

2017-2018

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
D.E.S. DE PÉDIATRIE

**ÉVALUATION DE LA
FORMATION DES
MÉDECINS LIBÉRAUX À
L'ALLAITEMENT MATERNEL**

AUCLAIR Manuelle

Née le 16 août 1989 à Le Mans (72)

Sous la direction de M. LE BOUEDEC Stéphane

Membres du jury

Mme le Professeur GASCOIN Géraldine	Présidente
Mr le Docteur LE BOUEDEC Stéphane	Directeur
Mme le Professeur BARON Céline	Membre
Mr le Professeur COUTANT Régis	Membre

Soutenue publiquement le :
14 février 2018

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Auclair Manuelle
déclare être pleinement consciente 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'étudiante le **16/12/2017**.

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Nicolas LEROLLE

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Cédric ANNWEILER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	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
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine

IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Géraud	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	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
ROHMER Vincent	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 M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine

BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie

CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

REMERCIEMENTS

Au Professeur Géraldine Gascoin, présidente du jury :

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de tout mon respect.

Au Docteur Stéphane Le Bouedec, directeur de thèse :

Vous avez accepté d'encadrer cette thèse.

Je vous remercie pour votre soutien, vos conseils et votre grande disponibilité.

Travailler à vos côtés fut d'un grand enrichissement.

Aux Professeurs Céline Baron et Régis Coutant, membres du jury :

Vous avez accepté de juger ce travail.

Je vous adresse mes sincères remerciements et vous assure de toute mon estime.

REMERCIEMENTS

Liste des abréviations

AFPA	Association Française de Pédiatrie Ambulatoire
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AM	Allaitement Maternel
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
APA	Association des Pédiatres Angevins
ARS	Agence Régionale de Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNGOF	Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
CRAT	Centre de Référence des Agents Tératogènes
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DIULHAM	Diplôme Inter Universitaire Lactation Humaine et Allaitement Maternel
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DU	Diplôme Universitaire
ECN	Epreuves Classantes Nationales
FMC	Formation Médicale Continue
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Hypertension Artérielle
HUGO	Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest
IBLC	International Board of Lactation Consultant Diplôme International de Consultante en Lactation
IC 95	Intervalle de confiance à 95%
IHAB	Initiative Hôpital Ami des Bébé
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
MSU	Maitres de Stage Universitaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OR	Odds Ratio
PAS	Pression Artérielle Systolique
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNNS	Programme National Nutrition Santé
QI	Quotient Intellectuel
RGE	Réseau Grandir Ensemble
RR	Risque Relatif
RSN	Réseau Sécurité Naissance
SFP	Société Française de Pédiatrie
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TA	Tension Artérielle
UMVF	Université Médicale Virtuelle Francophone
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
WHO	World Health Organization

Plan

LISTE DES ABRÉVIATIONS

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

L'ALLAITEMENT MATERNEL : GÉNÉRALITÉS ET DONNÉES SUR LA FORMATION

ACTUELLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- 1. Définitions de l'allaitement maternel selon l'OMS**
- 2. Recommandations nutritionnelles**
 - 2.1. Recommandations de l'OMS
 - 2.2. Recommandations françaises
- 3. Bénéfices de l'allaitement maternel**
 - 3.1. Santé de l'enfant
 - 3.2. Santé de la mère
 - 3.3. Bénéfices économiques
 - 3.4. Impact écologique
- 4. Épidémiologie de l'allaitement maternel**
 - 4.1. En France
 - 4.2. En Pays de la Loire
 - 4.3. Dans le monde
- 5. Facteurs influençant l'allaitement maternel et rôle des professionnels de santé**
 - 5.1. Facteurs influençant les taux d'allaitement
 - 5.2. Rôle des professionnels de santé
- 6. La formation à l'allaitement maternel en 2017**
 - 6.1. La formation des médecins et étudiants en médecine
 - 6.1.1. 2^{ème} cycle et Programme officiel de l'ECN
 - 6.1.2. En pratique, dans les facultés
 - 6.1.3. DES de pédiatrie
 - 6.1.4. DES de médecine générale
 - 6.1.5. DES de gynécologie-obstétrique
 - 6.1.6. Formation continue
 - 6.2. La formation des sages-femmes

ÉVALUATION DE LA FORMATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PÉDIATRES

LIBÉRAUX DES DÉPARTEMENTS 49, 53 ET 72

- 1. Description de l'étude**
 - 1.1. Objectifs de l'étude
 - 1.2. Matériels et méthodes
 - 1.3. Recueil et analyse des données

2. Résultats

- 2.1. Taux de participation
- 2.2. Données socio-démographiques des répondants
- 2.3. Formation initiale à l'allaitement maternel
- 2.4. Formation complémentaire
- 2.5. Ressenti sur la formation
- 2.6. Consultations spécifiques
- 2.7. Situations où les médecins se sentent démunis
- 2.8. Connaissance de la plaquette du Réseau Sécurité Naissance
- 2.9. Quels recours ?
- 2.10. Compatibilité médicamenteuse avec l'allaitement

DISCUSSION

1. Intérêt de cette étude

2. Interprétation des résultats

- 2.1. Taux de réponse
- 2.2. Caractéristiques socio-démographiques des répondants
- 2.3. Taux d'allaitement maternel
- 2.4. Formation initiale des médecins
- 2.5. Formation complémentaire
- 2.6. Ressenti des médecins sur leur formation
- 2.7. Consultations dédiées à l'allaitement maternel
- 2.8. Situations où les médecins se sentent démunis
- 2.9. Connaissance de la plaquette du RSN
- 2.10. Recours en cas de difficultés
- 2.11. Problématique de compatibilité médicamenteuse

3. Critique de la méthodologie de l'étude

- 3.1. Choix d'un questionnaire
- 3.2. Biais de recrutement
- 3.3. Biais de volontariat
- 3.4. Biais de recueil de données

4. Propositions pour l'avenir

- 4.1. La formation
- 4.2. Label IHAB
- 4.3. Création d'une consultation allaitement
- 4.4. S'inspirer des pays nordiques
- 4.5. Promotion de l'allaitement et mesures politiques

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

RÉSUMÉ

L'allaitement maternel est le mode d'alimentation privilégié du nourrisson. Ses bénéfices sont nombreux, tant pour la santé de l'enfant que pour celle de la mère, mais aussi économiques pour la société. L'OMS recommande un allaitement exclusif pendant 6 mois et sa poursuite jusqu'à 2 ans ou plus dans le cadre d'une alimentation diversifiée. Pourtant, les taux et les durées d'allaitement maternel en France sont parmi les plus faibles au monde. En Pays de la Loire, ces chiffres sont encore inférieurs aux moyennes nationales. Les médecins libéraux, pédiatres et médecins généralistes, ont une place de choix dans le suivi des bébés allaités et le soutien des femmes allaitantes. Nous nous sommes donc intéressés à la formation de ces médecins et à sa mise en pratique dans leur vie professionnelle.

Pour évaluer la formation initiale et complémentaire et le ressenti par rapport à celle-ci, nous avons mené une étude quantitative et qualitative à l'aide d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes maitres de stage universitaire et aux pédiatres libéraux des départements Sarthe, Mayenne et Maine et Loire.

Il est apparu que 66.5% des médecins interrogés n'avaient bénéficié d'aucune formation au cours de leurs études. Ceux formés avant 1992 avaient reçu significativement moins d'heures de cours sur le sujet que ceux formés après 2010. Les pédiatres déclaraient un temps de formation initiale significativement plus important que les médecins généralistes. Une formation continue avait été suivie par 34.2% de notre échantillon. Les médecins interrogés considéraient leur formation insuffisante pour 9.5% d'entre eux et partiellement suffisante pour 48.7%. Ils étaient 52.2% à s'être déjà sentis démunis devant une problématique impliquant l'allaitement maternel.

Les résultats de notre étude montrent un déficit de formation des médecins libéraux à l'allaitement maternel impliquant un soutien fragile aux mères allaitantes. Le renforcement de la formation tant initiale que complémentaire et des mesures politiques fortes de promotion de l'allaitement maternel sont indispensables pour augmenter durablement les taux d'allaitement en France.

INTRODUCTION

« Breast is best » : l'accord est unanimement partagé au niveau mondial pour affirmer la supériorité du lait maternel sur toute autre préparation. Les connaissances scientifiques actuelles prouvent que le lait maternel est l'aliment le mieux adapté pour répondre aux besoins spécifiques du nourrisson quel que soit son âge ou ses particularités. L'allaitement apporte également de nombreux bénéfices pour la mère.

L'Organisation Mondiale de la Santé a ainsi recommandé en mai 2001 un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans voire au-delà en fonction du souhait des mères.¹

La décision d'allaiter ou pas son enfant doit rester celle de la mère et du couple, sous réserve que les bénéfices leur aient clairement été présentés. Ces derniers sont tels qu'il s'agit aussi d'une question de santé publique. Chaque femme doit donc pouvoir être informée de manière claire et objective pendant la grossesse, à la naissance et dans les mois qui suivent par des professionnels de santé compétents.

Pourtant, les taux d'initiation d'allaitement maternel à la maternité et surtout la durée de celui-ci en France sont parmi les plus faibles au monde. Cela s'explique en partie par des facteurs socio-culturels, mais aussi par les difficultés que peuvent rencontrer voire même appréhender les femmes qui allaitent ou souhaiteraient allaiter leur bébé. Ces faibles taux d'allaitement se trouvent encore diminués par le manque de soutien durant les premières semaines. Les sages-femmes, interlocutrices de choix sur le sujet proposent souvent un suivi trop court (8 à 10 jours) pour que l'allaitement soit durablement mis en place. Bien des problématiques peuvent survenir passé ce délai. Alors souvent les femmes s'adressent aux médecins qui suivent leurs enfants dans leurs premiers mois de vie, pédiatres libéraux ou médecins généralistes. Ces derniers sont-ils réellement formés à apporter soutien et accompagnement aux mères allaitantes ? Alors que les futures sages-femmes bénéficient de

plusieurs heures de cours systématiques, la formation des futurs médecins semble beaucoup plus fluctuante et ne reposer sur aucune référence nationale. Qu'en est-il réellement dans les facultés françaises ? Quel recul ces médecins ont-ils sur leur pratique ? Leur formation est-elle suffisante pour leur exercice quotidien ? Ont-ils des attentes supplémentaires dans ce domaine ? Sont-ils confrontés à des difficultés dans la prise en charge de leurs patientes ? Peuvent-ils être parfois à l'origine d'un arrêt de l'allaitement non désiré et surtout non indispensable ?

Après quelques données générales sur l'allaitement maternel et ses bénéfices, ainsi qu'un bref rappel concernant les taux de celui-ci en France et dans le monde, nous tenterons de préciser la place de la formation médicale sur le sujet telle qu'elle existe actuellement en France.

Dans un second temps, nous présenterons les résultats d'une étude réalisée auprès des pédiatres libéraux et médecins généralistes maitres de stages universitaires des départements du Maine et Loire, de la Mayenne et de la Sarthe. L'objectif était d'évaluer, à l'aide d'un questionnaire, la formation initiale et complémentaire de ces médecins et leur ressenti par rapport à celle-ci dans leur exercice quotidien.

L'ALLAITEMENT MATERNEL : GÉNÉRALITÉS ET DONNÉES SUR LA FORMATION ACTUELLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

1. Définitions de l'allaitement maternel selon l'OMS²

L'allaitement maternel est défini comme l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par du lait maternel. La réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait exprimé est considéré comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.

L'allaitement est exclusif lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, y compris l'eau. Seuls les médicaments, solutions de réhydratation orale, vitamines et minéraux sont autorisés.

L'allaitement est dit prédominant lorsque l'enfant reçoit du lait maternel comme source alimentaire principale, d'autres liquides (eau, eau sucrée, tisane, jus de fruit) pouvant être donnés. Sont exclus tous les autres aliments et en particulier les préparations lactées pour nourrissons.

L'allaitement est mixte lorsque l'enfant reçoit du lait maternel et des préparations lactées pour nourrissons, ainsi qu'éventuellement d'autres liquides (eau, eau sucrée, tisane, jus de fruit). Les aliments solides ou semi-solides, le lait de vache, les laits d'autres animaux et les « laits végétaux » sont exclus.

L'allaitement maternel avec diversification correspond à un enfant qui reçoit du lait maternel quel qu'en soit le degré d'exclusivité défini ci-dessus, avec ou sans préparations pour nourrissons, et qui consomme régulièrement au moins un aliment semi-solide ou solide, du lait de vache ou d'autres animaux ou des « laits végétaux ».

Le sevrage correspond à l'arrêt complet de l'allaitement maternel et ne doit pas être confondu avec le début de la diversification.

Toutes ces définitions sont importantes car il a été prouvé que les effets protecteurs de l'allaitement maternel sont aussi fonction de sa durée et de son exclusivité. Par ailleurs, lorsque l'on définit des taux et des durées d'allaitement maternel, il est impératif de savoir ce dont on parle.

2. Recommandations nutritionnelles

2.1. Recommandations de l'OMS

L'OMS recommande un allaitement au sein exclusif pendant les six premiers mois suivant la naissance, puis sa poursuite de l'âge de six mois à deux ans, voire plus, complété par des aliments solides.¹

En outre, dans une déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF de 1989, intitulée les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » (Annexe n°1), les recommandations suivantes sont données. L'allaitement au sein doit commencer dans l'heure suivant la naissance, l'enfant doit être allaité à la demande, aussi souvent qu'il le désire, nuit et jour, les biberons et les tétines sont à éviter. L'une de ces recommandations stipule qu'il faut pouvoir donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour la mise en œuvre de cette politique. Ce sont ces recommandations qui sont à la base de l'obtention du label Initiative Hôpital Ami des Bébé, dont nous reparlerons plus loin.

Dernièrement, l'OMS a présenté comme objectif mondial pour 2025 de porter les taux d'allaitement exclusif au sein au cours des 6 premiers mois de vie à au moins 50%.³

2.2. Recommandations françaises

En France, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) recommande un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et au moins jusqu'à 4 mois pour un bénéfice santé. Il préconise également sa poursuite après 6 mois si possible, en parallèle de la diversification alimentaire.⁴

En 2002, l'ANAES (ancienne HAS) a publié des recommandations sous la forme d'un livret à destination des médecins intitulé « Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant ». Il est intéressant de noter que nulle part dans ce document n'est évoqué le problème de la formation des médecins, condition pourtant essentielle à la promotion et l'accompagnement de l'allaitement maternel.⁵

3. Bénéfices de l'allaitement maternel

Le lait maternel apparaît comme l'aliment naturel du nourrisson. Pourtant, en France comme dans la plupart des pays développés, celui-ci doit justifier de sa supériorité. En effet, les inconvénients du non-allaitement ont tendance à être considérés comme infimes et le lait artificiel devient bien souvent la référence en terme d'alimentation du nourrisson.

