

2020-2021

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
D.E.S de médecine générale

**SUIVI DES RECOMMANDATIONS DE
L'HAS EN TERMES D'INFORMATION
PRENATALE SUR L'ALLAITEMENT
MATERNEL PAR LES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES EN PAYS DE LA LOIRE**

CANOVAS Lucie

Né le 28/12/1981 à Agen (47)

Sous la direction du Docteur MERCIER Marie-Bénédicte

Membres du jury	
Professeur Catherine De Casabianca	Présidente
Docteur Marie Bénédicte Mercier	Directrice
Professeur Laurent Connan	Membre
Docteur Christine Tessier-Cazeneuve	Membre

Soutenue publiquement le :
15 Avril 2021

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Lucie Canovas.....
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **19/02/2021**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au Travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLA Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie

DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Chirurgie Vasculaire, médecine vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Médecine Intensive-Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine

REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHAO DE LA BARCA	Juan-Manuel	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine

CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine Générale	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Médecine
LACOUEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie; Transfusion	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie

TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

PROFESSEURS EMERITES

Philippe MERCIER	Neurochirurgie	Médecine
Dominique CHABASSE	Parasitologie et Médecine Tropicale	Médecine
Jean-François SUBRA	Néphrologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

Mise à jour au 09/12/2019

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Catherine DE CASABIANCA

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail.

À Monsieur le Professeur Laurent Connan

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Soyez assuré de ma très respectueuse reconnaissance.

À Madame le Docteur Christine Tessier-Cazeneuve

Merci pour le plaisir et l'honneur que vous me faites d'avoir accepté d'évaluer mon travail.

À Madame le Docteur Marie Bénédicte Mercier

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre bienveillance et votre soutien tout au long de ce travail.

À Madame le Docteur Virginie Stehlin-Guéroult

Merci pour ton intérêt et ton enthousiasme sur ce sujet ainsi que pour ton aide et ton soutien au démarrage de cette thèse.

Je dédie ce travail à Sylvain et à Rosan.

Merci à Houda Baïz, Magali, Giulia, Caroline, Hélène, Alice.

Liste des abréviations

OMS	Organisation mondiale de la santé
AM	Allaitement maternel
HAS	Haute autorité de santé
PNP	Préparation à la naissance et la parentalité
PMI	Protection maternelle et infantile
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
ADOPS	Association départementale pour l'organisation de la permanence des soins
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
HTA	Hypertension artérielle médicale
RSN	Réseau Sécurité Naissance
AME	Allaitement maternel exclusif
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France
MOOC	Massive Open Online Course
ILCA	International Lactation Consultant Association
DIULHAM	Diplôme Inter Universitaire Lactation Humaine Allaitement Maternel
ENP	Enquête Nationale Périnatal
PNNS	Programme National Nutrition Santé

PLAN

INTRODUCTION.....	1
CONTEXTE ET CADRE DES RECOMMANDATIONS DE L'HAS :	4
1. Recommandations professionnelles de 2002.....	4
2. Chemin clinique « Favoriser l'allaitement maternel : processus et évaluation » de 2006	4
MATERIEL ET MÉTHODES.....	6
1. Objectifs de l'étude	6
2. Type d'étude	6
3. Elaboration du questionnaire	7
4. Critères de jugement.....	9
5. Analyse des résultats	9
RÉSULTATS.....	12
1. Données sociodémographiques	12
2. Données statistiques sur la pratique	14
DISCUSSION	26
1. Critique de la méthodologie de l'étude	26
2. Analyse du résultat principal.....	29
3. Analyse de l'objectif secondaire	31
4. Analyse du contenu de l'information prénatale	32
CONCLUSION.....	43
BIBLIOGRAPHIE	44
LISTE DES TABLEAUX	52
TABLE DES MATIERES.....	53
ANNEXES.....	

INTRODUCTION

Depuis quelques années, des études constatent une baisse de la pratique de l'allaitement maternel (AM). Selon les enquêtes nationales périnatales de 2016, un enfant sur cinq est allaité à six mois. Le taux d'allaitement maternel exclusif (AME) et mixte de 66% en 2016, est en légère baisse par rapport à 2010 (68%), (1) plaçant ainsi la France parmi les pays d'Europe ayant les taux d'AM les plus bas (2).

Le taux d'AME a chuté de 60% à 52% entre 2010 et 2016 (1) souligné par une médiane d'AME de 24 jours en France alors que le congé post-natal est de 10 semaines (70 jours) (2). Le taux d'allaitement à la sortie de la maternité chute (59% à J0 puis 28% à J30 soit une chute de 31 points pour les bébés allaités de manière exclusive), témoignant du besoin de soutien et d'accompagnement des femmes allaitantes (2). La région des pays de la Loire se situe dans les taux d'AM les plus bas de France avec une moyenne d'AME et mixte en dessous de la moyenne nationale de 58,2% (1)

L'OMS recommande un AME durant six mois, puis un allaitement associé à une alimentation diversifiée durant les deux premières années de vie d'un enfant. Il n'est plus besoin d'argumenter sur les preuves scientifiques des bienfaits du lait maternel pour la croissance et le développement optimal du nourrisson (3). Les bienfaits pour l'enfant et la mère ont été démontrés dans de nombreuses études (4) (5) (6). Par ces nombreux bénéfices, l'AM permet de diminuer les dépenses de santé et en font donc un enjeu économique (7).

Toujours selon l'OMS, la quasi-totalité des mères peuvent allaiter à condition d'avoir accès à une information exacte, de disposer d'un soutien à la fois familial et du système de santé.

Le manque de connaissance sur l'AM des femmes enceintes est un des facteurs associés au choix de ne pas allaiter (8) (9). De plus, plusieurs facteurs amènent au sevrage précoce dans

le premier mois d'allaitement avec des pics d'arrêts à J3, J7 et J14 (10). Ces facteurs sont le manque d'information durant la grossesse, le manque de confiance en elle, de soutien de l'entourage, les idées reçues, l'absence de prise en charge uniforme des professionnels (11), l'exposition à des informations sur les substituts au lait maternel (12). Or peu de causes nécessitent médicalement l'arrêt d'un AM (13).

Des informations préalables durant la grossesse par les professionnels de santé peuvent augmenter la confiance maternelle, renforcer positivement le vécu de l'AM et réduire le risque de sevrage précoce (14) (15) (16). « Elles ont un impact sur le choix d'allaiter ou non, sur les pratiques d'initiation et la durée d'allaitement, l'image positive ou négative qu'ils [les parents] vont transmettre à leur entourage » selon le Pr Türck (17). Cette information doit donc être de qualité, adaptée, faisant consensus et délivrée par des professionnels de santé à jour des recommandations.

Autre point, l'exposition à des matériels publicitaires augmente de façon significative l'arrêt de l'AM à deux semaines et réduit la durée de l'allaitement chez les femmes ayant des objectifs de durée d'allaitement incertains (12). Cette information prénatale nécessite donc aussi de respecter le code international de commercialisation des substituts qui encadre strictement la promotion des substituts au lait (18) (17) (19).

Il y a donc un enjeu :

- à informer la patiente enceinte sur l'AM, ses avantages, sa pratique et ses difficultés (15) (20)(21)
- à informer son entourage et notamment son partenaire (22) (23).
- à renforcer sa confiance en elle dans sa capacité à allaiter.

- à l'informer dès la grossesse sur les recours en cas de difficultés au retour de maternité. (Le plan Türck demandait à ce qu'une consultation entre J7 et J15 remboursée à 100% puisse être possible avec un référent en lactation) (17) (20).

L'information délivrée durant la grossesse doit donc prendre en compte les recommandations internationales et nationales (24) (20), dont certaines sont reprises dans la plupart des livrets sur l'allaitement à destination des professionnels ou des futurs parents (par exemple le livret Réseau Sécurité Naissance (RSN) des Pays de la Loire (25) ou celui de l'Inpes (26), les recommandations du CNGOF (5), ou le chemin clinique de l'HAS (20)).

Le médecin généraliste a toute sa place dans la promotion de l'AM auprès des femmes enceintes qu'il reçoit dans le cadre du suivi de grossesse ou pour un autre motif. Bien que les femmes enceintes soient suivies en majorité par les gynécologues et les sages-femmes, le médecin généraliste reste un interlocuteur privilégié des femmes enceintes. Se pose donc la question du suivi des recommandations notamment celles de l'HAS, concernant l'information donnée aux femmes durant leur grossesse sur l'AM par les médecins généralistes. Cette information doit également être à destination du partenaire parce que son soutien et ses connaissances en matière d'AM sont un facteur majeur d'augmentation de l'initiation et de la durée de l'AM (11).

L'objectif principal de cette étude était de déterminer le taux de suivi des recommandations de l'HAS par les médecins généralistes des Pays de la Loire en termes d'information prénatale auprès des femmes enceintes.

L'objectif secondaire était de déterminer s'il pouvait se dessiner un éventuel profil des médecins généralistes qui suivent au moins 50% des recommandations de l'HAS en matière d'information prénatale sur l'AM.

CONTEXTE ET CADRE DES RECOMMANDATIONS DE L'HAS :

1. Recommandations professionnelles de 2002

Publiées à la demande de l'Association en soins infirmiers et du Collège National de Gynécologie-Obstétrique Français pour faire face à la stagnation des taux d'initiation et des taux d'allaitement à la sortie de la maternité les vingt années précédant ces recommandations, elles présentent des conseils organisationnels, des modalités de mise en route et de poursuite de l'allaitement jusqu'aux six mois de l'enfant (27).

2. Chemin clinique « Favoriser l'allaitement maternel : processus et évaluation » de 2006

Destiné à faciliter la coordination des soins en matière d'information, de mise en route et de soutien de l'allaitement, ce document, auquel chaque praticien peut se référer, reprend les recommandations de 2002, ainsi que le contenu du livret publié par l'International Lactation Consultant Association de 2005.

Plusieurs thèses ou études mentionnent ce chemin clinique et le renomment « recommandations de l'HAS 2006 ». Pour plus de simplicité, c'est ce terme qui sera utilisé dans cette thèse pour parler du chemin clinique de l'HAS (20).

Ces recommandations sont découpées en quatre phases. Chacune comporte un ou des objectifs professionnels et une suite d'indications de pratiques :

Phase 1 - Information sur l'allaitement durant la grossesse.

Phase 2 - Démarrage de l'allaitement,

Phase 3 - Installation de l'allaitement exclusif

Phase 4 - Poursuite de l'allaitement jusqu'au sevrage.

La première phase est celle qui intéresse cette thèse (Annexe 1).

Les objectifs professionnels de la phase 1 sont :

- explorer les représentations et connaissances maternelles sur l'allaitement
- informer les futurs parents sur la naissance et l'allaitement.

L'information à délivrer s'effectue en 9 points :

- proposer d'informer le futur père, en le conviant à une consultation au moins,
- rappeler les bénéfices de l'allaitement pour le bébé,
- présenter les bénéfices de l'allaitement pour la mère,
- indiquer la durée optimale de 6 mois d'allaitement exclusif,
- expliquer la physiologie de l'allaitement et la mise en route de la lactation,
- parler de l'organisation de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), notamment de la présence du conjoint ou d'un membre de l'entourage de la femme enceinte à une séance,
- informer sur l'inutilité de la préparation des seins,
- rechercher pendant la grossesse les contre-indications « vraies » à l'allaitement auprès de la femme, celles-ci étant rares et/ou temporaires. Il faudra informer la patiente le cas échéant d'une conduite à tenir si elle est concernée afin d'éventuellement différer l'AM quand c'est possible,
- Distribuer un document d'information sur l'allaitement aux parents et compléter l'information orale. Ce document devra reprendre les bases de la physiologie de l'allaitement et présenter d'autres informations, comme des ressources pour le soutien à l'allaitement, notamment rencontrer des femmes ayant allaité avec succès. Une documentation sur les contre-indications vraies et abusives à l'allaitement devra être délivrée (20).

MATERIEL ET MÉTHODES

1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de déterminer la proportion de suivi des recommandations de l'HAS, par les médecins généralistes des Pays de la Loire en termes d'information prénatale auprès des femmes.

L'objectif secondaire était de dessiner un éventuel profil des médecins qui apportent plus de 50% des recommandations de l'HAS concernant l'information sur l'AM en période prénatale.

2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude isolée quantitative, dont la population étudiée était un panel de médecins généralistes exerçant en tant que médecin libéral en région Pays de la Loire.

Le questionnaire a été transmis par voie électronique par différents organismes de la région de mars 2020 à juillet 2020 :

- par l'Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire (URML) dans une lettre d'information électronique dédiée à leurs abonnés soit 3150 médecins généralistes libéraux.

Il n'y a pas eu de relance.

- par les Associations Départementales pour l'Organisation de la Permanence des Soins (ADOPS) auprès de 581 médecins généralistes du Maine et Loire, 450 médecins généralistes de Vendée et 182 médecins généralistes de Mayenne. Une relance a été effectuée par chaque association. Les ADOPS de la Sarthe et de la Loire Atlantique n'ont pas diffusé le questionnaire.

Le recueil des données a eu lieu entre le 9 mars 2020 et le 31 juillet 2020. La volumétrie de répondants visée était de 343 personnes : 294 personnes ont répondu. Le temps de complétion était estimé à 4 minutes.

3. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire s'appuyait sur les recommandations de l'HAS en matière d'information sur l'AM pendant la grossesse (Annexe 2).

Les 5 premières questions recueillaient des informations d'ordre sociodémographique : genre, année de naissance, type d'exercice, expérience personnelle de l'allaitement, formation reçue sur l'allaitement.

