



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude BERNARD LYON I
UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux
SITE DE FORMATION MAÏEUTIQUE DE BOURG EN BRESSE

***Prise en charge des complications
maternelles de l'allaitement par les
médecins généralistes***

***Mémoire présenté et soutenu par
Barbara CARILLO
Née le 31 Mai 1991
En vue de l'obtention du diplôme d'état de Sage-Femme
Promotion 2010-2015***

***Prise en charge des complications
maternelles de l'allaitement par les
médecins généralistes***

Remerciements

Je remercie ma directrice de mémoire, le Docteur Marion Drevet Garoux d'avoir accepté de diriger ce mémoire. Même à distance, tes corrections et tes conseils m'ont beaucoup aidé.

Merci à ma formatrice, Madame Myriam Michel d'avoir guidé ce travail. Vos conseils, vos multiples relectures, votre disponibilité et votre expérience m'ont été d'une grande aide. Merci beaucoup.

Merci à ma famille, tout particulièrement mes parents et frères et sœur de m'avoir soutenue dans mes études.

Merci à ma belle mère de m'avoir aidée, surtout pour la formulation ! Merci pour votre disponibilité, votre patience et vos nombreuses relectures.

Merci à Arnaud pour ta patience et ton soutien durant toutes ces années. Merci également pour ta contribution dans ce travail.

Je remercie tous les médecins généralistes ayant participé à mon enquête.

Et enfin, merci à tous ceux qui ont contribué de loin ou de prêt à la réussite et la finalité de mes études.

Sommaire

Liste des abréviations.....	5
Introduction	6
Première partie	7
I Taux allaitement maternel	7
II Les bénéfices de l’allaitement maternel.....	8
II.1 Les bénéfices pour la mère	8
II.1.A A court terme	8
II.1.B A long terme.....	9
II.2 Les bénéfices pour le bébé.....	9
II.2.A Dans le domaine de la prévention.....	9
II.2.B Dans le domaine de la protection	11
II.2.C Autres bénéfices.....	12
III Les complications maternelles de l’allaitement	13
III.1 La candidose	13
III.2 La crevasse	14
III.3 L’engorgement.....	14
III.4 La mastite	14
III.5 L’abcès du sein	15
IV Formation des médecins généralistes et formations existantes sur l'allaitement maternel	15
IV.1 La formation initiale des médecins généralistes	15
IV.2 Les formations existantes sur l’allaitement maternel	16
Deuxième partie.....	18
I Problématique.....	18
II Objectifs et hypothèses de l’étude.....	18
III Contexte de l’étude	20

III.1	Type d'étude	20
III.2	L'outil d'enquête.....	20
III.3	La population	21
IV	Les résultats	22
IV.1	Caractéristiques de la population et de l'échantillon.....	22
IV.1.A	Taux de participation de la population à l'enquête.....	22
IV.1.B	Répartition de l'échantillon par sexe du praticien.....	22
IV.1.C	Répartition des médecins parents avec ou sans enfants allaités ou non	23
IV.1.D	Ressentis de l'échantillon en matière d'allaitement	24
IV.1.E	Age de l'échantillon.....	26
IV.1.F	Temps de pratique en cabinet libéral.....	27
IV.1.G	Répartition en fonction du secteur d'exercice et de la fréquence de consultation des patientes en matière d'allaitement	27
IV.1.H	La formation des médecins généralistes	29
IV.1.I	Recours des médecins pour répondre aux besoins de leur patiente.....	30
IV.1.J	Les réseaux de périnatalité.....	31
IV.1.K	Les groupes de pairs	31
IV.1.L	Information complémentaire et correction des cas cliniques	31
IV.2	Influence des différentes caractéristiques de l'échantillon sur la PEC	32
IV.2.A	Influence du sexe du praticien	32
IV.2.B	Influence d'avoir des enfants ayant été allaité.....	33
IV.2.C	Influence des ressentis en matière d'allaitement	33
IV.2.D	Influence de l'âge du praticien	34
IV.3	Réussite aux questions des cas cliniques	35
IV.3.A	Réussite globale au questionnaire.....	35
IV.3.B	Question 10: Une deuxième montée de lait.....	36
IV.3.C	Question 11 : La candidose	36

IV.3.D	Question 12 : Les crevasses et question 14 : l'engorgement simple	37
IV.3.E	Question 15 : La mastite.....	38
IV.3.F	Question 16 : La gastroentérite	39
IV.3.G	Question 17 : La reprise du travail.....	40
IV.3.H	Question 18 : Le sevrage	40
IV.3.I	Question 19 : Les pathologies contre-indiquant l'allaitement.....	42
IV.3.J	Question 20 : Les médicaments contre-indiqués pendant l'allaitement	43
IV.4	Hypothèses et points non abordés dans les résultats précédents	44
IV.4.A	Question 13 : vous arrive-t-il d'observer une tétée ?.....	44
IV.4.B	L'arrêt de l'allaitement	44
IV.4.C	Infections et ATB	45
IV.5	Premier bilan de l'enquête	45
Troisième partie		47
I	Les points forts de l'enquête	47
I.1	Validité du questionnaire.....	47
I.2	Mode de recueil des données.....	47
II	Les biais et limites	48
II.1	Les biais de sélection	48
II.2	Le biais de mémoire.....	48
II.3	Le biais de valorisation.....	48
II.4	Limite liée au recrutement.....	49
II.5	Limites liées au mode de recueil des données	49
II.6	Limites liées à la pertinence des questions	49
III	Discussion.....	49
III.1	Paradoxe entre formation initiale et connaissances des MG sur le sujet de l'AM	49
III.1.A	Paradoxe entre connaissances théoriques et pratique médicale	50
III.2	La PEC des femmes allaitantes par les MG.....	53

III.2.A	PEC des complications maternelles de l'allaitement	54
III.2.B	Propositions pour améliorer la PEC des patientes allaitantes par les MG	58
III.3	La reprise du travail et l'AM	62
III.4	La féminisation de la profession et l'influence de l'âge des MG	63
	Conclusion.....	65
	Références Bibliographiques.....	66
	Bibliographie	70
	Annexe I	I

Liste des abréviations

AIS : Anti-inflammatoires Stéroïdien
AINS : Anti-inflammatoires Non Stéroïdien
AM : Allaitement Maternel
ATB : Antibiotique
ATCD : Antécédent
CAT : Conduite à tenir
CNA : Comité National de l'Allaitement
CoFAM : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel
CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes
DDL : Degré de liberté
DES : Diplôme d'Etudes Spéciales
DPC : Développement Professionnel Continu
DU : Diplôme Interuniversitaire
FMC : Formation Médicale Continue
IBCLC : International Board Certified Lactation Consultants
IBLCE: International Board of Lactation Consultant Examiners
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
LLL France: La Leche League France
MG : Médecin Généraliste
PEC : Prise en charge
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORL : Oto-rhino-laryngée
QCM : Question à choix multiples
QI : Quotient Intellectuel
SMAM : Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel
SF : Sage-Femme
TL : Tire-lait

Introduction

L'allaitement maternel (AM) désigne le fait de donner du lait produit par la mère à un nourrisson ou à un enfant. Par conséquent, l'allaitement est un acte naturel. Cependant, cette fonction naturelle a été bousculée par l'avènement de l'ère industrielle, l'accroissement du travail des femmes, puis par différents mouvements féministes revendiquant, dans les années 1960, la liberté du corps. Depuis plusieurs siècles, nous sommes donc, en France, dans une culture de séparation et de non allaitement. Même si l'AM ne fait qu'augmenter depuis les années 1970, c'est probablement suite à cet historique désavantageux que le taux d'AM français reste l'un des plus faibles en Europe (1). Allaiter, en France, n'est pas aussi naturel et répandu que dans d'autres pays d'Europe.

A contrario, depuis les années 1990, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande une durée d'AM exclusif de 6 mois et de nombreux bénéfices de ce mode d'alimentation sont reconnus autant pour l'enfant que pour la mère (2).

Actuellement, nombre de nouveau-nés sont suivis par des médecins généralistes (MG). Les MG sont donc les professionnels de santé que les mères sont susceptibles de rencontrer le plus souvent durant leur allaitement. Même si allaiter est quelque chose de physiologique et ne nécessitant pas obligatoirement une prise en charge (PEC) médicale, il peut être utile de consulter pour une ou des complications liées à l'allaitement. De plus, le MG reste le praticien de premier recours, il est alors consulté en première intention avant d'aller voir un spécialiste.

Devant ce constat, il nous a semblé important d'étudier la PEC des complications maternelles de l'allaitement par les MG. Nous chercherons donc à savoir si les MG sont sollicités par les femmes pour des complications de leur AM, et si la formation médicale permet de répondre à ces motifs de consultation. L'objectif principal de l'étude est donc d'évaluer la façon dont les MG abordent la PEC des patientes allaitantes.

Après un rappel de données générales sur l'AM et ses complications, nous évoquerons la formation des MG dans ce domaine. C'est donc sur les connaissances des médecins concernant les complications de l'AM que portera notre étude. Ses résultats seront présentés en deuxième partie, puis discutés en troisième partie.

Première partie

I Taux allaitement maternel

Même si le taux d'allaitement est en augmentation en France au cours des 15 dernières années, la prévalence et la durée de l'AM sont parmi les plus faibles des pays d'Europe (1)(2). Le taux d'allaitement exclusif au sein, en sortie de maternité, est passé de 40,5 % en 1995 à 45 % en 1998, 56,3 % en 2003 et 60,2 % en 2010 (3). La durée moyenne de l'allaitement est restée stable à 8 ou 10 semaines selon les études (1)(4)(5). Or 75% des femmes françaises déclarent vouloir allaiter leur enfant pendant au minimum quelques semaines (5). Parmi les femmes qui allaitent, seulement 25 % continuent encore à trois mois ou plus (1). Le taux chute donc à 5% 4 mois après la naissance (4)(5).

De plus, il existe de fortes disparités régionales : le taux d'allaitement au sein en 2010 va de 58,7% dans le Nord Pas de Calais à 80,4% dans la petite couronne de la région parisienne. En région centre est : Auvergne et Rhône Alpes, le taux est de 74,5% (3).

Alors que le taux d'allaitement est de 95% en Finlande et Norvège, à plus de 90% en Suède et Danemark, 85% en Allemagne, 75% en Italie et 70% au Royaume Uni. En Suède, par exemple, ce taux se maintient à plus de 65% aux 6 mois du bébé (1)(5).

Une des raisons pour laquelle le taux d'AM chute rapidement en France est la reprise de l'activité professionnelle de la femme. Par conséquent, un sevrage a souvent lieu à ce moment là. C'est-à-dire 10 semaines minimum après l'accouchement pour le premier ou deuxième enfant et 18 semaines minimum après l'accouchement à partir du troisième enfant (6). Il est difficile de comparer cela avec les autres pays européens car les droits aux congés parentaux sont complètement différents d'un pays à un autre ainsi que l'accès à l'allaitement sur le lieu de travail.

Par exemple, en Allemagne, la plupart des entreprises possèdent une crèche au sein de leur établissement et/ou une pièce dédiée à l'allaitement ce qui n'est pas le cas en France. En Suède, le congé parental est mieux rémunéré, plus flexible et facile d'accès et fait partie intégrante de la politique familiale financière suédoise (7). Il est donc plus facile dans ces pays de poursuivre son allaitement que la femme travaille ou non.

Ce qui peut être paradoxale est que le taux d'allaitement français reste l'un des plus faibles des pays d'Europe comme vu précédemment alors que l'AM est considéré comme bénéfique

en terme de sécurité et de confort du post-partum pour la mère et en terme de prévention pour l'enfant.

II Les bénéfices de l'allaitement maternel

Les bénéfices de l'allaitement maternel sont multiples. L'AM est économique et plus hygiénique. Le lait est toujours disponible à la bonne température. La composition nutritive de celui-ci est idéale, elle s'adapte à l'évolution de l'enfant (8)(9)(10)(11). Il suffit à lui seul à nourrir l'enfant jusqu'à ses 6 mois (9)(12). L'AM a des effets bénéfiques à la fois sur la santé de la mère à court et à long terme et sur celle de son enfant. Certains effets bénéfiques sont dose dépendant c'est-à-dire que l'effet protecteur de l'AM dépend de sa durée mais aussi de son exclusivité. C'est pour cela qu'il est important d'aider les mères dès le début de leur allaitement, ainsi que de tout mettre en œuvre pour en augmenter sa durée et son exclusivité (9)(13)(14).

II.1 Les bénéfices pour la mère

II.1.A A court terme

L'allaitement maternel diminue les risques hémorragiques et infectieux du post-partum grâce à une involution plus rapide de l'utérus. Cette involution est favorisée par une meilleure contractilité de celui-ci grâce à la sécrétion d'ocytocine lors de la succion du bébé (11)(15)(16).

L'AM entraîne une aménorrhée qui réduit les pertes sanguines et donc le risque d'anémie ferriprive (16).

Durant les 6 premiers mois du post-partum, la perte de poids est facilitée par la mobilisation des réserves en graisse grâce à l'AM (11)(14)(16).

Il favorise la mise en place d'un profil hormonal propice au repos et au sommeil plus réparateur. Les mères qui allaitent se rendorment plus vite grâce à l'effet soporifique de la prolactine et grâce au fait qu'elles peuvent allaiter couchées sans avoir à aller préparer un biberon. De plus, la prolactine aurait un effet sur la qualité « réparatrice » du sommeil (16)(17)(18).

L'AM permet une contraception simple, naturelle et efficace. Cette contraception s'appelle la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée et le risque de grossesse à 6 mois

est estimé inférieur à 2%. Son efficacité est donc comparable aux meilleures méthodes de contraception si les conditions suivantes sont respectées : persistance de l'aménorrhée, enfant de moins de 6 mois et AM exclusif avec au moins 6 tétées par jour espacées de moins de 6h, de jour comme de nuit (8)(16).

II.1.B A long terme

L'AM a un effet protecteur contre le cancer du sein avant la ménopause, le cancer de l'ovaire et le cancer endométrial (9)(11)(13)(14)(16)(19). Un AM d'au moins 3 mois réduirait le risque de cancer du sein pré ménopausique de 50% (2)(20) et un allaitement d'au moins deux mois diminuerait de 25% le risque pour la mère d'avoir un cancer de l'ovaire (19).

Une diminution de l'incidence de l'ostéoporose, de la polyarthrite rhumatoïde, des pathologies métaboliques et cardio-vasculaire (hypertension, diabète de type 2 et hypercholestérolémie) est observée chez les femmes ayant allaitées leur enfant (9)(11)(13)(14).

Enfin, il renforce le lien mère enfant et favorise une diminution de l'incidence des dépressions du post-partum (14)(16) probablement grâce à l'action de l'ocytocine aussi appelée hormone du plaisir (13)(18).

Ces effets à long terme sont d'autant plus bénéfiques si la lactation a été longue (9)(13).

II.2 Les bénéfices pour le bébé

Les bénéfices pour le bébé se mesurent sur le champ de la prévention, de la protection, du développement de l'enfant et sont accrus dans le domaine de la prématurité.

II.2.A Dans le domaine de la prévention

La prévention des infections

Le principal bénéfice santé de l'allaitement repose sur la prévention des infections (9)(11)(14)(16).

Le lait maternel apporte à l'enfant les anticorps et défenses immunitaires nécessaires pour se défendre contre les différents germes et agents pathogènes qu'il rencontre. Cette protection est très favorable pour le bébé puisque son système immunitaire est encore en cours de développement. Le colostrum contenant des immunoglobulines, il est conseillé de démarrer l'AM dès les premières heures de vie comme système relai ou au plus tard dès les 3 premiers jours (15).

Dans les pays sous développés, l'allaitement maternel diminue considérablement la mortalité infantile. Selon l'OMS, un allaitement mené de manière optimale (allaitement exclusif les premiers mois suivi d'une diversification adapté à l'âge de l'enfant) éviterait plus d'un million de décès chaque année (13)(14). D'après des études de bon niveau de preuve, il y aurait 6 fois moins de décès par diarrhée, 4 fois moins de décès par maladies infectieuses et 2 fois moins de décès par infections respiratoires dans les pays pauvres (4).

Dans les pays industrialisés, l'allaitement au sein est associé à moins de risque de diarrhées aiguës, d'otites aiguës et d'infections respiratoires et oto-rhino-laryngées (ORL) sévères souvent génératrices d'hospitalisations (13)(14)(4). De plus, le lait maternel se digérant très facilement participe aussi à la diminution de l'incidence des pathologies gastro-intestinales de type diarrhée, constipation (21).

La prévention des allergies

Il n'est pas démontré que l'AM ait un effet protecteur absolu dans les manifestations allergiques chez les enfants à risque. Toutefois, pour cette population, la triple association d'un AM exclusif sur une durée d'au moins 4 mois, d'une diversification alimentaire tardive et d'un régime maternel limitant l'exposition aux protéines allergisantes permet de réduire significativement la survenue d'allergie comme l'intolérance aux protéines de lait de vache, l'asthme et l'eczéma pendant les 2 à 3 premières années de vie (14)(19).

L'AM, pendant au moins un mois, diminue significativement la prévalence des allergies alimentaires à 3 ans et celles des allergies respiratoires à 17 ans (19).

La protection de l'allaitement vis-à-vis des manifestations atopiques se jouerait à plusieurs niveaux : meilleur développement de l'immunité de l'enfant allaité, diminution de l'exposition aux antigènes alimentaires et meilleure flore digestive (19).

La prévention du surpoids et de l'obésité

L'AM est également associé à une diminution de la prévalence du surpoids et de l'obésité avec une baisse du risque de 20 à 25% chez l'enfant et l'adolescent d'après une première étude en 1999 et plusieurs résultats réaffirmés dans d'autres études par la suite (14).

Pour ce bénéfice, il existe plusieurs raisons explicatives :

- Une meilleure régulation des rations de lait par le bébé en fonction de ses besoins (5)(8)(14).

- Une croissance staturo-pondérale plus lente chez l'enfant allaité (5)(14)(16).
- La variation de la composition, du goût et de l'odeur du lait maternel pouvant influencer le comportement alimentaire et faciliter la diversification alimentaire en faveur des légumes verts et des fruits.
- La teneur moins riche en protéines que les préparations de lait artificiel.
- Le rôle des composants bioactifs du lait maternel : ocytocine, leptine, insuline, facteur de croissance et acide arachidonique intervenant dans la multiplication et la différenciation des adipocytes reste encore à prouver (5)(14).

II.2.B Dans le domaine de la protection

Protection contre les facteurs de risque cardiovasculaire

A l'âge adulte, les enfants allaités ont une pression artérielle et une cholestérolémie plus basse que les enfants non allaités.

Cette diminution est de 1.4mmHg pour la pression artérielle systolique et autour de 0.5mmHg pour la pression artérielle diastolique. La composition riche en acides gras polyinsaturés du lait maternel peut expliquer cette réduction puisque ces derniers ont un effet sur la structure de l'endothélium vasculaire. La teneur plus faible en sodium du lait maternel peut aussi expliquer ce phénomène (14) (16).

Quant à la cholestérolémie, celle-ci est plus élevée chez l'enfant allaité que chez l'enfant non allaité avec une différence de 0.64mmol/L chez le nourrisson alors qu'à l'âge adulte la cholestérolémie est plus faible chez les adultes ayant été allaités d'une moyenne de 0.18mmol/L (16).

Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'un apport élevé en cholestérol en début de vie permettrait une régulation plus tard à l'âge adulte.

Toutefois, même si l'allaitement a des effets sur l'obésité, la pression artérielle et la cholestérolémie, il n'a pas été démontré de réduction de morbidité ou mortalité cardiovasculaire dû à l'allaitement à l'âge adulte (14).