Les bénéfices de l'allaitement maternel sont nombreux et concernent aussi bien l'enfant que sa mère. Ils ont été démontrés par de nombreuses études.

De manière plus large, il y a également des bénéfices pour la société à encourager une forte proportion d'allaitement maternel ainsi que des bénéfices économiques pour les familles.

3.1. Santé de l'enfant

A l'échelle mondiale, il est prouvé qu'un allaitement exclusif les 6 premiers mois de vie **diminue la mortalité et la morbidité infantiles** globales comparativement à un

allaitement mixte et encore plus à une absence d'allaitement. Selon l'OMS, un allaitement optimal tel qu'elle le recommande éviterait plus d'un million de décès d'enfants chaque année dans le monde.⁶ Une méta analyse de 2015 regroupant 13 études réalisées dans des pays en voie de développement, a retrouvé un risque de mortalité infantile toutes causes confondues nettement augmenté chez les enfants non allaités comparativement aux enfants allaités exclusivement 6 mois (RR 14.4).⁷

Parmi les bénéfices pour la santé de l'enfant, on peut citer :

- **La prévention des infections ORL, digestives et respiratoires** : il s'agit là du plus grand bénéfice santé de l'allaitement maternel. La morbidité et la mortalité par infection sont en effet beaucoup plus faibles chez les enfants allaités et ce, de manière encore plus importante dans les pays en voie de développement. En effet, la mortalité par diarrhée y est divisée par 25 chez les enfants allaités comparativement aux enfants non allaités.⁸ Mais cet effet préventif se retrouve aussi dans les pays développés.

Une méta analyse américaine de l'AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) retrouvait une diminution du risque d'otite moyenne aiguë (OR : 0.77 ; IC 95% : 0.64-0.91), d'autant plus que l'allaitement se prolongeait au-delà de 3 mois (OR : 0.50 ; IC 95% : 0.36-0.70). Cette même étude montrait une diminution du risque de diarrhée dans la première année de vie (OR : 0.36, IC 95% : 0.32-0.41) ainsi qu'une diminution de 72% du risque d'hospitalisation pour infection respiratoire sévère chez le nourrisson de moins de 1 an.⁹

Cette prévention des infections s'explique en partie par la composition particulière du lait de femme qui contient entre autres, de nombreuses substances reconnues pour leurs implications dans les mécanismes de prévention des infections telles les immunoglobulines, agents prébiotiques, lysozymes, acides gras libres et monoglycérides, cellules immunocompétentes.

- **La réduction de l'allergie chez les enfants à risque** : un allaitement d'au moins 3 mois est associé à une diminution significative du risque de dermatite atopique (OR : 0.58 ; IC 95% : 0.40-0.92) et d'asthme (OR : 0.52 ; IC 95% : 0.35-0.79) chez les enfants à risque d'allergie (enfant ayant au moins un membre de la famille au 1er degré qui soit allergique).⁹
- **La prévention du surpoids et de l'obésité** : une méta analyse réalisée par l'OMS regroupant 33 études a retrouvé une réduction du risque de surpoids et d'obésité pendant l'enfance et l'adolescence (OR : 0.78 ; IC 95% : 0.72-0.84).¹⁰ D'autres études ont montré un effet dose avec une diminution du risque d'autant plus importante que l'allaitement se prolonge.¹¹ De nombreuses explications sont évoquées. L'apport protéique et énergétique du lait maternel, moins important que celui du lait artificiel pourrait influencer la composition corporelle des enfants à long terme. Les enfants allaités pourraient aussi garder le contrôle sur leur apport énergétique comme ils le font au cours de l'allaitement, plus facilement que les enfants nourris au biberon de lait artificiel dont le parent gère les quantités proposées voire insiste pour finir le biberon. La croissance est plus lente la première année chez les enfants allaités, or une forte association entre croissance rapide dans la petite enfance et risque ultérieur de surpoids et d'obésité a déjà été mise en évidence.⁸
- **La diminution de l'incidence du diabète de type 2** : une revue de la littérature incluant 7 études a retrouvé une diminution de ce risque. (OR : 0.61 ; IC 95% : 0.41-0.85).¹²
- **Une diminution de la cholestérolémie à l'âge adulte** : suggérée par une méta-analyse chez des adultes ayant été allaités comparativement aux non allaités (Δ moyenne : -0.18 mmol/L ; IC 95% : -0.30 à -0.06 mmol/L).¹³ Inversement, chez le nourrisson allaité, la cholestérolémie est plus élevée. Le cholestérol étant contenu dans le lait maternel et pas ou peu dans les préparations artificielles, il est possible que des apports élevés au début de la vie, induisent une meilleure régulation des taux de cholestérolémie à long terme.

- **Un effet sur la TA** : dans la méta analyse de l’OMS, il est retrouvé une diminution de la PAS à l’âge adulte chez ceux qui ont été allaités comparativement aux non allaités, de 1.21 mmHg (IC 95% : -1.72 à -0.70 mmHg).¹⁰ A l’échelle de la population générale, la baisse de 2 mmHg de la PA moyenne pourrait réduire la prévalence de l’HTA chez l’adulte de 17%.⁸
- **Une diminution du risque de survenue d’un diabète de type 1** : retrouvée par 2 méta-analyses (-19 % pour l’une et -27% pour l’autre) et ce pour une durée d’allaitement d’au moins 3 mois.^{9,10}
- **Une baisse du risque de survenue de maladie cœliaque.**⁸
- **Une diminution des maladies inflammatoires chroniques de l’intestin** : diminution de l’ordre de 50% chez les enfants allaités.⁸
- **Un bénéfice cognitif** : une méta analyse de 1999 a montré un bénéfice de 3.2 points (IC 95% : 2.3-4) pour le QI chez les enfants allaités, après ajustement pour les facteurs de confusion. Cette différence augmente avec la durée de l’allaitement et est plus importante pour les enfants de petit poids de naissance.¹⁴ Plus récemment, une méta analyse de 2015 a montré, après ajustement sur de nombreux facteurs de confusion, un QI supérieur en moyenne de 3.44 points (IC 95% : 2.30-4.58) chez les enfants ayant été allaités comparativement à ceux ne l’ayant pas été.¹⁵ Cela reste bien sûr minime, mais il serait dommage de ne pas en faire bénéficier les enfants. Par ailleurs, une étude danoise a relevé une association positive entre la durée de l’allaitement et le développement cognitif atteint à l’âge adulte avec des résultats au test de QI de plus en plus élevé avec la durée de l’allaitement.¹⁶
- **Une diminution de l’incidence de la mort inattendue du nourrisson** : une méta analyse a démontré un risque multiplié par 1.6 (IC 95% : 1.3-2) en cas d’alimentation exclusive au biberon.⁹

- **Une optimisation du développement affectif** : l'initiation de l'allaitement maternel à la naissance prolonge le temps de la grossesse et de cette dyade mère-enfant. Cette relation particulière favorise les échanges dans une dynamique que les pédopsychiatres appellent « spirale transactionnelle ».⁸

3.2. Santé de la mère

- **Post-partum** : les suites de couches sont facilitées par la mise en route de l'allaitement maternel. En effet, les sécrétions hormonales qui lui sont associées vont favoriser la reprise de forme et de place plus rapide de l'utérus. La perte de poids après la naissance est plus rapide dans les 6 premiers mois du post-partum chez les mamans qui allaitent.⁸

- **Cancers du sein et de l'ovaire** : une méta analyse de 2015 a montré une réduction de 22% (OR : 0.78, IC 95% : 0.74-0.82) du risque de cancer du sein chez les femmes ayant allaité par rapport à celles ne l'ayant jamais fait. Elle a dans le même temps retrouvé une réduction de 30% du risque de cancer de l'ovaire en cas d'allaitement (OR 0.70, IC 95% : 0.64-0.77). Dans les 2 cas, la réduction du risque se majore avec la durée de l'allaitement.¹⁷

- **Diabète de type 2** : dans une méta analyse de 2013, il est retrouvé une diminution du risque de diabète de type 2 en cas d'allaitement prolongé avec un effet proportionnel à la durée de l'allaitement.¹⁸

- **Pathologies métaboliques et risque cardio vasculaire** : l'allaitement maternel est associé à une diminution du risque de syndrome métabolique et de survenue de pathologies cardio-vasculaires.⁸

- **Dépression du post-partum** : l'allaitement maternel diminue l'incidence de la dépression du post-partum.⁸

- **Relation mère enfant** : l'allaitement maternel se déroule dans l'intimité de la dyade mère-enfant, c'est l'occasion pour la construction d'une relation privilégiée et cela facilite la

rencontre de la mère avec son bébé. Un allaitement qui démarre bien est aussi un puissant facteur de développement de la confiance en soi et en sa capacité à être mère pour ce bébé.

3.3. Bénéfices économiques

Le rapport du Pr Turck réalisé en 2010 pour proposer un plan d'action allaitement maternel en France a repris les principales données connues sur les bénéfices économiques de l'allaitement.

- **Impact sur les dépenses de santé** : l'absence d'allaitement étant associé à une mortalité et surtout en France, à une morbidité infantile et maternelle plus élevée, il est logique de penser que toute évolution favorable des taux d'initiation ou des durées d'allaitement maternel permettrait des économies significatives pour le système de santé. Il existe pour autant très peu d'études chiffrant ces économies potentielles. Une analyse réalisée en 1997 a suggéré qu'une élévation de 5% du taux d'allaitement permettrait une économie de 2,7 millions d'euros par an sur les dépenses de santé des nourrissons de 0 à 6 mois.

Une autre analyse réalisée par l'Inserm concluait que si la proportion des enfants allaités en France atteignait celle de la Norvège, on pourrait éviter 8000 cas de diarrhées à rotavirus et 1000 hospitalisations par an et donc les frais de santé les accompagnant.

Les études faites dans les autres pays industrialisés ont confirmé cette tendance à des économies substantielles. Ainsi, au Royaume-Uni, l'économie réalisée la première année est estimée à 300 livres par enfant allaité et aux USA, à 475 dollars. Dans une autre étude québécoise, 5 millions de dollars pourraient être économisés si 60% des enfants étaient allaités pendant 3 mois, en prenant en compte la diminution des pathologies respiratoires, otites aiguës et diarrhées aiguës obtenue grâce à l'allaitement maternel.⁶

- **Impact économique pour les familles** : dans le rapport du Pr Turck, le surcoût lié au non allaitement est estimé à 500 € par famille pour les 6 premiers mois de vie d'un

nourrisson. Ces dépenses supplémentaires étant liées à la fois à l'achat de lait artificiel et du matériel qui l'accompagne et aux dépenses de santé liées aux consultations médicales et aux achats en pharmacie.⁶

- **Impact économique pour les employeurs** : l'allaitement maternel limitant les risques d'infection chez le nourrisson, la conséquence directe en est la diminution du nombre d'absences des mères pour « enfant malade ». Une étude américaine a montré que 2/3 de ces absences concernaient des enfants non allaités ou ne l'ayant pas été. De plus, les mères qui ne pourraient s'absenter de leur travail, y seraient moins productives en sachant leur enfant malade gardé par quelqu'un d'autre.⁶

3.4. Impact écologique

C'est un argument rarement apporté, mais il est bien réel. La pratique de l'allaitement maternel diminue notre impact écologique en réduisant la consommation globale de lait artificiel qui demande de l'énergie pour être produit, transporté, réchauffé après reconstitution. Il en est de même pour la fabrication des biberons et autres objets associés. L'allaitement permet également d'économiser des litres d'eau nécessaires à la reconstitution du lait artificiel et aux opérations de lavage des biberons, tétines et de réduire les déchets des familles (boîtes de laits en particulier).

4. Épidémiologie de l'allaitement maternel

4.1. En France

La prévalence de l'allaitement maternel en France reste l'une des plus faibles au monde.

En 2012, l'étude Epifane a montré que 74% des mères commençaient à allaiter à la maternité. A un mois, 54 % des nouveau-nés recevaient toujours du lait maternel et seulement 35 % bénéficiaient encore d'un allaitement maternel exclusif. A 3 mois, 39% des

enfants étaient allaités, mais 20 % seulement de manière exclusive ou prédominante. Enfin, à l'âge de 6 mois, 23 % recevaient toujours du lait maternel, mais seuls 1.5 % des enfants étaient encore allaités exclusivement (figure 1). Cette même étude Epifane retrouve une médiane d'allaitement en 2012 de 105 jours soit 15 semaines et de 24 jours pour l'allaitement maternel exclusif.¹⁹

En mars 2016, l'Inserm a réalisé sa dernière Enquête Nationale Périnatale (EPOPé), qui a inclus 14 142 naissances. Cette dernière retrouve des taux d'allaitement exclusif à la maternité de 52% contre 60% dans son enquête de 2010, et de 66% pour l'allaitement en général, qu'il soit exclusif ou mixte avec du lait artificiel contre 68% en 2010. Nous pouvons donc constater une diminution assez importante de l'allaitement exclusif en maternité depuis 2010.^{20,21}

Ces chiffres relativement récents sont donc bien loin des recommandations de l'OMS et de son objectif pour 2025 de porter les taux d'allaitement exclusif au sein au cours des 6 premiers mois de vie à au moins 50%.³

La comparaison avec les chiffres relevés dans l'enquête périnatale de 2003 en France montre une certaine stabilité. En effet, 56 % des enfants étaient allaités exclusivement à la sortie de la maternité et 63 % de manière mixte.

La durée médiane d'allaitement maternel était estimée à 10 semaines en 1998 et les données de l'étude Epifane, 15 semaines, ont donc permis de voir une amélioration.