15 questions portaient sur le contenu de l'information à délivrer sur l'AM issue des recommandations et l'HAS et questionnaient ce qui était intégré à la pratique médicale des répondants :

- Le taux de patientes à qui ils délivrent l'information sur l'AM durant la grossesse (question 6),
- L'information délivrée sur le mode d'allaitement exclusif (question 7),
- L'information délivrée sur les avantages de l'allaitement pour le bébé (question 8),
- L'information délivrée sur les avantages de l'allaitement pour la maman (question 8),
- L'information délivrée sur la durée optimale d'allaitement (question 9),
- La proposition aux futurs parents et à leur entourage de participer aux séances de PNP, et l'orientation en amont de la naissance vers des associations de soutien à l'AM (question 10),
- La recherche de représentations de l'AM chez les patientes ou le couple (question 11),
- L'information délivrée des facteurs de bonne mise en route de l'allaitement (question 12),

Le terme "bonne mise en route" n'étant pas explicité dans la phase 1 des recommandations, les réponses à cette question ont été construites à partir des éléments précisés dans les phases 2 et 3.

- L'information délivrée sur l'inutilité de la préparation des seins (question 12),
- La proposition que le partenaire assiste à une consultation de suivi de la grossesse pour lui délivrer des informations sur l'AM (question 13).

- La recherche systématique des contre-indications « vraies » et rares à l'AM, et la diffusion des contre-indications abusives (questions 16 et 18).

Dans le chemin clinique de l'HAS, la recherche de contre-indication doit avoir lieu pendant la grossesse afin d'identifier une pathologie qui nécessiterait que l'allaitement soit contre-indiqué.

La question 16 avait un double intérêt : dans un premier temps, déterminer le nombre de médecins recherchant systématiquement les contre-indications selon les recommandations de l'HAS, celles-ci étant rares (toxicomanie, infection à HIV, chimiothérapie, démarrage d'un traitement antituberculeux). Dans un deuxième temps, la question permettait de déterminer le nombre de médecins recherchant des contre-indications qui n'en sont pas et qui risquaient de pénaliser l'initiation de l'AM (mamelons plats, ombiliqués, chirurgie des seins, infection à herpes, hépatite B, C, la fatigue, le tabagisme, la dépression).

Par ailleurs, la distribution d'une documentation papier en complément de l'information orale sur les contre-indications abusives est recommandée par l'HAS.

- La distribution d'un document à jour sur l'AM (question 18) ainsi que les coordonnées de praticiens formés à l'AM en cas de recours pour préparer la poursuite de l'AM à la sortie de la maternité (Question 19).

3 items supplémentaires questionnaient les médecins généralistes sur l'application de recommandations non issues de l'HAS (OMS, ILCA, plan d'action du Pr Türck) :

- L'information délivrée sur les préparations de lait infantile (question 14).
- L'information délivrée sur les difficultés liées à l'allaitement durant le premier mois (question 15) (ILCA).
- Une dernière question portait sur la source de recommandations que les médecins généralistes consultaient concernant l'AM (question 20). Pour cette question, les médecins

avaient la possibilité de préciser d'autres sources de recommandations en plus de celles proposées dans la question.

Les réponses de chaque question étaient présentées de façon aléatoire pour chaque participant, afin de neutraliser l'effet de réponse automatique sur le premier item.

4. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était réparti en trois groupes :

- le taux de médecins respectant moins de 33% de suivi des recommandations.
- le taux de médecins respectant entre 33% et 66% de suivi de recommandations.
- le taux de médecins respectant plus de 66% de suivi de recommandations.

Le critère de jugement secondaire était de déterminer s'il se dégageait un profil particulier des médecins qui donnaient plus de 50% des recommandations sur l'AM à leurs patientes à partir des données sociodémographiques du questionnaire : âge, sexe, existence d'une formation complémentaire sur l'allaitement, expérience personnelle de l'allaitement.

5. Analyse des résultats

Le questionnaire comportait 20 questions (annexe 2). Il a été créé sur le logiciel de sondage en ligne SurveyMonkey, dont les fonctionnalités ont permis :

- de recueillir les données automatiquement sans saisie manuelle, évitant ainsi les erreurs de recopie.
- d'exporter les données dans divers formats exploitables, notamment sous le logiciel Microsoft Excel afin de réaliser des opérations sur les données (moyenne, médiane, ratios...).

Le logiciel Survey Monkey ne permettait pas de répondre plus d'une fois au sondage pour une même personne.

5.1. Méthode de calcul du critère de jugement principal :

Pour évaluer le taux de suivi des recommandations de l'HAS par les médecins interrogés, chaque réponse attendue et cochée était considérée comme correspondant à une recommandation de l'HAS et comptait pour 1 point. Ainsi, au total, le questionnaire regroupait 25 réponses correspondant aux recommandations de l'HAS.

La somme des points de chaque répondant pouvait donc atteindre 25 points, ce qui correspondait au suivi de la totalité des recommandations sur lesquelles le panel était interrogé.

En divisant le nombre de points totalisé par 25, il était établi un score en pourcentage du suivi des recommandations pour chaque répondant.

La réponse à l'objectif principal était établie en calculant le nombre de répondants ayant un score inférieur à 33%, le nombre de répondants ayant un score entre 33% et 66%, le nombre de répondants ayant un score supérieur à 66%.

Enfin, la moyenne de l'ensemble des scores obtenus permettait d'indiquer le pourcentage moyen de suivi des recommandations par le panel.

5.2. Méthode de calcul du critère de jugement secondaire

Les cinq premières questions du questionnaire ont permis de récupérer les données sociodémographiques des médecins obtenant les meilleurs scores afin de déterminer s'il existait des caractéristiques particulières.

Dans un premier temps, le groupe de répondants ayant un score supérieur à 80% avait été choisi afin de rechercher s'il existait un profil des médecins respectant au mieux les recommandations de l'HAS. Le nombre de personnes à étudier étant trop faible (2 médecins)

pour établir une représentativité, c'est finalement le groupe de répondants ayant un score supérieur ou égal à 50% qui a été choisi.

Sur cette base de répondants, ont été calculées les statistiques en termes d'âge, de type d'exercice, de genre, d'expérience personnelle de l'allaitement et de formation reçue sur l'AM.

RÉSULTATS

1. Données sociodémographiques

Entre mars 2020 et juillet 2020, 294 personnes ont répondu à ce questionnaire.

Il y avait plus de femmes (191 soit 65%) que d'hommes (103 soit 35%) qui avaient répondu au questionnaire. Le lieu d'exercice était majoritairement rural et semi rural (74,8%) par rapport à l'exercice urbain (25,2%).

229 soit 77,9% des répondants déclaraient que leurs enfants avaient été allaités, contre 42 soit 14,3% des médecins qui indiquaient que leurs enfants ne l'avaient pas été. 23 médecins soit 7,8% n'avaient pas d'enfant ou ne souhaitaient pas répondre à la question.

Concernant la formation suivie sur le thème de l'AM : 58 médecins soit 19,7% avaient suivi une formation lors du deuxième cycle des études médicales, 93 médecins soit 32,6% avaient suivi une formation lors du troisième cycle des études médicales. 60 médecins soit 20,4% déclaraient n'avoir suivi aucune formation à l'AM durant les cycles des études ou bien lors de formation continue.

49 médecins soit 16,6% avaient suivi une formation continue à l'AM, 29 médecins soit 9,8% avaient un diplôme universitaire de gynécologie, et 2 médecins soit 0,6% avaient suivi un diplôme interuniversitaire en lactation humaine et allaitement maternel (DIULHAM).

Concernant l'âge des répondants, 99 médecins soit 33,7% avaient entre 26-35 ans, et 95 médecins soit 32,3% avaient entre 36-45 ans. Soit 194 médecins avaient moins de 45 ans et représentaient 66% des médecins.

Les plus de 46 ans étaient représentés par 100 médecins soit 34%.

Tableau I : caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

	Nombre	Pourcentage
Genre des répondants		
Femme	191	65%
Homme	103	35%
Type d'exercice		
Semi-rural	85	28,9%
Urbain	74	25,2%
Rural	135	45,9%
Expérience personnelle d'allaitement		
Oui	229	77,9%
Non	42	14,3%
Je ne souhaite pas répondre / Je n'ai pas d'enfant	23	7,8%
Formation la plus récente suivie sur l'allaitement maternel		
DIU en lactation humaine et allaitement maternel (DIULHAM)	2	0,68%
Formation initiale durant le deuxième cycle des études médicales	58	19,73%
DU de Gynécologie	29	9,86%
Formation durant le DES de médecine générale	96	32,65%
Formation continue (Réseau Sécurité Naissance, CHU...)	49	16,67%
Aucune de ces formations	60	20,41%
Répartition des répondants par tranches d'âge		
26 - 35 ans	99	33,7%
36 - 45 ans	95	32,3%
46 - 55 ans	57	19,4%
56 - 65 ans	42	14,3%
66 ans et +	1	0,3%

2. Données statistiques sur la pratique

2.1. Réponse à l'objectif principal : taux de suivi des recommandations de l'HAS

-133 médecins généralistes soit 45,2% suivaient moins de 33% des recommandations de l'HAS.

-141 médecins généralistes soit 48% suivaient entre 33% et 66% des recommandations de l'HAS.

-20 médecins généralistes soit 6,8% suivaient plus de 66% des recommandations de l'HAS.

Au total, l'ensemble des répondants suivaient une moyenne de 37,4% des recommandations en termes d'information prénatale sur l'allaitement. La médiane de suivi des recommandations de l'HAS est de 36%.

Tableau II : médecins suivant les recommandations de l'HAS à moins de 33%, entre 33% et 66%, à plus de 66%

Suivi des préconisations	Nombre de médecins généralistes suivant les préconisations	Part de médecins généralistes suivant les préconisations
à moins de 33%	133	45,2%
entre 33 et 66%	141	48,0%
à plus de 66%	20	6,8%

Tableau III : médecins suivant les recommandations de l'HAS par tranche de 10%

Proportion de recommandations suivies	0 à 10%	10 à 20%	20% à 30%	30 à 40%	40 à 50%	50 à 60%	60 à 70%	70 à 80%	80 à 90%	90 à 100%
Nb de méd généralistes suivant les recommandations	11	48	57	64	46	40	16	11	1	0
% de méd généralistes suivant les recommandations	3,7%	16,3%	19,4%	21,8%	15,6%	13,6%	5,4%	3,7%	0,3%	0,0%

2.2. Réponse à l'objectif secondaire : profil des médecins respectant plus de 50% des recommandations

23,1% soit 68 médecins généralistes exploitaient plus de 50% des recommandations de l'HAS. Cet ensemble formait un sous-échantillon.

74 % d'entre eux soit 50 médecins étaient des femmes et 91,2% soit 62 médecins avaient une expérience de l'allaitement.

38,2% soit 26 médecins avaient suivi une formation complémentaire à l'allaitement : DU de gynécologie (10,3%), DIULHAM (2,9%), formation continue (25%).

44,1% soit 30 médecins avaient suivi une formation durant leurs études médicales : que ce soit une formation durant le deuxième cycle des études (19,1%), ou une formation durant le troisième cycle des études (25%).

17,1% soit 12 médecins n'avaient suivi aucune formation durant les cycles d'études médicales, ni lors de formations complémentaires.

Tableau IV : taux de médecins suivant plus de 50% des recommandations de l'HAS

	Nombre de médecins	Part de médecins dans le panel
Suivent plus de 50% des recommandations	68	23,1%

Tableau V : caractéristiques sociodémographiques du sous-échantillon de médecins respectant plus de 50% des recommandations de l'HAS

Genre des répondants	Nombre	Pourcentage
Femme	50	74%
Homme	18	26%
Type d'exercice		
Semi-rural	33	48,5%
Urbain	19	27,9%
Rural	16	23,5%
Expérience personnelle d'allaitement		
Oui	62	91,2%
Non	4	5,9%
Je ne souhaite pas répondre / Je n'ai pas d'enfant	2	2,9%
Formation la plus récente suivie sur l'allaitement maternel		
DIU en lactation humaine et allaitement maternel (DIULHAM)	2	2,9%
DU de Gynécologie	7	10,3%
Formation continue (Réseau Sécurité Naissance, CHU...)	17	25,0%
Formation initiale durant le deuxième cycle des études médicales	13	19,1%
Formation durant le DES de médecine générale	17	25,0%
Aucune de ces formations	12	17,6%
Age moyen des répondants		
Moyenne d'âge	39 ans	
Tranches d'âge des répondants	Nombre	Pourcentage
26 - 35 ans	18	26,5%
36 - 45 ans	21	30,9%
46 - 55 ans	19	27,9%
56 - 65 ans	9	13,2%
66 ans et +	1	1,5%

2.3. Proportion de médecins qui informe ses patientes enceintes sur l'AM

Parmi les répondants, 108 médecins soit 36,73% parlaient à 100% de leurs patientes, et 13 médecins soit 4,42% ne parlaient pas d'AM.

Tableau VI : Pourcentage de patientes enceintes informées sur l'AM par les médecins

Je ne parle pas d'allaitement maternel	4,42%	13
Entre 1% et 20%	11,56%	34
Entre 20% et 40%	5,44%	16
Entre 40% et 60%	8,50%	25
Entre 60% et 80%	12,24%	36
Entre 80% et 99%	21,09%	62
100%	36,73%	108
Total		294

2.4. Thème de l'alimentation du nourrisson abordé par les médecins généralistes avec la patiente

Parmi les répondants, 134 soit 45,5% des médecins parlaient d'AME.

106 soit 36,0% des médecins parlaient de la supériorité de l'allaitement maternel à tout autre lait.

233 médecins soit 79,2% répondaient au questionnement des patientes lorsqu'elles abordaient le sujet de l'alimentation du nourrisson.

Plusieurs réponses pouvaient être cochées.