Protection vis-à-vis de la survenue du diabète

Les enfants allaités au moins deux mois ont deux fois moins de risque de devenir diabétiques que les enfants ayant reçu du lait artificiel avant l'âge de deux mois. Plus l'allaitement est

long, plus la prévalence de diabète de type 1 et de type 2 est faible. Cela quelle que soit la prédisposition génétique de l'enfant (11)(19).

Protection vis-à-vis des maladies cœliaque et inflammatoire du tube digestif

Il est observé une réduction de 50% du risque de maladie cœliaque chez les enfants allaités lors de l'introduction du gluten dans l'alimentation par rapport aux enfants non allaités au moment de cette introduction (14)(16).

Plusieurs hypothèses ont été évoquées pour expliquer cette différence (14) :

- La quantité du gluten ingérée serait inférieure chez les enfants allaités.
- Le rôle de prévention des infections gastro-intestinales de l'allaitement jouerait un rôle dans la survenue de cette maladie.
- Le lait maternel aurait un effet modulateur sur les peptides toxiques du gluten et favoriserait la tolérance de la muqueuse intestinale au gluten.

Il est à noter une diminution de 50% de l'incidence de la maladie de Crohn ou de la rectocolite hémorragique (14)(16).

Protection vis-à-vis de la mort subite du nourrisson

L'AM a un effet protecteur vis-à-vis de la mort subite du nourrisson. Cet effet est plus important si l'allaitement est exclusif (16)(22).

II.2.C Autres bénéfices

Le développement psychomoteur de l'enfant

L'existence d'un effet sur le développement cognitif est controversée. Il y aurait une augmentation de 3,2 points de quotient intellectuel (QI) chez les enfants allaités les deux premières années de vie. Cette différence persisterait dans l'enfance et l'adolescence et augmenterait avec la durée de l'allaitement. Ce bénéfice serait dû aux composants du lait féminin : acide sialique, acide gras poly insaturé à chaîne longue (14).

Un meilleur développement psychomoteur chez les enfants allaités est constaté. Ils auraient de meilleures performances globales motrices et visuelles.

Un meilleur développement sensoriel chez les enfants allaités est illustré par une meilleure acceptation des nouveaux aliments au moment de la diversification (16).

L'AM faciliterait le développement des mâchoires. Les enfants allaités auraient moins souvent recours à un traitement orthodontique. La succion au sein permettrait une meilleure occlusion dentaire qu'au biberon grâce à un meilleur développement des muscles faciaux, des mâchoires, des dents et de l'élocution (10)(20).

Conséquence positive sur la douleur

La succion, lors d'une procédure douloureuse, a un effet antalgique (10).

Bénéfices spécifiques dans le cadre de la prématurité

Le lait maternel permet une meilleure maturation de l'appareil digestif et favorise la tolérance de l'alimentation par voie orale. Il permet aussi une diminution du risque d'infections néonatales et d'entérocolite ulcéro-nécrosante (14)(16). D'ailleurs, c'est pour cela, qu'à la naissance, les grands prématurés bénéficient de lait maternel via les lactariums jusqu'à 2500g. De plus, une augmentation plus importante du QI est observée chez le prématuré allaité (5,2 points contre 3,7 points chez l'enfant né à terme) (14).

Les bénéfices de l'AM étant nombreux, il est indispensable de connaître les différentes complications maternelles de l'allaitement afin de favoriser une prise en charge efficace des femmes et de leur enfant et par conséquent une possible augmentation des durées d'allaitement.

III Les complications maternelles de l'allaitement

Ce thème étant la problématique abordée dans ce mémoire, voici la présentation des complications maternelles de l'allaitement par degré de gravité, où je fais état des signes cliniques.

III.1 La candidose

La candidose est une atteinte du mamelon par un champignon : le *Candida albicans* (23). Les signes cliniques sont une douleur intense pendant et après la tétée avec sensation de brûlure, de verre pilé ou d'aiguille dans le sein et un prurit au niveau du mamelon. Parfois associé à une rougeur, dépigmentation et desquamation de la base du mamelon. Les causes peuvent être un traitement antibiotique, un diabète ou une contamination par un érythème fessier ou une candidose buccale (le muguet) chez le bébé. Le plus souvent, la candidose est bilatérale car le bébé fait passer le champignon d'un sein à l'autre lors des tétées (24).

III.2 La crevasse

Elle se définit comme étant une lésion du mamelon. Les signes cliniques sont une douleur aiguë pendant toute la tétée et parfois des saignements accompagnateurs. Les causes sont simplement mécaniques et positionnelles : mauvaise prise du mamelon lors de la succion, trouble de la succion chez le bébé et mauvais positionnement du bébé pendant la tétée (24)(25).

III.3 L'engorgement

Il ne faut pas confondre l'engorgement avec la congestion mammaire des premiers jours plus communément appelée « montée laiteuse ». L'engorgement reste physiologique lorsqu'il se traduit par une simple tension mammaire et augmentation du volume des seins témoignant d'une augmentation très importante du débit sanguin mammaire et du volume de lait produit. Il se résout rapidement avec des tétées efficaces (9).

Enfin, l'engorgement devient pathologique quand une stase lactée est liée à une gêne à l'écoulement du lait et à la tétée. Il a lieu lorsque la production lactée est supérieure à l'évacuation du lait donc en cas de tétées insuffisantes ou inefficaces. Les signes cliniques sont une tension mammaire et une augmentation du volume des seins dû à l'œdème associé, une douleur, un fébricule (38,5°C) et des frissons. L'engorgement peut être uni ou bilatéral mais le plus souvent bilatéral. Le risque est l'évolution vers la mastite aseptique (9)(15)(23)(24)(25).

III.4 La mastite

La mastite est une inflammation localisée du sein survenant de façon brutale. Elle est possible à tout moment de l'allaitement et est généralement accompagnée d'un syndrome grippal (asthénie, courbature et fièvre supérieure à 38,5°). Les autres signes cliniques sont plus souvent unilatéraux, allant d'une trainée ou un placard rouge localisé, plus ou moins induré, chaud et très douloureux à un aspect plus sévère de cellulite avec peau d'orange. L'atteinte bilatérale est un signe de gravité. Le quadrant supéro-externe est le plus souvent touché. Les causes les plus fréquentes sont l'engorgement non traité, la crevasse non traitée et l'infection suite aux absences de traitement des causes précédentes. Le risque est l'évolution vers une infection appelée la mastite infectieuse et dont la complication la plus grave est l'abcès du sein (9)(23)(24)(25).

III.5 L'abcès du sein

L'abcès du sein est dû à un défaut de prise en charge des complications précédentes. Il s'agit d'une suppuration sous forme de coque. A la palpation est retrouvée une masse plus ou moins dure fluctuante et mobile avec une peau brillante en regard de cette masse. Le lait n'est pas contaminé car le pus est collecté et ne passe pas dans le lait (23).

Face à ces complications pouvant être à l'origine d'arrêt précoce de l'allaitement, est-ce que les femmes bénéficient d'un accompagnement personnalisé par les professionnels de santé ?

Dans le cas de mon mémoire, nous nous attacherons à la formation des médecins généralistes.

IV Formation des médecins généralistes et formations existantes sur l'allaitement maternel

IV.1 La formation initiale des médecins généralistes

La formation initiale des médecins généralistes sur l'allaitement comprend :

- Lors du 1^{er} cycle des études de médecine, l'allaitement est traité d'un point de vue anatomique, histologique, embryologique, cellulaire et biochimique selon le programme de chaque faculté de médecine.
- Durant le deuxième cycle des études médicales, pour l'Examen Classant National les complications, l'inhibition et l'arrêt de l'AM sont abordés sur le site du Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français dans l'item 24 nommé « Allaitement et complications » dans le module 2 « De la conception à la naissance ». Un très bref rappel de la physiologie, des bénéfices de l'AM ainsi que des conseils pour l'allaitement sont également cités.
- Depuis la réforme du troisième cycle des études médicales, durant l'internat de médecine générale et plus particulièrement au cours du semestre de stage chez le praticien, des journées thématiques de formation sont mise en place selon les universités. A l'université Claude Bernard Lyon 1, les résidents bénéficient de journées d'enseignement post universitaire dont une demi-journée est consacrée à

l'alimentation des nourrissons, en particulier à l'AM mais en pratique seulement une heure est consacrée à ce thème (16)(19).

Le Pr Turck stipule, en 2010, dans son « Plan d'action : Allaitement maternel » que la formation des professionnels de santé reste insuffisante en matière d'allaitement. Il énonce la proposition suivante : *«Le Comité National de l'Allaitement (CNA) aura pour charge l'élaboration d'un standard minimal de connaissances sur l'allaitement destiné aux étudiants en médecine, dont l'enseignement pourrait être organisé sous la forme d'un séminaire d'une demi-journée. Un renforcement de cet enseignement, sur un mode pratique, sera proposé au cours du Diplôme d'études spéciales (DES) de médecine générale. »* (13)

Fort de connaissances acquises en formation initiale, il est recommandé de se former tout au long de l'exercice professionnel, dans le but d'enrichir sa pratique des savoirs actualisés.

IV.2 Les formations existantes sur l'allaitement maternel

En France, il existe seulement deux formations diplômantes en matière d'allaitement reconnues par le CNA :

Le diplôme de consultante en lactation (International Board Certified Lactation Consultants : IBCLC). Pour obtenir la certification IBCLC, plusieurs pré-requis sont demandés avant de passer l'examen organisé par l'IBLCE (International Board of Lactation Consultant Examiners) : de l'expérience de pratique clinique dans le domaine de la lactation humaine et de l'allaitement (par exemple pour l'examen de 2012, 1000 heures sur les 5 ans précédents étaient demandées) et de la formation spécifique en allaitement et lactation humaine (90 à 150 heures sur les 5 ans précédents étaient demandées et recommandées afin de parcourir l'ensemble du programme) (16)(26) .

Le diplôme interuniversitaire de Lactation Humaine et Allaitement Maternel créé en 2001 est proposé par les universités de Brest, Toulouse, Lille et Grenoble. Cet enseignement repose sur 102 heures d'enseignement théorique, une épreuve écrite de connaissances et la soutenance d'un mémoire (16).

Toutefois, dans le cadre du développement des pratiques professionnelles, des formations continues sont proposées et des sources documentaires sont mises à dispositions des professionnels :

Des formations pratiques ou théoriques sont organisées par de nombreuses associations. Entre autres, des soirées de formations médicales continues (FMC) et des séminaires sont organisés par le Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants et ont été mis en place dans la région Rhône-Alpes notamment.

De nombreuses revues spécialisées en allaitement sont publiées : « Les Dossiers de l'Allaitement » « Journal of Human Lactation », « Breastfeeding review », « Breastfeeding Médecine », « International Breastfeeding journal ».

De nombreuses associations de parents et/ou de professionnels ainsi que de nombreux sites internet consacrés à l'allaitement existent. Par exemple :

- La Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM).
- La Leche League France (LLL France), Galactée et Information pour l'Allaitement dans le Rhône.
- Ref'lait dans la Loire.
- La grande tétée, la voie lactée et les marraines de lait en Isère.

Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT), site d'information en ligne destiné aux professionnels de santé, renseigne sur la compatibilité des médicaments avec l'allaitement maternel.

Le Comité Départemental de Promotion pour l'Allaitement, constitué du Conseil général du Rhône, des associations Galactée et Information pour l'Allaitement, des maternités et de professionnels de santé a été accueilli dans le département du Rhône en 1996. Grâce à ce comité, une brochure « Le choix d'allaiter » a pu être réalisée puis diffusée par le Comité Français d'Education de la Santé en France entière.

Le Centre de Ressource Documentaire sur l'Allaitement Maternel a été créé à Lyon dans le cadre du Plan National Nutrition Santé en 2002 et propose une large documentation scientifique, ainsi qu'une « veille documentaire » sur ce sujet.

Après avoir démontré le caractère bénéfique de l'AM, nous devons mener une enquête interrogeant la qualité de la formation initiale et continue des MG.

Deuxième partie

I Problématique

D'après une étude de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en 2002, parmi les enfants de moins de 3 ans, 5 % ont vu seulement un pédiatre, 40 % ont vu seulement un généraliste et 55 % ont été suivis conjointement par un généraliste et un pédiatre (27).

Beaucoup de nouveau-nés étant suivis par des MG, ce sont les professionnels de santé que les femmes voient le plus souvent pendant la première année de vie de leur enfant. Ce sont donc également ceux à qui elles sont susceptibles de demander des conseils en allaitement à la fois d'un point de vue physiologique (conseils pour un bon déroulement de l'AM), et pathologique (lors de la présence de complications).

- Les femmes allaitantes consultent-elles leur médecin généraliste pour des complications maternelles de l'allaitement les concernant exclusivement et non leur nourrisson ?
- La formation des médecins généralistes est-elle suffisante pour répondre aux besoins des femmes ?
- A quel niveau et à quel rythme les médecins généralistes peuvent-ils aider les femmes sur des questions d'allaitement ?

II Objectifs et hypothèses de l'étude

Le premier objectif a pour but d'évaluer la façon dont les MG abordent la prise en charge des femmes allaitantes. De cet objectif, découle plusieurs hypothèses :

- Les femmes médecins se sentent plus concernées par le sujet de l'allaitement.
- Les femmes médecins sont plus compétentes en matière d'allaitement.
- Le fait d'avoir des enfants qui ont été allaités aide pour prendre en charge l'allaitement.
- Si l'expérience en allaitement a été négative, cela peut entraîner une PEC inadéquate de l'allaitement.
- Les médecins diplômés depuis plus de 15 ans savent moins bien prendre en charge les complications de l'allaitement.

- Le fait d'habiter dans un endroit riche en professionnels de santé spécialisés fait moins consulter les femmes chez leur MG pour des questions d'allaitement.
- Les femmes allaitantes consultent peu leur MG pour des complications d'allaitement.
- Les MG estiment ne pas être assez formés sur le sujet.
- La plupart des médecins gèrent eux même la situation lorsqu'elle se présente devant eux.

Le deuxième objectif consiste à évaluer la PEC dans certaines situations cliniques type. Pour cela plusieurs hypothèses sont évoquées :

- La difficulté à poser les diagnostics induit une PEC et des prescriptions inadaptées.
- Même quand le diagnostic est correctement posé, la PEC et les prescriptions ne sont pas toujours adéquates.
- Face à un diagnostic évident, la PEC et les prescriptions ne sont pas toujours les bonnes.
- Les MG pensent d'abord à une pathologie avant quelque chose de physiologique.
- Les infections sont souvent suspectées ce qui induit un recours courant aux antibiotiques.

Le troisième objectif vise à comprendre ce qui motive les MG à décider l'arrêt de l'allaitement. Les hypothèses suivantes sont suggérées :

- Les contre-indications de l'allaitement sont méconnues et surestimées.
- L'arrêt de l'allaitement est souvent recommandé à cause du risque médical estimé pour l'enfant.
- Les traitements suivants sont considérés contre-indiqués pendant l'allaitement :
 - Les antibiotiques
 - Certains antalgiques
 - Les AINS et AIS
- La reprise du travail est estimée non compatible avec l'allaitement.
- Il y a une méconnaissance du mécanisme de sevrage de l'allaitement par les MG.

Le quatrième et dernier objectif a pour but de lister les besoins des MG pour l'accompagnement de la femme durant l'allaitement. Pour cet objectif, nous citons les hypothèses suivantes :

- Les MG ne connaissent pas les réseaux de périnatalité types réseaux AURORE et ELENA.
- Les MG ne sont pas inscrits aux réseaux de périnatalité.
- Certains MG ne connaissent pas l'existence des protocoles sur le sujet.
- Certains MG n'appartiennent pas à un groupe de pairs.
- Parmi ceux faisant partie d'un groupe de pairs, peu abordent des questions d'allaitement.
- Les MG sont demandeurs d'une information complémentaire sur le sujet.

III Contexte de l'étude

III.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et quantitative réalisée auprès de médecins exerçant dans le Sud du département du Rhône et dans les départements de l'Isère et de la Loire. L'étude s'est déroulée sur une durée de 3 mois : du 18 juillet 2014 au 18 octobre 2014.

III.2 L'outil d'enquête

L'outil d'enquête choisi est un questionnaire mixte. La majorité des questions sont fermées ou préformées c'est-à-dire respectivement à choix dichotomiques et à choix multiples ; une seule question est une question ouverte.

Le questionnaire a été testé par 2 MG. Quelques items dans les questions à choix multiples ont été modifiés ainsi que la formulation d'une ou deux questions pour obtenir le questionnaire définitif (Annexe I).

Ce questionnaire a été envoyé par courrier électronique aux MG après les avoir contacté par téléphone pour obtenir l'adresse de leur messagerie.

Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire pour pouvoir obtenir des résultats exploitables afin que le constat soit précis et quantifiable et puissent conduire à la proposition d'action de réajustement. A la fin du questionnaire, il était demandé aux MG s'ils souhaitaient

recevoir par la suite la correction des cas cliniques. Cette correction se trouve également en Annexe I avec le questionnaire.

III.3 La population

La population cible : MG libéraux des départements du Rhône, de l'Isère et de la Loire figurant dans l'annuaire des « pages jaunes » version 2014 et figurant dans un périmètre restreint autour de mon lieu d'habitation (38200 VIENNE).

La population source : Celle-ci se réduit aux MG contactés ayant voulu me donner leur courriel. N'ayant pas gardé la listes des médecins ne souhaitant pas recevoir mon questionnaire, je regrette de ne pas pouvoir comptabiliser le nombre de médecins appelés au total et connaître les particularités de chacun. Cela aurait été intéressant par exemple, de savoir si plus d'homme ou de femme ont refusé de recevoir mon questionnaire.

Au final, la population source représente 200 MG libéraux : 98 du Rhône dont 38 hommes et 60 femmes, 60 de l'Isère dont 37 hommes et 23 femmes et 42 de la Loire dont 20 hommes et 22 femmes contactés par téléphone et m'ayant donnés leur adresse email. Au total, 95 hommes et 105 femmes ont reçu mon questionnaire.

L'échantillon : Celui-ci équivaut aux médecins ayant répondu à mon questionnaire.

L'échantillon représente donc 90 médecins généralistes libéraux du Rhône, de l'Isère et de la Loire.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- MG exerçant en libéral.
- MG dont le numéro de téléphone figure dans l'annuaire des « pages jaunes » version 2014.

Les critères d'exclusion sont :

- Les médecins généralistes exerçant une autre spécialité et si celle-ci représente leur pratique médicale principale.
- Les médecins généralistes travaillant aussi à l'hôpital.

Les MG remplaçants n'ont pas été exclus sauf si leur remplacement se faisaient aussi à l'hôpital.

L'échantillon était donc un échantillon raisonné avec recherches de variations maximales selon les variables suivantes : sexe, âge, nombres d'années d'exercice, milieu d'exercice (rural, semi rural et urbain).

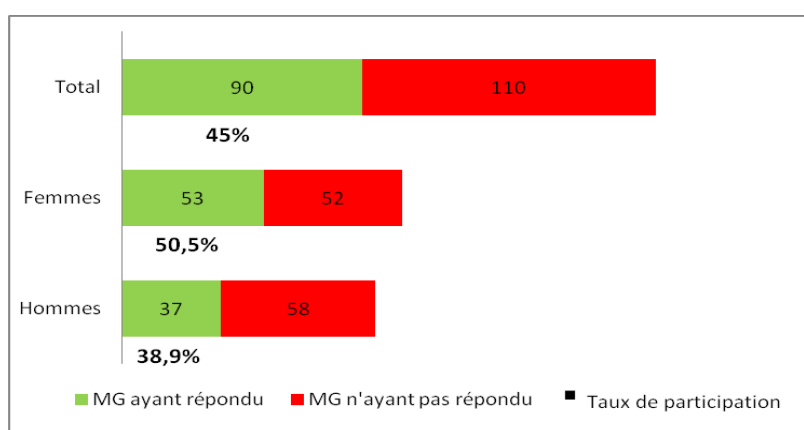
IV Les résultats

IV.1 Caractéristiques de la population et de l'échantillon

IV.1.A Taux de participation de la population à l'enquête

Le graphique ci-dessous met en évidence les taux de participation de la population de façon globale et par sexe du praticien.