D'autre part, il existe de vraies disparités régionales. L'allaitement au sein à la maternité présente de fortes variations de 55 % dans l'Ouest et le Nord à près de 80 % à Paris et région parisienne.²⁰

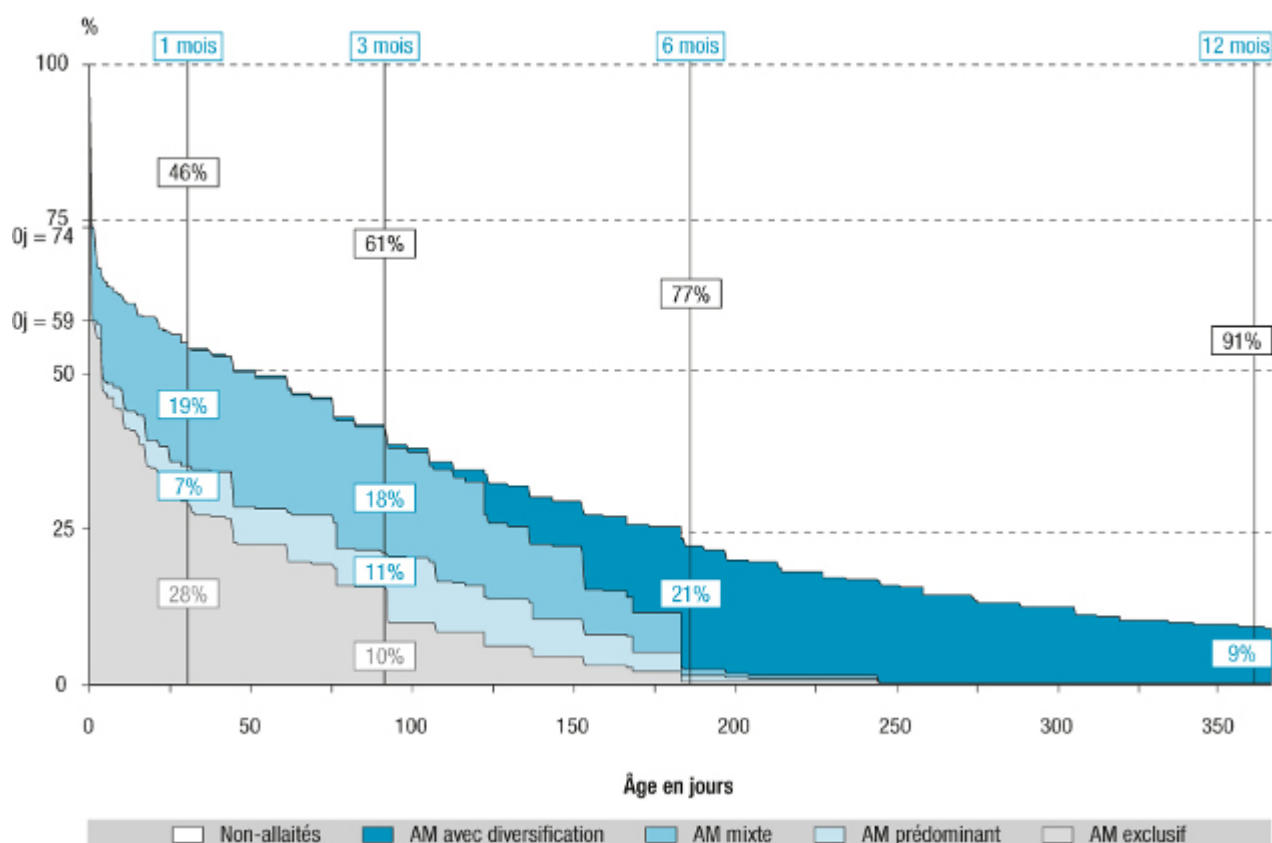


Figure 1 : Évolution des taux d'allaitement maternel de la naissance à 12 mois, Epifane 2012-2013, France¹⁹

4.2. En Pays de la Loire

A l'échelle de notre région, la particularité est celle d'un faible taux de mise en route d'allaitement à la maternité par rapport à la moyenne nationale. Ainsi, l'enquête nationale périnatale de 2016 retrouvait des taux d'allaitement en sortie de maternité de 58% dans les Pays de la Loire pour 66 % de moyenne nationale.²⁰

Le réseau « sécurité naissance – naître ensemble » des Pays de la Loire qui regroupe 24 maternités et 46 000 naissances par an, a mené une étude en 2007-2008 pour connaître la durée d'allaitement dans la région et en identifier les facteurs de risque d'arrêt. Quinze maternités ont participé à cette étude et 239 femmes ont été incluses. Cette étude ne s'est pas intéressée au taux d'allaitement à la maternité, mais seulement à la durée de celui-ci. La médiane d'allaitement maternel a été de 15 semaines avec 10 % d'arrêts dans le premier

mois et 25 % de poursuite d'allaitement à 6 mois.²² Ces chiffres sont donc assez comparables à ceux de l'étude nationale Epifane.

4.3. Dans le monde

Dans un communiqué de presse publié en août 2017 sur le site de l'OMS, il est constaté : « Aucun pays au monde ne respecte entièrement les recommandations en matière d'allaitement Il ressort du Tableau d'évaluation de l'allaitement maternel dans le monde (Global Breastfeeding Scorecard), un examen des pratiques d'allaitement dans 194 pays, que seuls 40% des enfants de moins de 6 mois sont allaités exclusivement au sein (c'est-à-dire qu'ils ont pour unique alimentation le lait maternel) et que seuls 23 pays ont des taux d'allaitement exclusivement au sein supérieurs à 60%. »²³

A l'échelle de l'Europe, l'enquête européenne périnatale de 2010 a regroupé les chiffres d'initiation d'un allaitement maternel dans un grand nombre de pays (figure 2).

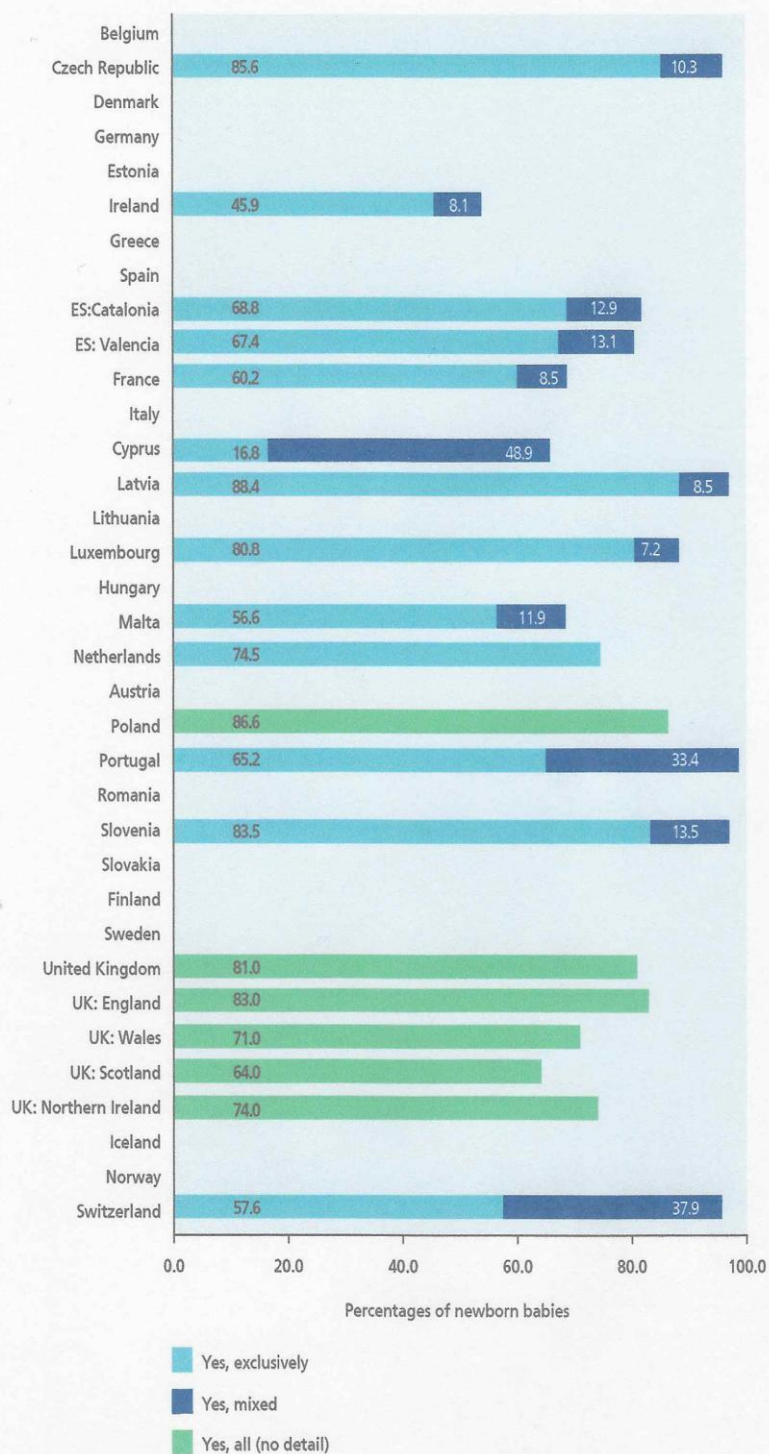
La Lettonie, la République Tchèque, le Portugal, la Slovénie, la Suisse présentent des taux d'initiation de plus de 90%. Il est de 80% au Royaume-Uni et en Espagne, et de seulement 53 % en Irlande.²⁴

Les pays nordiques réputés pour avoir des taux d'allaitement élevés et des durées prolongées ne sont pas présentés dans ce rapport. Ainsi dans les enquêtes nationales, il est rapporté que 99% des enfants sont allaités à la maternité en Suède et en Norvège.²⁵

Concernant les durées d'allaitement, le taux d'enfants allaités 6 mois en Norvège était de 82% en 2007.²⁶ Au Danemark, la médiane d'allaitement maternel était estimée à 18 semaines dans une enquête de 2007.²⁷

Concernant les pays en développement, l'OMS, dans son rapport « Cibles mondiales de nutrition 2025: Note d'orientation sur l'allaitement au sein », a cité quelques exemples de pays où les taux ont beaucoup progressé grâce à une politique forte. Ainsi, au Sri Lanka, le taux moyen d'allaitement des nourrissons de moins de 6 mois est passé de 17 à 76% entre

1995 et 2007. Au Cambodge, 74 % des enfants de 0 à 6 mois étaient allaités en 2010 contre 11% seulement 10 ans auparavant. Enfin, au Malawi, le taux d'allaitement exclusif chez les nourrissons de 0 à 6 mois était de 71% en 2010. Ces différents exemples montrent qu'une politique forte en matière de promotion et de soutien de l'allaitement maternel permet de faire progresser rapidement les chiffres.³



NOTES:

Cyprus: Perinatal Survey in 2007

The Netherlands, no data on mixed feeding

Poland: National Health Survey in 2009

Portugal: National breastfeeding registry which was set up recently; coverage rate: 55% of public hospitals; includes term newborns from July 2010 to June 2011

Switzerland: includes healthy term newborns in hospitals and birthing homes participating in Baby Friendly Hospital Initiative; coverage rate: 38%

UK: no question on mixed feeding, only intended mixed feeding

Figure 2 : Taux d'initiation d'allaitement maternel en Europe, Enquête Européenne Périnatale, 2010²⁴

5. Facteurs influençant l'allaitement maternel et rôle des professionnels de santé

5.1. Facteurs influençant les taux d'allaitement

Les variables associées à des taux d'allaitement maternel plus élevés sont bien connues et les différentes études faites sur le sujet confirment les mêmes tendances.

Ainsi, une revue de la littérature publiée en 2009, retrouvait différents facteurs associés positivement avec l'allaitement (initiation et durée).

- **Facteurs liés à la mère** : mère plus âgée, primipare, niveau de scolarité supérieur, niveau socio-économique favorisé, expérience positive d'allaitement (personnelle ou dans l'entourage), grossesse planifiée, désir et intention d'allaiter prise en prénatal, confiance en soi, suivi de cours de préparation à la naissance, absence de séparation mère-enfant à la maternité.
- **Facteurs liés à l'enfant et à son état de santé** : bonne prise du sein, absence de frein de langue
- **Facteurs liés à l'entourage** : soutien du partenaire, soutien émotionnel de l'entourage, soutien de paires ayant allaité, associations de soutien à l'allaitement maternel
- **Facteurs liés aux pratiques de soin** : mise au sein précoce, tétées à la demande, soutien de professionnels de santé formés
- **Facteurs liés aux politiques de santé** : accès à un congé maternité rémunéré prolongé, initiative Hôpital Ami des Bébé^s²⁸

Autre exemple, dans l'enquête de 2007 du réseau « Sécurité Naissance – Naitre ensemble » des Pays de la Loire, les facteurs de risque d'arrêt précoce identifiés sont les suivants :

- Parmi les critères socio-démographiques, mère jeune, profession autre que cadres et professions intermédiaires, obésité maternelle, manque de confiance de la mère en elle-même, échec d'allaitement antérieur pour une multipare.

- En ce qui concerne les critères liés à l'accouchement, cette étude ne retrouve pas de significativité, mais une tendance confirmée à des taux d'allaitement moindres pour les naissances par césarienne, et le poids de naissance inférieur à 3kg.
- Pour les critères liés au séjour en maternité, on retrouvait la séparation mère-enfant même courte, les compléments donnés à l'enfant, les difficultés de l'enfant à téter, l'allaitement non à la demande.²²

On voit donc à travers ces 2 exemples que les données sont connues et il y a matière à travailler sur ces facteurs pour améliorer les taux et durée d'allaitement maternel en France. Parmi eux, le rôle des professionnels de santé dans la promotion, l'information et le soutien des femmes allaitantes est primordial.

5.2. Rôle des professionnels de santé

Au cours de la grossesse, sont surtout concernés les gynécologues obstétriciens, les médecins généralistes et les sages-femmes. Ainsi lors du suivi de chaque femme enceinte, il est de leur responsabilité d'apporter les informations les plus claires et objectives sur les avantages de l'allaitement maternel et d'en favoriser la réflexion au sein des couples.

A la naissance, le rôle du personnel de maternité, sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires, médecins, est essentiel pour favoriser la mise au sein précoce et encadrer les débuts de l'allaitement maternel. Ils doivent pouvoir rassurer sur les difficultés potentielles, fréquentes au départ, mais facilement surmontables avec de bons conseils et de la réassurance sur la capacité de chaque femme à nourrir son enfant.