Tableau VII : proportion de médecins évoquant le thème de l'alimentation du nourrisson

Oui, je parle d'allaitement maternel exclusif	45,58%	134
Oui, je parle de diversification alimentaire	22,79%	67
Oui, je parle d'allaitement maternel mixte (avec lait infantile)	31,63%	93
Je réponds au questionnement des patientes lorsqu'elles abordent le sujet de l'alimentation du nourrisson	79,25%	233
Oui, je parle d'allaitement artificiel	35,37%	104
Oui, je parle de la supériorité de l'allaitement maternel à tout autre lait	36,05%	106
Non je laisse les parents s'informer eux-mêmes sur le sujet	2,04%	6
Nombre total de participants 294		

2.5. **Avantages de l'AM cités par les médecins généralistes à leurs patientes**

263 médecins soit 89,4% citaient les avantages pour la santé du bébé et 127 médecins soit 43,2% citaient les avantages pour la mère.

212 médecins soit 72,1% parlaient des avantages en termes de relation mère-bébé.

Tandis que 25 médecins soit 8,5% ne parlaient pas des avantages de l'AM.

Tableau VIII : proportion de médecins évoquant les avantages de l'allaitement maternel

Les avantages pour la santé du bébé	89,46%	263
Les avantages pour la santé de la mère	43,20%	127
Les avantages au niveau économique	46,26%	136
Les avantages en termes de relation mère-bébé	72,11%	212
Je ne parle pas des avantages	8,50%	25
Nombre total de participants 294		

2.6. Durée optimale d'AME évoquée par les médecins

33 médecins soit 11,2% indiquaient la durée optimale de 6 mois alors que 136 médecins soit 46,3% ne précisaient pas de durée optimale.

98 médecins soit 33,3% indiquaient que l'allaitement est à maintenir aussi longtemps que possible.

136 médecins soit 46,3% ne précisaient pas de durée d'AM optimale.

Tableau IX : durée optimale D'AME évoquée par les médecins

J'indique entre 1 et 3 mois comme durée optimale	0,70%	2
J'indique entre 3 et 6 mois comme durée optimale	8,50%	25
J'indique 6 mois comme durée optimale	11,20%	33
J'indique que l'allaitement maternel est à maintenir aussi longtemps que possible	33,30%	98
Non, je ne précise pas une durée optimale	46,30%	136
Nombre total de participants		294

2.7. Proposition de préparation à l'AM

215 médecins soit 73,13% proposaient à la future mère d'assister à des séances de PNP et 59 médecins soit 20,7% orientaient en amont de la naissance vers un soutien à l'AM.

108 soit 36,7% médecins proposaient au futur père d'assister à une séance (PNP).

65 médecins soit 22,1% n'abordent pas le sujet de la préparation à l'AM.

Tableau X : propositions de préparation à l'allaitement maternel

Je propose à la future mère d'assister à des séances de préparation à la naissance et à la périnatalité	73,13%	215
Je propose que le futur père assiste aussi à une séance de préparation à la naissance	36,73%	108
Je propose que l'entourage de la femme enceinte assiste à une séance de préparation à la naissance	2,38%	7
J'orienté en amont de la naissance vers un soutien à l'allaitement maternel (associations ou groupe de femmes allaitantes)	20,07%	59
Je n'aborde pas ce sujet	22,11%	65

Nombre total de participants 294

2.8. Facteurs associés à une bonne mise en route de l'AM abordés par les médecins généralistes

7 médecins soit 2,38% des répondants évoquaient tous les facteurs lorsqu'ils parlaient de bonne mise en route de l'AM. L'AM à la demande était cité par 183 médecins (62,2% des répondants). La tétée précoce était citée par 143 médecins soit 48,6%, puis le peau à peau cité par 129 médecins soit 43,9%. 101 médecins soit 34,4% des répondants n'en parlaient pas car c'est un sujet qui pouvait être abordé lors des séances de PNP.

Tableau XI : facteurs de mise en route de l'allaitement cités par les médecins

Le peau à peau dès la naissance	43,90%	129
Donner exclusivement à l'enfant du lait maternel : ni eau, ni lait infantile, ni jus de fruits... (sauf indication médicale)	32,00%	94
Un contact 24h/24h de la mère et de l'enfant pour favoriser l'allaitement à la demande	15,00%	44
La première tétée précoce dans l'heure qui suit la naissance	48,60%	143
L'allaitement à la demande	62,20%	183
L'inutilité de la préparation des seins	6,80%	20
Je n'en parle pas car ce thème est abordé en séance de préparation à la naissance ou par d'autres professionnels de santé	34,40%	101

Nombre total de participants 294

2.9. Proposition à la femme enceinte que le futur père assiste à une consultation pour informer sur l'AM

59 médecins soit 20,0% proposaient une consultation dédiée à l'allaitement au futur père. 235 médecins soit 79,9% ne le proposaient pas.

Tableau XII : proposition d'intégrer le conjoint à une consultation

pour l'informer au sujet de l'allaitement

Oui	20,07%	59
Non	79,93%	235
Nombre total de participants		294

2.10. Contre-indications à l'AM systématiquement recherchées par les médecins durant la grossesse

126 médecins soit 43,3% n'abordaient pas le sujet des contre-indications.

Parmi les contre-indications à rechercher systématiquement pendant la grossesse selon l'HAS, la toxicomanie était citée par 129 médecins soit 44,33%, l'alcoolisme (considérée comme une toxicomanie) étant la première contre-indication qui était recherchée systématiquement par 130 médecins soit 44,6%. Venait ensuite l'HIV citée par 115 médecins soit 39,52%, puis la chimiothérapie citée par 91 médecins soit 31,27%, et le démarrage d'un traitement anti tuberculeux cité par 58 médecins soit 19,93%.

126 médecins soit 43,30% n'abordaient pas le sujet des contre-indications.

Parmi les contre-indications recherchées systématiquement par les médecins : les hépatites B et C étaient citées par 77 médecins soit 26,4%, le tabagisme cité par 45 médecins soit 15,46%, la chirurgie des seins citée par 31 médecins soit 10,6%, les

mamelons plats ou ombiliqués étaient cités par 10 médecins soit 3,44%, et les infections à herpès simplex étaient cités par 16 médecins soit 5,50%.

Tableau XIII : contre-indications à l'AM recherchées par les médecins durant la grossesse

La toxicomanie	44,33%	129
L'alcoolisme	44,67%	130
Le tabagisme	15,46%	45
La dépression	9,97%	29
La fatigue	4,47%	13
La galactosémie	4,12%	12
Des mamelons plats ou ombiliqués	3,44%	10
Une infection à HIV	39,52%	115
La chimiothérapie	31,27%	91
Le démarrage d'un traitement antituberculeux	19,93%	58
Les infections à hépatites B ou C	26,46%	77
Les infections à herpès simplex	5,50%	16
La chirurgie des seins	10,65%	31
Aucune	43,30%	126
Nombre total de participants 291		

2.11. Contre-indications abusives à l'AM évoquées par les médecins

195 médecins soit 66,33% n'abordaient pas le sujet en consultation.

Seuls 90 médecins soit 30,6% abordaient le sujet à l'oral et 9 médecins soit 3,06% fournissaient une documentation papier comme recommandé par l'HAS.

Tableau XIV : contre-indications abusives abordées par les médecins

J'aborde ce sujet à l'oral	30,61%	90
Je fournis une documentation papier	3,06%	9
Je n'en parle pas	66,33%	195
Nombre total de participants		294

2.12. Remise d'une documentation sur l'AM par les médecins

71 médecins soit 24,1% proposaient un livret sur l'AM.

29 médecins soit 9,8% proposaient d'autres sources d'information.

19 médecins soit 6,4% proposaient des références de livres,

52 médecins soit 17,6% proposaient des références de sites internet.

156 médecins soit 53,0% ne fournissaient pas de documentation car la préparation à la naissance était suffisante.

Tableau XV : remise d'une documentation sur l'allaitement maternel par les médecins

Non, la préparation à la naissance est suffisante	53,06%	156
Oui, je propose des références de livres	6,46%	19
Oui, je propose des références de sites Internet	17,69%	52
Oui, je propose un livret sur l'allaitement maternel, à destination des futurs parents (Réseau Sécurité Naissance, INPES...)	24,15%	71
Autres sources	9,86%	29
Nombre total de participants 294		

2.13. Recours proposés aux patientes enceintes pour préparer la poursuite de l'AM à la sortie de maternité

Parmi les recours proposés aux patientes en amont de la naissance pour préparer la poursuite de l'AM à la sortie de la maternité, 137 médecins soit 46,6% proposaient les coordonnées de professionnels référents en lactation (pmi, sage-femme, conseillères en lactation), 8 médecins soit 29,93% proposaient les coordonnées d'associations référentes en lactation, 95 médecins soit 32,31% proposaient une consultation avec eux entre J7 et J15, 93 médecins soit 31,63% ne proposaient aucune prise en charge. 19 médecins prévoyaient une consultation entre J7 et J15 après la naissance avec un référent en lactation.

Tableau XVI : proposition d'un recours pour la poursuite de l'allaitement maternel à la sortie de la maternité par les médecins

Je communique des coordonnées de professionnels référents en lactation (pmi, sage-femme, conseillères en lactation)	46,60%	137
Je communique des coordonnées d'associations référentes en lactation (La Leche League...)	29,93%	88
Je propose de prévoir une consultation entre J7 et J15 après la naissance avec un référent en lactation	6,46%	19
Je propose une consultation avec moi entre J7 et J15 après la naissance	32,31%	95
Je ne propose aucune prise en charge	31,63%	93

Nombre total de participants 294

2.14. Sources de recommandations sur l'AM consultées par les médecins

Les recommandations concernant l'AM les plus fréquemment citées étaient celles de l'HAS pour 135 médecins soit 45,92%, celles du Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire pour 123 médecins soit 41,8%. Venaient ensuite celles de l'OMS pour 79 médecins soit 26,8%, celles du PNNS pour 42 médecins soit 14,29%, puis l'INPES pour

25 médecins soit 8,5% et le MOOC sur l'AM de l'Association Pédagogie Numérique en Santé pour 10 médecins soit 3,4%.

Parmi les autres réponses libres, 67 médecins soit 22,7% ont souhaité rajouter une source de recommandation non proposée : 3 médecins soit 1% ont cité le CNGOF, et 38 médecins soit 12,9% ont cité la Leche League.

Tableau XVII : sources de recommandations sur l'allaitement maternel consultées par les médecins

Celles de la Haute Autorité de Santé	45,92%	135
Celles de l'Organisation Mondiale de la Santé	26,87%	79
Celles du Plan National Nutrition Santé	14,29%	42
Celles du Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire	41,84%	123
Celles du MOOC sur l'allaitement de l'Association Pédagogie Numérique en Santé	3,40%	10
Celles de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé	8,50%	25
Autres sources : (merci de préciser lesquelles)	22,79%	67
Nombre total de participants 294		

DISCUSSION

1. Critique de la méthodologie de l'étude

1.1. Forces

Il existe des thèses s'intéressant aux pratiques de l'AM en Pays de la Loire évaluant la formation des médecins généralistes, les connaissances des internes de médecine générale, et l'accueil des enfants allaités en collectivité (28) (29) (30). La présente thèse vient compléter ces travaux sous l'angle du suivi des recommandations de l'HAS. Elle permet d'explorer et de comprendre mieux la pratique des médecins généralistes concernant l'information prénatale sur l'AM dans la région des Pays de la Loire.

Il existe peu d'études sur le suivi des recommandations par les médecins généralistes en termes d'information prénatale sur l'AM ou sur le contenu précis de cette information notamment. Dans la littérature, les femmes interrogées sur l'information prénatale reçue et les facteurs influençant le choix d'un AM font l'objet d'une recherche plus marquée. Cette thèse permettait d'étudier à l'échelle de la région le respect des recommandations de l'HAS dans la pratique des médecins généralistes. Elle permettait de mettre en lumière le contenu de l'information prénatale sur l'AM délivrée aux futurs parents par les médecins généralistes et ainsi, d'en dégager des axes de compréhension.

L'élaboration des questions respectait la trame du document de l'HAS afin de représenter et de transcrire au mieux ces recommandations dans le questionnaire.

Afin de viser une représentativité des répondants par rapport à la population de médecins généralistes de la région, le questionnaire a été diffusé dans une newsletter de l'URML. Après ce premier envoi, l'envoi par le biais des ADOPS a permis de contacter d'autres participants.

Un plus large public de médecins généralistes a ainsi été touché et pas seulement des maîtres de stages universitaires potentiellement plus formés, donc susceptibles d'être meilleurs répondants.

Le recours au logiciel Survey Monkey permettait d'empêcher qu'une même personne ne puisse répondre deux fois depuis le même ordinateur à ce questionnaire. Il permettait également de formuler les propositions de manière aléatoire aux médecins afin de neutraliser l'effet de réponse non réfléchi sur le premier item.

1.2. Faiblesses

a) Biais de recrutement

La première vague de répondants était issue de la lettre d'information envoyée par l'URML dont les abonnés sont strictement la cible recherchée. Cette communication reprenait plusieurs questionnaires de thèse, et même si cette étude était présentée en premier, l'impact de son message était donc dilué.

b) Biais de recueil

L'étude se basait sur un questionnaire à remplir par la cible, donc sur les déclarations de chaque répondant, plutôt que sur l'étude d'éléments objectifs (dossiers de patients...), ce qui pouvait altérer la fiabilité des réponses.

La question numéro 6 (annexe 2), dont les résultats sont visibles en tableau VII, proposaient de répondre selon des tranches en pourcentages de patientes informées. Après recueil des résultats, l'analyses de ceux-ci était délicate. En effet, s'il semble facile d'indiquer que le sujet de l'AM était abordé avec toutes les patientes ou non ; il est plus compliqué de préciser une tranche de pourcentage parmi les propositions. Ce biais pouvait donc engendrer des réponses aléatoires.

c) Biais de représentativité

La taille nécessaire de l'échantillon pour être représentative de la population étudiée devait être de 343 répondants. Il manquait donc 49 répondants, ce qui altérait la puissance de l'étude.