Figure 1: Taux de participation de la population



Nous réalisons un test de khi 2 pour savoir s'il y a une différence significative entre la participation des hommes et celle des femmes.

Le résultat du Khi 2 est 2,68. Ce résultat est analysé dans la table correspondante avec un risque relatif à 5% et un degré de liberté (ddl) égal à 1 : $2,68 < 3,8$; la différence n'est donc pas significative entre les 2 groupes ($0,1 < p < 0,2$).

Suite à ce résultat, nous pouvons seulement dire qu'il y a une tendance du fait que les médecins femmes se sentent plus concernées par le sujet de l'allaitement que les médecins hommes mais cela ne se vérifie pas statistiquement.

IV.1.B Répartition de l'échantillon par sexe du praticien

Sur les 90 répondants, 37 sont des hommes (soit 41,1%) et les 53 autres sont des femmes (soit 58,9%).

IV.1.C Répartition des médecins parents avec ou sans enfants allaités ou non

Le tableau suivant montre la répartition des médecins avec ou sans enfants par sexe du praticien.

Tableau 1: Répartition des médecins MG avec ou sans enfants

	Hommes	Femmes	TOTAL
Avec enfants	34 (91,9%)	34 (64,2%)	68 (75,6%)
Sans enfants	3	19	22
TOTAL	37	53	90

D'après le test du khi 2, nous pouvons dire qu'il y a une différence très significative entre le groupe de MG hommes parents et le groupe de MG femmes parents (Khi= 9,08 ; ddl=1 et $0,001 < p < 0,01$).

Nous pouvons donc conclure que même si les hommes ont tendance à avoir moins répondu, ceux qui ont répondu sont majoritairement parents.

Les différents taux d'allaitement de notre échantillon

Sur les 68 médecins parents, 58 ont des enfants ayant été allaités ce qui représente un taux d'allaitement de 85,3% pour notre échantillon de médecins parents.

Sur les 34 hommes avec enfants, 25 ont des enfants ayant été allaités soit un taux d'allaitement de 73,5% chez les hommes médecins parents.

Sur les 34 femmes avec enfants, 33 ont allaités leur(s) enfant(s) ce qui fait un taux d'allaitement de 97,1% chez les femmes médecins parents.

Le taux d'allaitement de l'échantillon est supérieur au taux d'allaitement national (85,3% contre 60,2%) ainsi que chez les médecins parents hommes et chez les médecins parents femmes (73,5% et 97,1% contre 60,2%).

Au niveau régional, seul les taux d'allaitement de l'échantillon et des médecins parents femmes restent supérieur au taux d'allaitement de la région centre est : Auvergne et Rhône Alpes (85,3% et 97,1% contre 74,5%).

Les différents taux d'allaitement de l'échantillon sont supérieurs au taux d'allaitement national probablement du fait d'un biais de sélection et/ou en raison de la profession médicale. C'est-à-dire que les médecins ayant souhaités répondre à mon questionnaire avaient peut être une expérience personnelle dans l'allaitement et donc un intérêt plus important pour l'allaitement contrairement à ceux n'ayant pas voulu répondre ou me donner leur courriel.

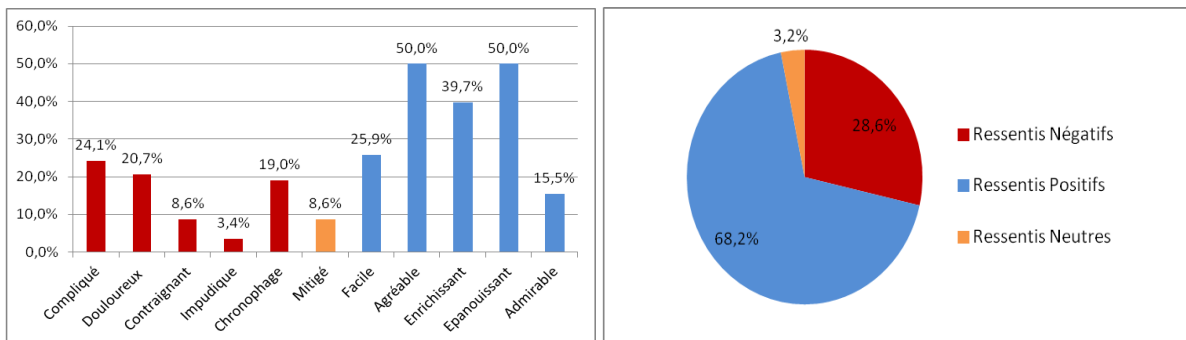
IV.1.D Ressentis de l'échantillon en matière d'allaitement

La réponse à cette question était attendue de la part des MG avec des enfants ayant été allaités. Le nombre de répondants attendu était donc de 58 MG mais 61 ont répondu à cette question. Les 3 personnes non concernées ont été exclues de nos résultats.

Le graphique de gauche montre la répartition de chaque ressenti pris indépendamment. Le total dépasse 100% car plusieurs réponses étaient permises pour chaque médecin.

Le graphique de droite montre la répartition de la totalité des ressentis qu'ils soient positifs, négatifs ou neutres.

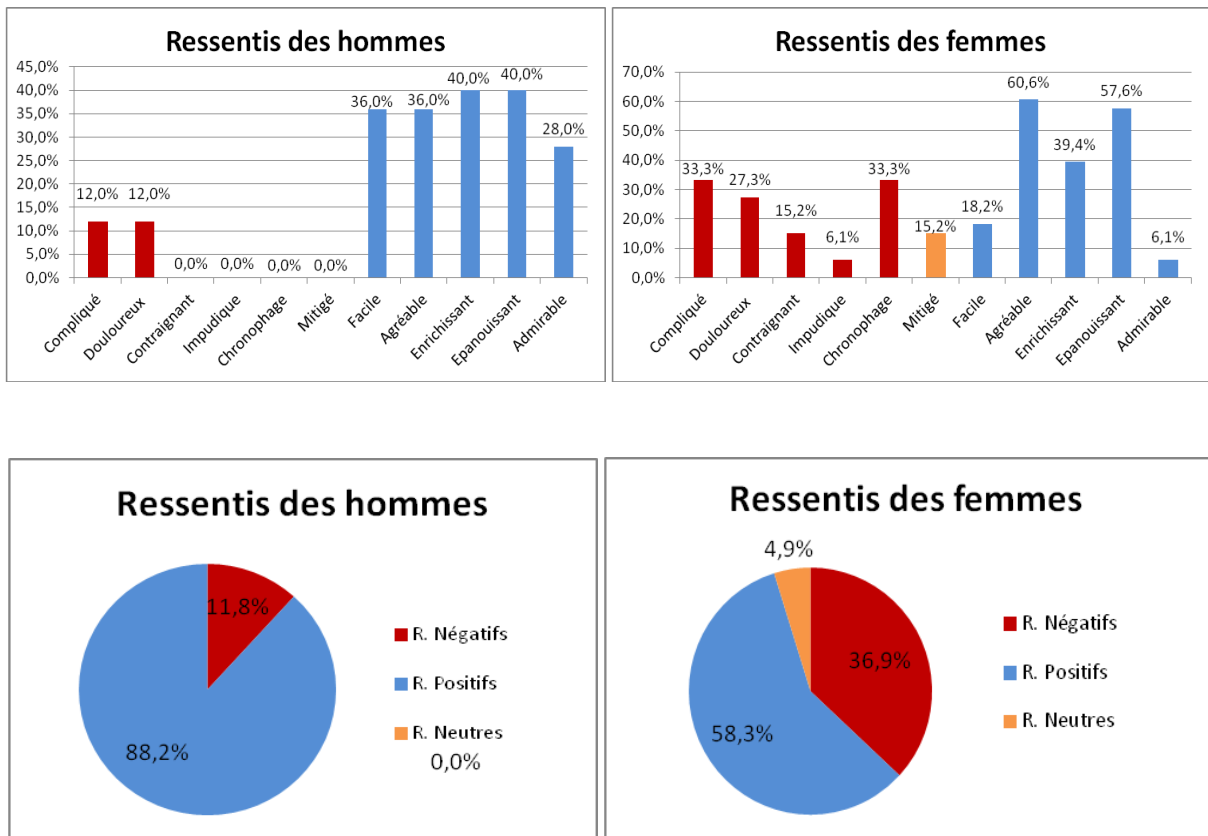
Figure 2: Répartition des ressentis des médecins généralistes en matière d'allaitement



De façon globale, les MG ont un ressenti de l'allaitement majoritairement positif.

Les 4 graphiques ci-dessous montrent la répartition des ressentis en matière d'allaitement par sexe du praticien. A gauche les hommes et à droite les femmes.

Figure 3: Répartition des ressentis sur l'allaitement par sexe du praticien



Grâce au test du khi 2, nous pouvons dire qu'il y a une différence hautement significative entre les ressentis des hommes et ceux des femmes ($\chi^2 = 14,5$; ddl=2 et $p < 0,001$).

Je peux donc conclure que les hommes sont plus tranchés sur la question alors que les femmes sont plus nuancées.

Suite à cette conclusion, nous pouvons poser l'hypothèse suivante : « Les hommes n'ayant pas vécu l'allaitement physiquement, n'ont pas perçu tous les aspects de l'allaitement ». De plus, nous pouvons nous demander s'il n'y a pas un biais de sélection : seuls les hommes en ayant gardé un bon souvenir ont répondu.

IV.1.E Age de l'échantillon

Le tableau suivant répartit l'échantillon en fonction de l'âge et du sexe.

Tableau 2: Répartition de l'échantillon par âge et sexe du praticien

	Echantillon total		Hommes		Femmes	
Moyenne d'âge	41 ans		50 ans		35 ans	
Ecart type	± 12 ans		± 12 ans		± 7 ans	
Age Maximum	69 ans		69 ans		54 ans	
Age Minimum	27 ans		28 ans		27 ans	
Tranches d'âge						
< 40 ans	48	53,3%	8	8,9%	40	44,4%
40-49 ans	17	18,9%	8	8,9%	9	10,0%
50-59 ans	18	20,0%	14	15,6%	4	4,4%
60-69 ans	7	7,8%	7	7,8%	0	0,0%

Dans l'échantillon de médecins répondants, les hommes sont plus âgés que les femmes.

Nous remarquons qu'il y a statistiquement une différence hautement significative dans la répartition des hommes et des femmes par tranches d'âge grâce à la réalisation du test du khi 2 ($\chi^2=32,12$; ddl=3 et $p<0,001$).

Pour conclure, les hommes se trouvent majoritairement dans la tranche des quinquagénaires. Quant aux femmes, pratiquement la moitié d'entre elles ont moins de 40 ans.

Suite à cette conclusion et celle sur les ressentis ci-dessus, nous pouvons penser qu'il y a un biais de mémoire pour les hommes car leur expérience personnelle de l'allaitement est moins récente que celle des femmes. Cependant, cette hypothèse sera invalidée si leur paternité s'avère être tardive.

IV.1.F Temps de pratique en cabinet libéral

Tableau 3: Temps de pratique en libéral

	Temps de pratique en libéral (ans)
Moyenne	11,8
Ecart type	± 11,7
Maximum	42
Minimum	0,3

En comparant l'âge du praticien à son temps de pratique en cabinet libéral, nous obtenons l'âge des praticiens à leur début d'exercice en libéral. Cela nous permet de calculer la moyenne d'âge des praticiens à leur début en libéral.

Tableau 4: Age du praticien à son installation en libéral

	Age du praticien à l'installation en libéral (ans)
Moyenne	29,2
Ecart type	± 3,3
Maximum	47
Minimum	25

Grâce à ce calcul, nous remarquons que la plupart des MG de l'enquête ont travaillé en cabinet libéral rapidement après avoir obtenu leur diplôme de médecine générale.

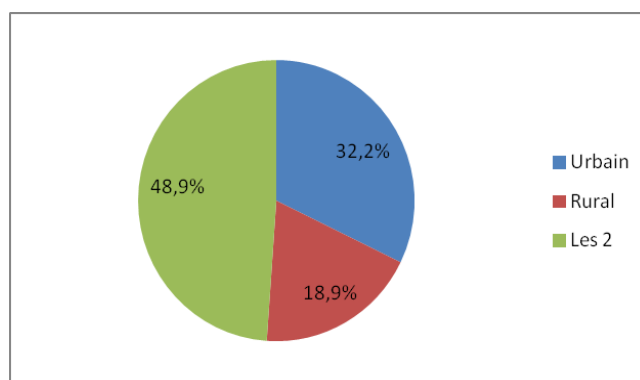
Seulement trois MG ont commencé à travailler en libéral plus tardivement ou ont eu des interruptions dans leur carrière professionnelle.

Comparer la réussite des médecins au questionnaire à leur temps de pratique en libéral revient à comparer leur note obtenue à leur expérience en libéral mais au vu des précédents résultats, cela revient aussi à comparer leur réussite au questionnaire à leur âge. Il sera donc inutile de comparer le temps de pratique en libéral à la réussite du questionnaire pour la partie cas clinique.

IV.1.G Répartition en fonction du secteur d'exercice et de la fréquence de consultation des patientes en matière d'allaitement

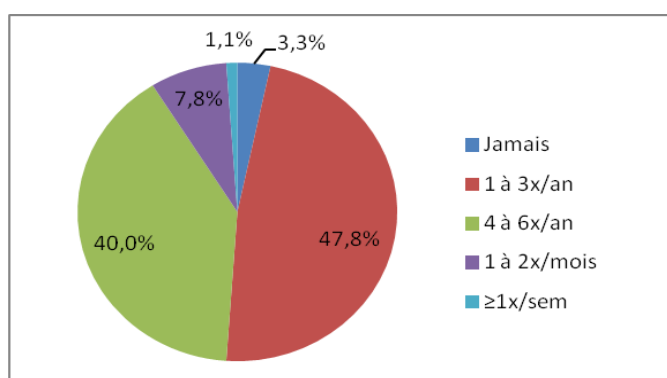
Le graphique suivant met en valeur la répartition des médecins généralistes en fonction de leur secteur d'exercice. La majorité exerce à la fois en secteur rural et urbain. Par conséquent, l'influence de ce critère sur la PEC de l'allaitement ne sera pas analysée.

Figure 4: Répartition des MG par secteur d'exercice



Le graphique suivant met en évidence les variations de fréquence de consultation des patientes chez le médecin généraliste pour une question d'allaitement.

Figure 5: Répartition de l'échantillon par fréquence de consultation des patientes allaitantes



D'après ce graphique, nous pouvons remarquer que les médecins reçoivent peu de patientes pour des questions d'AM. Ce résultat nous permet de valider l'hypothèse stipulant que les femmes allaitantes consultent peu leur MG pour des complications d'allaitement.

Etant donné que la plupart des MG rencontrent des patientes allaitantes moins de 6 fois par an, il sera difficile de mesurer l'impact de la fréquence des consultations sur la PEC. En effet, sur ce point, notre enquête ne met pas en évidence une variabilité suffisante pour permettre des comparaisons.

Le tableau suivant met en évidence le lien entre secteur d'activité et fréquence de consultation des patientes pour des problèmes d'allaitement.

Tableau 5: Lien entre secteur d'activité et fréquence de consultation des patientes allaitantes

	jamais	1 à 3x/an	4 à 6x/an	1 à 2x/mois	≥1x/sem.	TOTAL
S. Urbain	1	14	11	2	1	29
S. Rural	0	10	5	2	0	17
Les 2	2	19	20	3	0	44
TOTAL	3	43	36	7	1	90

D'après ce tableau, quel que soit le secteur d'activité du MG, les femmes allaitantes consultent peu leur MG pour des problèmes d'allaitement.

Pour voir s'il y a une différence significative entre les différents groupes, le test du khi 2 a été réalisé. Le résultat nous permet de dire statistiquement que la différence n'est pas significative entre les différents groupes (khi 2=4,76 ; ddl=8 et 0,5<p<0,9).

De part ce résultat statistique, l'hypothèse posée au départ ne peut être vérifiée car quel que soit le secteur d'activité, les femmes ont tendance à peu consulter leur MG pour des complications d'allaitement.

IV.1.HLa formation des médecins généralistes

Sur notre échantillon de 90 MG, 64 (soit 71,1%) déclarent avoir bénéficié d'une formation initiale. Pour ceux qui communiquent un nombre d'heure d'enseignement reçu, la moyenne s'élève à 4h avec un maximum de 20h et un minimum d' 1h.

Concernant les diplômes universitaires (DU), 9 médecins (soit 10%) en ont passé : 4 en gynécologie – obstétrique, 3 en gynécologie, 1 en pédiatrie et 1 en Lactation Humaine et Allaitement Maternel.

Ensuite, 49 MG ont déclaré d'autres moyens de formation. Par ordre décroissant, les formations médicales continues, les recherches et lectures personnelles (sites internet : CRAT et Réseau AURORE par exemple), l'expérience personnelle d'un allaitement, la formation grâce à l'appartenance à un groupe de pairs, l'expérience professionnelle acquise au fur et à mesure, l'appartenance à une association pour l'allaitement, la participation à des formations post universitaire, l'animation d'une formation continue en matière d'allaitement, grâce à une publication personnelle sur le sujet : thèse ou mémoire, par un contact sage femme et enfin grâce à un poste en tant que faisant fonction d'interne en obstétrique.

Les médecins ayant tous suivi une formation initiale soit peu conséquente, soit inexistante sur le sujet et une formation personnelle trop différente, il n'est pas possible de comparer leur formation à la réussite au questionnaire.

73,3% des médecins interrogés estiment au début du questionnaire que leur formation permet une bonne PEC des patientes allaitantes.

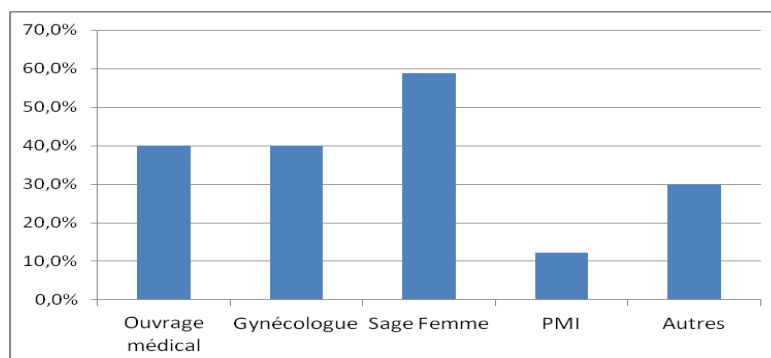
Contrairement à l'hypothèse suivante : « Les MG estiment ne pas être assez formés sur le sujet », ils déclarent que leur formation suffit pour prendre en charge des patientes pour des problèmes d'allaitement. Paradoxalement, le nombre d'heure de leur formation initiale déclaré par eux même est très peu conséquent et peu d'entre eux possèdent un DU.

Dans le paragraphe suivant, nous allons nous intéresser à comprendre ce qui fait source d'informations pour un MG.

IV.1.I Recours des médecins pour répondre aux besoins de leur patiente

Le prochain graphique décrit la répartition des différents recours utilisés par les MG pour répondre aux besoins de leur patiente.

Figure 6: Répartition des différents recours des MG pour l'allaitement



L'item « autres » regroupe les associations d'allaitement (par exemple : Galactée, écoute lait), les sites internet consacrés à l'allaitement (LLL France, REF'LAIT, le CRAT), une consœur conseillère en lactation, une consultante en lactation, les groupes de pairs et « l'improvisation ».

Seulement 7 MG, soit 7,8% des MG participants à l'enquête, ont que l'ouvrage médical comme recours. Les autres s'adressent à un autre praticien après avoir cherché sans succès la solution dans un ouvrage médical ou ont directement recours à un autre praticien.

