Lactéol, Lopéramide : 1ou 2 doses • Laxatifs type mucilage et son, paraffine en courte durée, lactulose • Anti-acides à base de sels de Ca et Mg • Spasmolytiques en dose unique • Métoclopramide et dompéridone occasionnellement • Sulfate de Na et Mg • Sels de K (si kaliémie maternelle reste normale) • Méthotrexate à faible dose dans le cadre de rhumatisme chronique : surveillance NF+ supplémentation en ac.folique • Antithyroidien : propylthiouracile (PTU)	• Chimiothérapie anticancéreuse, tamoxifène, immunosuppresseurs • Alcool, méthadone (si instauration), amphétamines • atropine, éphédrine, sels d'or • Sels de bismuth et bromure • Iode et iodures • cyprotérone, androgènes et stéroïdes, estroprogestatifs • cimétidine misoprostol, IPP • Fibrates • Biphosphonates • carbimazole (Néomercazole*)

Annexe n°6

Les objectifs du Programme National Nutrition Santé (PNNS) sont décrits dans le Livret d'accompagnement du *Guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents* destiné aux professionnels de santé.

LES OBJECTIFS NUTRITIONNELS PRIORITAIRES DU PNNS

OBJECTIFS PORTANT SUR LA CONSOMMATION ALIMENTAIRE

- Augmenter la consommation de fruits et légumes afin de réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25 %.
- Augmenter la consommation de calcium afin de réduire de 25 % la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des apports nutritionnels conseillés, tout en réduisant de 25 % la prévalence des déficiences en vitamine D.
- Réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35 % des apports énergétiques journaliers, avec une réduction d'un quart de la consommation d'acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35 % des apports totaux de graisses).
- Augmenter la consommation de glucides afin qu'ils contribuent à plus de 50 % des apports énergétiques journaliers, en favorisant la consommation des aliments sources d'amidon, en réduisant de 25 % la consommation actuelle de glucides simples et en augmentant de 50 % la consommation de fibres.
- Réduire la consommation d'alcool qui ne devrait pas dépasser 20 g d'alcool par jour chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet objectif vise la population générale et se situe dans le contexte nutritionnel (contribution excessive à l'apport énergétique) ; il n'est pas orienté sur la population des sujets présentant un problème d'alcoolisme chronique, redevable d'une prise en charge spécifique.

OBJECTIFS PORTANT SUR DES MARQUEURS DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL

- Réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne dans la population des adultes.
- Réduire de 10 mm de mercure la pression artérielle systolique chez les adultes.
- Réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m²) chez les adultes et interrompre l'augmentation, particulièrement élevée au cours des dernières années, de la prévalence de l'obésité chez les enfants.

OBJECTIF PORTANT SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

- Augmenter l'activité physique dans les activités de la vie quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des sujets faisant, par jour, l'équivalent d'au moins une demi-heure de marche rapide chaque jour (monter les escaliers, faire ses courses à pied, etc.). La sédentarité, facteur de risque de maladies chroniques, doit être combattue chez l'enfant.

LES OBJECTIFS NUTRITIONNELS SPÉCIFIQUES DU PNNS

1/ Réduire la carence en fer pendant la grossesse.

2/ Améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer, notamment en cas de désir de grossesse.

3/ Promouvoir l'allaitement maternel.

4/ Améliorer le statut en fer, en calcium et en vitamine D des enfants et des adolescents.

5/ Améliorer le statut en calcium et en vitamine D des personnes âgées.

6/ Prévenir, dépister et limiter la dénutrition des personnes âgées.

7/ Réduire la fréquence des déficiences vitaminiques et minérales et de la dénutrition parmi les populations en situation de précarité.

8/ Protéger les sujets suivant des régimes restrictifs contre les déficiences vitaminiques et minérales ; prendre en charge les problèmes nutritionnels des sujets présentant des troubles du comportement alimentaire.

9/ Prendre en compte les problèmes d'allergies alimentaires.

Promouvoir l'allaitement maternel

Le lait maternel devrait être le premier aliment (et le seul pendant six mois, quand c'est possible) de l'enfant. De nombreuses études épidémiologiques ont mis en évidence les bénéfices de l'allaitement maternel dans les pays en développement. Dans les pays développés, certains de ces bénéfices ont également été avérés, dont la prévention de certaines infections. Quelques auteurs évoquent par ailleurs d'autres bénéfices, tels que la prévention de l'obésité, de l'allergie, du diabète insulinodépendant, etc. Des études manquent encore pour confirmer ces résultats, mais ils constituent des faisceaux d'arguments pour promouvoir l'allaitement maternel qui reste insuffisamment pratiqué en France au regard de ses bénéfices pour la santé, mais également de ses avantages économiques et pratiques. Chaque professionnel de santé a donc un important rôle à jouer dans la promotion de l'allaitement maternel.

Annexe n°7

Les 10 conditions pour devenir « Hôpital ami des bébés »

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit.

2. Donner à tous les membres du personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique.

3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel.

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 h 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.