En 2016, selon l'enquête périnatale de l'INSERM, presque 70 % des services déclaraient avoir au moins une personne référente pour l'aide à l'allaitement au sein de la maternité (consultante en lactation certifiée IBCL10 et/ou professionnel titulaire d'un diplôme universitaire ou interuniversitaire), mais ces données ne précisent pas les disponibilités de ces professionnels en pratique dans les maternités.²¹

Après le retour à la maison, les médecins généralistes, les pédiatres, les sages-femmes libérales, le personnel des PMI sont les professionnels vers qui la mère allaitante pourra se tourner. Il a été démontré dans plusieurs études l'impact de leur discours sur la poursuite et le déroulement de l'allaitement.²⁹ Pour autant, en France, leur soutien est parfois insuffisant voire contreproductif, faute de connaissances théoriques et pratiques suffisantes.

Dans une enquête de la DRASS Rhône-Alpes, portant sur plus de 1000 dyades mère allaitante-enfant(s), les mères qui poursuivaient leur allaitement au-delà de 1 mois avaient eu le plus souvent recours à la PMI et à l'entourage familial et amical. Tandis que les mères qui avaient sevré prématurément semblaient s'être davantage tournées vers les sages-femmes ($p=0.03$) et le médecin généraliste ($p=0.05$). Dans cette étude, l'auteure s'interroge: « Est-ce à dire que le recours à ces deux types de professionnels favorise l'abandon de l'AM ? ». ³⁰

Une autre étude réalisée en France et publiée en 2005, montrait qu'une consultation à J15 avec un généraliste, formé peu avant par un cours de 5 heures sur l'allaitement maternel, augmente de manière significative le taux d'allaitement maternel exclusif à 4 semaines, la durée totale de l'allaitement, et diminue la sensation de difficultés exprimée par les mères. ³¹

6. La formation à l'allaitement maternel en 2017

Nous l'avons dit, le soutien des professionnels de santé est une part majeure des facteurs qui vont influencer l'initiation, le déroulé et la durée de l'allaitement maternel. Pour que ceux-ci soient de bons soutiens, ils doivent avoir été formés. Il est d'une importance capitale d'avoir une base de connaissances théorique et pratique commune pour éviter les discordances dans

le discours tenu aux mères allaitantes en maternité et au cours des 1eres semaines. Qu'en est-il de cette formation en 2017 ?

6.1. La formation des médecins et étudiants en médecine

6.1.1. 2^{ème} cycle et Programme officiel de l'ECN

L'ECN pour Epreuves Classantes Nationales, est l'examen qui conclut le deuxième cycle des études médicales. De la 3ème à la 6ème année, les étudiants en médecine sont donc tournés vers cet objectif qui leur permettra de choisir leur spécialité pour l'internat et la ville où ils effectueront celui-ci. Le programme de l'ECN et celui du deuxième cycle des études médicales sont donc superposables. Quelle y est la place de l'allaitement maternel ?

On retrouve 2 items au programme de l'ECN concernant l'allaitement maternel de manière spécifique (item 32) et l'alimentation du nourrisson de manière plus générale (item 45). Il n'y a pas de recommandations officielles sur le contenu enseigné pour ces 2 items, mais simplement de grands objectifs listés ci-dessous, qui restent assez flous.

- Item 32. Allaitement maternel : expliquer les modalités et argumenter les spécificités de l'allaitement maternel. Préciser les complications éventuelles et leur prévention.
- Item 45. Alimentation et besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant : expliquer les besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant.³²

Il existe pour la plupart des items de l'ECN, un cours rédigé par le collège des spécialistes concernés par le sujet.

- **Polycopié national du CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français)** : mis à jour en 2016, il comporte une courte première partie sur la physiologie de la lactation et la composition du lait maternel. Puis une seconde partie intitulée bénéfices de l'allaitement maternel, mais qui ne comporte en fait qu'une phrase sur son rôle immunologique et une comparaison avec la composition du lait de vache. Il n'y a donc aucune place pour les nombreuses références bibliographiques concernant les avantages de

l'allaitement maternel. On retrouve ensuite quelques conseils plutôt adaptés (mise au sein précoce et tétées à la demande), mais qui se révèlent très brefs et loin d'être suffisants. Enfin, la dernière partie, plutôt bien détaillée est celle axée sur les complications, laissant ainsi penser aux étudiants que l'allaitement maternel se résume à une liste de problèmes. Fait étonnant, apparaissent cités en référence, « notretemps.com », magazine grand public à destination des séniors et l'atlas du corps humain..... Ressources bibliographiques pour le moins inhabituelles pour un polycopié national à destination de futurs médecins.

En comparaison, il existe, pour l'accouchement, un item du programme sur son déroulement normal. La physiologie des différentes étapes est assez clairement expliquée, ce qui n'est pas le cas du tout pour l'allaitement maternel. Or, ce dernier, dans la suite directe de la naissance, est pourtant ce pour quoi l'organisme humain est programmé de manière physiologique.³³

- **Polycopié national du collège de nutrition** : ce polycopié n'est composé que de 7 pages. Il comporte 3 lignes sur l'allaitement maternel de 0 à 5 mois: «Comme tout mammifère l'enfant a besoin de lait, de préférence du lait de sa mère. L'allaitement au sein est l'idéal, c'est la référence qui apporte tout ce dont l'enfant a besoin sur le plan nutritionnel. C'est en plus un élément de protection qui renforce le lien mère enfant. » . On peut considérer que l'essentiel y est dit, mais que les futurs médecins devront chercher ailleurs les solutions d'aide à leurs patientes allaitantes. En comparaison, il y a une quarantaine de lignes concernant le lait artificiel. A partir de l'âge de 6 mois et du paragraphe sur la diversification, l'allaitement maternel n'est même plus cité et c'est donc le biberon de lait artificiel qu'on associe systématiquement aux autres apports alimentaires.

L'étudiant qui révise retiendra donc que la référence est le biberon et n'aura même pas la notion qu'une poursuite de l'allaitement pendant la diversification est possible et même

souhaitable. Pris dans un système d'apprentissage par cœur, il n'y a souvent pas de critique de ce qui est lu. C'est le début du formatage à la norme artificielle.³⁴

- **Polycopié du collège national de pédiatrie** : il comporte une dizaine de lignes sur l'allaitement maternel. Les bénéfices y apparaissent succinctement, mais clairement exprimés. L'allaitement maternel est encouragé comme l'aliment idéal pour les nourrissons jusqu'à 6 mois. Et c'est tout. Aucune mention de la conduite d'un allaitement en pratique, pas de référence aux conditions pour son succès ou aux particularités de croissance par exemple. En parallèle, les préparations pour nourrissons occupent une page et demie et toutes les spécificités possibles sont détaillées. Dans la partie sur la diversification, à partir de 4 à 6 mois, on propose d'introduire de nouveaux aliments en gardant une tétée ou un biberon matin et soir. On peut donc y comprendre qu'il faut arrêter l'allaitement le reste de la journée et après 1 an, seul le biberon est mentionné. Pourtant, quelques lignes plus tôt, étaient évoquées les recommandations de l'OMS mentionnant la possibilité de poursuivre l'allaitement au-delà de 6 mois et tant qu'il est souhaité par la mère en complément d'une alimentation diversifiée de qualité. Ainsi, pour l'étudiant qui apprend les règles de diversification, le biberon de lait artificiel devient la norme et relègue l'allaitement au rang d'alternative exceptionnelle.³⁵

A titre de comparaison, la place dans le programme des maladies auto immunes qui sont des maladies relativement rares (prévalence allant de moins de 1/100 000 personnes à 1/100 personnes environ en fonction du type de maladie) est significativement bien plus importante que celle de l'allaitement avec un item dédié dont le cours officiel comporte une vingtaine de pages. Pourtant, ces pathologies restent rarement rencontrées par les médecins alors que l'allaitement concerne potentiellement 800 000 nouveaux enfants par an.³²

6.1.2. En pratique, dans les facultés

Pour ce travail de thèse, j'ai interrogé, par mail, les scolarités et associations d'étudiants en médecine des différentes facultés du réseau HUGO (Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest, regroupe Tours, Angers, Nantes, Poitiers, Rennes et Brest) sur leur formation actuelle à l'allaitement maternel. J'ai obtenu peu de réponses et aucune des services de scolarité concernés, en dehors d'Angers, malgré plusieurs relances, confirmant la méconnaissance ou le peu d'intérêt pour la question de l'allaitement maternel. Parmi les réponses obtenues, les étudiants nantais bénéficient d'une heure de cours sur l'allaitement maternel en 5ème année, centrée particulièrement sur les complications de l'allaitement. Les étudiants de Tours reçoivent un cours de deux heures sur l'allaitement maternel et artificiel. A Angers, sur quatre heures de cours de gynécologie obstétrique en 5ème année, sont enseignés les items suivants : accouchement et suites de couches normales, évaluation et soins du nouveau-né à terme, allaitement maternel, suites de couches pathologiques, troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Une autre session de quatre heures inclut l'item alimentation du nourrisson parmi 10 autres items dans le cours de gastro-entérologie pédiatrique. Pour chacune de ces après-midi, le temps consacré à l'allaitement maternel n'est pas détaillé, mais au vu de la densité des programmes étudiés, il semble très court. Il existe également un optionnel ministériel « santé de la mère et de l'enfant » auquel les étudiants angevins peuvent choisir de s'inscrire. Il n'inclut pas de cours à proprement parler sur l'allaitement, mais celui-ci est abordé dans un module de 3h sur la maturation des fonctions digestives et l'alimentation du nourrisson.

6.1.3. DES de pédiatrie

Le programme officiel du DES de pédiatrie est publié au Bulletin Officiel.³⁶ On y trouve parmi les enseignements spécifiques à développer, un thème : « Alimentation et nutrition du nourrisson et de l'enfant ». Le contenu de chaque enseignement n'est lui pas détaillé et c'est

à chaque université de créer son propre programme. Ainsi, dans notre région, ces cours se déroulent une fois par mois dans le cadre des journées de DES d'HUGO où sont regroupés tous les internes de pédiatrie de l'inter-région ouest. Une fois par an, un module nutrition est organisé, toujours avec le soutien financier d'un industriel du lait artificiel. Une année sur trois ou quatre environ, la thématique « allaitement maternel » est au programme d'1 ou 2h de cours, plutôt centré sur composition du lait de femme comparativement au lait de vache. Parfois, est organisé un atelier pratique autour de l'allaitement maternel, mais les données y restent très théoriques.

6.1.4. DES de médecine générale

A Angers, les internes de médecine générale bénéficient, pendant leur formation, d'un cours de 2h sur l'allaitement maternel. Celui-ci se déroule au cours du semestre de stage ambulatoire chez le médecin généraliste et est obligatoire. Il est dispensé par un médecin généraliste que j'ai pu interroger sur son contenu. La physiologie de la lactation n'y est pas du tout reprise sauf questions des étudiants, mais des documents à ce sujet sont mis en ligne sur le site de la faculté. Ce cours est construit à partir de situations concrètes vécues par les internes ou apportées par le médecin : fièvre maternelle, engorgement, crevasses, mycoses, courbes de poids du bébé allaité... La conduite à tenir y est expliquée et argumentée. Nous sommes dans une formation qui se veut pratique avec des démonstrations des positions d'allaitement avec l'utilisation d'une poupée par exemple, les sites internet de référence pour les compatibilités médicamenteuses. Une grande importance est également donnée à la place des recours à connaître en cas de situation à laquelle on ne sait pas répondre : consultante en lactation, PMI, sage-femme libérale... Le contenu semble donc plutôt favorable, mais on peut imaginer que 2 heures sont bien trop courtes pour tout aborder et qu'une seule session sur le sujet ne suffit pas à former les internes à accompagner totalement un allaitement maternel.

Dans une thèse réalisée en 2012 à Lyon, des enseignants de différentes facultés ont été interrogés sur la formation à l'allaitement maternel des internes du DES de médecine générale : seules 4 réponses sur 11 facultés contactées ont été obtenues et on constate une grande disparité avec des cours inexistants comme des sessions assez complètes de 3 ou 4h. Tous reconnaissent ne pas aborder l'allaitement physiologique, mais plutôt les complications et leurs traitements. Peu de cours sont orientés vers les conseils pratiques. Nombreux sont ceux qui estiment que le sujet devrait être abordé en 2ème cycle. Mais les enseignants de 2ème cycle interrogés aussi dans ce travail pensaient eux que ce thème avait plutôt sa place en 3ème cycle.³⁷

6.1.5. DES de gynécologie-obstétrique

Sur le site de l'Université Médicale Virtuelle Francophone (UMVF), on retrouve le programme du DES de gynécologie-obstétrique, qui comporte 11 modules. Le mot allaitement n'apparaît nulle part dans ce programme. Le cours sur l'allaitement maternel est une sous partie de l'item accouchement normal et contient 2 grands chapitres : « physiologie » et « conduite de l'allaitement et complications ». Les objectifs pédagogiques y sont assez bien détaillés, mais restent très théoriques. En fonction des facultés, ce programme bénéficie de 1 à 4h de cours.³⁸

6.1.6. Formation continue

Il existe de nombreuses sources potentielles de formation continue sur l'allaitement maternel. On peut citer les journées de FMC organisées par les CHU et facultés de médecine, les groupes privés, les groupes de pairs.