Contrairement à ce que stipulait notre hypothèse : « La plupart des médecins gèrent eux même la situation lorsqu'elle se présente devant eux », la plupart des MG travaillent en collaboration avec d'autres professionnels de santé quand ils ne savent pas gérer la situation.

IV.1.J Les réseaux de périnatalité

Sur les 90 médecins, 56 connaissent les réseaux de périnatalité (AURORE et/ou ELENA) soit 62,2% des médecins.

Sur ces 56 médecins, 17 y sont inscrits soit 30,4% et 14 connaissent les protocoles sur l'allaitement mis en ligne sur ces réseaux soit 25%.

Contrairement à ce que nous pensions, les MG ont l'air de connaître les réseaux de périnatalité mais conformément à nos 2 autres hypothèses sur ce sujet, très peu y sont inscrit et par conséquent très peu connaissent les protocoles concernant l'allaitement.

IV.1.K Les groupes de pairs

Sur les 90 médecins de l'enquête, 36 font partis d'un groupe de pairs soit 40%. Parmi ces 36 médecins, 23 abordent des questions d'allaitement lors de leur réunion soit 63,9% des médecins faisant partis d'un groupe de pairs.

Ces résultats confirment l'hypothèse suivante : « Certains MG n'appartiennent pas à un groupe de pairs » mais infirment, la deuxième hypothèse concernant ce point : « Parmi ceux faisant parti d'un groupe de pairs, peu abordent des questions d'allaitement ».

IV.1.L Information complémentaire et correction des cas cliniques

Information complémentaire

Sur les 90 médecins, 73 estiment qu'une information complémentaire leur serait nécessaire après avoir répondu au questionnaire, soit 81,1%.

Ce précédent résultat est étonnant car 66 MG sur 90 (73,3%) avaient répondu que leur formation s'avérait suffisante pour prendre en charge la femme allaitante. Nous pouvons donc nous attendre que 24 MG (26,7%) soient désireux d'une information complémentaire.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que 49 médecins soit 54,4% ont changé d'avis après avoir répondu au questionnaire.

Correction des cas cliniques

67 MG soit 74,4% me demandent la correction des cas cliniques mais sans forcément exprimer le fait qu'ils aient besoin d'information complémentaire sur l'allaitement.

Parmi ces 67 demandeurs de ma correction, 55 souhaitent une information complémentaire. Nous pouvons nous dire que ces 55 médecins considèrent ma correction comme une information complémentaire.

Alors que sur les 73MG demandeurs d'une information complémentaire, on remarque que 18 d'entre eux ne veulent pas recevoir ma correction aux cas cliniques. Nous pouvons supposer qu'ils ne la considèrent pas comme une information complémentaire.

Tous ces résultats nous permettent de valider l'hypothèse ci-après : « Les MG sont demandeurs d'une information complémentaire sur le sujet ».

IV.2 Influence des différentes caractéristiques de l'échantillon sur la PEC

Pour étudier ce point là, chaque médecin a été noté sur la partie cas clinique de mon questionnaire. Lorsqu'un item juste était coché, 1 point était attribué et quand d'autres items faux étaient cochés, aucun point n'a été retiré. La notation comprend les questions 10 à 12, 14 à 17 et 19, 20 de mon questionnaire et la note totale sur 57 a été ramenée sur 20 pour chaque médecin.

IV.2.A Influence du sexe du praticien

Pour connaître l'influence du sexe du praticien sur la prise en charge des patientes, nous comparons les notes, obtenues en répondant à mon questionnaire, des médecins hommes à celles des médecins femmes.

Tableau 6: Influence du sexe du praticien

	Hommes	Femmes		
Moyenne /20	7,9	9,6		
Ecart type	± 2,4	± 2,1		
Note Maximum /20	14,1	14,6		
Note Minimum /20	3,6	6,1		
Notes ≥ à 10/20	7,0	18,9%	24	45,3%

Les MG femmes ont mieux répondu que les MG hommes.

Après avoir réalisé un test du khi 2 pour vérifier si la différence de réussite au questionnaire entre les hommes et les femmes est significative, nous pouvons dire qu'il y a une différence très significative entre ces 2 groupes (khi 2=6,71 ; ddl=1 et 0,01<p<0,001).

D'après la comparaison de ces notes et le résultat statistique précédent, nous pouvons dire que les femmes savent mieux prendre en charge les patientes que les hommes pour des questions d'allaitements conformément à notre hypothèse de départ.

IV.2.B Influence d'avoir des enfants ayant été allaité

Pour savoir si le fait d'avoir des enfants ayant été allaité aide pour prendre en charge l'allaitement, nous comparons les notes des médecins parents ayant allaité leur(s) enfant(s) à ceux n'ayant pas allaité leur(s) enfant(s).

Tableau 7: Influence d'avoir des enfants ayant été allaité

	Médecins parents avec enfants ayant été allaités		Médecins parents avec enfants n'ayant pas été allaités	
Moyenne	8,8		7,7	
Ecart type	± 2,6		± 1,1	
Note Max	14,6		9,6	
Note Min	3,6		5,7	
Note ≥ 10	20,0	34,5%	0	0,0%

Le groupe de médecins ayant allaités leur(s) enfant(s) ont mieux répondu que ceux n'ayant pas allaités leur(s) enfant(s).

Le test du khi 2 nous permet de dire que la différence entre les médecins parents avec des enfants ayant été allaités et ceux dont les enfants n'ont pas été allaités est significative (khi 2=4,88 ; ddl=1 et 0,2<p<0,5).

Nous confirmons donc l'hypothèse qui stipule que le fait d'avoir des enfants ayant été allaité aide à prendre en charge l'allaitement.

IV.2.C Influence des ressentis en matière d'allaitement

Le tableau suivant compare la note obtenue par les médecins avec la prédominance positive, neutre ou négative de leur ressentis sur l'allaitement.

Tableau 8: Influence des ressentis en matière d'allaitement

	Ressentis Positifs >	Ressentis Neutres >	Ressentis Négatifs >	Total
Note ≥10	11	5	4	20
Note <10	30	5	3	38
Total	41	10	7	58

Quand les ressentis positifs étaient supérieurs, le questionnaire a été moins bien réussi alors que lorsque les ressentis majoritairement exprimés étaient neutres ou négatifs le questionnaire n'a pas été mieux ou moins bien réussi.

Le calcul du khi 2 permet de dire que la différence entre les groupes n'est pas significative (khi 2=3,72 ; ddl=2 et 0,1<p<0,2).

Contrairement à l'hypothèse suivante : « Si l'expérience en allaitement a été négative, cela peut entraîner une prise en charge inadéquate de l'allaitement », nous pouvons dire que la PEC de l'allaitement n'est pas influencée par les ressentis exprimés par le médecin quelque soit la prédominance (positive, neutre ou négative).

IV.2.D Influence de l'âge du praticien

Le tableau suivant compare l'âge des médecins à leur note obtenue au questionnaire pour nous permettre de savoir si l'âge du praticien influence sa PEC des patientes en matière d'allaitement.

Tableau 9: Influence de l'âge du praticien

	Age < 40ans		40-49ans		50-59ans		60-69 ans		TOTAL
Note ≥ à 10	26	54,2%	4	23,5%	1	5,6%	0	0%	31
Note < à 10	22	45,8%	13	76,5%	17	94,4%	7	100%	59
TOTAL	48		17		18		7		90

Les médecins dont l'âge est inférieur à 40ans ont mieux répondu au questionnaire.

Grâce au test du khi 2, nous pouvons dire que conformément à notre hypothèse, les médecins plus récemment diplômés savent mieux prendre en charge les complications de l'allaitement car la différence entre les groupes de tranches d'âge est hautement significative (khi 2=19,5, ddl= 3 et p<0,001).

Pour vérifier plus précisément notre hypothèse de départ, j'ai réparti les médecins en 2 groupes : ceux dont le diplôme date de plus de 15 ans et ceux dont le diplôme date de moins de 15 ans. Pour cela j'ai choisi 42 ans comme âge de référence car un MG est généralement diplômé vers l'âge de 27 ans.

Tableau 10: Influence de l'ancienneté du diplôme du praticien

	Age > 42 ans		Age < 42 ans		TOTAL
Note ≥ 10	5	13,5%	26	49%	31
Note < 10	32	86,5%	27	51%	59
TOTAL	37		53		90

Les médecins diplômés depuis plus de 15 ans ont moins bien répondu que ceux diplômés depuis moins de 15 ans.

Le test du khi 2 nous permet de dire qu'il y a une différence hautement significative entre les 2 groupes (khi 2=12,19 ; ddl=1 et p<0,001).

Conformément à notre hypothèse de départ et suite au résultat du test du khi 2, nous remarquons que les médecins diplômés depuis plus de 15 ans savent moins bien prendre en charge les complications maternelles de l'allaitement.

IV.3 Réussite aux questions des cas cliniques

Pour évaluer la réussite aux questions des cas cliniques, j'ai calculé la moyenne pour chaque question. Pour simplifier, la moyenne de chaque question a été ramenée sur 20.

Lorsque le diagnostic posé était faux, toute la PEC et les prescriptions indiquées dans la question suivante étaient notés comme faux également.

IV.3.A Réussite globale au questionnaire

Avant de s'intéresser à la réussite question par question, voici les résultats globaux obtenus au questionnaire.

Tableau 11: Résultats globaux obtenu au questionnaire

Moyenne	8,9/20	
Ecart type	2,4	
Note maximale	14,6/20	
Note minimale	3,6/20	
Nb de note ≥ 10	31	34,4%
Nb de note ≥ 8,9	46	51,1%

Nous remarquons donc que seulement 1/3 des répondants ont obtenu une note supérieure à 10/20 et que la moitié des répondants ont obtenu une note supérieure à la moyenne des notes.

Une étude plus approfondie va nous permettre de mesurer le niveau des MG pour chaque question.

IV.3.B Question 10: Une deuxième montée de lait

Cas clinique : Une patiente allaitante consulte. Elle a accouché il y a 3 semaines, elle avait une fièvre transitoire à 38°C ce matin et présente une tension mammaire bilatérale sans rougeur.

Pour la question 10.a : « Quel est votre diagnostic ? », le diagnostic était posé par le répondant. Une seule réponse était demandée, seulement 17 MG ont donné la bonne réponse : « Une montée de lait » soit 18,9%, la moyenne est donc égale à 17/90 soit 3,8/20.

71,1% ont répondu « un engorgement » ; 4,5% « Rien à voir avec l'allaitement » ; 3,3% « une mastite » ; 1,1% « un canal lactifère bouché » et 1,1 % demandent dans l'item « autre » si la patiente a des crevasses.

La question 10.b : « Suite à votre diagnostic, quelle est votre prise en charge? », était une question à choix multiples (QCM) pour lequel 4 items devaient être cochés. Etant donné que seulement 17 médecins ont posé le bon diagnostic, la moyenne a donc été calculée avec les réponses de ces 17 MG. Elle s'élève à 10,3/20.

Suite à l'observation des résultats précédents, nous pouvons dire que premièrement, les MG pensent d'abord à une pathologie avant quelque chose de physiologique et que deuxièmement, la difficulté à poser les diagnostics induit une PEC et des prescriptions inadaptées conformément à nos hypothèses de départ. Pour conclure, la montée de lait, ses symptômes et sa prise en charge, ne sont pas connus de la majorité des MG.

IV.3.C Question 11 : La candidose

Cas clinique : Une autre patiente allaitante vient vous voir. Elle se plaint d'une douleur intense pendant et après la tétée avec sensation de brûlure, de verre pilé ou d'aiguille dans le sein et d'un prurit au niveau des mamelons. La gêne est bilatérale.

Pour ce cas clinique, le diagnostic était posé par les répondants dans la question 11.a, la PEC demandée dans la question 11.b où 3 items devaient être cochés et les prescriptions à indiquer dans la question 11.c où 3 réponses étaient à cocher également.

64,5% ont posé le bon diagnostic « La candidose » ; 23,3% ont diagnostiqué une crevasse ; 6,7% une allergie à la pommade protectrice des bouts de sein ; 3,3% pensent que ce n'est pas pathologique et 2,2% ont posé le diagnostic de mastite.

Le tableau suivant montre les moyennes obtenues pour la question 11 portant sur la candidose.

Tableau 12: Moyennes obtenues à la question 11

Questions	11. a	11. b	11. c
Moyenne /20	12,9	8,3	9,8

Ces résultats nous permettent de dire que même quand le bon diagnostic est posé, la PEC et les prescriptions proposées ne sont pas toujours les bonnes. La candidose est donc généralement bien diagnostiquée, mais la prise en charge de la pathologie n'est pas adaptée.

IV.3.D Question 12 : Les crevasses et question 14 : l'engorgement simple

Cas clinique de la question 12 : Une maman vient vous voir. Elle dit avoir des crevasses.

Cas clinique de la question 14 : Une patiente présente un engorgement simple.

Pour ces 2 questions, le diagnostic était donné dans l'énoncé.

Pour la question 12.a, 10 items étaient à cocher. Pour la question 12.b, 5 items étaient attendus.

Pour la question 14.a, il y avait 6 items à cocher et 4 à la question 14.b.

Le tableau suivant met en évidence les moyennes obtenues pour les questions portant sur les crevasses et l'engorgement simple.

Tableau 13: Moyennes obtenues aux questions 12 et 14

Questions	12. a	12. b	14. a	14. b
Moyenne /20	9,9	6,2	9,1	6,7

Conformément à notre hypothèse, ces moyennes montrent que même face à un diagnostic posé, sur une pathologie courante, la PEC et les prescriptions ne sont pas toujours adéquates.

IV.3.E Question 15 : La mastite

Cas clinique : Une autre patiente présente une inflammation localisée, très douloureuse à type de trainée ou placard rouge ± induré et un syndrome grippal (asthénie, courbature et fièvre supérieure à 38,5°). Il n’y a pas de lésion du mamelon ni abcès palpable.

A la question 15. a, le diagnostic était à poser par les MG. 78 répondants ont donné le bon diagnostic : « une mastite ou une lymphangite » soit 85,6%.

6,7% des participants ont diagnostiqué un abcès, 4,4% un engorgement, 1,1% une mastite inflammatoire, 1,1% une mastite infectieuse et 1,1% de la mastose.

Pour les questions 15. b et 15. c concernant la PEC et les prescriptions, 6 et 4 items étaient respectivement attendus comme réponse.

Le tableau suivant met en valeur les moyennes obtenues à cette question portant sur la mastite.

Tableau 14: Moyennes obtenues à la question 15

	15. a	15. b	15. c
Moyennes /20	17,3	13,4	9,2

Réponses obtenus à la question 15.b pour les 78 MG ayant donné le bon diagnostic :

- **Rassurer et soutenir la patiente** : coché **66** fois donc 84,6% des 78 MG ayant donné le bon diagnostic ont coché cet item.
- Arrêt de l’allaitement, lait contaminé : coché 8 fois donc 10,3%
- **Repos et arrêt de travail** : coché **56** fois donc 71,8%
- **Augmenter la fréquence des tétées surtout du coté atteint** : coché **38** fois 48,7%
- Diminuer la fréquence des tétées surtout du coté atteint : coché 3 fois donc 3,8%
- **Drainer le sein atteint par expression manuelle ou tire-lait (TL) si la tétée est trop douloureuse** : coché **67** fois donc 65,9%
- **Réévaluation dans 48h** : coché **70** fois donc 89,7%
- **Alternance de chaleur avant la tétée et de froid entre les tétées** : coché **13** fois donc 16,7%.

Réponses obtenues à la question 15. c :

- **Antalgique : paracétamol.** Item coché par **66** MG sur les 78 ayant donné le bon diagnostic soit 86,4%.
- **Antalgique : ibuprofène.** Item coché **27** fois donc par 34,6% des MG.
- Antibiotique d'emblée. Item coché 11 fois donc par 14,1% des MG.
- **Antibiotique différé.** Item coché **20** fois donc par 25,6% des MG.
- **Cataplasme d'argile verte.** Item coché **27** fois donc par 34,6% des MG.

Les **items en gras** sont ceux qu'il fallait cocher.

Ces résultats nous permettent de dire que les MG savent diagnostiquer et prendre en charge la mastite mais ont du mal à prescrire des médicaments à une femme allaitante même pour une infection comme la mastite.

La mastite est donc la complication maternelle de l'allaitement que les MG savent le mieux prendre en charge.

IV.3.F Question 16 : La gastroentérite

Question posée : Une autre maman vient vous voir pour une gastroentérite. Vous lui conseillez : (cochez une réponse)

- L'arrêt de l'allaitement
- L'arrêt des mises au sein tout en tirant le lait pour reprendre après
- La poursuite de l'allaitement avec un respect des règles d'hygiène plus important

Cette question a été particulièrement bien réussie puisque la moyenne obtenue est 19,1/20. 86 MG sur 90 ont répondu : «La poursuite de l'allaitement avec un respect des règles d'hygiène plus important », soit un taux de bonne réponse de 95,6%.

La réussite à cette question montre que les MG savent que la gastroentérite n'est pas une contre indication à l'allaitement. Par contre, les 4 MG n'ayant pas donné la bonne réponse recommandaient tous un arrêt de l'allaitement dans l'intérêt de l'enfant. Cette observation nous permet de dire que conformément à notre hypothèse, l'arrêt de l'allaitement est parfois recommandé à cause du risque médical estimé pour l'enfant.

IV.3.G Question 17 : La reprise du travail

Question posée : Une patiente vient vous voir pour savoir comment concilier son allaitement et sa reprise du travail. Quels conseils lui donnez-vous ? (cochez une ou plusieurs réponses)

- L'arrêt de l'allaitement la veille de la reprise du travail
- Un sevrage progressif en 1 semaine
- Un sevrage progressif en minimum 2 semaines
- La poursuite de l'allaitement avec utilisation du tire lait sur le lieu de travail
- Une diminution du nombre de tétée les jours précédant pour conserver une tétée matin et soir, si impossibilité de tirer son lait.

La moyenne pour cette question est 14,9/20. Ce qui fait un taux de bonne réponse de 74,7%.

Si nous analysons cette question dans le détail, seulement 5 médecins ne proposent que le sevrage quand il y a reprise du travail soit 5,6%. Pour les 85 autres, 54 (soit 60%) proposent un sevrage ou la poursuite de l'allaitement avec utilisation du tire lait sur le lieu de travail et/ou une diminution du nombre de tétée les jours précédant pour conserver une tétée matin et soir, si impossibilité de tirer son lait. Les 31 autres MG (soit 34,4%) ne proposent pas le sevrage mais seulement la poursuite de l'allaitement avec utilisation du tire lait sur le lieu de travail et/ou une diminution du nombre de tétée les jours précédant pour conserver une tétée matin et soir, si impossibilité de tirer son lait.

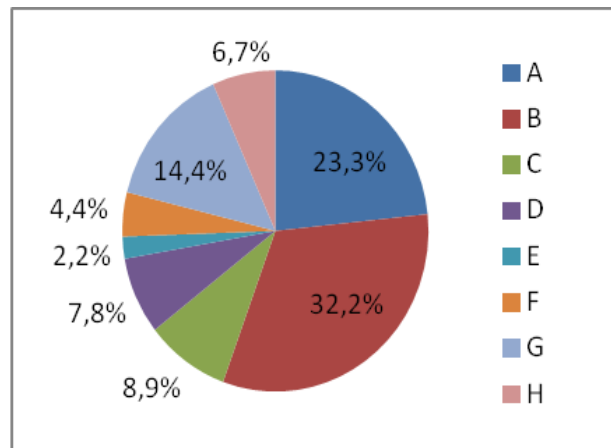
La bonne réussite à cette question ainsi que l'analyse dans le détail, nous permet de dire que contrairement à notre hypothèse de départ, la reprise du travail est estimée comme compatible avec l'allaitement pour les MG.