Le panel de répondants était plus jeune (42,2 ans) que la moyenne d'âge des médecins généralistes en Pays de la Loire (48,7 ans). Les moins de 35 ans étaient plus représentés dans cette étude que dans la population des médecins des Pays de la Loire (29% Vs 21%).

La proportion de femmes dans cet échantillon était plus élevée que celle des femmes médecins des Pays de la Loire (65% Vs 49%), et les hommes sous-représentés par rapport aux hommes médecins des Pays de la Loire (35% Vs 51%).

Tableau XVIII : âges et genres de l'échantillon et des médecins des Pays de la Loire

Age	Panel	Pays de la Loire
Age moyen	42,2 ans	48,7 ans
Moins de 35 ans	29%	21,0%
35 - 59 ans	61%	52,0%
Plus de 60 ans	11%	27,0%

Genre	Panel	Pays de la Loire
Femme	65%	49,0%
Homme	35%	51,0%

Les médecins généralistes des départements de la Sarthe et de la Mayenne étaient sous représentés, les ADOPS de ces départements n'ayant pas autorisé la diffusion du questionnaire de thèse. Il aurait évidemment été préférable de pouvoir obtenir l'autorisation de relancer auprès d'une seule structure.

Dans cette thèse, une majorité de répondants avaient une expérience personnelle de l'AM au travers de leurs enfants. Cela représentait 77,9% de l'échantillon. On peut penser que les médecins concernés personnellement par l'AM ont volontiers fait le choix de répondre au questionnaire. Ils pouvaient également avoir plus de connaissances sur le sujet de l'AM. Il est possible que le résultat de l'objectif principal serait inférieur à 37,4% de suivi de recommandations si la population était plus représentative de la population générale (moindre expérience de l'allaitement, âge plus élevé). Un échantillon plus important aurait probablement diminué le pourcentage de suivi des recommandations.

2. Analyse du résultat principal

2.1. Une information prénatale délivrée en moyenne à 37,4%

L'HAS recommande que les professionnels de santé fournissent une information aux patientes enceintes car elle favorise l'augmentation d'initiation et de la durée d'AM.

La médiane de 36% et la moyenne de 37,4% de suivi de recommandations de l'HAS exploitées dans la pratique, suggèrent que l'information délivrée par les médecins généralistes sur ce thème est à compléter. Ce que confirme l'analyse des résultats sous un autre angle : 274 médecins (93,2% des répondants) se situaient dans une fourchette de suivi de recommandations comprise entre 0% et 66%. Ce constat est appuyé par une étude menée en 2003 en Maine et Loire par le Pr Fanello et Al sur les critères de choix de l'alimentation du nouveau-né. Elle montre qu'un tiers des femmes interrogées n'avaient reçu aucune information sur l'allaitement durant leur grossesse. Pour les autres femmes interrogées, 69% avaient reçu l'information de la part de sages-femmes et 14% de la part de médecins (31).

Notons que 68 médecins (23,1% des répondants) respectaient plus de la moitié des recommandations et 2 médecins suivaient 80% et plus des recommandations de l'HAS.

Selon les travaux du Dr F. Noirhomme-Renard, médecin de santé publique, les facteurs déterminant l'augmentation de l'initiation et de la durée d'allaitement « sont d'informer les femmes, d'inclure les hommes, de former les professionnels de santé »(11) .

L'importance de l'information prénatale durant la grossesse est soulignée récemment dans le Rapport des 1000 premiers jours qui met en avant l'entretien prénatal précoce, considéré comme un point « d'entrée privilégié dans l'accompagnement et le suivi ». L'ENP de 2016 montrait que seuls 29% des futures mères en bénéficiaient en 2016 (1). Depuis mai 2020, cet entretien prénatal précoce est rendu obligatoire par la loi de financement de la Sécurité Sociale votée le 25 octobre 2019 (32). L'entretien prénatal précoce permettrait aux professionnels de santé de délivrer des messages de santé dont ceux sur l'allaitement (33).

Plusieurs études sur les recommandations en général peuvent éclairer sur les causes de ce résultat.

Dans l'étude de Jeremy Salbashian menée en 2015 sur l'application des recommandations dans la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer en médecine générale dans la région Midi-Pyrénées de 2015, celui-ci explique que l'insuffisance des connaissances des recommandations est un des freins les plus cités, (après les difficultés de mise en pratique et le manque de temps) (34). Au vu du nombre important de recommandations et du renouvellement plus ou moins fréquent de celles-ci, se tenir informé et à jour en médecine générale reste compliqué. Pourtant, dans la présente thèse, 135 médecins soit 45,9% des médecins interrogés déclaraient consulter les recommandations de l'HAS sur l'AM. On peut aussi se demander comment le médecin généraliste considère son rôle dans l'information à délivrer sur l'AM. Veut-il communiquer une information synthétique sur l'AM,

et laisser d'autres professionnels de santé (sage-femme, pédiatre) aller plus loin dans la diffusion des recommandations ? En quelque sorte, travailler en réseau. Dans une étude publiée par la DREES en 2009 de Guerville et Al sur le suivi des recommandations de maladies chroniques telles que le diabète de type 2, les dyslipidémies, la migraine, l'HTA, la dépression et l'obésité du jeune enfant, cette dernière était la moins connue en médecine générale. Les auteurs montraient alors que les médecins généralistes se sentaient peu efficaces dans cette prise en charge, pensant que cela relevait plutôt du pédiatre (35) (36).

En 2006, une étude questionnant le non-respect des recommandations en médecine générale en termes de diabète de type II témoignait de l'aspect trop technique des recommandations, ne correspondant pas à l'exercice de médecine générale. En effet, celle-ci nécessite une approche globale que les médecins généralistes pensaient incompatible avec l'exécution mécanique de recommandations. Plus de dix ans après cette étude, les recommandations décrites sont globalement entrées dans les habitudes des médecins généralistes (exercice physique, diététique, examens sanguins réguliers...) (37). Cela laisse un espoir d'une diffusion meilleure de l'information sur l'AM pendant la grossesse, même si on peut penser que le taux de suivi relevé dans cette étude (37,4%) pourrait être supérieur au vu de recommandations datant de 2006.

3. Analyse de l'objectif secondaire

3.1. Profil des médecins généralistes exploitant plus de 50% des recommandations de l'HAS

Au sein de ce groupe de médecins, les femmes étaient davantage représentées (74%) par rapport à l'ensemble des répondants (65%).

Les médecins généralistes ayant suivi une formation complémentaire sur l'AM (DIULHAM, DU de gynécologie et formation continue) étaient proportionnellement plus nombreux dans ce sous-échantillon (38,2%) que dans l'échantillon de départ (27,2%). Ces résultats suggèrent

une tendance à respecter davantage les recommandations lorsqu'on est formé. Toutefois, la taille réduite de ce sous-échantillon ne permettait pas de conclure sur l'impact d'une formation complémentaire. D'autant que ces formations ne dispensent pas le même contenu ni le même nombre d'heures de formation (102 heures de formation pour le DIULHAM, 3 heures pour le DU de gynécologie, une journée par an pour le Réseau Sécurité Naissance).

Une thèse quantitative sur les connaissances en termes d'AM auprès des internes de première et troisième années d'Angers menée par Gersande Millet concluait : même après une formation obligatoire à l'AM (environ 2h lors d'un stage ambulatoire), il restait des lacunes à combler bien que les internes de troisième année aient été meilleurs répondants (29). Le même type d'étude a été mené à Nantes où il n'existe pas de formation initiale à l'AM durant le troisième cycle. Les résultats ne montraient pas de différence significative en terme de connaissances sur l'AM entre le groupe des internes de première et deuxième années (38). Cela montre ainsi que la formation initiale sur l'AM apporte un plus.

Plus remarquable, plus de 9 médecins sur 10 dans ce groupe déclaraient avoir une expérience personnelle de l'AM (91,1%) ce qui permettait de comprendre l'intérêt plus marqué pour l'AM de ces médecins et leur implication dans la promotion de l'AM en anténatal.

4. Analyse du contenu de l'information prénatale

4.1. Une information prénatale non délivrée à toutes les femmes

Selon l'HAS, toute rencontre avec une femme enceinte doit être l'occasion pour le professionnel de santé de parler de l'alimentation du nouveau-né et notamment d'AM (20).

Dans cette étude, 108 médecins soit 36,7%, indiquaient aborder le sujet avec la totalité de leurs patientes. Ce point est soutenu par une étude de 2011 du Dr Barrière et Al sur

l'information prénatale en termes d'AM reçue par des femmes dans le Maine et Loire : les réponses, recueillies après l'accouchement, montraient que plus d'un quart des femmes soit 26,9% n'avaient reçu aucune information au sujet de l'AM pendant leur grossesse (39).

4.2. Le thème de l'alimentation du nourrisson abordé majoritairement si le couple a des questionnements

Selon l'HAS, le médecin doit recommander un AME durant 6 mois. Dans cette étude, les répondants ont indiqué aborder le sujet de l'alimentation infantile de différentes façons : l'AME était abordé par 45,5% des répondants, l'allaitement maternel mixte par 31,6%, l'allaitement maternel artificiel par 35,3%, la diversification alimentaire par 22,7%. L'information présentée à la femme enceinte ou aux futurs parents ne se limitait pas à l'AM et respectait les recommandations de l'HAS.

79,2% des médecins parlaient de l'alimentation du nourrisson lorsque les patientes abordaient elles-mêmes ces questions. Or, dans les recommandations de l'HAS, l'information doit être apportée par le médecin de manière spontanée sans attendre les questionnements de la patiente. (Aucune étude mesurant le pourcentage de patientes recevant spontanément une information sur l'AM n'a pu être retrouvée). Dans sa thèse qualitative sur les facteurs influençant la décision d'allaiter, Daphnée Delecourt, relève la passivité du couple parental en termes de recherche d'information sur l'AM pendant la grossesse et conclut : « c'est donc au médecin d'engager un dialogue afin d'amorcer une réflexion » (40).

4.3. Les avantages pour le bébé plus fréquemment cités que les avantages pour la mère

L'HAS, l'OMS et le RSN recommandent d'informer les patientes sur les avantages pour l'enfant et la mère. Le CNGOF précise aussi que les « femmes semblent davantage projeter d'allaiter de façon exclusive quand elles ont connaissance des effets bénéfiques de l'AM sur l'enfant » et recommande donc de les informer durant la grossesse (5). A noter que les

découvertes en termes d'AM sont en constante évolution (41). De nouvelles études mettent régulièrement en avant les bénéfices de l'AM pour la mère. En exemple, la diminution du risque de rechute en post-partum chez les mères ayant une sclérose en plaque (42), la diminution du risque de cancer de l'endomètre (43), du risque d'endométriose (44), du taux de diabète dans une étude d'une durée de 30 ans (45), la diminution du risque d'HTA (46).

La présente étude semble indiquer que si la recommandation était suivie pour ce qui est de la communication des bénéfices pour le bébé (89,4%), en revanche, la recommandation de citer les bénéfices pour la mère était moins suivie (43,20%).

Absent des recommandations de l'HAS de 2006, le bénéfice en termes de relation mère-enfant était cité par 72,1% des répondants. Depuis, plusieurs études ont conclu à une relation positive entre l'AM et l'attachement mère/enfant (47)(48). Le Rapport des 1000 premiers jours prévoit aussi d'inscrire dans le carnet de santé des messages à destination des parents sur le développement de l'attachement, la régulation émotionnelle et le développement neurocognitif dont l'AM est un facteur.

4.4. Une recommandation de durée optimale d'AM évoquée par 11,2% des médecins

L'HAS et l'OMS recommandent d'informer les patientes d'une durée d'AME de six mois.

Or dans cette thèse, 46,3% ne précisaiient pas de durée d'AM optimale et 33,3% proposent à leurs patientes d'allaiter autant que possible. Seuls 11,2% des médecins généralistes informaient leurs patientes enceintes de la durée optimale recommandée de six mois.

Une étude qualitative de Coline Rigaud (sage-femme) menée sur les représentations des médecins sur l'AM appuie ce résultat : la majorité des médecins interrogés (9 sur 12) ne recommandaient pas de durée optimale d'AM (49).

Pourtant, l'étude de Peter et Al (50) montrait que les femmes enceintes informées de cette durée optimale allaitent significativement plus longtemps. Dans l'étude de Barrière et al (39),

le conseil fait aux femmes d'un AME de six mois était significativement corrélé à un meilleur taux d'initiation comparé aux femmes n'ayant pas reçu cette information (64,8% vs 48,6%) (39). Cette information reste donc essentielle à la promotion de l'AM.

De nombreux travaux sur l'AM rapportent le conflit qui existe entre la durée d'AM recommandée et la reprise de travail précoce. Dans les sociétés où l'allaitement n'est pas la norme, le monde du travail ne facilite pas la poursuite d'un AM pour viser la durée recommandée : congé maternité de 10 semaines, difficulté de tirer son lait sur son lieu de travail (51).

Les médecins évitent-ils de préciser une durée optimale pour ne pas risquer de culpabiliser leurs patientes ?(52) La culpabilité ressentie par une femme au sujet de l'AM peut trouver son origine dans différents contextes : la pression sociale que les femmes vivent lorsqu'elles ont fait le choix de ne pas allaiter (53), la culpabilité de celles qui ont dû interrompre l'AM précocement (54)(55), ou de celles qui allaitent plus d'un an (49) (56). Le sujet est-il alors de parler ou non d'AM ? ou de s'adapter à la femme que l'on reçoit en consultation, de l'accompagner et de prêter attention à la formulation des messages ? Daphné Delecourt, dans sa thèse qualitative sur les facteurs influençant le choix d'allaiter pendant la grossesse conclut sur ce point : l'information sur l'AM doit être un échange avec le professionnel de santé permettant au couple de faire le choix de l'AM ou non. Le rôle du médecin est d'accompagner le couple dans ses décisions sans avoir pour objectif d'influencer ou de convaincre. Elle poursuit : « l'intervention du professionnel de santé doit être personnalisée » et précise « la communication et l'accompagnement sont les clés de la promotion de l'AM, plus que l'argumentation scientifique », « le fait de posséder un document sur l'AM ne suffit pas » (40).