En Pays de La Loire, le réseau Sécurité Naissance organise des journées annuelles de formation à destination des médecins généralistes et sages-femmes sur le suivi du nouveau-né au cours desquelles l'allaitement est abordé. En 2018, le réseau a pour objectif de mettre en place une journée de formation spécifique à l'allaitement maternel pour ces mêmes

professionnels. Il édite également sur son site internet une plaquette d'information sur l'allaitement maternel à destination des professionnels très complète et pragmatique. Environ 1000 exemplaires sont téléchargés chaque année.⁴⁰

6.2. La formation des sages-femmes

Dans le cadre de ce travail de thèse, j'ai également interrogé par courrier électronique les écoles de sages-femmes du grand ouest sur le contenu de leur formation. J'ai obtenu 4 réponses sur 6 écoles contactées. Ainsi, j'ai pu recenser : un total de 46h de cours sur l'allaitement à Brest, 27h à Tours, 19h à Angers (auxquelles s'ajoutent quelques heures dans les cours de physiologie hormonale où sont aussi abordés la puberté et la grossesse), 25h environ à Poitiers. Il est intéressant de noter que le programme proposé est beaucoup plus étoffé que pour les futurs médecins. Je n'ai pas pu obtenir de détails sur le contenu des cours, mais simplement que les différentes écoles semblent s'intéresser de manière large au sujet, incluant des heures sur la physiologie de la lactation, la conduite pratique d'un allaitement avec des exercices pratiques en travaux dirigés, les complications, leurs traitements, mais aussi la prévention. On remarque en particulier qu'à Brest, la thématique allaitement semble particulièrement enseignée. Il s'agit de l'une des villes dont l'Université organise le DIULHAM, Diplôme Inter-Universitaire Lactation Humaine et Allaitement Maternel.³⁹

ÉVALUATION DE LA FORMATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PÉDIATRES LIBÉRAUX DES DÉPARTEMENTS 49, 53 ET 72

1. Description de l'étude

1.1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer la formation initiale et complémentaire à l'allaitement maternel des pédiatres libéraux et médecins généralistes maitres de stages universitaires des départements Maine et Loire (49), Mayenne (53) et Sarthe (72). Le second objectif était de connaître le ressenti de ces médecins vis-à-vis de leur formation, son caractère adapté ou non pour leur pratique quotidienne et enfin, de recueillir la liste des éventuels soutiens auxquels ils avaient recours en cas de difficultés avec une situation d'allaitement maternel.

1.2. Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude quantitative et qualitative réalisée à l'aide d'un questionnaire numérique (Annexe n°2) évaluant la formation initiale et complémentaire à l'allaitement maternel, son caractère adapté ou non pour la pratique quotidienne, les éventuelles difficultés rencontrées par le praticien dans la gestion des complications de l'allaitement maternel et les soutiens auxquels ils pouvaient avoir recours.

La population ciblée était celle des médecins généralistes maitres de stages universitaires et pédiatres libéraux exerçant dans les départements pour lesquels la faculté de Médecine d'Angers est compétente en terme de référence universitaire soient les départements de Sarthe (72), Mayenne (53) et Maine et Loire (49). Nous avons choisi de cibler uniquement

les maitres de stage universitaires, plus concernés par la problématique de la formation médicale, parmi les médecins généralistes.

Ce questionnaire a été réalisé à l'aide de Google Form et existait également en version Word. Il a été élaboré en collaboration avec le directeur de thèse, pédiatre néonatalogiste et la puéricultrice référente en allaitement du CHU d'Angers. Il a été adressé par voie électronique aux médecins en septembre 2017 puis une relance a été effectuée en octobre. L'envoi s'est fait par l'intermédiaire du département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine d'Angers pour les médecins généralistes, garantissant ainsi l'absence d'enregistrement des adresses mails. Concernant les pédiatres, il s'est fait par le biais de l'APA (Association des Pédiatres Angevins) ou par contact individuel pour les départements 53 et 72 ainsi qu'à l'aide des listes du Réseau Grandir Ensemble (RGE), réseau de suivi des nourrissons à l'intérieur du Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire.

Le questionnaire a été adressé à 405 médecins généralistes dont 80 reçoivent des étudiants en médecine de 2^{ème} cycle et 329 des internes en médecine générale. 3 ou 4 médecins recevant les 2 types d'étudiants en même temps, ont dû recevoir deux fois ce questionnaire. Pour les pédiatres libéraux, il y a eu 34 envois sur les 3 départements concernés.

1.3. Recueil et analyse des données

Les données obtenues à partir des réponses au questionnaire ont été transposées individuellement sur le logiciel Excel. Les questions fermées relevant du questionnement quantitatif ont fait l'objet d'un codage simple suivant les réponses proposées et les questions ouvertes relevant du questionnement analytique ont nécessité une traduction en mots-clés pour classer les réponses.

Les analyses descriptives sont présentées pour l'ensemble des données recueillies sur les sujets inclus dans l'étude. Les variables qualitatives ont été étudiées en termes de fréquence et pourcentage selon les modalités du paramètre. Les variables quantitatives ont été décrites

en termes, moyenne, écart type, valeurs extrêmes et intervalle de confiance de la moyenne à 95%, médiane, intervalle interquartile.

Les tests statistiques adéquats (analyses univariées) ont été utilisés en fonction de la distribution des variables (tests paramétriques ou non paramétriques).

L'hypothèse H0 était considérée nulle lorsque la valeur du p était inférieure à 0,05.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 15.0.

2. Résultats

Les résultats principaux sont rappelés dans un tableau en annexe n°3.

2.1. Taux de participation

Le questionnaire a reçu 158 réponses, dont 35 après la relance effectuée le 11 octobre 2017.

23 pédiatres et 135 médecins généralistes, soit respectivement 14.6% et 85.4% des répondants, ont rempli ce formulaire.

Parmi les pédiatres, le taux de réponse a été de 67.6%. Chez les médecins généralistes, il a été de 33.3%.

2.2. Données socio-démographiques des répondants

Les caractéristiques socio-démographiques des répondants sont présentées dans le tableau ci-dessous. (Tableau I)

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques des répondants

	Effectif	Pourcentage
Sexe		
Femme	96	60,8%
Homme	62	39,2%
Spécialité		
Pédiatre	23	14,6%
Médecin généraliste	135	85,4%
Année de thèse		
<1992	40	25,3%
1993 à 2002	39	24,7%
2003 à 2010	41	25,9%
> 2010	38	24,1%
Faculté d'origine		
Angers	103	65,2%
Pays de la Loire hors Angers	15	9,5%
Région parisienne	11	7,0%
Autre région	26	16,5%
Réponse manquante	3	1,8%
Type d'exercice		
Rural	51	32,3%
Ville	61	38,6%
Mixte	46	29,1%
Expérience personnelle ou familiale d'allaitement maternel		
Oui	138	87,3%
Non	20	12,7%

2.3. Formation initiale à l'allaitement maternel

Parmi les médecins interrogés, 105 (66.5%) déclaraient n'avoir reçu aucune formation à l'allaitement maternel au cours de leurs études médicales.

Parmi les 33.5% ayant reçu une formation, celle-ci était inférieure ou égale à 2h pour 60% d'entre eux (30 médecins), comprise entre 3 et 5h pour 30% (15 médecins) et supérieure à 6h pour 10% (5 médecins).

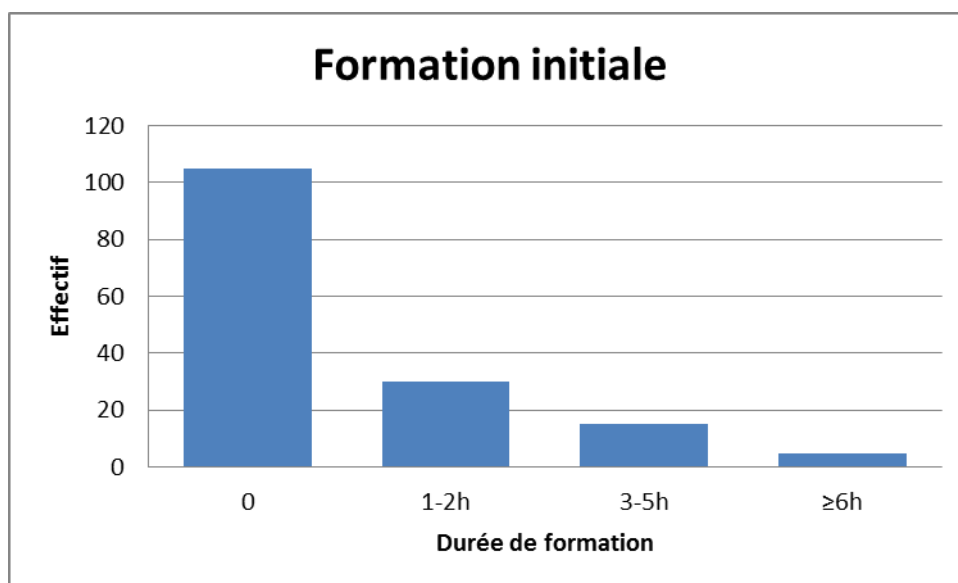


Figure 3 : Durée de formation initiale à l'allaitement maternel

En comparant les temps de formation aux années de thèse des médecins interrogés, on observait une augmentation progressive du temps moyen de formation consacré à l'allaitement maternel, de 0.28h pour ceux formés avant 1992, 0.97h pour ceux formés entre 1993 et 2002, 1.10h pour ceux formés entre 2003 et 2010 et jusqu'à 1.42h pour ceux formés après 2010. La différence était statistiquement significative ($p < 0.05$) entre ceux formés avant 1992 et après 2010. Concernant la faculté d'origine, on ne retrouvait pas de différence significative sur les durées de formation. Il existait par contre une différence significative suivant la spécialisation, avec une durée moyenne de formation de 1.83h pour les pédiatres contre 0.79h pour les médecins généralistes ($p < 0.05$).

2.4. Formation complémentaire

Cinquante-quatre médecins soit 34.2 % ont reçu une formation complémentaire sur le thème de l'allaitement maternel depuis leur installation en libéral. Il n'y avait pas de différence significative en fonction de la spécialisation. Les pédiatres étaient 39.1% (9 personnes) et les médecins généralistes 33.3% (45 personnes) à déclarer avoir eu une formation complémentaire. La durée de cette formation complémentaire était inférieure ou égale à 2h

pour 31.6% des répondants (12 médecins), comprise entre 2h et une journée pour 39.5% (15 médecins) et de plus d'une journée pour 28.9% (11 médecins). Seize personnes n'ont pas précisé la durée.

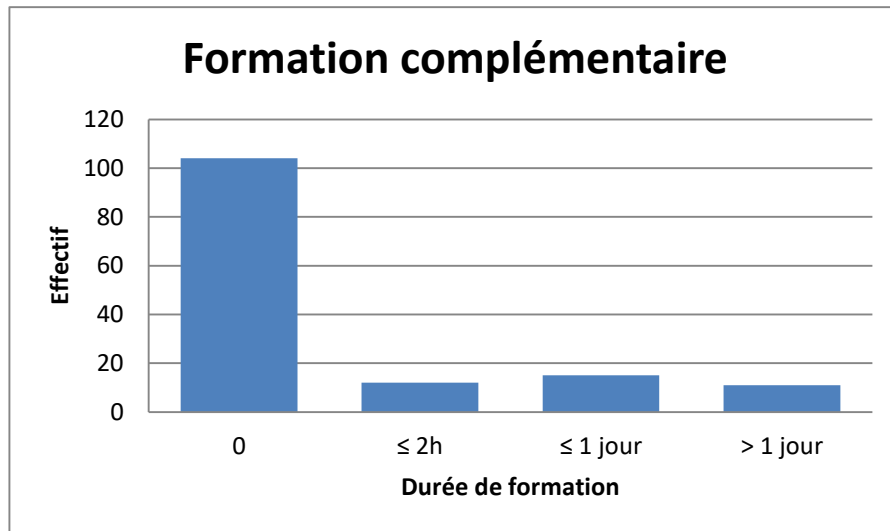


Figure 4 : Durée de formation complémentaire à l'allaitement maternel

Parmi les types de formation complémentaires cités spontanément par les répondants, on retrouvait :

- L'AFPA (Association Française de Pédiatrie Ambulatoire) pour 2 pédiatres sur 9 ayant reçu une formation complémentaire (22.2%)
- Le Réseau Sécurité Naissance pour 7 médecins
- Les sessions de FMC pour 24 médecins généralistes sur 45 soit 53.3%
- Le DU de gynécologie pour les médecins généralistes pour 3 d'entre eux
- L'expérience personnelle d'allaitement maternel était rapportée spontanément par 17 personnes comme un élément de formation complémentaire, 3 hommes médecins généralistes et 14 femmes dont 2 pédiatres
- Des lectures ou recherches personnelles étaient évoquées par 10 personnes
- L'expérience professionnelle était également citée 10 fois

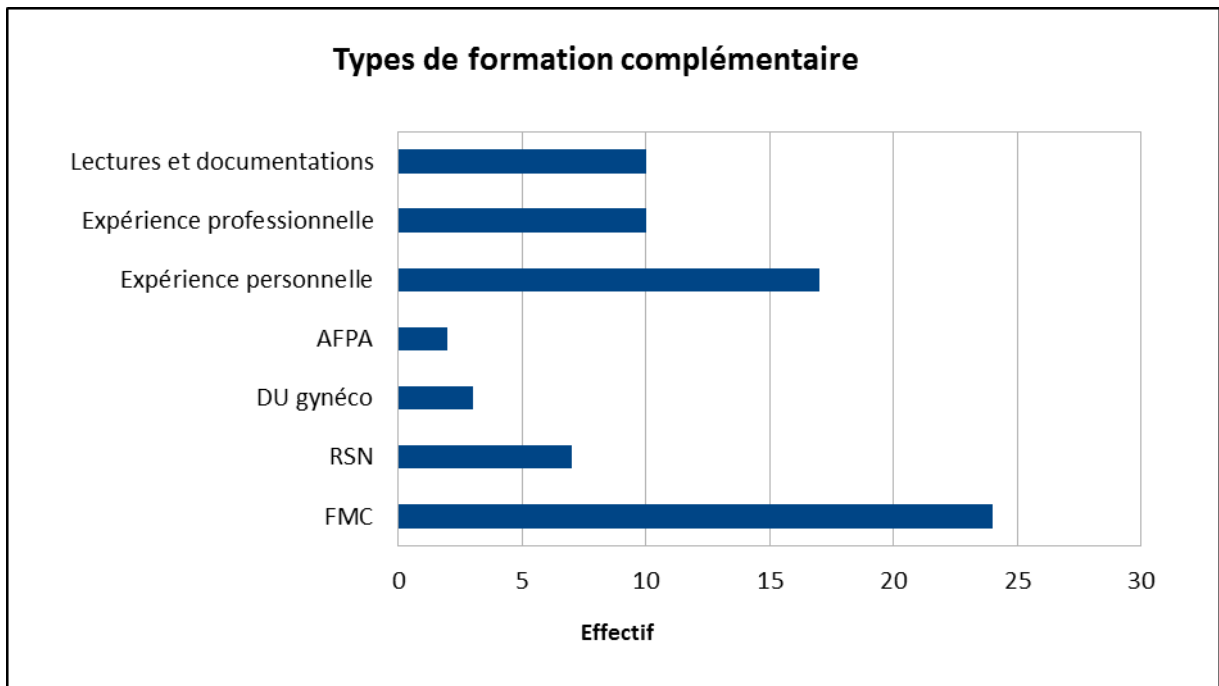


Figure 5 : Types de formation complémentaire

2.5. Ressenti sur la formation

La question visait à savoir si la formation reçue leur semblait suffisante, partielle ou insuffisante pour leur pratique quotidienne.