IV.3.H Question 18 : Le sevrage

Pour savoir si les MG connaissaient le mécanisme du sevrage, une question ouverte a été utilisée pour leur demander de l'expliquer. C'est pour cela que l'analyse des résultats est plus longue que les autres questions.

Le graphique suivant répartit les réponses par tendance grâce à un registre de langage.

Figure 7: Explication du mécanisme de sevrage de l'AM



A = Mécanisme très bien expliqué c'est-à-dire : Remplacement d'une tétée par un biberon tous les 3-4 jours jusqu'au sevrage complet de l'enfant ou avec un maintien d'une tétée matin et soir si la mère le souhaite.

B = Mécanisme bien expliqué mais délai « tous les 3-4 jours » remplacé par les mots « progressivement ; petit à petit » par exemple.

C = Mécanisme du sevrage correct mais délai proposé entre chaque remplacement de tétée trop court : « 1 tétée /jour » ou « 1 tétée sur 2 ».

D = Mécanisme bien expliqué mais un des conseils est non adapté comme « la restriction hydrique et/ou le bandage des seins ».

E = Pas de réponse.

F = Mécanisme du sevrage pas du tout compris ou je ne suis pas d'accord avec la réponse donnée et/ou mécanisme pas expliqué :

- « *Allaitement mixte à chaque repas en diminuant progressivement le pourcentage de lait maternel* »
- « *Arrêt progressif si on a le temps* »
- « *Alterner les prises* »
- « *Calme et acceptation* »

G = Réponse trop vague, manque d'information pour que le mécanisme du sevrage soit bien compris : Par exemple : « *Progressivement* », « *Espacer les tétées* », « *Pas de sevrage brutal* ».

H = La réponse donnée permet de reconforter la patiente dans le fait d'arrêter son allaitement, des conseils lui sont donnés pour l'aider elle mais le mécanisme n'est pas expliqué.

Par exemple :

- « *Avoir confiance, parler de ses difficultés, avoir un interlocuteur bienveillant et sensibilisé, ne pas se sentir forcée et contrainte, laisser du temps, accepter que cela puisse être long et progressif avec parfois des refus du biberon, tout dépend de l'âge du nourrisson lors du sevrage !* »
- « *Doucement sans contrainte ni pour elle ni pour son enfant* »
- « *Progressivité et déculpabilisation* »
- « *Manger du persil, Ne pas se presser (2-4 semaines pour sevrer en douceur). Faire de l'acupuncture. Masser régulièrement les seins (sans expression de lait). Arrêter les prises alimentaires stimulant la lactation: bière sans alcool, fenouil, tisane, etc...* »
- « *Bien le vivre psychologiquement* »
- « *Si difficultés de passage au lait artificiel, commencer par donner des biberons de lait maternel prélevé par tire lait* »

Pour conclure, seulement 23,3% des répondants connaissent bien le mécanisme du sevrage et savent l'expliquer correctement, 48,9% connaissent le principe du mécanisme du sevrage mais pas dans le détail et 25,6% (ou 27,8% si les non répondants sont considérés comme ne connaissant pas le mécanisme) ne savent pas l'expliquer de façon claire ou ne le connaissent pas.

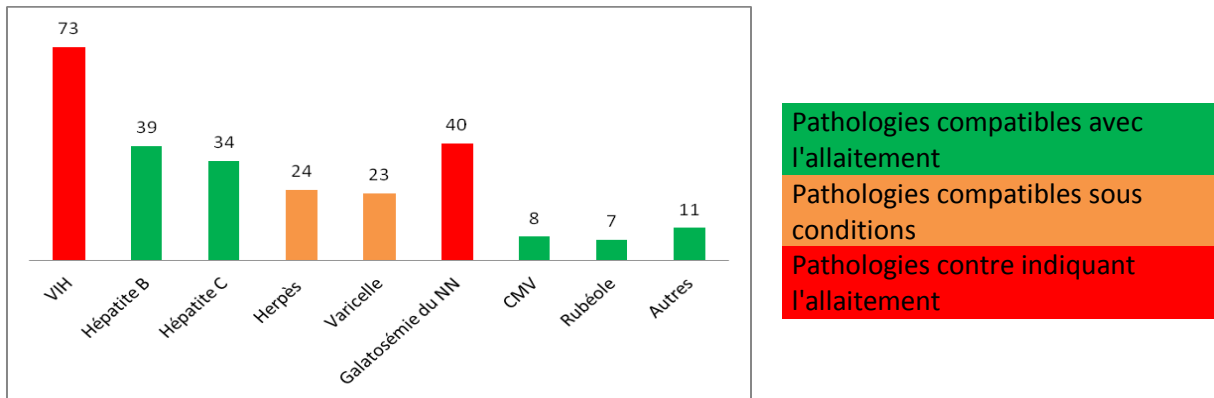
Ces conclusions nous permettent de valider l'hypothèse suivante : « Il y a une méconnaissance du mécanisme de sevrage de l'allaitement par les MG ».

IV.3.I Question 19 : Les pathologies contre-indiquant l'allaitement

La moyenne à cette question est 7,7/20.

Si nous analysons cette question plus en détail, seulement 20 MG soit 22,2% ont cochés seulement les bonnes réponses (le VIH, la Galactosémie du nouveau né et ± la varicelle et l'herpès en fonction du contexte). Les autres MG ont soit donnés les bonnes réponses mais ont rajoutées des mauvaises réponses soit les réponses souhaitées n'étaient pas cochées.

Figure 8: Pathologies cochées et considérées comme contre-indiquant l'allaitement par les MG et correction de la question par le système couleur



Dans l'item « autres », les MG ont cité la chimiothérapie, certaines psychoses, la tuberculose évolutive, la rougeole, l'abcès mammaire pour le sein concerne, une atteinte cutané infectieuse, toute infection sévère, certaines maladies aiguës et la dépendance alcoolique.

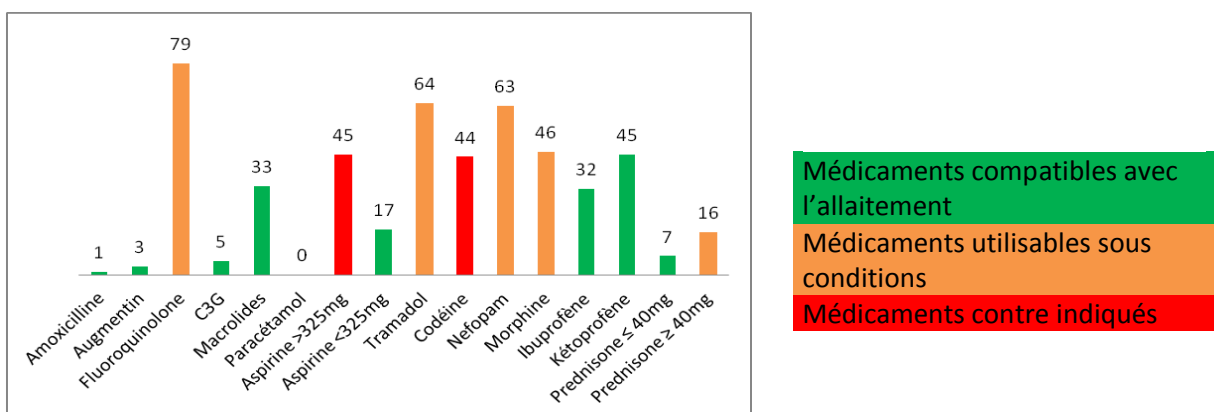
Ces résultats nous permettent de confirmer l'hypothèse suivante : « Les contre-indications de l'allaitement sont méconnues et surestimées par les MG ».

IV.3.J Question 20 : Les médicaments contre-indiqués pendant l'allaitement

Aucun des MG n'ont coché seulement les 2 réponses souhaitées (l'aspirine >325mg et la codéine), ils ont tous coché soit les 2 souhaitées ainsi que des mauvaises réponses soit que des mauvaises réponses.

Le graphique ci-dessous met en évidence tous les items cochés par les MG.

Figure 9: Médicaments cochés et considérés par les MG comme contre-indiqués et correction de la question par le système couleur



Pour conclure sur ces résultats, nous pouvons dire que conformément à notre hypothèse citée précédemment, les traitements suivants : certains ATB, la plupart des antalgiques, les AINS/AIS sont souvent considérés comme contre-indiqués par les MG.

IV.4 Hypothèses et points non abordés dans les résultats précédents

IV.4.A Question 13 : vous arrive-t-il d'observer une tétée ?

57,8% des répondants déclarent observer une tétée.

Bien qu'il soit compréhensible qu'observer une tétée puisse être long et donc prendre trop de temps sur l'emploi du temps chargé d'un MG, il est quand même dommage pour certaines pathologies que cela ne soit pas fait.

Par exemple, nous savons que les causes de crevasses sont simplement mécaniques et positionnelles, c'est-à-dire le plus souvent dû à un mauvais positionnement du bébé pendant la tétée. Il est donc essentiel pour ce type de pathologie d'observer une tétée pour corriger le positionnement du bébé puisque cet action fait partie intégrante de la PEC de cette complication de l'allaitement.

Par contre, pour d'autres pathologies comme la candidose par exemple, la clinique suffit amplement à faire le diagnostic et ne nécessite pas d'observer une tétée. Il est donc important de savoir quand il faut prendre le temps d'observer une tétée et quand cela n'est pas possible, savoir adresser la patiente pour qu'un autre professionnel s'en occupe. En vu des précédents résultats sur ce point, nous pouvons dire que les MG savent adresser leur patiente quand un recours leurs semblent nécessaire.

IV.4.B L'arrêt de l'allaitement

L'arrêt de l'allaitement était proposé dans chaque cas clinique, cet item n'a été coché que dans la question 15. b portant sur la PEC de la mastite par 10 médecins et proposé une fois dans l'item « autres » sur l'engorgement par 1 MG (« *surveillance de la température et bilan biologique avec NFP, VS, CRP; si la fièvre réapparaît et au moindre doute d'infection: prélèvement du lait, mise sous antibiotique, arrêt de l'allaitement et j'adresse au gynéco* »).

Ces réponses contredisent l'hypothèse suivante : « L'arrêt de l'allaitement est souvent recommandé à cause du risque médical estimé pour l'enfant » car mon enquête montre que les MG recommandent peu l'arrêt de l'allaitement.

IV.4.C Infections et ATB

L'hypothèse suivante : «Les infections sont souvent suspectées ce qui induit un recours courant aux antibiotiques » ne peut pas être validée car les infections et les ATB sont peu proposés comme diagnostic et traitement :

- Pour la question concernant une montée de lait, le diagnostic d'infection a été proposé que 3 fois et le traitement par ATB qu'une seule fois.
- Pour la question sur la candidose, le diagnostic d'infection n'a été posé que par 2 répondants et les ATB n'ont jamais été prescrits, ni pour une candidose ni pour un autre type d'infection.
- Pour les questions portant sur les crevasses et l'engorgement, le diagnostic était donné dans l'énoncé mais les ATB n'ont jamais été proposés comme traitement.

IV.5 Premier bilan de l'enquête

L'analyse des résultats met en évidence plusieurs paradoxes en invalidant certaines hypothèses posées au départ. Par exemple :

Les MG s'estiment bien formés sur le sujet de l'AM alors qu'ils stipulent eux même avoir reçu une quantité d'heure faible concernant ce sujet pendant leur formation initiale. Même si la quantité d'heure n'est pas toujours liée à la qualité de l'enseignement délivré, il sera important de mettre en lien la formation et les connaissances sur l'AM des MG ayant répondu au questionnaire.

Les infections ne sont pas si souvent suspectées et l'arrêt de l'allaitement rarement recommandé alors que les maladies et les traitements contre-indiquant l'allaitement sont surestimés.

La reprise du travail est considérée comme compatible avec l'AM par les MG ayant répondu à notre enquête alors que ce n'est pas forcément le cas dans les mœurs de notre société et de notre pays.

En dernier lieu, cette analyse des résultats montre que 3 caractéristiques de notre échantillon influencent la PEC des femmes allaitantes par les MG : le sexe, l'âge et le fait d'avoir vécu un allaitement (à travers leur femme pour les hommes).

D'ailleurs si nous reprenons les 5 meilleures notes et les 5 plus mauvaises notes et que nous observons les caractéristiques de chaque médecin, ce sont plutôt des femmes jeunes avec une expérience d'allaitement qui ont le mieux réussi et des hommes plutôt âgés avec une expérience d'allaitement qui ont le moins bien réussi.

Le tableau suivant met en valeur ces dernières observations :

Tableau 15: Caractéristiques de réussite

MEILLEURES NOTES	Sexe	Agés	Enfants	Enfants Allaités	MAUVAISES NOTES	Sexe	Agés	Enfants	Enfants Allaités
14,6/20	Femme	37 ans	oui	oui	3,6/20	Homme	67 ans	oui	oui
14,3/20	Femme	31 ans	oui	oui	3,6/20	Homme	58 ans	oui	oui
14,1/20	HOMME	52 ans	oui	oui	4,3/20	Homme	57 ans	oui	oui
13,9/20	Femme	29 ans	NON		4,6/20	Homme	67 ans	oui	oui
13,2/20	Femme	37 ans	oui	oui	4,6/20	Homme	54 ans	oui	oui

Ces 4 points forts ressortant de notre enquête seront plus approfondis dans la partie suivante.

Troisième partie

I Les points forts de l'enquête

I.1 Validité du questionnaire

Mon questionnaire a été élaboré suite à la lecture des recommandations de l'ANAES (9), des protocoles du réseau AUORE existants sur l'allaitement (24)(28) et la relecture des enseignements théoriques (8)(23), dispensés par une sage-femme au site de formation maïeutique de Bourg en Bresse, concernant la physiologie ainsi que les complications de l'AM. Les cas cliniques sont donc concis, clairs, sans ambiguïtés et conformes aux descriptions cliniques répertoriées dans les recommandations de l'ANAES et les protocoles du réseau AUORE (faisant eux même référence aux recommandations de l'ANAES).

Le questionnaire a ensuite été testé par 2 MG pour s'assurer de sa compréhension ; quelques modifications de formulation y ont été apportées.

I.2 Mode de recueil des données

Mon questionnaire était facile d'accès. Le lien du site internet était indiqué dans le mail envoyé aux médecins. Ils n'avaient donc pas de courrier papier à renvoyer. L'accessibilité de mon questionnaire sur internet m'a semblé être le moyen le plus pratique pour obtenir une bonne participation des médecins très occupés par leur emploi.

De plus, le questionnaire était facile et rapide à remplir puisque qu'il s'agissait majoritairement de questions binaires et de QCM. Une seule question nécessitait la rédaction d'une réponse rédigée par les médecins. D'ailleurs, seulement 2 médecins ont profité de cette question pour me dire que mon questionnaire était trop long.

En outre, un item « autres » était présent dans chaque question pour permettre aux médecins de compléter leur réponse s'ils le souhaitaient.

Ce type d'outil a donc permis de recevoir 90 réponses ce qui est un nombre très conséquent malgré le peu de disponibilité des professionnels interrogés. Cette quantité de réponse était très satisfaisante pour moi étant donné que l'objectif initial était de s'approcher d'une centaine de réponses.

Enfin, ces 90 questionnaires ont été correctement remplis car les réponses aux questions étaient obligatoires pour pouvoir passer à la page suivante. Cela a permis l'obtention de réponses à toutes les questions et donc une bonne analyse des résultats.

II Les biais et limites

Certains biais n'ont malheureusement pas pu être évités au cours de la réalisation de notre enquête.

II.1 Les biais de sélection

Seuls les médecins généralistes ayant voulu me donner leur courriel ont pu recevoir le questionnaire. Et parmi eux, seulement les personnes intéressées par le sujet ont répondu à mon enquête.

Je n'ai pas appelé tous les médecins généralistes du Rhône, de l'Isère et de la Loire. Pour des raisons de recrutement, le périmètre d'enquête a dû être limité à 30 km autour de mon habitation pour le Rhône et l'Isère et aux MG dont ma directrice de mémoire possédait les courriels pour la Loire.

Suite aux résultats de la question 2.b de notre questionnaire, concernant les ressentis de l'allaitement, il est possible que seuls les hommes ayant gardé un bon souvenir de l'AM aient répondu à mon questionnaire.

Le fait que les femmes soient vraisemblablement plus concernées par le sujet peut également être un biais de sélection.

II.2 Le biais de mémoire

En raison des résultats aux questions 2.b et 3 concernant l'âge du praticien, nous pouvons dire que l'expérience personnelle de l'allaitement des hommes est moins récente que celle des femmes, car ils sont en moyenne plus âgés. Ce biais de souvenir a donc pu influencer leur réponse. Une question leur demandant à quel âge ils ont été père aurait pu éviter ce biais car ce dernier n'est pas forcément vrai si leur paternité s'avère être tardive.

II.3 Le biais de valorisation

Un biais de valorisation a lieu lorsque le répondant répond aux questions dans l'optique de se valoriser et de décrire un comportement « idéal ». Nous avons bien essayé de l'éviter en

précisant de ne pas aller chercher les réponses et de répondre spontanément mais ce biais est, à mon avis, inévitable.

II.4 Limite liée au recrutement

N'ayant pas gardé la liste des médecins ne souhaitant pas recevoir mon questionnaire, je regrette de ne pas pouvoir comptabiliser le nombre de médecins appelés au total et connaître les particularités de chacun. Cela aurait été intéressant par exemple, de savoir si plus d'homme ou de femme ont refusé de recevoir mon questionnaire.

II.5 Limites liées au mode de recueil des données

Pour pouvoir envoyer le questionnaire aux médecins, j'ai dû préalablement les contacter par téléphone. Parfois les secrétaires refusaient de me communiquer l'adresse mail du médecin et/ou de lui transmettre soit mon appel soit un message. Ces médecins n'ont donc pas pu être interrogés.

Malgré de multiples relances par mails, certains médecins n'ont tout de même pas répondu à mon questionnaire.

II.6 Limites liées à la pertinence des questions

Je pense qu'avoir évalué la gastroentérologie alors qu'il s'agit d'une maladie ne nécessitant pas forcément de traitement n'était pas si pertinent. Evaluer au contraire une maladie nécessitant l'utilisation de médicaments comme une angine, sinusite ou une grippe par exemple aurait peut être apporté plus d'information sur l'attitude des MG face à une maladie ne concernant pas l'AM en lui-même chez une femme allaitante.

Comme je le dis plus haut, il aurait été intéressant de savoir à quel âge les répondants ont été parents pour savoir quand remonte leur expérience personnelle de l'allaitement.

III Discussion

III.1 Paradoxe entre formation initiale et connaissances des MG sur le sujet de l'AM

Notre étude met en évidence un paradoxe important : les MG s'estiment bien formés pour gérer les complications maternelles de l'allaitement alors qu'ils expriment eux même le fait d'avoir reçu soit un enseignement très court soit aucun enseignement sur le sujet. De plus,

ils sont nombreux à demander des informations complémentaires concernant l'AM à la fin du questionnaire.

Bien que l'AM fasse partie de la formation initiale des MG durant leur cursus universitaire, le temps consacré à ce sujet reste faible ou incomplet et parfois inexistant. C'est d'ailleurs ce dont témoignent les résultats de notre étude, puisque la moyenne d'heure d'enseignement dispensé concernant l'AM s'élève à seulement 4h et que 28,9% de MG participants à notre étude déclarent ne pas en avoir bénéficié.

En outre, même si la quantité d'heure délivrée pour un enseignement n'est pas gage de qualité, un sujet comme l'AM nécessite plus de 4 h pour être abordé sous tous ces aspects. D'ailleurs, pour les Sages-femmes (SF), l'enseignement sur le sujet est réparti sur deux années de formation à hauteur d'environ 25h.