Les consultations extrêmement denses de suivi de grossesse amènent une autre interrogation : les médecins laissent-ils les patientes recevoir cette information via les PNP pour eux-mêmes se concentrer sur d'autres aspects du suivi ?

Autre complexité pour le médecin généraliste, la durée d'AME fait l'objet de recommandations qui ne sont pas harmonisées :

-Le CNGOF recommande un allaitement exclusif de 4 à 6 mois (5).

-L'OMS et l'HAS ainsi que les sociétés américaine et canadienne de pédiatrie recommandent une durée de six mois d'allaitement (3) (20) (57).

-Le Plan National Nutrition Santé 2019-2023 fixe comme objectif d'allonger de deux semaines la médiane d'allaitement pour passer de 15 à 17 semaines (58).

4.5. Des séances de PNP proposées à 73% des femmes et 36% des conjoints

L'HAS recommande de proposer systématiquement aux futurs parents ainsi qu'à leur entourage des séances comprenant une information sur l'AM.

Dans les résultats, 73,1% des médecins généralistes en proposaient aux futures mères. Autre élément confortant l'idée que la recommandation est suivie : le taux de participation à ces séances a augmenté entre 2010 et 2016 quelle que soit la parité pour atteindre 77,9% de participation pour les primipares et 33,8% pour les multipares (1). Le taux de participation national des femmes permet de penser que ces séances sont entrées dans les habitudes tant du côté des femmes qui y participent que des médecins généralistes qui les proposent.

Les conjoints et l'entourage de la femme enceinte sont orientés vers ces séances : 36,7% des médecins généralistes indiquaient le proposer aux conjoints et 2,3% à l'entourage. Ces

chiffres suggèrent que les messages à destination des conjoints et de l'entourage doivent être complétés.

Une enquête de satisfaction concernant des séances de PNP au CHU d'Angers indique que 58,1% des conjoints avaient assisté à une ou plusieurs séances de préparation à la naissance. Parmi eux, 55,6% étaient en faveur de séances spécialement réservées aux futurs pères sous forme de groupe de parole de pères comme cela est le cas à la maternité des Lilas à Paris ou à l'hôpital mutualiste de Grenoble (59). Toutefois, la participation des conjoints aux séances de PNP reste peu étudiée.

Il est essentiel que les médecins généralistes puissent intégrer les conjoints au suivi de la grossesse et leur proposer ces séances afin de les aider à trouver leur place durant la grossesse et pendant un allaitement. Ils ont eux aussi besoin d'information.

4.6. Proposition au conjoint d'assister à une consultation de suivi pour recevoir de l'information sur l'AM par 20% des médecins

L'HAS recommande de proposer au conjoint d'assister au moins à une consultation durant la grossesse pour obtenir de l'information sur l'AM (20).

20% des médecins généralistes proposaient au conjoint une telle consultation. Ce résultat est appuyé par l'étude de 2011 de Barrière et Al, menée dans le Maine et Loire : le mode d'alimentation du futur bébé était abordé en présence du père en consultation de suivi de grossesse dans seulement 15,4% des cas (39).

Le CNGOF préconise d'adresser des messages de promotion de l'allaitement à destination des conjoints. Il s'agit là d'un facteur influençant le choix d'allaiter, l'augmentation de la fréquence d'initiation de l'AM et de sa durée (5). D'autres études valident les mêmes hypothèses (8) (5) (60).

Pour F. Noirhomme-Renard, la représentation positive du père au sujet de l'AM durant la période prénatale est un facteur favorisant un allaitement plus long. Les pères favorables à l'AM ont également de meilleures connaissances à ce sujet comparé aux pères qui sont plus favorables à l'utilisation de laits infantiles. Par ces connaissances, ils peuvent ainsi soutenir la dyade mère-enfant et augmenter la durée de l'allaitement (61).

Ce résultat est notamment étayé par deux thèses qui mettent en lumière le besoin des pères d'être inclus dans le suivi de grossesse et par là d'être informés. Laetitia Tavernier décrit : « Les causes évoquées par les pères quand ils n'assistent pas aux séances proposées, sont la peur de ne pas trouver sa place, la peur d'être jugé. Aussi des groupes de paroles pour les pères s'instaurent progressivement dans quelques maternités françaises afin d'écouter et d'échanger avec les pères »(62). De son côté, Guillaume Génovèse dans sa thèse intitulée « n'oublions pas le père, intérêt d'une consultation dédiée au futur père pendant la grossesse en médecine générale », décrit la demande de 39% des pères interrogés de participer à une consultation spécialement dédiée aux pères durant la grossesse (63).

On voit donc à la fois un intérêt à intégrer le conjoint lors du suivi de la grossesse pour la réussite de l'AM mais aussi une demande d'une partie des conjoints d'être mieux informés à ce sujet.

4.7. Les facteurs de mise en route de l'AM décrits aux femmes

L'HAS recommande d'informer les femmes enceintes sur les facteurs de mise en route de la lactation.

Dans cette étude, l'allaitement à la demande est le plus cité (par 62.20% des répondants). 34,4% des répondants indiquaient ne pas parler des facteurs de mise en route de l'allaitement car ce sujet est abordé en cours de PNP ou par d'autres professionnels. En

proposant les cours de PNP, les médecins généralistes démontrent qu'ils s'inscrivent dans une prise en charge en réseau. Toutefois il reste difficile de savoir, si les médecins généralistes, tout en orientant leurs patientes vers les cours de PNP, complètent ou pas l'information sur l'AM. En effet, il est important de « multiplier », compléter et « diversifier les sources d'information » (40), de « faire le lien » plutôt que de déléguer (64).

Le Dr Chezem décrit l'importance d'augmenter les connaissances des femmes enceintes en termes d'AM. En effet, lorsque les professionnels de santé délivrent ces informations, une meilleure connaissance du sujet engendre chez les femmes enceintes une meilleure confiance dans leur capacité d'allaiter (65).

4.8. Des contre-indications vraies recherchées par moins de la moitié des médecins généralistes

L'HAS recommande aux professionnels de rechercher les contre-indications absolues à l'AM tout en précisant que celles-ci sont rares. Dans cette étude, la question sur ce point pouvait sembler manquer de précision car les termes « absolue » ou « vraie » n'étaient pas clairement définis dans son énoncé (annexe 2).

43,3% des répondants indiquaient ne rechercher aucune contre-indication. Ce chiffre pose question : faut-il en déduire que ces 43,3% médecins considèrent ne pas avoir à s'en préoccuper et laissent-ils d'autres professionnels s'en charger ?

Autre point à relever : une part non négligeable des médecins interrogés semblait considérer que les hépatites B et C (26,4% des répondants) et le tabagisme (15% des répondants) contre-indiquent l'allaitement. Etaient aussi cités : la dépression (9,9%), la fatigue (4,4%), la chirurgie des seins (10,6%), les mamelons plats ou ombiliqués (3,4%), les infections à herpès simplex (5,5%). Dans une thèse de médecine menée en Ile de France évaluant les connaissances des médecins généralistes, seuls 10% des médecins répondaient

correctement à la question recherchant les contre-indications absolues à l'AM (66) et considéraient l'hépatite B comme en étant une. Des confusions sont donc mises en lumière.

L'HAS décrit comme contre-indications abusives : les maladies infectieuses courantes, le tabagisme maternel, la plupart des médicaments et conseille de consulter d'autres sources d'informations que le dictionnaire Vidal. La société française de pédiatrie indique les mêmes contre-indications abusives à l'allaitement et y ajoute la mastite pour la mère et l'ictère pour l'enfant (67).

L'HAS recommande d'aborder ce sujet avec tous les parents à l'oral, et de leur remettre un document d'information. Cette thèse a relevé que 66,3% des médecins n'en parlaient pas et seulement 3% distribuaient une documentation. Dans son étude, V. Rigourd et al, « conseils pour l'allaitement », pose la question : « Combien d'interruptions d'allaitement pour une poussée de fièvre, une prescription médicamenteuse, un mamelon douloureux ou pire un renoncement à l'AM après une naissance prématurée » ? Elle précise que la prescription médicamenteuse chez les mères allaitantes est la deuxième cause d'arrêt précoce ou tardif d'AM (10).

4.9. Recours dès la grossesse, pour accompagner l'AM à la sortie de maternité, proposé par près de la moitié des répondants

Une question de cette étude interrogeait les médecins généralistes sur les recours proposés aux patientes enceintes pour préparer la poursuite de l'allaitement à la sortie de la maternité selon la recommandation de l'HAS.

Dans nos résultats, 46,6% des médecins proposaient des coordonnées de référents en lactation (sages-femmes, PMI, conseillères en lactation) et il n'était pas possible de préciser lequel en particulier. Ces résultats montrent que ces médecins généralistes travaillent en

réseau pour prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les femmes à la sortie de la maternité.

Ces résultats sont comparables à ceux de l'étude quantitative de Manuelle Auclair qui recherchait les recours choisis par les médecins généralistes en Maine et Loire en cas de difficultés liés à l'AM. En majorité, 46,8% des médecins avaient recours aux sages-femmes en cas de difficultés liées à l'AM. Choix judicieux puisque celles-ci bénéficiaient d'une formation à l'AM plus étendue que celle des médecins même si l'AM existe des disparités en fonction des villes : Brest propose un nombre d'heures de formation plus important et accueille une formation au DIULHAM témoignant des volontés affichées de former au sujet de l'AM (28).

31,6% indiquaient ne proposer aucun recours alors que nous avons précédemment vu que les pics d'arrêt de l'allaitement surviennent tôt après la sortie de la maternité et pour des motifs ne justifiant pas toujours l'arrêt de l'AM (10).

4.10. Un document sur l'AM remis par un quart des médecins généralistes

Seuls 24,9% des médecins généralistes distribuaient un document sous forme de livret à leur patiente comme recommandé par l'HAS. Le développement d'Internet fait-il évoluer les pratiques vers la communication de références de site Internet par les médecins généralistes ? Les résultats ne valident pas cette hypothèse car seuls 17,6% des répondants indiquaient le faire.

Autre point, 53% des médecins généralistes du panel ne délivraient pas de document sur l'AM et déclaraient s'appuyer sur la PNP pour fournir cette documentation. Il existe pourtant des livrets à jour sur l'AM, gratuits, que l'on peut commander sur Internet (RSN, INPES...) (26)(68)(69).

4.11. L'HAS et le Réseau Sécurité Naissance, principales sources de recommandations consultées

Avec respectivement 45,9% et 41,8%, l'HAS et le Réseau Sécurité Naissance sont les deux sources de recommandations privilégiées indiquées par les médecins généralistes répondants.

Les recommandations de l'HAS de 2006 sont souvent exploitées dans de nombreuses thèses et études sur l'AM. Elles apportent des éléments retrouvés dans les recommandations plus récentes comme celles du CNGOF. Bien que denses, elles ont l'avantage de concentrer l'essentiel de l'information à délivrer sous forme de tableaux synthétiques.

CONCLUSION

L'information prénatale sur l'AM peut être délivrée par de nombreux professionnels de santé dont les médecins généralistes. Cette information permet aux femmes enceintes et à leur conjoint(e) de faire un choix éclairé. L'essentiel de cette information est décrit dans les recommandations de l'HAS de 2006. Ces dernières pourraient être davantage suivies même si l'on note que les médecins généralistes travaillent en réseau en adressant leurs patientes aux cours de PNP, et donnent des recours en cas de difficultés à l'AM au sortir de la maternité.

Au titre des améliorations, plusieurs axes sont souhaitables : dialoguer au sujet de l'AM avec toutes les femmes enceintes et leurs conjoints, adapter l'information, ne pas attendre les questionnements des patientes.

Sur le plan de la formation, une formation initiale des étudiants renforcée est souhaitable, ainsi qu'un accompagnement des médecins généralistes qui le souhaitent par de la formation continue pour rester à jour des recommandations.

Dans l'optique d'augmenter les taux d'allaitement maternel en France, au-delà des actions menées dans la sphère médicale, les politiques sociales et de santé publique doivent évoluer : réfléchir à la place de l'allaitement dans le monde du travail, renforcer la législation en accord avec le code international de commercialisation des substituts du lait maternel, faire la promotion de l'allaitement maternel dans l'espace public.

L'intégration de l'allaitement maternel se fait progressivement dans notre société, les pouvoirs publics en ont d'ailleurs fait un axe du PNNS 2019-2023.

En constante évolution, les découvertes scientifiques au sujet de l'AM le placent au croisement d'enjeux de santé publique et de débats de société.