Les réponses ont montré que 64 personnes (40.5%) trouvaient leur formation suffisante, 77 (48.7%) l'estimaient partiellement suffisante et 15 personnes (9.5%) insuffisante. Deux personnes se sont abstenues de répondre à cette question.

Il n'y avait pas de différence significative retrouvée suivant la spécialité, l'année de thèse, la présence d'une formation initiale ou continue ou l'expérience personnelle en matière d'allaitement.

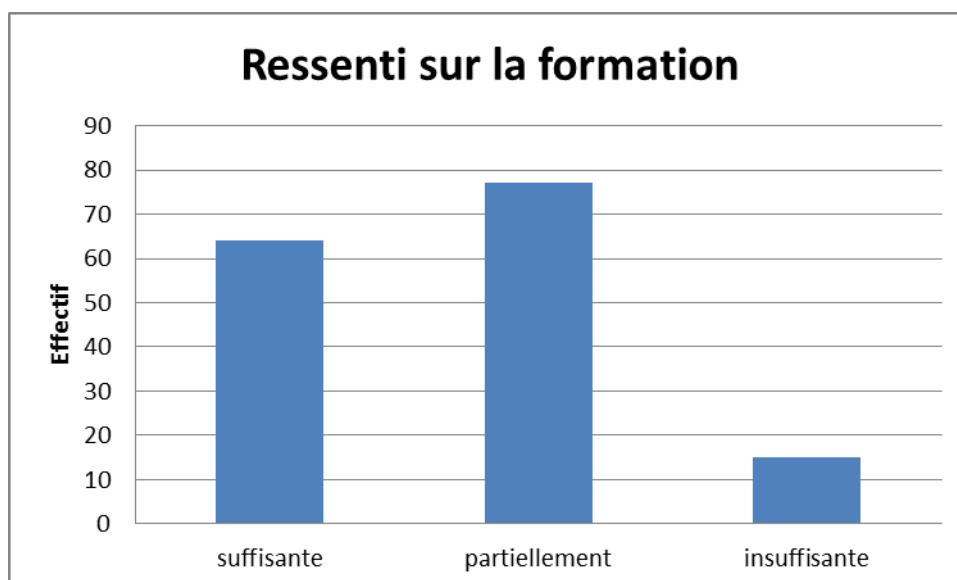


Figure 6 : Ressenti sur la formation

2.6. Consultations spécifiques

Ils étaient 54 (33.5%) à réaliser des consultations spécifiques centrées sur l'allaitement. Parmi eux, il y avait 7 pédiatres soit 30% de l'effectif pédiatrique et 46 médecins généralistes soit 34% d'entre eux.

2.7. Situations où les médecins se sentent démunis

Nous avons demandé aux médecins s'ils se sentaient parfois démunis devant certaines problématiques liées à l'allaitement maternel avec une liste de choix possibles.

Quatre-vingt-douze d'entre eux soit 58.2% déclaraient avoir déjà été démunis face à au moins l'une de ces problématiques. Il n'y avait pas de différence significative suivant la spécialité, le sexe, le type d'exercice, l'année de thèse, la présence d'une formation initiale et sa durée. Parmi ceux qui n'avaient pas d'expérience personnelle d'allaitement maternel, ils étaient plus nombreux à se sentir parfois démunis, mais sans que cette différence ne se soit montrée significative d'un point de vue statistique. De manière significative, on retrouvait plus de personnes s'étant déjà senties démunies dans le groupe ayant reçu une formation complémentaire ($p \leq 0.05$).

Ceux qui jugeaient leur formation partiellement suffisante étaient significativement plus nombreux à se considérer parfois démunis ($p \leq 0.05$), tandis que ceux qui la jugeaient suffisante étaient moins démunis ($p \leq 0.05$).

Il n'y avait pas de différence pour ceux qui jugeaient leur formation insuffisante.

Concernant les situations à l'origine de cette impression, on retrouvait :

- la mauvaise prise pondérale du nouveau-né : $n=44$ (47.8%).
- les seins douloureux : $n=47$ (51%).
- le défaut de lactation : $n=38$ (41.3%)
- la compatibilité de l'allaitement avec un traitement pour la mère : $n=20$ (21.7%).

Ont aussi été plus rarement citées les situations suivantes : abcès du sein, galactophorite, mauvais vécu maternel de l'allaitement ou dépression du post-partum, absence de soutien paternel.

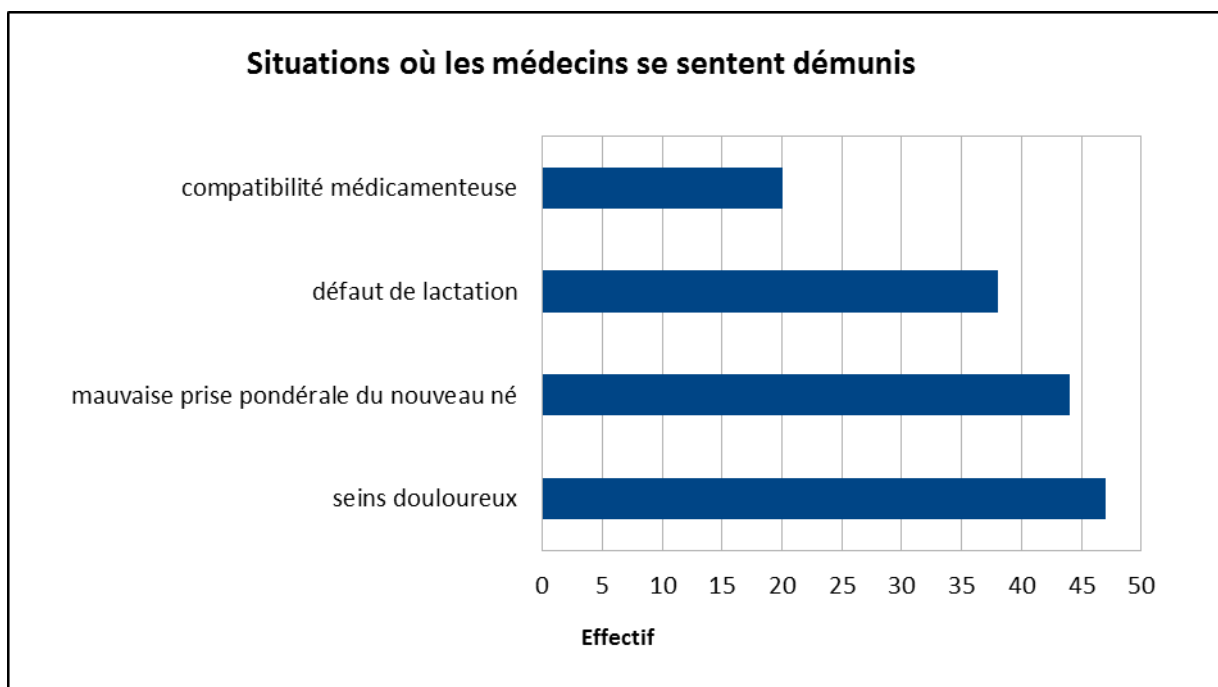


Figure 7 : Situations où les médecins se sentent démunis

2.8. Connaissance de la plaquette du Réseau Sécurité Naissance

Nous avons interrogé les médecins sur leur connaissance de la plaquette d'informations concernant l'allaitement maternel pour les professionnels de santé éditée par le réseau sécurité naissance et disponible gratuitement sur le site internet du réseau.⁴⁰

Quatre-vingt-cinq médecins soit 53.8% n'avaient pas connaissance de l'existence de cette plaquette.

Ils étaient 34.8% parmi les pédiatres et 57% parmi les médecins généralistes à ne pas connaître cette plaquette soit une différence significative suivant la spécialité ($p < 0.05$).

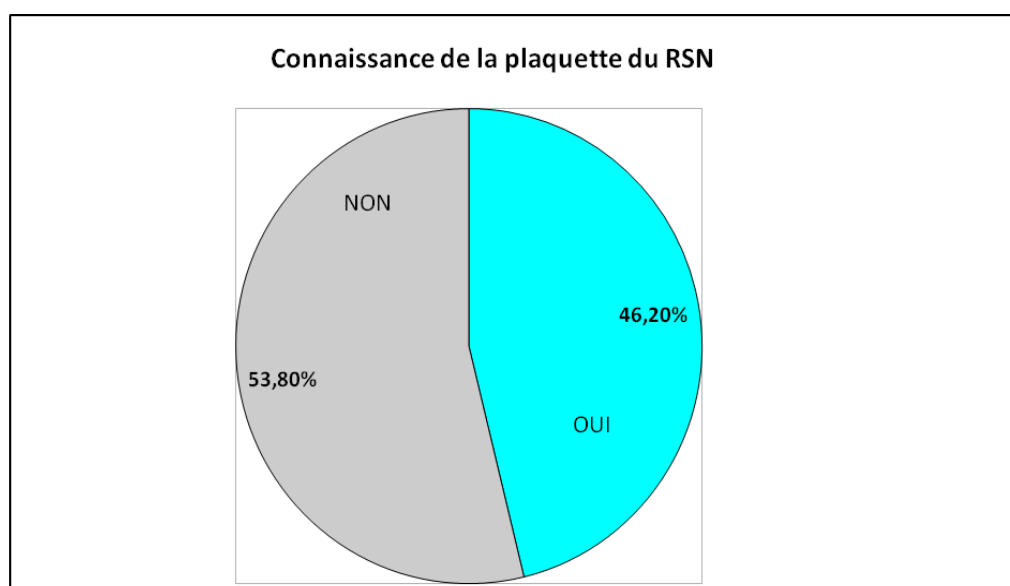


Figure 8 : Connaissance de la plaquette du RSN

2.9. Quels recours ?

La question consistait à demander à qui s'adressaient les médecins en cas de difficultés avec une situation relevant de l'allaitement maternel. Le choix pouvait être multiple et une place était laissée aux réponses libres. Ils étaient 147 (93%) à identifier au moins un recours :

- un confrère pour 50 personnes (31.6%)
- une consultante en lactation pour 50 personnes (31.6%)
- une sage-femme libérale pour 74 personnes (46.8%)
- une association de soutien à l'allaitement pour 19 personnes (12%)

- un membre de leur famille ou un ami non professionnel médical pour 2 personnes (1.2%)
- recherches sur internet ou références bibliographiques pour 21 personnes (13.2%)
- la PMI pour 5 médecins (3.1%)

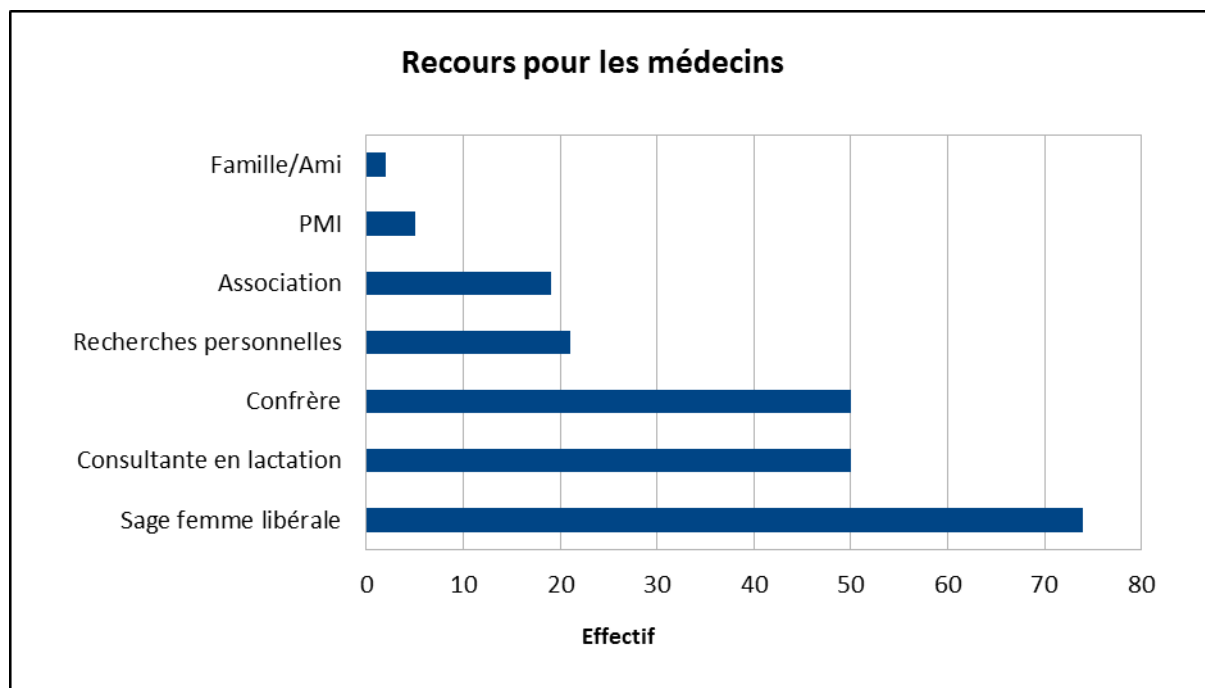


Figure 9 : Recours en cas de difficultés

2.10. Compatibilité médicamenteuse avec l'allaitement

A la question du recours utilisé pour connaître la compatibilité d'un traitement avec l'allaitement maternel, 144 médecins se référaient au CRAT (91.1%) et 35 (22.1%) au Vidal. Parmi ceux, 13 personnes, qui ne citaient que le Vidal, on retrouvait de manière significative ($p \leq 0.05$) ceux ayant passé leur thèse avant 1992.

Certains ont aussi cité spontanément les recours suivants : avis d'un confrère ou d'une consultante en lactation, LactMed qui est la base de données américaines équivalente au CRAT, centre de pharmacovigilance, lecture du magazine Prescrire®.