Etant donné l'intérêt de santé publique qui est reconnu pour l'AM, il semble de plus en plus important que l'ensemble des professionnels de santé soient plus aptes à accompagner les mères allaitantes. D'ailleurs, l'OMS recommande un AM exclusif de 6 mois (9). Un meilleur accompagnement des mères allaitantes par les professionnels de santé, plus particulièrement les MG, acteur de premier plan, favoriserait le suivi de cette recommandation. Pour bien maîtriser les complications, il faut tout d'abord avoir intégré la physiologie de l'AM. Un rappel sur ce mécanisme avant d'aborder les complications pendant le 2^{ème} cycle d'études médicales permettrait donc aux prochains internes de médecine générale de se sentir plus à l'aise sur ce point dès leur entrée en 3^{ème} cycle d'études médicales. Cela est d'autant plus incontournable car pendant leur stage prévu chez le praticien, au cours de ce dernier cycle d'études médicales, les opportunités de rencontrer des patientes pour des complications maternelles de l'AM peuvent être nombreuses (22).

III.1.A Paradoxe entre connaissances théoriques et pratique médicale

Si nous rentrons dans le détail des connaissances de MG participants à notre enquête sur les complications de l'AM, nous constatons que dans l'ensemble ils surévaluent les maladies et traitements responsables de l'arrêt de l'AM. Pour autant, généralement, ils adoptent peut de fois une démarche d'interruption de l'AM.

Ce qui nous amène à penser que l'infection est possiblement peut diagnostiquée, car celle-ci nécessitant un traitement s'assortirait d'un arrêt de l'AM selon ce qu'ils pensent. Ce paradoxe est donc également très important à mettre en évidence.

Actuellement, les maladies déconseillant l'allaitement maternel sont peu nombreuses. Seuls le VIH et la galactosémie du nouveau né sont des contre-indications absolues.

Il existe également des contre-indications relatives mais à étudier au cas par cas :

- **l'herpès** : si le mamelon est atteint (2).
- **la varicelle** : si la mère a contracté la varicelle 5 jours avant la naissance ou 2 jours après, celle-ci devra être séparée de son enfant pendant la période où elle est contagieuse soit une période de 7 à 10 jours. En dehors de cette période, si la mère contracte la varicelle son enfant sera lui aussi très probablement contaminé. L'allaitement peut donc être poursuivi sauf en présence de lésions importantes au niveau des seins (2).
- **La phénylcétonurie du nouveau né**. Les nourrissons atteints de phénylcétonurie peuvent être allaités mais partiellement grâce à un mélange Lofenac et de lait maternel (2).

Les traitements contre-indiquant l'AM sont également peu nombreux. Les deux seuls formellement contre-indiqués sont la codéine et l'aspirine en dose antalgique >325mg/24h (28).

Certains sont à utiliser avec précaution :

- Les **Fluoroquinolones** peuvent être utilisés en cours d'allaitement. Il est cependant préférable d'utiliser le ciprofloxacine (Ciflox®) ou l'ofloxacine (Oflocet®) en traitement long ou le norfloxacine (Noroxine®) pour les traitements courts (29).
- Le **Tramadol** est utilisable sans dépasser 4-5 jours de traitement ou en prise ponctuelle. Les formes à libération immédiate sont donc plus adaptées. Par contre, il est contre-indiqué en cas d'antécédent (ATCD) de convulsions chez l'enfant (28).
- Le **Néfopam** (Acupan®) est utilisable en traitement bref (24-48h) en respectant si possible un délai de 4h entre prise et tétée. Par contre, il est également déconseillé en cas d'ATCD de convulsions chez l'enfant (28).

- La **Morphine** (type Skénan®) est le palier III de choix au cours de l'allaitement en raison de la faible biodisponibilité par voie orale de la morphine. Il est donc utilisable en respectant un délai de 4h après la dernière administration de morphine et la reprise de l'allaitement. Une surveillance de l'enfant à la recherche de signes d'imprégnation est recommandée (28).
- **Prednisone/Prednisolone** (pour des doses ≥ 40 mg) : L'allaitement possible si les prises sont ponctuelles et en respectant un délai de 3-4h entre la prise et la tétée suivante (28).

Trois complications doivent faire suspecter une infection bactérienne à staphylocoque doré et/ou streptocoque B : la candidose, la mastite et l'abcès. Les ATB sont donc à envisager pour deux de ces pathologies (24):

- La mastite si évolution > 48 h, si existence de crevasses, de mastite bilatérale ou récidivante.
- L'abcès en adaptant l'antibiothérapie aux résultats des prélèvements bactériologiques du liquide ponctionné.

La présence de streptocoque B dans le lait lors d'un épisode de mastite et/ou d'abcès est la seule raison de suspension de l'AM en dehors des contre-indications relatives suivantes.

Puisque nous notons que ces questions relatives aux traitements sont à améliorer, il paraît indispensable que les étudiants en médecine soient plus sensibilisés aux questions de l'allaitement. Certes, un cours consacré aux traitements durant l'AM serait intéressant, mais peut-être pas idéal car il deviendrait un listing indigeste. En revanche, à différentes occasions, ce sujet pourrait être précisé : en pharmacologie, en pédiatrie, en infectiologie... autant d'unités d'enseignements qui pourraient intégrer de plus en plus l'AM. Par ailleurs, le fait de l'évoquer régulièrement permettrait de mieux intégrer la PEC de l'AM dans les mœurs médicales.

Dans une étude, réalisée en 2009, sur la PEC des complications maternelles de l'allaitement par les MG de la région Nord Pas de Calais, il est suggéré que des enseignements dirigés multidisciplinaires avec des SF, des consultants en lactation et/ou des bénévoles compétents soient être intégrés aux cours consacrés à l'AM durant le deuxième cycle d'études médicale. Cela permettrait d'améliorer les diagnostics différentiels et de mieux savoir repérer les cas

nécessitant un recours à des spécialistes. D'ailleurs, ces travaux pratiques complèteraient également l'idée de prise en charge globale multidisciplinaire qui fait déjà partie intégrante de leurs enseignements (25).

Dans une étude réalisée en 2001, le Dr Gabilly a montré que 83 % des généralistes du Rhône trouvaient leur formation initiale insuffisante sur le sujet et que 72% souhaiteraient des cours sur l'allaitement pendant le troisième cycle (30). Il paraît donc indispensable d'envisager d'ajouter, au programme des trois années du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale, un enseignement sur le thème de l'AM. Même, si ce thème est censé être déjà abordé en 1^{er} et 2^{ème} cycle des études médicales, un rappel en fin d'étude ne peut être que bénéfique pour la PEC des patientes allaitantes.

La formation des SF concernant l'AM est répartie sur 2 cycles. Au cours du 2^{ème} cycle, elles apprennent la physiologie et les recommandations. Pendant le 3^{ème} cycle, un bref rappel de la physiologie précède l'apprentissage des différentes complications et de leurs PEC. De plus, de façon transversale, des informations sont données dans les cours connexes (pédiatrie, gynécologie, infectiologie...). Ce modèle d'approche de l'AM pourrait également être envisagé pour la formation des MG.

Enfin, puisque les programmes sont propres à chaque faculté, il paraît compliqué d'uniformiser les enseignements théoriques dispensés sur ce thème au sein des différents départements de médecine générale. Il est donc primordial de mettre l'accent sur l'importance de la formation pratique lors des 4 stages obligatoires du DES de médecine générale: stage chez le praticien, stage en intra-hospitalier : en médecine adulte, urgences, et gynécologie et/ou pédiatrie (pôle mère-enfant) (31). Pour cette dernière spécialité de stage, il serait nécessaire que des SF proposent un échange autour des connaissances théoriques relatives à l'AM et des dernières recommandations, dans le but d'initier une PEC pluridisciplinaire des questions portant sur l'allaitement.

III.2 La PEC des femmes allaitantes par les MG

Les MG sont formés à poser le diagnostic des pathologies pour lesquelles consultent leurs patients. Ils sont donc formés à soigner les pathologies.

L'AM est considéré comme naturel et donc ne relevant pas forcément d'un suivi médical. Cela peut être une des raisons pour laquelle les femmes allaitantes consultent peu leur MG et c'est peut être également pour cela que les MG ont peu de formation sur le sujet. Ces derniers sont plus formés « à la pathologie » alors que la SF s'occupant de la grossesse qui n'est pas en soit pas une maladie est plus formée « à la physiologie ».

De plus, pour les patients, il est usuel de sortir de chez leur MG avec une ordonnance. Le MG est soumis à la pression du patient pour la rédaction d'une ordonnance. Même si dans le cas de l'AM, les moyens « simples », « non médicamenteux » et « physiologiques » sont souvent plus efficaces que les PEC allopathiques; une patiente en difficulté dans son allaitement est sûrement dans l'attente d'une solution médicamenteuse lorsqu'elle consulte son MG. L'éducation thérapeutique de la patiente allaitante prend alors tout son sens ; le rôle du MG comme de la SF est d'aider la patiente à comprendre le ou les changements qu'on lui propose, pour aller avec elle vers une démarche « de non prescription » quand elle est possible (32).

Le MG sait diagnostiquer des complications maternelles de l'allaitement lorsque cela relève du « pathologique » comme le montrent d'ailleurs nos résultats : la candidose et la mastite ont été plutôt bien diagnostiquées contrairement à la montée de lait qui a plutôt été diagnostiquée comme un engorgement. Par contre, la PEC et les prescriptions de ces difficultés liées à l'AM sont moins aisés pour eux.

Il me semble donc important de rappeler la PEC des complications maternelles de l'allaitement.

III.2.A PEC des complications maternelles de l'allaitement

La candidose

La PEC de la candidose repose avant tout sur l'hygiène. Le lavage des mains est primordial avant chaque mise au sein et doit être d'ailleurs systématique. Il est également recommandé de laver le linge de bébé et de maman ayant été en contact du champignon et de faire bouillir tous les accessoires qui vont sur le sein et dans la bouche de bébé ainsi qu'en limiter l'utilisation.

Eviter la macération des seins dans des coussins d'allaitement et/ou coquilles est indispensable.

Si la tétée s'avère être vraiment trop douloureuse, la mère peut utiliser un TL pour soulager la douleur mammaire.

Lors d'une consultation, il est important de réaliser un examen des seins, rechercher un muguet ou un érythème fessier chez le bébé, suspecter une infection bactérienne (staphylocoque doré, streptocoque B) et orienter vers une consultation d'allaitement si cela est nécessaire.

Le traitement de la candidose consiste en l'application sur l'ensemble de la lésion d'une fine couche de Miconazole gel buccal (Daktarin®) 6x/j pendant minimum 15 jours. Le traitement de l'enfant par Nystatine en solution buvable (Mycostatine®) 100 000 à 200 000 IU 4x/j soit 1 à 2 ml 4x/j si l'enfant est âgé de moins de 6 mois ou par Dakatarin® gel buccal, une cuillère mesure 4x/j en badigeon si l'enfant est âgé de plus de 6 mois est lui aussi nécessaire.

Le violet de gentiane (Solution aqueuse à 1%) en badigeon sur la lésion 1x/j, 5 jours maximum est une alternative efficace au traitement de la mère.

Une réévaluation au bout de 10 jours est nécessaire, si une amélioration franche est constatée, le traitement antifongique doit être continué 15 jours au total. Si les symptômes persistent, un traitement per os de la mère par Fluconazole (TRIFLUCAN®) 400 mg en une prise puis 100 mg 2 fois par jour pendant 15 jours à 3 semaines et une poursuite du traitement de l'enfant sont nécessaires (24).

La crevasse

La crevasse étant due à un défaut de positionnement du bébé lors de la tétée, il est indispensable d'observer une tétée pour voir et corriger la position et la prise en bouche du mamelon par le bébé. L'enfant doit avoir un alignement oreille-épaule-hanche dans toutes les positions d'allaitement. Il doit prendre la majeure partie du mamelon dans sa bouche donc avoir la bouche grande ouverte, avoir les lèvres retroussées et « la tête dans le sein ». Sa langue doit se placer sous le sein en forme de goulotte. Le bébé ne doit pas faire de bruit, à part celui de la déglutition.

Pour soulager et accélérer la cicatrisation, l'application d'une goutte de lait sur le mamelon avant et après chaque tétée est très efficace. L'utilisation d'une crème à la lanoline purifiée (Purelan® ou Lansyno®) en fin de tétée est également recommandée. Le nettoyage systématique des mamelons n'est pas nécessaire et non recommandé. Le séchage des

mamelons est très important : laisser les seins à l'air libre quelques minutes afin de laisser sécher le lait ou la crème après la tétée est conseillé.

Pour éviter l'apparition de crevasse et/ou l'aggravation de celles déjà présentes ainsi que pour soulager la douleur, il est très important de varier les positions d'allaitement. Cela évite la pression constante de la même zone du mamelon par la bouche de bébé.

Commencer la tétée par le sein non atteint ou par expression manuelle peut également soulager la douleur lors de la tétée.

Si la tétée devient trop douloureuse, le recours à des protèges mamelon peut être possible mais pas de façon systématique.

L'expression manuelle ou l'usage d'un TL est indispensable pour drainer le sein en cas d'absence de tétée.

Un antalgique type paracétamol peut également être prescrit. (24)

L'engorgement

Pour palier à un engorgement, il est indispensable de permettre l'écoulement du lait et de soulager tension et douleur mammaire.

Pour un bon écoulement du lait, il est nécessaire de mettre le bébé au sein régulièrement et de façon efficace ou d'utiliser un TL si la tétée est impossible. Le massage aréolaire associé à l'expression manuelle est aussi très efficace quand il est bien réalisé. L'application de chaud avant la tétée ainsi que le changement fréquent des positions d'allaitement est également conseillé.

Pour soulager la tension et douleur mammaire, l'application de froid entre les tétées est efficace ainsi de l'application d'argile verte en cataplasme. L'utilisation du TL dans le but de soulager la tension mammaire et non de vider le sein car risque de sur stimulation est également possible. Enfin, les antalgiques types paracétamol et AINS s'avèrent être nécessaires dans certains cas (24).

La mastite

Pour soigner la mastite, il est important de poursuivre l'allaitement surtout du côté atteint pour continuer à drainer le sein. L'augmentation de la fréquence des tétées avec le menton du bébé positionné en regard de la rougeur et l'expression manuelle ou l'usage du TL si la tétée est trop douloureuse sont donc indispensables.

Le repos et un arrêt de travail sont de rigueur d'où l'importance de consulter un professionnel médical.

Les soins locaux comme l'alternance de chaud avant la tétée et de froid entre les tétées et les cataplasmes d'argile verte favorisent le drainage du sein et soulage la douleur mammaire. Les antalgiques types paracétamol et AINS sont également à prescrire.

Une réévaluation de la situation toutes les 48H jusqu'à la guérison est indispensable.

Si l'évolution clinique s'oriente vers une récurrence, une mastite bilatérale ou si pas d'amélioration rapide après drainage (persistance >48h), une cyto-bactériologie du lait avec compte de germes et antibiogramme s'avère nécessaire.

Interprétation des résultats selon l'OMS :

- $< 10^3$ bactéries/ml de lait et $< 10^6$ leucocytes/ml = stase laiteuse
- $< 10^3$ bactéries/ml de lait et $> 10^6$ leucocytes/ml = mastite non infectieuse
- $> 10^3$ bactéries/ml de lait et $> 10^6$ leucocytes/ml = mastite infectieuse

Avant le résultat de l'antibiogramme, débiter le traitement par un ATB actif sur le staphylocoque doré de préférence Cloxacilline (Orbenine®), 2 gel 2x/j pendant 10 à 12 jours sinon Pristinamycine (Pyostacine®), 2cp 2x/j pendant 10 à 12 jours mais risque d'hypersensibilité cutanée et éventuellement Acide clavulanique-Amoxicilline (Augmentin®), 1g 3x/j pendant 10 à 12 jours. (24)

Comme le pensait la plupart des MG de notre enquête, la poursuite de l'allaitement avec l'un ou l'autre de ces antibiotiques est possible ; elle nécessite seulement une simple surveillance d'éventuels troubles digestifs chez l'enfant.

La suspension de l'allaitement n'est donc pas nécessaire comme le pensait également la plupart des MG ayant répondu à notre questionnaire ; sauf si présence de streptocoque B.

L'abcès

La PEC nécessite une orientation pour une prise en charge conjointe (gynécologue, radiologue et conseiller en allaitement). Une ponction pour évacuer le lait et effectuer une bactériologie du liquide doit être réalisée. Le sein doit continuer à être drainé, la poursuite de l'allaitement est donc possible y compris du côté atteint et l'expression manuelle ou le TL

utilisé si nécessaire. Seule la présence de streptocoque B nécessite la suspension de l'allaitement le temps du traitement.

Le traitement de la mastite est chirurgical pour les formes profondes ou étendues. L'antibiothérapie est adaptée en fonction des résultats des prélèvements bactériologiques du liquide ponctionné et doit durer au moins 15 jours.

Les antalgiques types paracétamol et AINS sont de rigueur (24).

Les difficultés des MG portant sur la PEC et les traitements nécessaires pour ces différentes complications, il est important de trouver des solutions pour améliorer le développement professionnel continu.

III.2.B Propositions pour améliorer la PEC des patientes allaitantes par les MG

- Le développement professionnel continu (DPC)

De nos jours, face à l'avancée des progrès médicaux, nos connaissances théoriques deviennent rapidement obsolètes. La mise à jour nos connaissances et pratiques fréquemment et tout au long d'une carrière s'avère obligatoire. Cela me semble d'autant plus indispensable sur un sujet comme l'allaitement qui tient compte à la fois de la mère et de l'enfant. Comme le dit Laurie Vuylsteker dans sa thèse (25), « *L'article 11 du code de déontologie prévoit d'ailleurs l'obligation de formation continue pour tous les médecins.* »

Le DPC des MG passe par la participation à des soirées de Formation Médicale Continue (FMC). Il serait donc intéressant qu'une FMC spécialisée dans l'AM soit rendue obligatoire. Elle ferait partie intégrante des autres FMC apportant des crédits au DPC (25). De plus, suite aux résultats de notre étude, la participation de tous les MG à cette FMC spécialisée me semble d'autant plus nécessaire que l'AM est actuellement un sujet de santé publique international.

En 2005, la thèse de Vicky Debonnet-Gobin démontre l'amélioration de la PEC des complications de l'AM après avoir participé à une FMC sur le sujet (10).

Enfin, comme le suggère Laurie Vuylsteker dans sa thèse : « *Le thème de la prise en charge des complications de l'allaitement pourrait logiquement devenir un thème d'Evaluation des Pratiques Professionnelles* ». (25)

- **Coordination ville-hôpital et le travail en réseau**

Pour améliorer la PEC du post-partum, c'est-à-dire de la mère, de son enfant et par la même occasion de l'AM, l'envoi systématique du compte rendu d'hospitalisation au médecin traitant serait nécessaire. Cette coordination ville-hôpital permettrait également au médecin traitant d'avoir « un contact » vers qui adresser ces patientes lorsque cela lui semble nécessaire. Ce travail en réseau pourrait s'étendre aux PMI, SF, Consultants en lactation et Associations spécialisées dans l'allaitement pour optimiser la PEC des patientes allaitantes. A savoir que les trois départements concernés dans notre étude comportent 7 associations de ce type déjà citées précédemment en première partie.

- **Journée de formation consacrée à l'AM**

Organiser une journée de formation consacrée à l'AM, comme le samedi de la contraception mis en place par Gynécologue serait pertinent. La CoFAM pourrait mettre en place cette journée indépendamment de la Semaine Mondiale de l'AM (SMAM) pour éviter la concordance de ces deux évènements. En effet, la popularité de la SMAM pourrait masquer l'existence « du samedi de l'allaitement ». Isoler cette journée permettrait d'accroître sa reconnaissance et son intérêt par les participants.