Annexe n°8 :

Le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel

(Texte extrait du site Information Pour l'Allaitement (IPA) : http://perso.wanadoo.fr/ipa)

Élaboration du Code

L'utilisation incorrecte et abusive des substituts au lait maternel depuis le début du siècle a conduit de nombreuses organisations intergouvernementales et non gouvernementales à réagir.
En octobre 1979, l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) et l'UNICEF, deux organismes des Nations Unies, organisent une réunion internationale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. […] Une des recommandations de cette réunion sera l'élaboration d'un code pour encadrer les pratiques commerciales concernant l'alimentation infantile.
Ce Code est proposé dans sa version finale à l'Assemblée Mondiale de la Santé de l'OMS en mai 1981, et sera approuvé par une écrasante majorité de 118 voix contre une (le vote négatif émanant des Etats-Unis).

Objectifs du Code

Le but du Code est d'encourager et de protéger l'allaitement au sein, en encadrant les pratiques de commercialisation des produits pour l'alimentation infantile.
Ce Code est une recommandation faite aux gouvernements, invités à l'appliquer par des mesures législatives ou réglementaires propres à leur situation nationale. […]

Quels produits sont concernés ?

Le Code s'applique à tous les aliments présentés comme pouvant remplacer totalement ou partiellement le lait maternel. […]
Sont concernés par le Code: les préparations pour nourrissons (0 à 4 mois), les laits "2ème âge" ou "de suite" (5 mois-1 an) et les laits "de croissance". Mais également les jus de fruit, tisanes, et autres aliments, surtout quand leur mode d'administration est le biberon.
Le Code s'applique aussi aux tétines et biberons.

Qui est concerné ?

En premier lieu, les gouvernements et les fabricants. Indépendamment de toutes mesures législatives, les fabricants et distributeurs doivent faire en sorte que leur conduite soit conforme aux dispositions du Code. Cependant, ce dernier n'est pas un texte législatif contraignant (il n'existe pas de sanction en cas d'infraction). Les agents de santé, cibles fréquentes et privilégiées des pratiques commerciales des fabricants, doivent connaître le Code. Certains articles du Code les concernent tout particulièrement.

Résumé du Code

1. Interdiction de la promotion au grand public.

2. Interdiction de donner des échantillons gratuits aux familles ou aux mères.

3. Interdiction de toute promotion de produits dans le système de soins de santé, incluant la distribution d'aliment gratuit ou à bas prix.

4. Interdiction d'utiliser du personnel payé par les fabricants pour contacter ou donner des conseils aux mères.

5. Pas de cadeaux personnels ou d'échantillons gratuits aux agents de santé. Si les agents de santé reçoivent de tels produits, ils ne doivent pas les donner aux mères.

6. Pas d'image de nourrissons ni d'autres représentations graphiques de nature à idéaliser l'utilisation des préparations pour nourrissons sur l'étiquette des produits.

7. Les informations fournies par les fabricants et les distributeurs aux professionnels de la santé doivent être scientifique et se borner aux faits.

8. Chaque emballage ou étiquette doit clairement mentionner la supériorité de l'allaitement au sein et comporter une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.

9. Pas de promotion du lait condensé sucré, ou d'autres produits inappropriés comme aliments pour nourrissons.

10. Fabricants et distributeurs doivent suivre les dispositions du Code, même si les pays n'ont pas adopté de mesures législatives adéquates.

Réactualisation du Code

Tous les deux ans, l'Assemblé Mondiale pour la Santé (AMS), fait un bilan de la situation internationale alimentaire infantile et renforce l'action du Code par des **résolutions** que gouvernements, fabricants et agents de santé doivent connaître et suivre. […]

Situation mondiale actuelle

Une échelle comprenant 9 degrés permet d'évaluer, 17 ans après l'adoption du Code, les situations juridiques nationales et de mesurer leurs évolutions. Noté de 1 (Code transposé totalement ou quasi-totalement dans la législation nationale) à 8 (pas d'actions entreprises), la note 9 étant réservée pour l'absence d'information. Actuellement, 20 pays ont transposé la quasi-totalité du Code dans leur législation nationale, comme le Brésil, la Côte d'Ivoire, le Panama, la Tanzanie. L'Union Européenne se place tout juste derrière, avec une note de 2, parmi 27 autres nations. Enfin 21 pays ont adopté le Code en totalité comme une mesure volontaire ou comme une politique nationale (avec la note de 3). Les USA font figure de mauvais élève, avec une note de 8 (aucune action en cours).
Cette évaluation ne tient pas compte des éventuelles infractions commises dans ces pays.
Aucune industrie concernée ne respecte le Code dans sa totalité.

En France ?

Une directive européenne en 1991 reprend partiellement quelques articles du Code. Un arrêté français du 11 Janvier 1991 (modifiant l'arrêté du 1er Juillet 1976), mentionne entre autre que :

- "l'emploi des termes "humanisé", "maternisé" ou de termes similaires est interdit";
- "l'étiquetage des préparations pour nourrissons ne peut comporter aucune représentation de nourrisson ni d'autres représentations ou textes de nature à idéaliser l'utilisation du produit"
- "une mention relative à la supériorité de l'allaitement au sein" doit figurer sur l'étiquette, "précédée des termes "Avis important"
- "la publicité ... ne doit contenir que des informations de nature scientifique et factuelle".

Le 4 Juin 1994, parution, en France, au Journal Officiel, de la loi n° 94-442, d'après la directive communautaire du 14 mai 1991. Elle interdit la publicité pour le lait 1er âge auprès du grand public et le don d'échantillons gratuits à la maternité. Un décret d'application est publié le 8 août 1998 pour préciser les cas où il est possible de donner des préparations pour nourrissons gratuitement.