DISCUSSION

1. Intérêt de cette étude

Les recommandations sont unanimes pour un allaitement maternel exclusif pendant 6 mois puis prolongé au moins jusqu'à 2 ans, en parallèle de la diversification.¹ Les taux d'allaitement maternel en France restent cependant bien loin des objectifs internationaux. Plusieurs études ont montré l'importance du soutien des professionnels de santé et en particulier des médecins généralistes et des pédiatres dans l'initiation et surtout la durée d'un allaitement. Ainsi, la formation initiale des futurs médecins et la formation continue de ceux déjà au contact de ces patientes qui allaitent ou souhaitent allaiter est un enjeu crucial pour l'amélioration des taux d'allaitement maternel. Nous souhaitons donc objectiver cette formation dans les Pays de la Loire pour mieux évaluer les difficultés et connaître les attentes des praticiens concernés. Nous espérons par ailleurs avoir apporté un petit bénéfice en terme de formation en diffusant en même temps que notre questionnaire la plaquette d'informations sur l'allaitement maternel du réseau sécurité Naissance des Pays de La Loire.⁴⁰

2. Interprétation des résultats

2.1. Taux de réponse

Le taux de réponse était plus élevé pour les pédiatres que pour les médecins généralistes. Les questionnaires leur avaient été adressés directement alors que l'envoi aux médecins généralistes avait été réalisé par l'intermédiaire de la faculté, excluant ainsi un lien direct qui

aurait pu favoriser le taux de réponse. Les pédiatres sont peut-être aussi plus souvent exposés à la problématique de l'allaitement maternel dans leur pratique quotidienne.

2.2. Caractéristiques socio-démographiques des répondants

Parmi les répondants à ce questionnaire, il y avait 60% de femmes. C'est plus que la proportion nationale des femmes parmi les médecins qui s'élèvent à 47% selon le dernier atlas démographique du conseil de l'ordre national des médecins.⁴¹ On peut supposer que les femmes se sentent plus concernées par la problématique de l'allaitement maternel. Cependant, on ne peut pas tirer de conclusion car on ne connaît pas la proportion de femmes dans l'échantillon de médecins à qui ce questionnaire a été adressé.

Au niveau national, la moyenne d'âge est de 51.2 ans.⁴¹ Dans notre étude, la médiane d'année de thèse était en 2002, soit un âge médian estimé autour de 43 ans. Notre population était donc plus jeune que celle des médecins en exercice actuellement en France. On constatait une majorité de médecins dont la faculté d'origine est située dans les Pays de la Loire, sous-entendant une faible migration au cours des études médicales, ce qui est assez habituel.

2.3. Taux d'allaitement maternel

Dans notre étude, le taux d'expérience d'allaitement maternel, qu'elle soit personnelle pour les femmes ou familiale pour les hommes, était de 87.3%. Il n'existe pas de chiffre pour pouvoir comparer ce taux avec celui de la population générale. On peut néanmoins penser que le taux d'expérience d'allaitement maternel est supérieur à la moyenne nationale dans notre échantillon, dont le niveau social et scolaire est supérieur. On peut aussi évoquer comme explication la sensibilisation sans doute plus importante des médecins aux bénéfices de l'allaitement. Enfin, il y a probablement une part de biais dans ce résultat lié à l'intérêt

pour le sujet de ceux qui ont répondu, sujet qui les a concerné voire les concerne encore personnellement et les rend donc plus enclins à participer à notre étude.

2.4. Formation initiale des médecins

Notre enquête a montré clairement un manque de formation puisque 66.5% soit les 2/3 des médecins interrogés estimaient n'avoir bénéficié d'aucune formation initiale sur le thème de l'allaitement maternel.

On retrouvait une différence significative sur la durée de cette formation initiale, déclarée plus longue chez ceux qui sont devenus pédiatres. On peut donc supposer que la différence se fait au cours du 3^{ème} cycle avec des formations organisées au cours du DES de pédiatrie.

On remarquait également une différence significative avec un allongement de la durée de formation entre les médecins thésés avant 1992 et ceux après 2010. On peut y voir un signe encourageant d'une inscription plus récente de l'allaitement dans les programmes des facultés françaises.

Sans que la différence soit significative, les durées de formation initiale étaient souvent supérieures dans les facultés hors Pays de la Loire.

2.5. Formation complémentaire

Les médecins interrogés étaient 65.8% à n'avoir bénéficié d'aucune formation complémentaire à l'allaitement depuis leur installation. Nous n'avons pas de réponse à cette absence de formation continue (pas de besoin éprouvé, manque de formations disponibles sur cette thématique ?).

Parmi ceux qui ont reçu une formation complémentaire, peu en ont détaillé les modalités et celles-ci semblaient assez variées avec une part majoritaire des journées ou soirées de FMC pour les médecins généralistes, mais sans qu'on sache par qui elles sont organisées.

Il est intéressant de noter que parmi les réponses libres, l'expérience personnelle est citée à de nombreuses reprises pour expliquer la relative assurance des médecins dans leur consultation d'allaitement. Plusieurs estimaient avoir construit leur compétence au fil de leur expérience.

2.6. Ressenti des médecins sur leur formation

Lorsqu'ils étaient interrogés, à la suite des questions détaillant leur formation, sur le caractère adapté ou non de celle-ci à leur pratique quotidienne, les médecins semblaient plutôt optimistes. En effet, seulement 9.5% d'entre eux relevaient une formation insuffisante alors que près des 2/3 n'en ont eu aucune au cours de leurs études médicales. On peut y voir peut-être une tendance de certains médecins à éviter de remettre en question leur formation ? Ou alors, ils considèrent que les consultations d'allaitement sont suffisamment rares pour que cela ne leur pose pas de problème au quotidien. Néanmoins, près de 50% ne trouvaient leur formation que partiellement suffisante, reconnaissant là un manque pour leur pratique auprès de leur patientes.

2.7. Consultations dédiées à l'allaitement maternel

Parmi les médecins interrogés, 33.5% déclaraient faire des consultations dédiées à l'allaitement. Dans les commentaires, ils expliquaient que celles-ci ont lieu lors du suivi des nourrissons et à la demande des femmes. Ayant posé cette question sans en préciser plus le sens, l'analyse est ambiguë car l'intitulé n'était pas suffisamment précis. Une consultation dont l'allaitement serait le seul motif semblait plutôt rare dans notre panel de répondants.

2.8. Situations où les médecins se sentent démunis

Les médecins étaient 58.2% à s'être déjà sentis démunis par au moins une des situations proposées dans le questionnaire. Ce chiffre correspond bien aux presque 60% qui trouvaient leur formation insuffisante ou partiellement suffisante. D'ailleurs, on retrouvait de manière

significative plus de personnes se sentant parfois démunies dans le sous-groupe ayant répondu que la formation leur semblait partiellement suffisante. Il n'a pas été observé de différence significative pour ceux trouvant leur formation insuffisante, peut être en raison du très faible effectif de ce sous-groupe.

Nous notons de manière significative plus de personnes s'étant déjà senties démunies dans le groupe ayant reçu une formation complémentaire comparativement à ceux n'en ayant reçu aucune. Cela peut sembler paradoxal, mais on peut émettre l'hypothèse que c'est justement car ils se sentent parfois démunis que certains se forment plus.

Parmi ces situations, la mauvaise prise pondérale du nouveau-né et le problème des seins douloureux chez la mère étaient les plus cités.

Concernant la prise de poids du nouveau-né, une analyse complémentaire permettrait de préciser s'il s'agit d'une véritable difficulté à prendre du poids ou d'une croissance simplement différente de celle indiquée dans le carnet de santé. En effet, la croissance des bébés allaités suit un déroulement différent de celle des bébés nourris au lait artificiel. Or, c'est cette dernière qui est représentée sur les courbes des carnets de santé.

La problématique des seins douloureux et en premier lieu, l'apparition de crevasses est très fréquente chez les femmes allaitantes. Une situation qui n'est pourtant pas enseignée dans les photocopiés nationaux alors que des solutions simples et efficaces existent permettant la poursuite de l'allaitement dans les meilleures conditions.

2.9. Connaissance de la plaquette du RSN

Plus de 50% des médecins ne connaissaient pas l'existence de cette plaquette à destination des professionnels, pourtant très complète et permettant de répondre à la majorité des questions pouvant se poser lors de la gestion d'un allaitement.

La physiologie y est rappelée, des conseils sur le démarrage en maternité sont donnés, puis on y trouve une liste de difficultés potentielles avec les causes possibles et leur prise en

charge. A la fin, la liste des consultantes en lactation de la région est disponible ainsi que les coordonnées d'association de soutien à l'allaitement.⁴⁰

Les pédiatres étaient de manière significative plus nombreux à déjà connaître cette ressource (liens déjà établis avec le Réseau Sécurité Naissance).

Cette plaquette est donc une très bonne source d'informations objectives sur l'allaitement et on ne peut que regretter qu'elle ne soit pas plus connue. Elle est en effet disponible en ligne sur le site du Réseau Sécurité Naissance et peut y être commandée, mais n'est malheureusement pas distribuée à plus large échelle.

Nous avons, lors de la diffusion du questionnaire, transmis à tous les médecins le lien pour y accéder, espérant ainsi apporter un bénéfice en terme de formation.

2.10. Recours en cas de difficultés

Cette question concernait les recours utilisés par les médecins en cas de difficultés avec une situation relevant de l'allaitement maternel.

La majorité d'entre eux (93%) ont identifié au moins un recours potentiel. Parmi eux, la sage-femme libérale était le premier recours cité et cela semble une bonne chose au vu de la meilleure formation de ces dernières. Le recours à un confrère ou à une consultante en lactation a été mentionné un nombre égal de fois.

Pourtant, la conseillère en lactation est probablement l'interlocutrice la plus adaptée à la situation, mais leur faible effectif ou le manque de communication sur leur disponibilité expliquent sans doute un recours aussi peu fréquent. La consultante en lactation du CHU d'Angers, contactée dans le cadre de cette thèse, confirmait qu'elle ne recevait que très rarement des demandes émanant de médecins libéraux (un ou deux appels en 2 ans).

Les associations de soutien à l'allaitement n'étaient paradoxalement citées que par 19 médecins ; il leur était parfois reproché de culpabiliser des mères en difficulté avec leur allaitement.

2.11. Problématique de compatibilité médicamenteuse

Le CRAT qui est la référence en France concernant les questions de compatibilité médicamenteuse avec l'allaitement était bien connu des médecins interrogés. Ils étaient plus de 90% à s'en servir pour leurs patientes.⁴² Un peu plus de 20% des médecins citaient également le VIDAL. Celui-ci est pourtant souvent alarmiste à tort car la prise de tous les médicaments ou presque semble contre indiquer la poursuite de l'allaitement maternel. Les médecins qui ne se référerait qu'à ce dernier (13 personnes) sont donc à risque d'interrompre des allaitements à tort.

Certains professionnels ont cité d'autres sources dans le champ de réponse libre dont LactMed, pendant américain du CRAT qui contient parfois des informations complémentaires sur des molécules pour lesquelles le CRAT n'a pas encore d'information.⁴³

3. Critique de la méthodologie de l'étude

3.1. Choix d'un questionnaire

Nous avons choisi de réaliser cette étude à l'aide d'un questionnaire à destination des médecins concernés. En effet, un questionnaire présente certains avantages : rapide, peu coûteux, respect de l'anonymat des répondants (qui favorise certainement une plus grande franchise de leur part), analyse quantitative des données permettant une analyse statistique, échantillon plus large que pour un entretien individuel. Cela présente néanmoins quelques inconvénients : absence de contact personnel avec les répondants ne permettant pas une réactivité à leur réponse comme lors d'un entretien individuel, questions pouvant parfois, selon leur formulation, être mal comprises ou interprétées différemment selon les personnes.

3.2. Biais de recrutement

Pour cette étude, nous avons interrogé tous les pédiatres libéraux des départements concernés, mais seulement les MSU parmi la population des médecins généralistes. Ces derniers, par nature concernés par les questions de formation, étaient probablement plus enclins à prendre le temps de répondre à ce questionnaire. On peut supposer qu'ils étaient également plus documentés sur l'allaitement maternel (FMC, littérature médicale...).

Un échantillonnage plus large de médecins généralistes aurait permis un reflet plus précis de la formation à l'allaitement maternel mais aurait très probablement accentué les résultats en faveur du manque de formation médicale.

3.3. Biais de volontariat

La participation au questionnaire était anonyme et bien sûr basée sur la volonté des gens de prendre quelques minutes pour y répondre. On peut donc supposer que les répondants avaient un attrait plus marqué pour les questions d'allaitement, qu'ils étaient plus concernés par le sujet et avaient des connaissances plus précises que ceux qui n'ont pas souhaité répondre. Dans cette hypothèse, on peut également penser que la formation des médecins à l'allaitement maternel a été surévaluée par l'étude.

3.4. Biais de recueil de données

Ce questionnaire mélangeait des questions qualitatives et quantitatives. Les questions ouvertes et la place laissée aux commentaires libres éventuels nécessitaient une interprétation des résultats et il n'était pas possible d'en effectuer une analyse précise. Mais la question de l'allaitement maternel, au-delà du sujet médical, est source de telles représentations personnelles pour chaque médecin, qu'il semblait inenvisageable de ne pas inclure de réponses plus ouvertes.

4. Propositions pour l'avenir

4.1. La formation

Au vu de l'importance capitale du problème de santé publique représenté par l'allaitement maternel, la formation initiale actuelle des médecins semble insuffisante pour répondre aux besoins des femmes allaitantes et explique probablement en partie la faible durée d'allaitement en France. Des conseils inadaptés peuvent même être parfois à l'origine d'un abandon de l'allaitement.

Ainsi, il semble indispensable de renforcer la formation des futurs médecins et de l'harmoniser au niveau national. Dans cet objectif, les propositions suivantes pourraient avoir leur place :

- Incorporer un chapitre « allaitement normal » à l'item 32 de l'ECN. Comme un parallèle à l'accouchement normal, on y intégrerait la physiologie détaillée de la lactation humaine, l'information scientifique sur les bénéfices pour la mère et l'enfant, les conditions pour le succès de l'allaitement selon l'OMS. On y insisterait sur les recommandations internationales sur la durée pour redonner à l'allaitement maternel sa juste place. Le lait artificiel ne doit plus être considéré comme la norme dans nos pays industrialisés, mais comme une alternative au choix des parents. Des conseils pratiques sur le démarrage de l'allaitement maternel, des moyens simples permettant de surmonter les difficultés potentielles, les particularités de croissance des bébés allaités, les conditions de poursuite de l'allaitement à la reprise du travail sont autant d'éléments essentiels à connaître pour un professionnel souvent considéré comme le premier recours par une mère allaitante.
- Enrichir l'item 45 de l'ECN en y détaillant la composition du lait maternel en comparaison du lait de vache et expliquer ainsi aux étudiants sa supériorité pour nourrir le bébé humain.
- Reprendre au cours du 3^{ème} cycle de la formation des futurs médecins généralistes et pédiatres ces bases théoriques et surtout insister sur la formation pratique au soutien de

l'allaitement maternel. Ainsi, tous ces futurs médecins devraient savoir observer une tétée, repositionner un bébé en cas de crevasses ou encore connaître l'existence des pics de croissance et savoir rassurer les femmes sur leur capacité à nourrir leur enfant.