Ce samedi de l'AM pourrait s'organiser en 2 temps :

- La matinée consacrée aux rappels de l'anatomie du sein, de la physiologie de l'allaitement et de la PEC des complications de l'AM serait suivie par l'explication de conduites à tenir (CAT) claires et concises retranscrites sur des fiches récapitulatives remises aux participants. Afin de mieux renseigner les patientes sur l'existence des associations d'aide à l'AM, un annuaire des adresses et numéros utiles serait distribué aux MG. Consultants en lactation, SF, Gynécologues et MG dispenseraient ces cours dans le but d'animer la pluridisciplinarité.
- L'après midi consisterait au déroulement d'ateliers pratiques portant sur les différentes techniques d'expression manuelle, sur l'utilisation du tire-lait et/ou sur les différentes positions d'allaitement.

Tout au long de cette journée, les différentes associations de professionnels ou de parents pourraient être invitées afin de favoriser des échanges avec les participants lors des pauses.

Enfin, cette journée pourrait permettre de diffuser largement la brochure illustrée, concise et complète de l'INPES éditée en octobre 2009 intitulée « Le guide de l'allaitement maternel ».

- **Inscription aux réseaux de périnatalité**

Dans notre étude, 62,2% des MG déclarent connaître les réseaux de périnatalité, seulement 30,4% y sont inscrit et uniquement 25% connaissent les protocoles portant sur l'AM. Il serait avantageux d'essayer d'augmenter l'inscription à ces réseaux puisque des CAT claires sont proposées dans les différents protocoles. La consultation de ces protocoles par les professionnels permettrait une meilleure PEC des patientes allaitantes. De plus, ces réseaux organisent des journées de formation accessibles à tous les professionnels médicaux souhaitant y participer. D'ailleurs, le réseau Aurore est, depuis décembre 2013, enregistré comme un organisme de développement professionnel continu (33).

- **Création d'une cotation « Consultation allaitement »**

Au même titre que les cotations spécifiques existant déjà pour les consultations avec majoration pour les enfants de 0 à 2 ans (C+MNO) ou pour les enfants de 2 à 6 ans (C+MGE), la création d'une cotation pour une consultation allaitement favoriserait la PEC des patientes allaitantes. Une consultation chez un médecin traitant dure en moyenne 15 minutes. Une tétée efficace et complète durant plus de 10 minutes lorsque tout va bien, il n'est donc pas possible pour un MG d'observer une tétée complète lors d'une simple consultation. Cependant, pour prendre en charge correctement certaines complications de l'AM, il est indispensable d'observer une mise au sein. Le MG doit donc, à ce jour, pour prendre en charge correctement une patiente allaitante, augmenter la durée de sa consultation mais ne peut pas majorer sa facturation s'il exerce en secteur 1. La création d'une cotation « consultation allaitement » paraît donc nécessaire pour optimiser la PEC des patientes allaitantes par les MG. Pour comparer, une consultation allaitement avec une consultante en lactation dure au moins 1h voire 1h30 (34). Pour parvenir à cette qualité de PEC, il faut la volonté d'une politique de santé afin de promouvoir l'AM. La démonstration des bénéfices d'un AM tant en matière d'économie en santé que d'art de vivre doivent être démontrés afin de soutenir la perspective d'une réelle politique de santé publique et de la famille.

- **La promotion de l'AM dans les cabinets médicaux**

La promotion de l'AM avant même la conception nécessite à la base une information attrayante et non stigmatisante. La mise à disposition dans les salles d'attente ou dans le cabinet du MG de revues spécialisées en allaitement, de brochures d'information destinées aux femmes enceintes ou souhaitant avoir un enfant ainsi que l'exposition d'affiches montrant une mère allaitant son bébé pourrait initier la réflexion des futurs mères sur ce sujet. Notamment, cela favoriserait chez les femmes les représentations positives de l'allaitement et montrerait l'ouverture du MG à cette question, ce qui, en soit est incitatif pour consulter en cas de problème. D'ailleurs, une information de qualité délivrée par les professionnels de santé semble encourager l'AM ainsi qu'être un facteur déterminant dans la durée de l'allaitement (35).

- **Les groupes de pairs**

Les groupes de pairs sont des groupes de médecins de la même spécialité se réunissant régulièrement sans hiérarchie entre eux, dans un climat de confiance favorisant la liberté de parole. Ils font une analyse argumentée de la pratique quotidienne centrée sur la présentation de cas cliniques, tirés au sort tout en s'appuyant sur l'expertise collective (36).

Ces réunions se déroulent en 3 temps :

- Présentation de cas cliniques par chaque participant selon un modèle disponible sur le site de la Société Française de Médecine Générale et discussion autour de chacun des cas.
- Parcours et coordination de soins. Ce temps permet d'échanger sur l'offre locale de santé. Il permet également de mettre en exergue et donc favoriser le travail en réseau.
- Sujet libre. Ce temps permet d'apporter les réponses aux questions posées à la séance précédente, d'aborder un sujet de son choix ou d'exposer des cas cliniques complexes rencontrés ...

Dans notre étude, 40% des MG font partie d'un groupe de pairs et parmi eux 63,9% ont déjà abordé le sujet de l'AM lors d'une réunion. Inciter un MG à faire partie d'un groupe de pairs peut que permettre d'enrichir ses connaissances et sa pratique ainsi que celles des confrères y participant avec lui. L'augmentation du nombre des groupes de pairs serait donc bénéfique

pour la PEC en charge des patients en générale et qui plus est bénéfique pour les patientes allaitantes lorsque le sujet de l'AM est évoqué.

III.3 La reprise du travail et l'AM

La reprise du travail est considérée comme compatible avec l'AM par les MG ayant répondu à notre enquête alors que ce n'est pas forcément le cas dans les mœurs de notre société et surtout de notre pays. Les MG de notre enquête ne sont-ils pas idéalistes ?

Le congé post natal en France est de 10 semaines et la durée moyenne d'un allaitement en France est de 8 à 10 semaines. Ce constat montre bien que le lorsque les femmes reprennent leur activité professionnelle, celles-ci arrêtent leur allaitement. L'OMS recommande un allaitement maternel exclusif de 6 mois (9). Pour suivre cette recommandation, il est nécessaire de trouver des solutions soit pour que les femmes reprennent le travail plus tard après l'accouchement, soit pour permettre la poursuite de l'AM des femmes actives.

La prolongation du congé post natal est une des solutions qui permet de prolonger un AM sereinement et sans contrainte (19). Malheureusement, sans cumuler congé post natal et congés annuels ou congé parental d'éducation ou même congé sans solde si possible, obtenir une prolongation peut s'avérer compliqué surtout avec la conjoncture actuelle de l'emploi. Lorsque tout cela est impossible, seul un arrêt de travail de 15 jours à 1 mois pour maladie prescrit par le MG ou le gynécologue peut permettre à la mère de repousser la reprise du travail et la séparation d'avec son enfant. Auparavant, les mères pouvaient bénéficier, à la suite de leur congé post natal, d'un congé d'allaitement mais celui-ci à été supprimé. Actuellement, Il n'est pas prévu de congé maternité spécifique à l'allaitement. Ainsi, le congé postnatal ne peut pas être prolongé pour ce motif. Certaines conventions collectives prévoient ce type de dispositions ; les patientes allaitantes doivent se rapprocher de leur employeur pour en bénéficier.

En Allemagne, la durée du congé post natal est moindre, se situant à 8 semaines. Malgré un congé post natal plus bref, le pourcentage d'AM est supérieur à celui de la France puisque à la naissance 85% des nouveaux nés sont allaités et 48% le sont encore à 6 mois (19). Cela s'explique par le fait que dans les pays où le taux d'allaitement à 6 mois est plus élevé, le travail à temps partiel est plus développé et que la durée hebdomadaire totale (à temps

partiel et à temps plein) est inférieure (19). De plus, les crèches d'entreprise sont plus nombreuses en Allemagne qu'en France favorisant ainsi la poursuite de l'allaitement et une reprise plus sereine du travail.

En France, si aucune prolongation du congé post natal pour l'allaitement n'est prévue dans une convention collective, l'article L422-2 du chapitre IV du Code du travail prévoit pendant une année à compter de la naissance, une heure par jour durant les heures travail pour que les femmes puissent allaiter leur enfant ou tirer leur lait. Pour permettre cette dernière possibilité, il serait intéressant que les entreprises disposent d'une pièce dédiée à cet effet. Pour un allaitement direct, les crèches d'entreprise sont une bonne alternative surtout si la crèche se situe dans l'enceinte du bâtiment ou à proximité du lieu de travail. Malheureusement, toutes les entreprises n'en disposent pas.

La compatibilité de la reprise du travail et de l'AM ne devrait pas être paradoxale. Une des missions du MG est d'informer la femme allaitante que les deux sont compatibles tout en lui expliquant les moyens pour y arriver. Expliquer la conservation du lait ainsi que la physiologie de l'allaitement pour que la mère comprenne comment gérer son allaitement pendant ces jours de travail est primordial. Il est donc important d'orienter les femmes vers des associations de soutien de mères à mères, car les femmes actives sont plus nombreuses à poursuivre l'allaitement maternel lorsqu'elles peuvent bénéficier du compagnonnage maternel (19).

Pour conclure, les MG doivent tout faire pour aider leur patiente professionnellement active à allaiter si elle le demande. Dans ce cas, en permettant à la fois une mise à jour des connaissances ainsi que des offres locales de santé existantes dans la région, le DPC tient une place importante dans l'amélioration de la PEC des femmes allaitantes.

III.4 La féminisation de la profession et l'influence de l'âge des MG

L'observation d'une différence significative entre les tranches d'âge des MG en fonction du sexe et l'existence de trois facteurs favorisant la réussite à notre questionnaire (sexe féminin, jeune âge et expérience personnelle de l'AM) résulte sans doute de la féminisation de la profession de MG.

L'augmentation ces dernières années du nombre de médecins femmes est peut être responsable de cette différence. Au 1^{er} janvier 2009, les femmes MG d'un âge moyen de 47 ans (âge moyen de 53 ans pour les hommes) représentaient seulement 34% des MG de la région Rhône Alpes alors qu'au 1^{er} janvier 2013, 46% des MG en Rhône Alpes sont des femmes d'un âge moyen de 48 ans (53 ans pour les hommes). Plus précisément, le tableau suivant montre, par département, l'augmentation du pourcentage de femmes dans la profession entre 2009 et 2013 (37)(38).

Tableau 16: Pourcentage de femmes MG en 2009 et 2013

Départements \ Années	2009	2013
Isère	34%	50%
Rhône	36%	49%
Loire	34%	48%

La différence significative retrouvée dans notre étude en faveur de la réussite des femmes à notre questionnaire peut être expliquées par deux facteurs :

- Les femmes ont tendance à être plus concernées par notre sujet.
- Seulement une femme médecin de notre étude n'a pas vécu un AM.

D'ailleurs dans notre enquête, le fait d'avoir allaité ses enfants est un facteur favorable dans la PEC des patientes allaitantes même si l'expérience en allaitement a été négative. Cela est également observé dans l'étude de Laurie Vuylsteker réalisée en 2009 sur la PEC des complications maternelles de l'allaitement par les MG (25).

Les femmes de notre enquête sont plus jeunes que les hommes. Leur formation initiale sur l'AM est donc plus récente et plus proche des recommandations actuelles que l'enseignement dispensé dans les années 90 même si celui-ci reste encore aujourd'hui incomplet comme stipulé précédemment. Notre étude et celle précédemment citée montre d'ailleurs que l'âge avançant est un facteur diminuant les résultats au test sur le sujet de l'AM. Cela renforce donc notre conviction vis à vis de la formation continue.

Pour conclure, la féminisation de la profession et la diminution de l'âge des MG se révèlent être des bénéfiques tant pour la promotion de l'AM que pour la PEC en charge des patientes allaitantes.

Conclusion

Notre étude avait pour but d'évaluer la prise en charge des femmes allaitantes par les médecins généralistes.

Les résultats de notre enquête montrent que trois caractéristiques de notre échantillon de MG influencent la note globale obtenue à notre questionnaire : le sexe, l'âge et l'expérience d'un allaitement maternel. En effet, les femmes, les jeunes MG et ceux ayant eu une expérience d'AM sont plus performants dans la PEC des patientes allaitantes. La féminisation de la profession, l'âge moyen des femmes MG (inférieur à celui des hommes) et le taux élevé d'AM des femmes de notre échantillon est un réel bénéfice pour la PEC des mères allaitantes. Cela favorise également la promotion de l'allaitement maternel.

Ensuite, notre enquête montre que les MG ont besoin et sont demandeurs d'une formation plus approfondie sur le sujet dès la formation initiale. Elle atteste également qu'une formation continue sur des questions d'AM a toute sa place dans le développement professionnel continu. Les possibilités d'amélioration citées dans notre travail sont multiples tant au niveau collectif sur le plan universitaire, qu'individuel sur le plan du DPC. La question de la faisabilité reste posée.

Malgré cela, les MG restent compétents pour diagnostiquer les pathologies de l'allaitement. En revanche, la prise en charge et les thérapeutiques étant un point à améliorer, il paraît indispensable de valoriser le travail en réseau. La PEC d'un allaitement maternel difficile est donc basé sur une PEC pluridisciplinaire : la collaboration de différents professionnels de santé formés et compétents s'avère indispensable.

Enfin, même si les MG sont au premier plan, d'après notre étude, peu de femmes consultent pour des problèmes d'allaitement. A ce stade du travail, il s'avèrerait nécessaire de réaliser une étude auprès des mères allaitantes afin de repérer le type de professionnels consultés ou de non professionnels vers qui elles se dirigent, lors de complications d'allaitement. Egalement, il faudrait mesurer l'incidence que pourraient avoir les complications de l'AM sur son interruption.

Références Bibliographiques

1. Pilot M. La situation de l'allaitement maternel en France. Santé Homme. 2010 Jul Aug;(408):19-20
2. Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, Chouraqui J-P, Darmaun D, Dupont C, et al. PNNS Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Parimage; 2005. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/SyntheseAllaitement.pdf>
3. Blondel B, Kermarrec M. Enquête Nationale Périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM; 2011 mai. Report No.: U.953. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
4. Dr Périno L. L'allaitement maternel. Actualité Claude Bernard Info; 2009.
5. Bodin-Carduner A. Prise en charge de l'initiation de l'allaitement maternel en médecine générale Etude pratique. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Paris Sud: Université Kremlin-Bicetre; 2009
6. Service-Public (page consultée le 27 févr 2015). Secteur privé : congé de maternité. Disponible sur: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2265.xhtml#N100E7>
7. Europa (page consultée le 27 févr 2015). Suède : Equilibre entre travail et vie de famille – une conciliation des plus réussies - European Platform for Investing in Children (EPIC) - European Union. Disponible sur: http://europa.eu/epic/countries/sweden/index_fr.htm
8. Saurat Guignier A. Lactation Humaine et Allaitement Maternel. 2011 2012; Site de Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse.
9. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Recommandations et références professionnelles. Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie. Texte long.2002 :1-177. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf (consulté le 27 sept 2014)
10. Debonnet-Gobin V. Allaitement Maternel et Médecine Générale. Etude à propos des représentations et des connaissances de 18 médecins généralistes, s'articulant autour d'une soirée de formation médicale continue. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Amiens: Université Picardie Jules Vernes; 2005
11. INPES (page consultée le 27 sept 2014). Grossesse et accueil de l'enfant - Fiche action n°14 : L'allaitement maternel. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3n.pdf>

12. Lecoivre A. Contenu d'une consultation dédiée à l'allaitement maternel dans les 15 premiers jours du post partum. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Tours: Université François Rabelais; 2012
13. Pr Turck D. Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel « Plan d'action : Allaitement maternel ». 2010 Juin.
14. Turck D. Les bénéfices santé de l'allaitement. Santé Homme. 2010 Jul Aug;(408):21-3
15. Fessel D, Rennhard H. L'allaitement maternel Une période heureuse pour vous et votre enfant. Wireltern. Zurich: Müller Christian; 1999.
16. Borgnat-Jambon A. L'allaitement maternel en médecine générale : Représentations, attitudes pratiques des médecins généralistes et perception du vécu de leurs patientes. Etude qualitative auprès de 17 médecins généralistes de Rhône-Alpes. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Lyon Est: Université Claude Bernard Lyon 1; 2012
17. Naitre et Grandir (page consultée le 27 sept 2014). L'allaitement et le sommeil des mamans | Famille à la une. Disponible sur: <http://naitreetgrandir.com/blogue/famille-a-la-une/2012/03/28/allaitement-et-sommeil-des-mamans/>
18. Association Ref'lait. L'allaitement maternel... en toute confiance. Saint chamond; 2009.
19. Cabon-Asencio N. Le retour au travail des mères allaitantes: Enquête auprès des médecins généralistes du Rhône. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Lyon Sud: Université Claude Bernard Lyon 1; 2005.
20. Kurth Aviles L. Place du médecin généraliste dans l'accompagnement de l'allaitement maternel. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Nancy: Université Henri Poincare; 2006.
21. Fewtrell M. Guide de l'allaitement maternel Pour aider les mamans à allaiter plus longtemps. Philipps Avent. Angleterre.
22. Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. Pediatrics. 2011;(128):103-10
23. Saurat Guignier A. Les pathologies de l'allaitement. 2013; Site de Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse.
24. Réseau de périnatalité Aurore (Page consultée le 27 sept 2014). Allaitement maternel : Complications. Disponible sur: http://www.aurore-perinat.org/doc/protocole/ALLAITEMENT_Complications_Valid_29.11.2012.pdf

25. Vuylsteker L. Prise en charge des complications maternelles de l'allaitement par les médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais en 2009. Comparaison des pratiques avec les recommandations de la haute autorité de santé. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Lille: Université Henri Warembourg; 2010
26. Association Française des Consultants en Lactation (page consultée le 1 déc 2015). Formation Initiale. Disponible sur: <http://consultants-lactation.org/index.php/les-ibclc/organismes-de-formation/>
27. Carnets de santé (page consultée le 2 janvier 2015). La prise en charge des enfants en médecine générale. Disponible sur: <http://www.carnetsdesante.fr/+La-prise-en-charge-des-enfants-en+>
28. Réseau de périnatalité Aurore (page consultée le 27 sept 2014). ALLAITEMENT - Antalgiques et anti inflammatoires. Disponible sur: <http://www.aurore-perinat.org/doc/protocole/ALLAITEMENT Antalgiques et anti-inflammatoires Valid 05.12.2013.pdf>
29. CRAT - Centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte (page consultée le 6 oct 2014). Disponible sur: <http://www.lecrat.org/>
30. Gabilly F. Prise en charge des mères allaitantes : enquête sur les besoins de formation du M généraliste, conduite pratique à partir d'une revue de la littérature. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]; 2001.
31. D.E.S. de Médecine Générale Ile-de-France (page consultée le 2 fév 2015). Texte national du DES de MG. Disponible sur: <http://desmgidf.fr/page/texte-national-du-des-de-mg>
32. Garoux Drevet M, Gonthier R, Vallée J, Qu'attendent les patients de la consultation de suivi d'une pathologie chronique en médecine générale ? Médecine 2014;5 : 234-39
33. Réseau AURORE (page consultée le 2 sept 2014). Formations. Disponible sur: <http://www.aurore-perinat.org/>
34. Site Officiel Périnatalité (page consultée le 10 fév 2015). Faire appel à un consultant(e) en lactation. Disponible sur: <http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/reseaux/afcl-consultantses-en-lactation-ibclc/faire-appel-a-un-consultante-en-lactation-757.html>
35. Vinther T, Helsing E. Allaitement maternel : comment favoriser sa réussite. Un guide pratique pour les professionnels de santé. Information pour l'allaitement (IPA) : OMS Bureau régional de l'Europe
36. Société Française de Médecine Générale (page consultée le 20 fév 2015). Groupe de pairs®. Disponible sur: http://www.sfm.org/groupe_de_pairs/

37. Conseil National de l'Ordre des Médecins (page consultée le 12 févr 2015). Les atlas régionaux 2009. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/les-atlas-regionaux-966>
38. Conseil National de l'Ordre des Médecins (page consultée le 12 févr 2015). Atlas régionaux 2013. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1371>

Bibliographie

Articles:

- Garoux Drevet M, Gonthier R, Vallée J, Qu'attendent les patients de la consultation de suivi d'une pathologie chronique en médecine générale ? Médecine 2014;(5):234-39
- Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. Pediatrics. 2011;(128):103-10
- Périno L. L'allaitement maternel. Actualité Claude Bernard Info. 2009.
- Pillot M. La situation de l'allaitement maternel en France. Santé Homme. 2010 Jul Aug;(408):19-20
- Turck D. Les bénéfices santé de l'allaitement. Santé Homme. 2010 Jul Aug;(408):21-3

Cours :

- Saurat Guignier A. Lactation Humaine et Allaitement Maternel. 2011 2012; Site de Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse.
- Saurat Guignier A. Les pathologies de l'allaitement. 2013; Site de Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse.