BIBLIOGRAPHIE

1. DREES, INSERM. ENP 2016. oct 2017; Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
2. Salanave B, 2012 - De Launay C, et al. Epifane. 2013 2012; Disponible sur: http://alimentation-sante.org/wp-content/uploads/2016/05/rapport_alimentation_nourrissons_pendant_premiere_annee_vie.pdf
3. OMS | Allaitement au sein exclusif [Internet]. WHO. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/fr/
4. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* [Internet]. 24 janv 2001;285(4):413-20. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11242425/>
5. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Marpeau L, Senat M-V, Sentilhes L. Post-partum: recommandations CNGOF pour la pratique clinique. 2018.
6. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krusevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet* [Internet]. janv 2016 [cité 11 févr 2021];387(10017):475-90. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615010247>
7. Toubiana L. Observatoire Hivern@le – KhiObs : surveillance épidémiologique des pathologies hivernales de la sphère ORL chez l'enfant en France. :13. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Laurent-Toubiana/publication/279925380_Observatoire_Hivernle_-KhiObs_surveillance_epidemiologique_des_pathologies_hivernales_de_la_sphere_ORL_chez_l'enfant_en_France/links/559e709a08ae99dba598d8af/Observatoire-Hivernle-KhiObs-surveillance-epidemiologique-des-pathologies-hivernales-de-la-sphere-ORL-chez-l-enfant-en-France.pdf
8. Kong SKF, Lee DTF. Factors influencing decision to breastfeed. *J Adv Nurs* [Internet]. mai 2004;46(4):369-79. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15117348/>
9. Guigui G. Connaissances et méconnaissances des mères sur l'allaitement. *Devenir* [Internet]. 1 sept 2007 [cité 29 avr 2019];Vol. 19(3):261-97. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-devenir-2007-3-page-261.htm>

10. Rigourd V, Nicloux M, Hovanishian S, Giuséppi A, Hachem T, Assaf Z, et al. Conseils pour l'allaitement maternel. *J Pédiatrie Puériculture* [Internet]. mai 2018 [cité 5 juin 2019];31(2):53-74. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0987798318300343>
11. Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *J Pédiatrie Puériculture* [Internet]. mai 2009 [cité 5 juin 2019];22(3):112-20. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0987798309000516>
12. Howard C, Howard F, Lawrence R, Andresen E, DeBLIECK E, Weitzman M. Office Prenatal Formula Advertising and Its Effect on Breast-Feeding Patterns. 2000;95(2):8. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10674597/>
13. Bonnard Anne, Cintas Agnès, Deloger Valérie, Lagrut Isabelle, Leroy Juliette, Loras-Duclaux Irène, et al. L'allaitement maternel : guide pratique à l'usage des professionnels de la santé. *Arch Pédiatrie* [Internet]. déc 2001 [cité 19 juin 2019];8(12):1404. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X01007497>
14. Overfield ML, Ryan CA, Spangler A, Tully MR. Guide clinique pour l'établissement de l'allaitement exclusif. juin 2005;30. Disponible sur: https://www.allaitementpourtous.com/uploads/1/4/2/4/1424617/guide_clinique_ilca.pdf
15. Johnston BD, Huebner CE, Tyll LT, Barlow WE, Thompson RS. Expanding developmental and behavioral services for newborns in primary care: Effects on parental well-being, practice, and satisfaction. *Am J Prev Med* [Internet]. 1 mai 2004 [cité 14 juin 2019];26(4):356-66. Disponible sur: [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(03\)00394-5/abstract](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(03)00394-5/abstract)
16. Memmott MM, Bonuck KA. Mother's reactions to a skills-based breastfeeding promotion intervention. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2006 [cité 31 mai 2019];2(1):40-50. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1740-8709.2006.00040.x>
17. Turck D, Razanamahefa L, Dazelle C, Gelbert N, Gremmo-Féger G, Manela A, et al. Plan d'action : allaitement maternel. *Médecine Nutr* [Internet]. 2010 [cité 5 juin 2019];46(3-4):25-47. Disponible sur: <http://www.medecine-nutrition.org/10.1051/mnut/201030002>
18. OMS. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel [Internet]. Genève:

- Organisation Mondiale de la Santé; 1981. Disponible sur: https://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf
19. Cofam. Promotion de l'allaitement maternel pendant la grossesse, à l'accouchement et pendant le séjour à la maternité. In 2019. p. 35. Disponible sur: https://www.coordination-allaitement.org/images/publications/cs_cofam_facteurs_favorisants_10_avril_2019.pdf
20. HAS: Favoriser l'allaitement maternel processus et évaluation 2006.
21. Robert E, Swennen B, Dramaix M, Coppieters Y. Place des difficultés rencontrées lors de la mise au sein dans l'initiation et la durée d'allaitement maternel en Belgique francophone, 2015. J Pédiatrie Puériculture [Internet]. avr 2017 [cité 25 nov 2020];30(2):47-55. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0987798316301049>
22. Wallenborn JT, Chambers G, Lowery EP, Masho SW. Discordance in Couples Pregnancy Intentions and Breastfeeding Duration: Results from the National Survey of Family Growth 2011–2013. J Pregnancy [Internet]. 24 juill 2018 [cité 19 juin 2019];2018:1-8. Disponible sur: <https://www.hindawi.com/journals/jp/2018/8568341/>
23. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique - Post partum. 2015; Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=21930>
24. OMS | Éduquer pour accroître la durée de l'allaitement maternel [Internet]. WHO. 2017 [cité 12 juin 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/elenatitles/breastfeeding_education/fr/
25. Livret Allaitement réseau naissance sécurité Sept 2016.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.reseau-naissance.fr/medias/2018/10/LivretAllaitementA5-Sept2016-1.pdf>
26. Inpes. Le guide de l'allaitement maternel [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/321678/2931748>
27. ANAES. Allaitement maternel. Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. [Internet]. 2002. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf
28. Manuelle A. ÉVALUATION DE LA FORMATION DES MÉDECINS LIBÉRAUX À L'ALLAITEMENT MATERNEL [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20070694/2018MCEM8497/fichier/8497F.pdf>

29. Gersande M. Evaluation des connaissances des étudiants de 3ème cycle de médecine générale d'Angers dans la prise en charge et l'accompagnement de l'allaitement maternel [Internet]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/documents/dune11891>
30. Branchereau-Gislard H. Accueil de l'enfant allaité en collectivité [Internet]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20072108/2019MCEM11318/fichier/11318F.pdf>
31. Fanello S, Moreau-Gout I, Cotinat JP, Descamps P. Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né: une enquête auprès de 308 femmes. Arch Pédiatrie [Internet]. janv 2003 [cité 6 déc 2020];10(1):19-24. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X03002161>
32. Nationale A. Loi de financement de la sécurité sociale 2020 (no 2296) Amendement n°1963 (Rect) [Internet]. Assemblée nationale. [cité 16 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/2296/AN/1963>
33. Cyrulnik B, Benachi A, Filliozat I. Rapport les 1000 premiers jours [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
34. Salbashian J. L'application des recommandations HAS dans la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer en médecine générale dans la région Midi Pyrénées [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1601/1/2016TOU31121.pdf>
35. Guerville P, Régi V, Ventelou V. Les pratiques en médecine générale dans cinq régions. oct 2009;8. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er708.pdf>
36. Bocquier A, Paraponaris A, Gourheux J-C, Lussault P-Y, Basdevant A, Verger P. La prise en charge de l'obésité. Presse Médicale [Internet]. juin 2005 [cité 21 janv 2021];34(11):769-75. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498205840394>
37. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques? L'exemple du diabète de type 2. 2006; Disponible sur: https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SSS_242_0075&download=1
38. Alice M. Etats des lieux des connaissances en allaitement maternel des étudiants de 3ème cycle de médecine générale à Nantes. 2018.

39. Barriere H, Tanguy M, Connan L, Baron C, Fanello S. Information prénatale sur l'allaitement maternel : enquête en Pays de Loire. *Arch Pédiatrie* [Internet]. sept 2011 [cité 6 déc 2020];18(9):945-54. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X11002673>
40. Delecourt D. Facteurs influençant la décision maternelle d'allaiter au cours de la grossesse. Rôle du soignant. Etude qualitative. [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/e6849d67-f0c4-491d-9046-4492ef691f3f>
41. Gremmo-Féger G. Allaitement maternel : quoi de neuf en 2015 ? 2015;11. Disponible sur: <http://www.conaitre.net/wp-content/uploads/2020/03/AM-Quoi-de-neuf-TEXTE-SFMP-2015-GREMMO-FEGER.pdf>
42. Langer-Gould A, Smith JB, Hellwig K, Gonzales E, Haraszti S, Koebnick C, et al. Breastfeeding, ovulatory years, and risk of multiple sclerosis. *Neurology* [Internet]. 8 août 2017 [cité 5 févr 2021];89(6):563-9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5562955/>
43. Jordan SJ, Na R, Johnatty SE, Wise LA, Adami HO, Brinton LA, et al. Breastfeeding and Endometrial Cancer Risk: An Analysis From the Epidemiology of Endometrial Cancer Consortium. *Obstet Gynecol* [Internet]. juin 2017 [cité 5 févr 2021];129(6):1059-67. Disponible sur: https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2017/06000/Breastfeeding_and_Endometrial_Cancer_Risk__An.16.aspx
44. Farland LV, Eliassen AH, Tamimi RM, Spiegelman D, Michels KB, Missmer SA. History of breast feeding and risk of incident endometriosis: prospective cohort study. *BMJ* [Internet]. 29 août 2017 [cité 5 févr 2021];j3778. Disponible sur: <https://www.bmjjournals.org/lookup/doi/10.1136/bmj.j3778>
45. Gunderson EP, Lewis CE, Lin Y, Sorel M, Gross M, Sidney S, et al. Lactation Duration and Progression to Diabetes in Women Across the Childbearing Years. *JAMA Intern Med* [Internet]. mars 2018 [cité 5 févr 2021];178(3):328-37. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5885916/>
46. Park S, Choi N-K. Breastfeeding and Maternal Hypertension. *Am J Hypertens* [Internet]. 13 avr 2018 [cité 5 févr 2021];31(5):615-21. Disponible sur: <https://academic.oup.com/ajh/article-pdf/31/5/615/24649525/hpx219.pdf>
47. Deprez A. Attachement, allaitement, sevrage : y aurait-il une fonction attachement à l'allaitement ? Spirale [Internet]. 2014 [cité 6 déc 2020];N° 72(4):79. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-spirale-2014-4-page->

48. Else-Quest NM, Hyde JS, Clark R. Breastfeeding, Bonding, and the Mother-Infant Relationship. *Merrill-Palmer Quarterly* [Internet]. 2003 [cité 6 déc 2020];49(4):495-517. Disponible sur: http://muse.jhu.edu/content/crossref/journals/merrill-palmer_quarterly/v049/49.4else-quest.html
49. Rigaud C. Representations et croyances des médecins généralistes sur l'allaitement maternel. [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01896765/document>
50. Peters E, Wehkamp K-H, Felberbaum RE, Krüger D, Linder R. Breastfeeding duration is determined by only a few factors. *Eur J Public Health* [Internet]. 1 avr 2006 [cité 24 nov 2020];16(2):162-7. Disponible sur: <https://academic.oup.com/eurpub/article-pdf/16/2/162/1360640/cki199.pdf>
51. Propositions pour une Politique Nationale Nutrition Santé à la hauteur des enjeux de santé publique en France PNNS 2017-2021 [Internet]. 2017 PNNS -2021. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20170912_PNNS20172021.pdf
52. Foix B. État des lieux et perspectives de l'allaitement maternel en France et dans le monde [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01128719/document>
53. Lecoq T, Bost E, Bagieu P, Bastide L, Manivet D, l'Ain AG de, et al. Allaitement : cessons de culpabiliser les femmes [Internet]. Libération. [cité 12 févr 2021]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/france/2016/02/04/allaitement-cessons-de-culpabiliser-les-femmes_1431085/
54. Brochier H. LES LARMES DE L'ALLAITEMENT [Internet]. Disponible sur: http://consultants-lactation.com/wp-content/uploads/2017/01/memoire_helene_brochier.pdf
55. Pearson C. Pourquoi il est si difficile de se débarrasser de la culpabilité liée à l'allaitement [Internet]. Le Huffington Post. 2019 [cité 12 févr 2021]. Disponible sur: https://www.huffingtonpost.fr/2019/03/01/pourquoi-il-est-si-difficile-de-se-debarrasser-de-la-culpabilite-liee-a-l-allaitement_a_23655690/
56. Corré F. Analyse qualitative de l'expérience de l'allaitement maternel vécue par le couple. :137. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01970448/document>
57. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *PEDIATRICS* [Internet]. 1 mars 2012 [cité 6 déc 2020];129(3):e827-41. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01970448/document>

<https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/129/3/e827.full-text.pdf>

58. PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ 2019-2023 [Internet]. 2019 2023. Disponible sur:

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf

59. Mélissa D. Etude de la satisfaction de la préparation à la naissance et à la parentalité proposée par le CHU d'Angers [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20112576/2017MFASMA6913/fichier/6913F.pdf>

60. Rempel LA, Rempel JK. Partner Influence on Health Behavior Decision-Making: Increasing Breastfeeding Duration. *J Soc Pers Relatsh* [Internet]. févr 2004 [cité 25 nov 2020];21(1):92-111. Disponible sur:

https://www.researchgate.net/profile/John-Rempel/publication/255418276_Partner_Influence_on_Health_Behavior_Decision-Making_Increasing_Breastfeeding_Duration/links/554cd7a00cf29f836c9b865b/Partner-Influence-on-Health-Behavior-Decision-Making-Increasing-Breastfeeding-Duration.pdf?origin=publication_detail

61. Noirhomme-Renard F, Close M, Gosset C. Représentations et expérience des pères « primipares » de l'allaitement maternel : lien avec la durée de l'allaitement. *J Pédiatrie Puériculture* [Internet]. févr 2015 [cité 25 nov 2020];28(1):7-15. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0987798314001583>

62. Tavernier L. L'évolution de la place du père en période anténatale [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01843232/document>

63. Genovèse G. N'oublions pas le père. Intérêt d'une consultation dédiée au futur père pendant la grossesse en médecine générale [Internet]. 2018. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_GENOVESE_GUILLAUME.pdf

64. INPES. Grossesse et accueil de l'enfant. Guide pour les professionnels de santé. [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.irepsreunion.org/centrededocs/index.php?controller=attachment&id_attachment=137

65. Chezem J, Friesen C, Boettcher J. Breastfeeding Knowledge, Breastfeeding Confidence, and Infant Feeding Plans: Effects on Actual Feeding Practices. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. janv 2003 [cité 30 nov 2020];32(1):40-7. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0884217515340454>

66. Kanapathipillai Khan A, Demonsant O, Université Paris 13. Evaluation des connaissances des médecins

généralistes en matière d'allaitement maternel: enquête quantitative auprès des médecins généralistes d'Île de France. 2017.