Livrets / Brochures :

- Fessel D, Rennhard H. L'allaitement maternel Une période heureuse pour vous et votre enfant. Wireltern. Zurich: Müller Christian; 1999.
- Association Ref'lait. L'allaitement maternel... en toute confiance. Saint chamond; 2009.
- Fewtrell M. Guide de l'allaitement maternel Pour aider les mamans à allaiter plus longtemps. Philipps Avent. Angleterre.
- Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, Chouraqui J-P, Darmaun D, Dupont C, et al. PNNS Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Parimage; 2005. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/SyntheseAllaitement.pdf>
- Vinther T, Helsing E. Allaitement maternel : comment favoriser sa réussite. Un guide pratique pour les professionnels de santé. Information pour l'allaitement (IPA) : OMS Bureau régional de l'Europe

Sites internet :

- Association Française des Consultants en Lactation (page consultée le 1 déc 2015). Formation Initiale. Disponible sur: <http://consultants-lactation.org/index.php/les-ibclc/organismes-de-formation/>
- Carnets de santé (page consultée le 2 janvier 2015). La prise en charge des enfants en médecine générale. Disponible sur: <http://www.carnetsdesante.fr/+La-prise-en-charge-des-enfants-en+>
- Conseil National de l'Ordre des Médecins (page consultée le 12 févr 2015). Les atlas régionaux 2009. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/les-atlas-regionaux-966>
- Conseil National de l'Ordre des Médecins (page consultée le 12 févr 2015). Atlas régionaux 2013. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1371>
- CRAT - Centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte (page consultée le 6 oct 2014). Disponible sur: <http://www.lecrat.org/>
- D.E.S. de Médecine Générale Ile-de-France (page consultée le 2 fév 2015). Texte national du DES de MG. Disponible sur: <http://desmgidf.fr/page/texte-national-du-des-de-mg>
- Europa (page consultée le 27 févr 2015). Suède : Equilibre entre travail et vie de famille – une conciliation des plus réussies - European Platform for Investing in Children (EPIC) - European Union. Disponible sur: http://europa.eu/epic/countries/sweden/index_fr.htm
- INPES (page consultée le 27 sept 2014). Grossesse et accueil de l'enfant - Fiche action n°14 : L'allaitement maternel. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3n.pdf>
- Naitre et Grandir (page consultée le 27 sept 2014). L'allaitement et le sommeil des mamans | Famille à la une. Disponible sur: <http://naitreetgrandir.com/blogue/famille-a-la-une/2012/03/28/allaitement-et-sommeil-des-mamans/>
- Réseau AURORE (page consultée le 2 sept 2014). Formations. Disponible sur: <http://www.aurore-perinat.org/>
- Réseau de périnatalité Aurore (page consultée le 27 sept 2014). ALLAIEMENT - Antalgiques et anti inflammatoires. Disponible sur: http://www.aurore-perinat.org/doc/protocole/ALLAIEMENT_Antalgiques_et_anti-inflammatoires_Valid_05.12.2013.pdf

- Réseau de périnatalité Aurore (Page consultée le 27 sept 2014). Allaitement maternel : Complications. Disponible sur: http://www.aurore-perinat.org/doc/protocole/ALLAITEMENT_Complications_Valid_29.11.2012.pdf
- Service-Public (page consultée le 27 févr 2015). Secteur privé : congé de maternité. Disponible sur: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2265.xhtml#N100E7>
- Site Officiel Périnatalité (page consultée le 10 fév 2015). Faire appel à un consultant(e) en lactation. Disponible sur: <http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/reseaux/afcl-consultantses-en-lactation-ibclc/faire-appel-a-un-consultante-en-lactation-757.html>
- Société Française de Médecine Générale (page consultée le 20 fév 2015). Groupe de pairs®. Disponible sur: http://www.sfm.org/groupe_de_pairs/

Thèses :

- Bodin-Carduner A. Prise en charge de l'initiation de l'allaitement maternel en médecine générale Etude pratique. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Paris Sud: Université Kremlin-Bicetre; 2009
- Borgnat-Jambon A. L'allaitement maternel en médecine générale : Représentations, attitudes pratiques des médecins généralistes et perception du vécu de leurs patientes. Etude qualitative auprès de 17 médecins généralistes de Rhône-Alpes. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Lyon Est: Université Claude Bernard Lyon 1; 2012
- Cabon-Asencio N. Le retour au travail des mères allaitantes: Enquête auprès des médecins généralistes du Rhône. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Lyon Sud: Université Claude Bernard Lyon 1; 2005.
- Debonnet-Gobin V. Allaitement Maternel et Médecine Générale. Etude à propos des représentations et des connaissances de 18 médecins généralistes, s'articulant autour d'une soirée de formation médicale continue. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Amiens: Université Picardie Jules Vernes; 2005
- Gabilly F. Prise en charge des mères allaitantes : enquête sur les besoins de formation du M généraliste, conduite pratique à partir d'une revue de la littérature. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]; 2001.
- Kurth Aviles L. Place du médecin généraliste dans l'accompagnement de l'allaitement maternel. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Nancy: Université Henri Poincare; 2006.
- Lecoeuvre A. Contenu d'une consultation dédiée à l'allaitement maternel dans les 15 premiers jours du post-partum. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Tours: Université François Rabelais; 2012

- Vuylsteker L. Prise en charge des complications maternelles de l'allaitement par les médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais en 2009. Comparaison des pratiques avec les recommandations de la haute autorité de santé. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Lille: Université Henri Warembourg; 2010

Autres :

- Blondel B, Kermarrec M. Enquête Nationale Périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM; 2011 mai. Report No.: U.953. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Recommandations et références professionnelles. Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie. Texte long.2002 :1-177. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf (consulté le 27 sept 2014)
- Pr Turck D. Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel « Plan d'action : Allaitement maternel ». 2010 Juin.

Annexe I

Le Questionnaire avec la correction des cas cliniques

Bonjour, je m'appelle CARILLO Barbara, je suis étudiante sage-femme en 5ème année à Bourg en Bresse et je fais mon mémoire sur la prise en charge des complications maternelles de l'allaitement par les médecins généralistes.

Par conséquent, mon questionnaire s'adresse aux médecins généralistes.

Ce questionnaire est anonyme et ne vous prendra qu'environ 10 mins.

Je vous invite à répondre les plus spontanément possible sans chercher les informations.

Cochez la ou les bonnes réponses et répondez en quelques mots si nécessaire.

Merci d'avance pour l'aide précieuse que vous allez m'apporter dans la réalisation de mon mémoire.

1. Etes-vous un homme une femme
2. Avez-vous des enfants : oui non
 - a. Si oui, ont-ils été allaités : oui non
 - b. Quel a été votre ressenti général de votre expérience personnelle ou familiale de l'allaitement : (cochez une ou plusieurs réponses)
 Complicé Douloureux Contraignant Impudique Chronophage Mitigé
 Facile Agréable Enrichissant Epanouissant Admirable
3. Quel est votre âge : ans
4. Depuis combien de temps pratiquez-vous en libéral : Mois / Ans
5. Dans quel secteur travaillez-vous : urbain rural les 2
6. A quelle fréquence des femmes allaitantes consultent chez vous pour des complications maternelles de l'allaitement ? Jamais 1 à 3x/an 4 à 6x/mois 1 à 2x/mois ≥1x/semaine
7. De quelle formation bénéficiez-vous sur le sujet ? (cochez une ou plusieurs réponses)
 Formation initiale, durée en heure ?
 DU, lequel ?
 Autres :
8. Considérez- vous que votre formation vous permette de répondre aux besoins des patientes allaitantes ? oui non
9. Lorsque vous ne pouvez pas répondre aux questions de votre patiente, quel est votre recours ? (cochez une ou plusieurs réponses)
 Ouvrage médical Gynécologue Sage femme PMI Autres :.....

Les bonnes réponses sont celles en rouge.

10. Une patiente allaitante consulte. Elle a accouché il y a 3 semaines, elle avait une fièvre transitoire à 38°C ce matin et présente une tension mammaire bilatérale sans rougeur.

a. Quel est votre diagnostic ? (cochez une réponse)

- Un engorgement
- Une montée de lait
- Un canal lactifère bouché
- Une mastite ou lymphangite
- Un abcès du sein
- Rien à voir avec l'allaitement
- Autre :

b. Suite à votre diagnostic, quelle est votre prise en charge? (cochez une ou plusieurs réponses)

- Mettre le bébé au sein plus fréquemment
- Mettre le bébé au sein moins fréquemment
- Appliquer du froid entre les tétées
- Appliquer du chaud avant la tétée
- Vider le sein au tire lait
- Expression manuelle de lait pour soulager la tension mammaire
- Prélèvement de lait pour analyse bactériologique
- Antibiotiques
- Arrêt de l'allaitement
- Antipyrétique (type paracétamol)
- Autres :

11. Une autre patiente allaitante vient vous voir. Elle se plaint d'une douleur intense pendant et après la tétée avec sensation de brûlure, de verre pilé ou d'aiguille dans le sein et d'un prurit au niveau des mamelons. La gêne est bilatérale.

a. Quel est votre diagnostic ? (cochez une réponse)

- Crevasses
- Candidose
- Mastite
- Abcès du sein
- Ce n'est pas pathologique
- Allergie à la pommade protectrice des bouts de sein

Autre :

b. Suite à votre diagnostic, quelle est votre prise en charge ? (cochez une ou plusieurs réponses)

Lavage des mains avant chaque tétée

Lavage des mamelons avant et après chaque tétée

Lavage du linge de bébé et de la mère ainsi que des accessoires servant à l'allaitement

Usage d'un tire-lait pour soulager la douleur mammaire

Arrêt de l'allaitement

Aucune

Autres :

- Eviter la macération des seins (coussins, coquilles). (Item évaluer dans la question suivante).

- Rechercher un muguet ou un érythème fessier chez le bébé mais non pertinent pour mon mémoire car seulement le versant maternel est étudié.

c. Quelle thérapeutique lui prescrivez-vous ? (cochez une ou plusieurs réponses)

Crème à la lanoline

Violet de gentiane (Solution aqueuse à 1%, badigeonner la lésion 1x/j, 5 jours maximum. Alternative de la crème antifongique)

Antibiotiques

Crème antifongique (Miconazole : gel buccal sur le mamelon à appliquer en fine couche sur l'ensemble de la lésion 6x/24h, minimum 15jours. EN 1^{ère} INTENTION)

Coussins d'allaitement

Coquilles

Antiseptique local

Antalgique (type paracétamol)

Aucune

Autres :

12. Une maman vient vous voir. Elle dit avoir des crevasses.

a. Quelle est votre prise en charge ? (cochez une ou plusieurs réponses)

Arrêt complet de l'allaitement

Repos du mamelon lésé avec tire lait en relai pour palier à l'absence de tétée

Conseiller de varier les positions

Appliquer une goutte de lait sur les mamelons en fin de tétée

Observer une tétée pour s'assurer de la bonne position du bébé

III

- Nettoyer le sein à l'eau ou au sérum physiologique régulièrement
- Arrêter le nettoyage des mamelons systématique
- Désinfection à la biséptine
- Orienter vers une sage femme
- Commencer la tétée par le sein non atteint ou par expression manuelle
- Bien sécher le mamelon
- Mettre des téterelles (bouts de sein) en silicone pendant la tétée (Attention pas de façon prolongée)
- Rassurer et encourager la patiente
- Autres :

b. Quelle va être votre prescription ? (cochez une ou plusieurs réponses)

- Compresse/ Coussins d'allaitement
- Coquilles
- Crème à la lanoline (Lansyno®, Purelan®) ou Crème homéopathique (Castor Equi®)
- Antibiotique per os
- Homéopathie granule per os -> Arnica pour soulager la douleur.
- Paracétamol
- Glace
- Aucune
- Autres :

13. Vous arrive-t-il d'observer une tétée ? oui non

14. Une patiente présente un engorgement simple.

a. Quelle est votre prise en charge ? (cochez une ou plusieurs réponses)

- Tétées régulières et efficaces
- Espacer les tétées
- Usage du tire-lait pour vider le sein
- Usage du tire-lait pour soulager la tension mammaire
- Bander les seins
- Application de chaud avant la tété
- Application de froid entre les tétés
- Massage aréolaire pour vider un peu le sein avant la tétée
- Arrêt de l'allaitement
- Jeter le lait

- Restreindre l'apport hydrique
- Changer la position du bébé au sein
- Autres :

b. Quelle est votre prescription ? (cochez une ou plusieurs réponses)

- Tire lait (Attention, seulement pour soulager la tension mammaire et non pas pour vider le sein car sinon entretien de l'engorgement).
- Coquilles
- Paracétamol
- AINS
- Homéopathie en granule per os (type Apis mellifica contre l'inflammation et Bryonia contre l'œdème)
- Antibiotique per os
- Aspirine (non coché car contre indiqué en dosage antalgique > 325mg/24h)
- Aucune
- Autres : application d'argile verte ou de feuille de choux sur les seins

15. Une autre patiente présente une inflammation localisée, très douloureuse à type de trainée ou placard rouge ± induré et un syndrome grippal (asthénie, courbature et fièvre supérieure à 38,5°). Il n'y a pas de lésion du mamelon ni abcès palpable.

a. Quel est votre diagnostic principal ? La mastite / la lymphangite (idem)

b. Quel est votre prise en charge ? (cochez une ou plusieurs réponses)

- Rassurer et soutenir la patiente
- Arrêt de l'allaitement, lait contaminé
- Repos et arrêt de travail
- Augmenter la fréquence des tétées surtout du coté atteint
- Diminuer la fréquence des tétées surtout du coté atteint
- Drainer le sein atteint par expression manuelle ou tire lait si la tétée est trop douloureuse
- Réévaluation dans 48h
- Alternance de chaleur avant la tétée et de froid entre les tétées

c. Quelle est votre prescription ? (cochez une ou plusieurs réponses)

- Antalgique : Paracétamol
- Antalgique : Ibuprofène
- Antibiotique d'emblée

- Antibiotique différé
- Cataplasme d'argile verte
- Autres :

16. Une autre maman vient vous voir pour une gastroentérite. Vous lui conseillez : (cochez une réponse)

- L'arrêt de l'allaitement
- L'arrêt des mises au sein tout en tirant le lait pour reprendre après
- La poursuite de l'allaitement avec un respect des règles d'hygiènes plus important

17. Une patiente vient vous voir pour savoir comment concilier son allaitement et sa reprise du travail ou arrêter son allaitement avant de reprendre le travail ? Quels conseils lui donnez-vous ? (cochez une ou plusieurs réponses)

- L'arrêt de l'allaitement la veille de la reprise du travail
- Un sevrage progressif en 1 semaine
- Un sevrage progressif en minimum 2 semaines
- La poursuite de l'allaitement avec utilisation du tire-lait sur le lieu de travail
- Une diminution du nombre de tétées les jours précédents pour conserver une tétée matin et soir, si impossibilité de tirer son lait.

18. Comment faut-il qu'une femme s'y prenne pour sevrer sans complications son enfant ? (Merci de l'expliquer en quelques mots)

Remplacement d'1 tétée au sein par un biberon tous les 3-4 jours jusqu'au sevrage complet de l'enfant.

19. Quelles pathologies contre-indiquent l'allaitement maternel au sein ? (cochez une ou plusieurs réponses)

- Vert: pathologies compatibles avec l'allaitement
- Orange: pathologies compatibles sous conditions
- Rouge: pathologies contre indiquant l'allaitement

- Le VIH
- L'hépatite B
- L'hépatite C
- L'herpès (L'allaitement est contre indiqué que si lésions sur les seins)
- La varicelle (Si la mère contracte la varicelle 5 jours avant la naissance ou 2 jours après, la mère et l'enfant doivent être séparés pendant la période où la mère est contagieuse soit une période de 7 à 10 jours. En dehors de cette période, si la mère contracte la varicelle son

enfant sera lui aussi très probablement contaminé, et l'allaitement peut être poursuivi sauf en présence de lésions importantes au niveau des seins)

La galactosémie du nouveau-né

Le CMV

La rubéole

Autres : La phénylcétonurie du nouveau né -> Contre indication relative car surveillés, les nourrissons atteints de phénylcétonurie peuvent être allaité partiellement grâce à un mélange de lofenac et de lait maternel.

20. Cochez les médicaments contre indiqués durant l'allaitement maternel :

21. Connaissez-vous les réseaux de périnatalité (AURORE et/ou ELENA) ? oui non

a. Si oui, êtes-vous inscrit à l'un d'eux ? oui non

22. Connaissez-vous les protocoles sur l'allaitement existant sur ces réseaux ? oui non

23. Faites-vous partie d'un groupe de pairs ? oui non

a. Si oui, évoquez-vous parfois des questions d'allaitement ? oui non

24. Finalement, estimez vous qu'une information complémentaire vous serait nécessaire ?

oui non

Si vous souhaitez la correction des cas cliniques, je vous invite à me laisser votre mail :

.....

Votre réponse a bien été enregistrée.

Merci pour votre participation.

Si possible, merci de diffuser ce questionnaire à vos contacts médecins généralistes en libéral seulement.

Mémoire de fin d'études de Sage-Femme – BOURG EN BRESSE

RESUME :

Introduction : L'allaitement maternel aussi naturel qu'il soit peut se compliquer. Lorsque cela arrive, il est important que les femmes allaitantes puissent s'adresser à des professionnels de santé compétents pour les aider, les conseiller et si besoin les orienter. L'augmentation des consultations de nouveau-nés par les MG interroge sur leur savoir-faire dans la PEC des mères allaitantes.

Objectifs : Evaluer la PEC des complications maternelles de l'allaitement par les MG.

Méthode : Etude prospective, descriptive et quantitative auprès de médecins généralistes du Rhône, de l'Isère et de la Loire de juillet à octobre 2014 par questionnaire.

Résultats : Les femmes consultent peu les MG pour des complications maternelles de l'allaitement. Les MG savent particulièrement bien diagnostiquer les pathologies liés à l'allaitement. La PEC et la prescription de traitements adaptées sont à améliorer. Les MG sont demandeurs d'informations complémentaires, il s'avère donc nécessaire d'améliorer la formation initiale et d'enrichir le DPC sur ce sujet.

Conclusion : La féminisation de la profession, la diminution de l'âge moyen des MG contribuent probablement à l'amélioration de la PEC des femmes allaitantes ainsi qu'à la promotion de l'allaitement maternel. De plus, le travail en réseau tient une place prépondérante dans la PEC des complications maternelles de l'allaitement. La collaboration de différents professionnels de santé formés et compétents sur le sujet est donc primordiale.

TITRE : ***Prise en charge des complications maternelles de l'allaitement par les médecins généralistes.***

MOTS CLES : Allaitement maternel - Complications - Médecin généraliste

ADRESSE DE L'AUTEUR : 35 rue de Clercs 38200 VIENNE

Année 2015