67. HAS-AFPA-Referentiel-auto-evaluation-AM-Juillet-2005.pdf [Internet]. [cité 24 juin 2019]. Disponible sur: <https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/HAS-AFPA-Referentiel-auto-evaluation-AM-Juillet-2005.pdf>
68. Réseau Sécurité Naissance. Les bons repères pour allaiter. Plaquette informative [Internet]. Disponible sur: <https://www.reseau-naissance.fr/medias/2019/02/PlaquetteReperesAllaiter297x210nov2018.pdf>
69. Réseau Sécurité Naissance. Allaitement et reprise d'un travail. Plaquette informative [Internet]. Disponible sur: <https://www.reseau-naissance.fr/medias/2019/05/DepAllTravail297x210-Mai2019-VD.pdf>

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : <u>caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon</u>	13
Tableau II : <u>médecins suivant les recommandations de l'HAS à moins de 33%, entre 33% et 66%, à plus de 66%</u>	14
Tableau III : <u>médecins suivant les recommandations de l'HAS par tranche de 10%</u>	14
Tableau IV : <u>taux de médecins suivant plus de 50% des recommandations de l'HAS</u>	15
Tableau V : <u>caractéristiques sociodémographiques du sous-échantillon de médecins respectant plus de 50% des recommandations de l'HAS</u>	16
Tableau VI : <u>Pourcentage de patientes enceintes informées sur l'AM par les médecins</u>	17
Tableau VII : <u>proportion de médecins évoquant le thème de l'alimentation du nourrisson</u>	18
Tableau VIII : <u>proportion de médecins évoquant les avantages de l'allaitement maternel</u>	18
Tableau IX : <u>durée optimale D'AME évoquée par les médecins</u>	19
Tableau X : <u>propositions de préparation à l'allaitement maternel</u>	20
Tableau XI : <u>facteurs de mise en route de l'allaitement cités par les médecins</u>	20
Tableau XII : <u>proposition d'intégrer le conjoint à une consultation pour l'informer au sujet de l'allaitement</u>	21
Tableau XIII : <u>contre-indications à l'AM recherchées par les médecins durant la grossesse</u>	22
Tableau XIV : <u>contre-indications abordées par les médecins</u>	23
Tableau XV : <u>remise d'une documentation sur l'allaitement maternel par les médecins</u>	23
Tableau XVI : <u>proposition d'un recours pour la poursuite de l'allaitement maternel à la sortie de la maternité par les médecins</u>	24
Tableau XVII : <u>sources de recommandations sur l'allaitement maternel consultées par les médecins</u>	25
Tableau XVIII : <u>âges et genres de l'échantillon et des médecins des Pays de la Loire</u>	28

TABLE DES MATIERES

PLAN	IV
INTRODUCTION.....	1
CONTEXTE ET CADRE DES RECOMMANDATIONS DE L'HAS :	4
1. Recommandations professionnelles de 2002.....	4
2. Chemin clinique « Favoriser l'allaitement maternel : processus et évaluation » de 2006	4
MATERIEL ET MÉTHODES.....	6
1. Objectifs de l'étude	6
2. Type d'étude	6
3. Elaboration du questionnaire	7
4. Critères de jugement.....	9
5. Analyse des résultats	9
5.1. Méthode de calcul du critère de jugement principal :	10
5.2. Méthode de calcul du critère de jugement secondaire.....	10
RÉSULTATS.....	12
1. Données sociodémographiques.....	12
2. Données statistiques sur la pratique	14
2.1. Réponse à l'objectif principal : taux de suivi des recommandations de l HAS	14
2.2. Réponse à l'objectif secondaire : profil des médecins respectant plus de 50% des recommandations.....	15
2.3. Proportion de médecins qui informe ses patientes enceintes sur l AM	17
2.4. Thème de l alimentation du nourrisson abordé par les médecins généralistes avec la patiente	17
2.5. Avantages de l AM cités par les médecins généralistes à leurs patientes	18
2.6. Durée optimale d'AME évoquée par les médecins.....	19
2.7. Proposition de préparation à l AM	19
2.8. Facteurs associés à une bonne mise en route de l AM abordés par les médecins généralistes.....	20
2.9. Proposition à la femme enceinte que le futur père assiste à une consultation pour informer sur l AM	21
2.10. Contre-indications à l AM systématiquement recherchées par les médecins durant la grossesse	21
2.11. Contre-indications abusives à l AM évoquées par les médecins	22
2.12. Remise d'une documentation sur l AM par les médecins.....	23
2.13. Recours proposés aux patientes enceintes pour préparer la poursuite de l AM à la sortie de maternité.....	24
2.14. Sources de recommandations sur l AM consultées par les médecins	24
DISCUSSION	26
1. Critique de la méthodologie de l'étude	26
1.1. Forces	26
1.2. Faiblesses	27
2. Analyse du résultat principal.....	29
2.1. Une information prénatale délivrée en moyenne à 37,4%	29

3. Analyse de l'objectif secondaire	31
3.1. Profil des médecins généralistes exploitant plus de 50% des recommandations de l'HAS	31
4. Analyse du contenu de l'information prénatale	32
4.1. Une information prénatale non délivrée à toutes les femmes	32
4.2. Le thème de l'alimentation du nourrisson abordé majoritairement si le couple a des questionnements	33
4.3. Les avantages pour le bébé plus fréquemment cités que les avantages pour la mère	33
4.4. Une recommandation de durée optimale d'AM évoquée par 11,2% des médecins	34
4.5. Des séances de PNP proposées à 73% des femmes et 36% des conjoints	36
4.6. Proposition au conjoint d'assister à une consultation de suivi pour recevoir de l'information sur l'AM par 20% des médecins	37
4.7. Les facteurs de mise en route de l'AM décrits aux femmes	38
4.8. Des contre-indications vraies recherchées par moins de la moitié des médecins généralistes	39
4.9. Recours dès la grossesse, pour accompagner l'AM à la sortie de maternité, proposé par près de la moitié des répondants	40
4.10. Un document sur l'AM remis par un quart des médecins généralistes	41
4.11. L'HAS et le Réseau Sécurité Naissance, principales sources de recommandations consultées	42
CONCLUSION.....	43
BIBLIOGRAPHIE.....	44
LISTE DES TABLEAUX	52
TABLE DES MATIERES.....	53
ANNEXES.....	

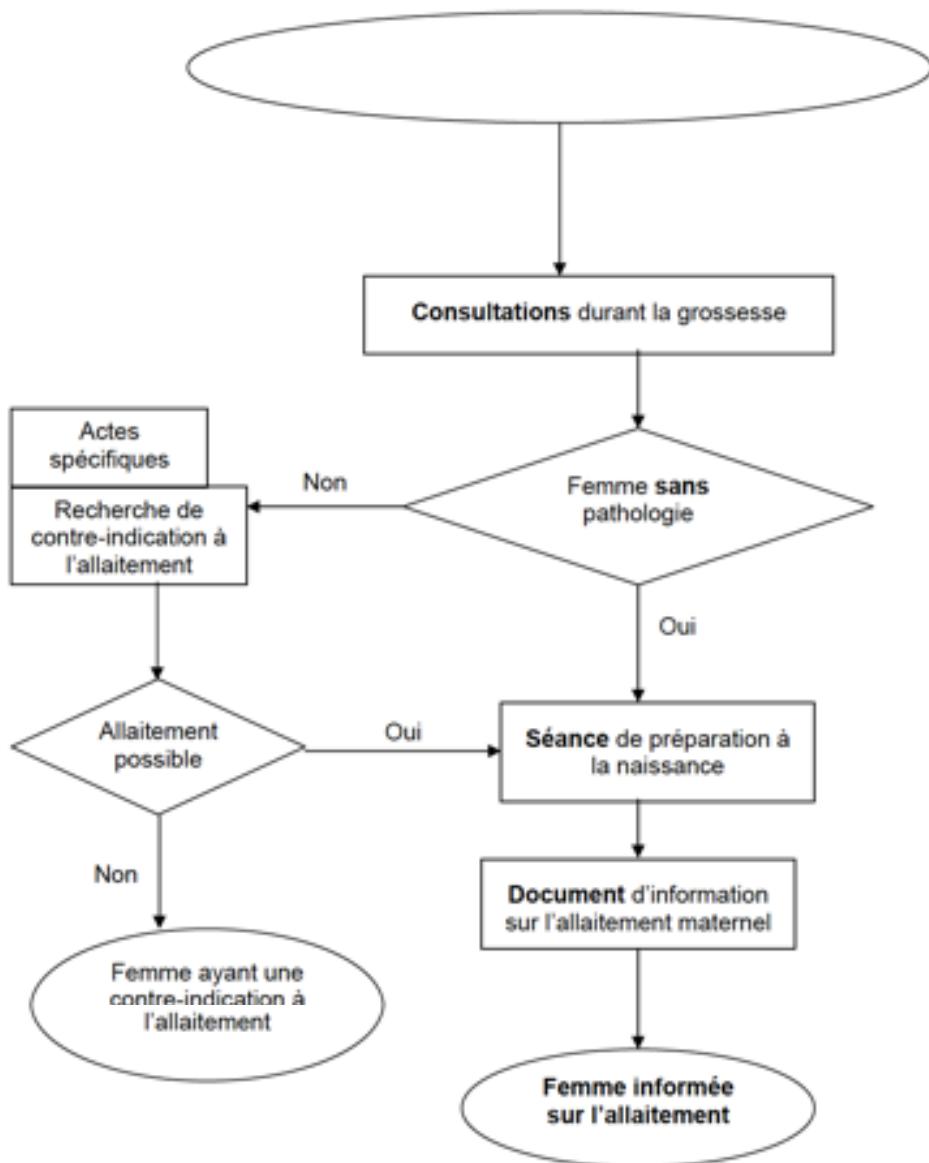
ANNEXES

Annexe 1 : Phase 1 d'information sur l'allaitement durant la grossesse

II.2. Phase 1 d'information sur l'allaitement durant la grossesse

L'objectif est d'informer tous les futurs parents sur l'intérêt et la physiologie de l'allaitement maternel, dans le respect de leur culture, afin d'aider leur décision sans imposer de choix. Cette phase est intégrée à la **préparation à la naissance et à la parentalité** (15), au mieux au sein d'un réseau de périnatalité.

Figure 2 : Exemple de processus d'information sur l'allaitement durant la grossesse



III.2. Phase 1 d'information sur l'allaitement durant la grossesse

PHASE 1	Consultations durant la grossesse	Date Signature
Objectifs professionnels	Explorer les représentations maternelles et de ses connaissances sur l'allaitement Informer les futurs parents sur la physiologie de l'allaitement	
Objectif des futurs parents	Être informés sur la naissance et l'allaitement	
Anamnèse	Expériences antérieures d'allaitement Représentations des futurs parents et de leur entourage sur l'allaitement ATCD de chirurgie mammaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Examen clinique	Examen des seins	<input type="checkbox"/>
Information	Présence du père à une consultation Bénéfices de l'allaitement pour le bébé Bénéfices de l'allaitement pour la mère Intérêt d'un allaitement exclusif durant 6 mois Physiologie de l'allaitement et de la mise en route de la lactation Organisation de la préparation à la naissance Inutilité de la préparation des seins	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Information adaptée aux attentes	

PHASE 1	Recherche de contre-indication à l'allaitement	Date Signature
Objectifs professionnels	Dépister une éventuelle contre-indication à l'allaitement ; déterminer sa durée	
Objectif des futurs parents	Comprendre la balance bénéfices-risques	
Anamnèse	Pathologie maternelle, prise de médicaments Addiction	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Examen complémentaire	Sérologie HIV	<input type="checkbox"/>
Information	Conduite à tenir pour permettre un allaitement (éventuellement différé) en cas de contre-indication à l'allaitement	<input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Évaluation de la balance bénéfices-risques	

PHASE 1	Séance de préparation à la naissance	Date Signature
Objectifs professionnels	Compléter l'information reçue en consultation sur l'intérêt de l'allaitement et sa physiologie en fonction des attentes Éduquer sur la pratique de l'allaitement Donner confiance à la future mère sur ses compétences	
Objectif des futurs parents	Acquérir un savoir-faire de base sur l'allaitement	
Anamnèse	Écoute du groupe : expériences et attentes	<input type="checkbox"/>
Information	Présence du père ou d'un membre de l'entourage de la maman Contexte culturel de l'allaitement en France Rappel de l'intérêt de l'allaitement et de sa physiologie (orienté par les questions) Conditions favorables à la naissance (peau à peau) Comportement du nouveau-né les premiers jours Rôle du père Ressources pour le soutien de l'allaitement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pratique	Position au sein avec une poupée	<input type="checkbox"/>
Résultats attendus	Avoir confiance dans les savoirs acquis sur l'accouchement et l'allaitement, ainsi que dans les compétences du nouveau-né Rencontre avec des mères ayant allaité avec succès	

PHASE 1	Document d'information sur l'allaitement maternel	Date Signature
Objectifs professionnels	Rappeler l'intérêt et la physiologie de l'allaitement maternel ; proposer des sources d'information et de recours	
Objectif des futurs parents	Connaître des sources d'information pour le soutien de l'allaitement	
Pratique	Distribution d'un document d'information à jour sur le soutien de l'allaitement	<input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Contact avant la naissance de recours pour le soutien de l'allaitement	

IV.2. Phase 1 d'information sur l'allaitement durant la grossesse

Consultations durant la grossesse

Toute rencontre avec une femme enceinte doit être l'occasion pour les professionnels de santé d'aborder le mode d'alimentation du nouveau-né et en particulier l'allaitement maternel. Cette information prénatale s'adresse également au futur père, celui-ci jouant un rôle de soutien de la mère.

- S'informer des représentations maternelles et de ses connaissances sur l'allaitement. Cette connaissance permet de cibler les interventions de soutien à l'allaitement ou d'organiser un programme spécifique.
- Demander au futur père de venir à la consultation. Les pères peuvent être capables de fournir un soutien physique et psychologique, mais ne sont pas nécessairement préparés à ce rôle.

² www.has-sante.fr

³ www.ilca.org

⁴ www.who.int/publications/fr

- Recommander un allaitement exclusif durant 6 mois (grade B). L'effet protecteur de l'allaitement maternel dépend de sa durée et de son exclusivité.
- Le bénéfice d'une préparation physique des seins, même en cas de mamelons rétractés ou peu extensibles, n'est pas démontré.

- Évaluer les représentations et les connaissances des professionnels de l'équipe périnatale sur l'intérêt et la physiologie de l'allaitement maternel. La formation de l'équipe périnatale dans son ensemble permet d'harmoniser les connaissances, les pratiques et les messages délivrés par l'équipe. Les nouveaux professionnels doivent être formés à leur arrivée dans le service ou le réseau (23).

Recherche de contre-indication à l'allaitement

Les raisons médicales qui contre-indiquent l'allaitement maternel sont exceptionnelles : infection par le VIH (sauf pasteurisation du lait), toxicomanie (une mère sous méthadone bien suivie peut allaier), chimiothérapie et démarrage d'un traitement antituberculeux. Les maladies infectieuses courantes, le tabagisme maternel (le passage lacté de la nicotine étant prouvé, il faut encourager les mères à arrêter de fumer ; mais de toute façon, l'allaitement reste le meilleur choix), la plupart des médicaments (consulter d'autres sources d'information que le dictionnaire Vidal) sont des contre-indications abusives à l'allaitement.

- Rechercher une éventuelle contre-indication à l'allaitement maternel.
- Informer les futurs parents sur les rares vraies contre-indications, souvent temporaires, et les contre-indications abusives à l'allaitement maternel.

Séance de préparation à la naissance

Les séances de préparation à la naissance complètent le suivi médical (24). Des programmes structurés utilisant une approche de groupe ou individuelle, à l'hôpital ou en dehors, et s'appuyant sur l'association de plusieurs techniques éducatives (groupe de discussion, cours de préparation à l'accouchement, brochures, vidéo, manuel d'auto-apprentissage) augmentent le taux d'allaitement maternel à la naissance et, dans certains cas, sa poursuite (grade C).

- Proposer systématiquement aux futurs parents une séance de préparation à la naissance comprenant une information sur l'allaitement.
- Proposer une éducation à l'allaitement maternel à l'entourage de la femme enceinte. Le soutien de la mère par son entourage augmente la durée de l'allaitement (grade B).
- Organiser des rencontres avec des mères ayant allaité avec succès (25). Chez les femmes de faible niveau de ressources ou appartenant à des minorités ethniques, des contacts durant la période pré- et postnatale avec des mères expérimentées améliorent la mise en œuvre et la durée de l'allaitement (grade C).

- Former un des membres de l'équipe de maternité ou du réseau à être consultant en lactation IBCLC (*International Board Certified Lactation Consultant*) ou à suivre l'enseignement du DIULHAM (Diplôme inter-universitaire « lactation humaine et allaitement maternel »).

Document d'information sur l'allaitement maternel

Ce document rappelle l'intérêt et la physiologie de l'allaitement maternel et suggère des sources d'information ; il complète l'information orale (26). Des études montrent que l'action des mères ayant allaité avec succès, formées à la conduite de l'allaitement et supervisées, renforce la décision des femmes qui ont décidé d'allaiter et les aide à réaliser effectivement cet allaitement (grade C). Voir l'annuaire de la Coordination française pour l'allaitement maternel⁵.

- Distribuer un document d'information sur l'allaitement maternel.
- Informer les futurs parents sur les ressources pour le soutien de l'allaitement maternel, en particulier des mères ayant allaité avec succès.

Annexe 2 : questionnaire et réponses attendues selon les recommandations de l'HAS

1. Vous êtes :

-Une femme

-Un homme

2. Quelle est votre année de naissance ?

3. Quel est votre type d'exercice principal ?

-Rural

-Semi-rural

-Rural

4. Vos enfants ont-ils été allaités ?

-Oui

-Non

-Je ne souhaite pas répondre/ Je n'ai pas d'enfant

5. Quelle formation en allaitements maternel avez-vous suivi ?

-DIU en lactation et allaitement maternel (DIULHAM)

-Formation initiale durant le deuxième cycle des études médicales

-DU de gynécologie

-Formation durant le DES de médecine générale

-Formation continue (Réseau Sécurité Naissance, CHU...)

-Aucune de ces formations

6. Dans votre pratique, à quelle proportion de vos patientes en cours de grossesse parlez-vous d'allaitement ?

-Entre 20% et 40% -100%

-Entre 60% et 80%

7. Lors de vos échanges avec vos patientes, abordez-vous le thème de l'alimentation du nourrisson ? (Plusieurs réponses possibles)

-Oui, je parle d'allaitement maternel exclusif

-Oui, je parle de diversification alimentaire

-Oui, je parle d'allaitement artificiel

-Oui, je parle d'allaitement maternel mixte (avec lait artificiel)

-Je réponds au questionnement des patientes lorsqu'elles abordent le sujet de l'alimentation du nourrisson

-Oui, je parle de la supériorité de l'allaitement maternel à tout autre lait

-Non, je laisse les parents s'informer eux-mêmes sur le sujet.

8. Lorsque vous parlez d'allaitement maternel avec vos patientes, quels avantages citez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

-Les avantages pour la santé du bébé

-Les avantages pour la santé de la mère

-Les avantages au niveau économique

-Les avantages en termes de relation mère-bébé

-Je ne parle pas des avantages

9-Informez-vous la femme enceinte d'une durée optimale de l'allaitement exclusif ?

-J'indique entre 1 et 3 mois comme durée optimale

-J'indique entre 3 et 6 mois comme durée optimale

-J'indique 6 mois comme durée optimale

-J'indique que l'allaitement maternel est à maintenir aussi longtemps que possible

-Non, je ne précise pas une durée

10. A propos des cours de préparation à la naissance : (plusieurs réponses possibles)

-Je propose à la future mère d'assister à des séances de préparation à la naissance et à la périnatalité

-Je propose que le futur père assiste aussi à une séance de préparation à la naissance

-Je propose que l'entourage de la femme enceinte assiste à une séance de préparation à la naissance

-J'orienté en amont de la naissance vers un soutien à l'allaitement maternel (associations ou groupes de femmes allaitantes)

-Je n'aborde pas ce sujet.

11. Recherchez-vous les représentations ou idées reçues chez vos patientes enceintes et /ou leur conjoint, sur le sujet de l'allaitement maternel ? (Exclue du score)

-Oui, et je prévois alors une future consultation spécifique sur le sujet

-Oui et j'y réponds dès qu'elles apparaissent

-Non, je ne m'en occupe pas moi-même

12. De quels facteurs associés à une bonne mise en route de l'allaitement maternel parlez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

-Le peau à peau dès la naissance

-Donner exclusivement à l'enfant du lait maternel : ni eau, ni lait infantile, ni de jus de fruit... (sauf indication médicale)

-Un contact 24H/24H de la mère et de l'enfant pour favoriser l'allaitement à la demande

-La première tétée précoce dans l'heure qui suit la naissance

-L'allaitement à la demande

-L'inutilité de la préparation des seins

-Je n'en parle pas car ce thème est abordé en séance de préparation à la naissance ou par d'autres professionnels de santé

13. Proposez-vous à la femme enceinte que le futur père participe à une consultation pour lui délivrer l'information sur l'allaitement maternel ?

-Oui

-Non

14. Abordez-vous durant la grossesse, l'existence de substituts au lait maternel ? (Plusieurs réponses possibles) (Exclue du score)

-Oui, je parle des conditions dans lesquelles donner des préparations de laits infantiles

-Oui, je parle des différents laits infantiles existants

-Oui, si les parents m'interrogent

-Non

15. Parlez-vous des problèmes courants du premier mois liés de l'allaitement ?

(Exclue du score)

-Oui, auprès de chacune de mes patientes

-Oui, souvent

-Oui, parfois, selon la situation

-Jamais

16. Quelles contre-indications à l'allaitement maternel présentez-vous systématiquement à

vos patientes enceintes ? (Plusieurs réponses possibles)

-La toxicomanie

-L'alcoolisme

-La dépression

-Le tabagisme

-La fatigue

-La galactosémie

-Des mamelons plats ou ombiliqués

-Une infection HIV

-La chimiothérapie

-Le démarrage d'un traitement anti-tuberculeux

-Les infections hépatites B ou C

-Les infections à herpes simplex

-La chirurgie des seins

-aucune

17. Concernant les contre-indications abusives à l'allaitement : (plusieurs réponses possibles)

-J'aborde le sujet à l'oral

-Je fournis une documentation papier

-Je n'en parle pas

18. Proposez-vous une documentation sur l'allaitement à vos patientes ? (Plusieurs réponses possibles)

-Non, la préparation à la naissance est suffisante

-Oui, je propose des références de sites internet

-Oui, je propose des références de livres

-Oui, je propose un livret sur l'allaitement maternel à destination des futurs parents (Réseau Sécurité Naissance, INPES...)

-autres sources

19. Quels sont les recours que vous proposez à votre patiente avant la naissance pour préparer la poursuite de l'allaitement maternel à la sortie de la maternité ? (plusieurs réponses possibles)

-Je communique des coordonnées de professionnels référents en lactation (pmi, sage-femme, conseillère en lactation)

-Je propose de prévoir une consultation entre J7 et J15 après la naissance avec un référent en lactation

-Je propose une consultation avec moi entre J7 et J15

-Je communique des coordonnées d'associations référentes en lactation (la Leche League)

-Je ne propose aucune prise en charge

20. Pour vous informer sur le sujet de l'allaitement maternel, quelles recommandations regardez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

-Celles de la Haute Autorité de Santé

-Celles de l'Organisation Mondiale de la Santé

-Celles du Plan National Nutritionnel Santé

-Celles du Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire

-Celles du MOOC sur l'allaitement de l'Association Pédagogie Numérique en Santé

-Celles de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

-Autres sources : (merci de préciser lesquelles)

CANOVAS Lucie**Suivi des recommandations de l'HAS en termes d'information prénatale sur l'allaitement maternel par les médecins généralistes des Pays de la Loire**

En France, le taux d'initiation d'allaitement maternel est un des plus bas d'Europe. Celui des Pays de la Loire est en dessous des moyennes nationales. L'information prénatale en termes d'allaitement maternel permet d'augmenter les taux d'initiation et de donner confiance aux parents pour la poursuite de l'allaitement maternel. Cette information doit faire consensus et être délivrée par des médecins généralistes à jour des recommandations. L'objectif principal de cette thèse était de déterminer le taux de suivi des recommandations de l'HAS en termes d'information prénatale sur l'AM par les médecins généralistes des Pays de la Loire. L'objectif secondaire était de déterminer un profil des médecins suivant plus de 50% des recommandations.

Une étude quantitative a été menée par le biais d'un questionnaire ayant recueilli les réponses de 294 médecins généralistes des pays de la Loire.

45,2% des médecins suivaient moins d'un tiers des recommandations, 48% des médecins suivaient entre un tiers et deux tiers des recommandations, et 6,8% des médecins suivaient plus de deux tiers des recommandations. La moyenne de suivi de recommandations était de 37,4% et la médiane de 36%. Le genre féminin (74%), l'expérience personnelle de l'allaitement maternel (91,1%) caractérisaient les médecins suivant plus de 50% des recommandations. La formation complémentaire à l'allaitement maternel était aussi un facteur de meilleure réponse mais le contenu d'une formation à une autre étant trop différent, il n'était pas possible de conclure à un lien.

Les recommandations au sujet de l'allaitement maternel sont insuffisamment suivies. Bien que les médecins généralistes travaillent en réseau et offrent des recours pour la poursuite de l'allaitement à la sortie de la maternité, un meilleur suivi des recommandations permettrait d'augmenter les taux d'allaitement. Cela passe en priorité par le fait d'aborder avec toutes les femmes enceintes mais aussi avec le conjoint et à l'initiative du médecin, le sujet de l'allaitement maternel pendant la grossesse.

Mots-clés : Allaitement maternel, recommandation HAS, information prénatale

Follow-up of HAS recommendations in terms of prenatal information on breastfeeding by general practitioners in the Pays de la Loire.

In France, the rate of breastfeeding initiation is one of the lowest in Europe. In Pays de la Loire, this rate is below the national average. Prenatal information on breastfeeding can increase initiation rates and gives parents confidence to continue breastfeeding. This information should be provided by general practitioners who are up to date with the recommendations. The main objective of this thesis was to determine the rate of compliance with HAS recommendations in terms of prenatal information on breastfeeding by general practitioners in the Pays de la Loire. The secondary objective was to determine a profile of doctors following more than 50% of the recommendations.

A quantitative study was carried out by means of a questionnaire which collected the responses of 294 GPs in the Pays de la Loire.

45.2% of doctors followed less than one third of the recommendations, 48% of doctors followed between one third and two thirds of the recommendations, and 6.8% of doctors followed more than two thirds of the recommendations. The average compliance rate was 37.4% and the median 36%. Female gender (74%) and personal experience of breastfeeding (91.1%) characterised doctors who followed more than 50% of the recommendations. Additional breastfeeding training was also a factor in better response, but the content of the training differed too much from one to another, so it was not possible to conclude a link. Recommendations about breastfeeding are insufficiently followed. Although GPs work in a network and provide support for continued breastfeeding after the birth of a child, better compliance with the recommendations would increase breastfeeding rates. This means, first and foremost, discussing the subject of breastfeeding during pregnancy with all pregnant women, but also with their partners and at the initiative of the doctor.

Keywords : breastfeeding, HAS recommendations, prenatal information