- Insister auprès des futurs gynécologues obstétriciens amenés à intervenir au cours de la grossesse, moment où se prend la décision d'allaiter ou non son enfant, sur la promotion de l'allaitement maternel et l'information claire des couples sur ce mode d'alimentation privilégié.

Tous ces cours doivent pouvoir être dispensés par des personnes elles-mêmes bien formées et ayant une solide expérience dans le domaine.

Enfin, il semble important de renforcer l'offre de formation continue pour tous, avec là encore une place prépondérante pour les conseils pratiques. Pour ceux dont les consultations centrées sur l'allaitement maternel relèvent de la pratique fréquente ou qui sont particulièrement intéressés par ce sujet, l'acquisition du DIU spécifique « lactation humaine et allaitement maternel » reste la meilleure option de formation renforcée.

4.2. Label IHAB

Le travail pour l'obtention du label « Initiative Hôpital Ami des Bébé » devrait être mené dans toutes les maternités. En effet, les conditions demandées pour l'obtention de ce label sont celles qui vont favoriser l'augmentation des taux d'initiation de l'allaitement.

Ainsi, on y retrouve les références suivantes :

- L'engagement du service dans la démarche doit être affiché et visible par tout le monde.
- La formation de tous les professionnels de santé du service est la pierre angulaire du programme.

- L'information des futurs parents, notamment sur les bienfaits et la pratique de l'allaitement maternel, leur permet de faire un choix éclairé concernant l'alimentation de leur enfant.
- Le contact « peau à peau » : aussitôt après la naissance, il est proposé à la mère de garder son nouveau-né en contact « peau contre peau » durant un temps prolongé et de reporter à plus tard les soins de toilette ou des gestes médicaux non urgents.
- La proximité mère et bébé : il est conseillé à la mère de garder son enfant 24h/24 avec elle.
- Les mères qui allaitent sont accompagnées pour permettre le bon démarrage de l'allaitement pendant le séjour à la maternité.
- Le service informe les parents et met tous les contacts à leur disposition pour un retour à domicile facilité : PMI, consultantes en lactation, association d'aide et de soutien à l'allaitement.

En France, en septembre 2017, 32 maternités seulement ont obtenu ce label, dont un seul CHU, celui de Lille. Elles assurent environ 50 000 naissances par an, soit 6% des naissances françaises. Ce label fait l'objet d'une réévaluation tous les 4 ans.⁴⁴

4.3. Création d'une consultation allaitement

Une autre piste pour améliorer le soutien aux mères allaitantes serait la création d'une consultation « allaitement » par un professionnel formé entre J8 et J15 après la naissance. En effet, la médiane de l'allaitement maternel exclusif en France n'est que de 24 jours.¹⁹ Cette consultation se doit donc d'être précoce pour répondre aux questions et difficultés éventuelles et permettre aux femmes de ne pas céder à un sevrage qu'elles ne désirent pas, mais qu'elles voient parfois comme la seule issue. Cette consultation était l'une des préconisations du Pr Turck dans son rapport de 2010. Sept ans après, on constate que rien n'a été fait dans ce sens.⁶

Pourtant, plusieurs études françaises et étrangères ont démontré l'efficacité d'une telle consultation sur les durées d'allaitement.³¹

A l'instar de l'entretien du 4ème mois pendant la grossesse, cette consultation devrait être proposée à toutes les femmes allaitant leur enfant à la maternité, avec remise d'une liste des professionnels susceptibles de l'assurer. Elle pourrait être menée aussi bien par une sage-femme, un pédiatre, un médecin généraliste, à la condition qu'ils soient formés en amont et possèdent une expérience solide dans le domaine de l'allaitement maternel.

D'un point de vue financier, cela devrait être une consultation remboursée à 100% pour toutes les femmes. Il s'agirait de consultations longues pour donner le temps de répondre à toutes les questions, mais aussi de pouvoir observer une tétée en cas de besoin, de montrer différentes positions, impliquant la création d'une nomenclature spécifique « consultation allaitement ».

4.4. S'inspirer des pays nordiques

Les taux d'initiation et de durée d'allaitement dans les pays du Nord de l'Europe sont bien supérieurs aux taux français. Ainsi, à 6 mois, 70 % des enfants sont encore allaités en Suède et 80% en Norvège.²⁶

Parmi les facteurs explicatifs, on retrouve des données socio-démographiques connues comme favorables au taux d'allaitement maternel : le niveau socio-éducatif globalement plus élevé qu'en France, les femmes plus nombreuses à avoir fait des études prolongées, le taux d'emploi féminin également supérieur.

Mais pour d'autres facteurs, on peut s'inspirer du système nordique. La Norvège comme la Suède ont mené des politiques économiques et sociales fortes en faveur de l'allaitement maternel. En effet, en 1973, seulement 30 % des bébés suédois étaient allaités à 2 mois et 6 % à 6 mois. Les chiffres atteints actuellement dans ces pays démontrent qu'une implication politique forte permet d'améliorer nettement la situation.

Par exemple, en Suède et en Norvège, la quasi-totalité des maternités a obtenu le label IHAB et la formation des professionnels de santé y est primordiale. Autre élément, la durée du congé parental en Suède est de 18 mois, payé entre 70 et 90% du salaire, et peut être partagé entre les deux parents. La politique en faveur de l'allaitement maternel est forte dans ces pays. Le lait maternel est considéré comme la norme. Les publicités pour le lait artificiel sont interdites en Norvège. La poursuite de l'allaitement à la reprise du travail est encouragée. Les modes de garde sont nombreux et abordables. Ils proposent souvent des temps d'accueil aménagés permettant une reprise du travail à temps partiel pour de nombreuses femmes et favorisant ainsi la poursuite de l'allaitement maternel. La promotion de l'allaitement maternel y est forte, et commence dès le plus jeune âge. Ainsi le programme scolaire comprend, à côté de notions sur la sexualité et la contraception, des cours sur les bienfaits de l'allaitement maternel.⁴⁵

4.5. Promotion de l'allaitement et mesures politiques

L'OMS a publié en 2012, dans sa résolution WHA65.6, une série de six cibles mondiales de nutrition à atteindre d'ici 2025.³ La cinquième de ces cibles est l'objectif de porter d'ici là, les taux d'allaitement exclusif au sein au cours des 6 premiers mois à au moins 50%.

Pour envisager une réelle évolution en France, il serait nécessaire de mettre en place une promotion officielle de l'allaitement maternel. Des campagnes télévisées, des encarts dans les journaux, des affiches publiques sont autant de moyens d'informer le grand public et de remettre l'allaitement maternel au sein des discussions.

Il faut ensuite donner aux femmes les moyens d'allaiter plus longtemps avec un allongement du congé maternité rémunéré et une meilleure protection du droit à l'allaitement au travail (pauses pour allaiter ou tirer son lait, lieux de stockage).

Une autre mesure politique cruciale concerne l'application des réglementations liées au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Cela implique l'interdiction

de toute publicité pour les préparations lactées pour nourrissons, biberons et tétines. Les pays ayant une législation forte comme la Norvège, présentent des taux d'allaitement exclusif plus élevés.

A long terme, la promotion de l'allaitement maternel passe par l'éducation des plus jeunes et doit donc commencer dès l'école. C'est en informant les enfants d'aujourd'hui, parents de demain, que le lait maternel pourra redevenir la norme dans notre société.

Pour mesurer l'efficacité de toutes ces mesures, il est primordial de disposer d'un suivi des taux d'initiation et des durées d'allaitement maternel par la réalisation d'enquêtes épidémiologiques régulières. C'est ce qui permettra de réadapter les décisions politiques prises à l'évolution réelle des taux d'allaitement.

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était d'évaluer la formation des médecins libéraux à l'allaitement maternel. Nous avons montré que celle-ci était insuffisante puisque 2/3 des médecins interrogés n'ont bénéficié d'aucune formation. Pour le tiers restant, celle-ci se révélait le plus souvent inférieure ou égale à 2h, une durée insuffisante pour enseigner les bases minimales à la bonne gestion d'un allaitement au cabinet. La place de la formation continue restait, elle aussi, faible puisqu'un tiers seulement des professionnels s'étaient formés sur ce thème depuis leur installation.

Les médecins interrogés ont reconnu pour la majorité d'entre eux, que leur formation n'était pas suffisante pour leur pratique quotidienne et qu'ils se sentaient parfois démunis face à certaines difficultés. Parmi les recours auxquels ils pouvaient faire appel en cas de besoin, la place des consultantes en lactation restait encore très marginale.

L'objectif de l'OMS pour 2025, de porter les taux d'allaitement exclusif au sein au cours des 6 premiers mois de vie à au moins 50%, ne pourra se faire qu'avec la mise en place de nouvelles mesures politiques fortes. Promotion officielle de l'allaitement, éducation des générations futures dès l'école, création d'une consultation allaitement remboursée à 100% entre J8 et J15 sont autant de pistes clés à exploiter. Une formation médicale de qualité permet un accompagnement optimal des mères allaitantes et est donc un élément essentiel pour atteindre cet objectif.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. 54^{ème} Assemblée mondiale de la Santé. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. WHA 54.2, 18 mai 2001. Disponible à l'adresse suivante :

http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA54/fa54r2.pdf

2. WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices – Part I: definition. WHO;2008.26p. Disponible à l'adresse suivante :

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664eng.pdf>

3. OMS. Cibles mondiales de nutrition 2025. Pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. 2017. Disponible à l'adresse suivante :

http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/fr/

4. Hercberg S, Chat-Yung S, Chauliac M. Programme National Nutrition Santé: 2001-2006-2010. Int J Public Health. 2008;53(2):68-77.

5. ANAES. Allaitement maternel – Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Mai 2002. Disponible à l'adresse suivante :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_accouchement_rap.pdf

6. Turck D. Rapport « Plan d'action : Allaitement maternel ». Juin 2010. Disponible à l'adresse suivante :

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf

7. Jeeva Sankar M, Bireshwar S, Chowdhury R et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104:3-13.

8. Comité de nutrition de la Société Française de Pédiatrie. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Arch Pediatr. 2013;20:S29-48.

9. Agency for Healthcare Research and Quality. Breastfeeding and maternal and infant health outcome in developed countries. AHRQ Publication n° 07-E007, April 2007, 524 pages. Disponible à l'adresse suivante :

<http://ahrq.gov/doxnlods/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf>

10. World Health Organization. Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and méta analyses. 2007. WHO Press, World Health Organization, Geneva, Switzerland. Disponible à l'adresse suivante:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf

11. American Academy of Pediatrics. Section on breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012;129:e827-41.

12. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, et al. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. Am J Clin Nutr 2006;84:1043-54.

13. Owen CG, Whincup PH, Odoki K, et al. Infant feeding and blood cholesterol: a study in adolescents and a systematic review. Pediatrics 2000;110:597-608.

14. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breastfeeding and cognitive developments: a meta-analysis. Am J Clin Nutr 1999;70:525-35.

15. Horta B, Loret de Mola C, Victora C. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104:14-19.

16. Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, et al. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. JAMA 2002;287:2365-71.

17. Chowdhury R, Sinha B, Jeeva Sankar M, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104:96-113.

18. Aune D, Norat T, Romundstad P, Vatten LJ. Breastfeeding and the maternal risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *NMCD*. 2014;24:107-115.
19. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Epifane 2012-2013). *Bull Epidemiol Hebd*. 2014;(27):450-7. Disponible à l'adresse suivante:
http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html
20. INSERM. Enquête Nationale Périnatale 2016. Disponible à l'adresse suivante:
www.epopé-inserm.fr
21. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances et leur évolution depuis 2003. Disponible à l'adresse suivante:
http://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
22. Branger B, Dinot-Mariau L, Lemoine N, Godon N, Merot E, Brehu S, et al. Durée d'allaitement maternel et facteurs de risque d'arrêt d'allaitement : évaluation dans 15 maternités du réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire. *Arch Pediatr*. 2012;19(11):1164-76.
23. OMS. L'insuffisance des investissements en faveur de l'allaitement nuit aux nourrissons et aux mères de par le monde. Disponible à l'adresse suivante :
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/lack-investment-breastfeeding/fr/>
24. INSERM. Euro-Peristat Network. 2010. Disponible à l'adresse suivante:
<http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2015/01/EPHR2010.pdf>
25. Heidi R Svendby, Beate F Løland, Marianne Omtvedt, Solveig T Holmsen &

Per Lagerløv (2016) Norwegian general practitioners' knowledge and beliefs about breastfeeding, and their self-rated ability as breastfeeding counsellor, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34:2,122-129.

26. Kristiansen AL, Lande B, Overby NC, Andersen LF. Factors associated with exclusive breastfeeding and breastfeeding in Norway. *Public Health Nutr.* 2010;13(12):2087-96.

27. Gondolf UH, Tetens I, Michaelsen KF, Trolle E. Dietary habits of partly breastfeeding and completely weaned infants at 9 months of age. *Public Health Nutr.* 2012;15(4):578-86.

28. Noirhomme-Renard D, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *J Pediatr Pueric* 2009;22:112-20.

29. Clifford J, McIntyre E. Who supports breastfeeding? *Breastfeed Rev.* 2008 Jul;16(2):9-19.

30. Enquête DRASS Rhône-Alpes 2004-2006. Etude relative aux durées et aux facteurs qui influent sur le déroulement de l'allaitement maternel en Rhône-Alpes en 2004-2006.

31. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayral AS, Duc C et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics.* 2005 Feb;115(2):e139-46.

32. Programme du deuxième cycle des études médicales (http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=71544&cbo=1)

33. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Item 32: Allaitement maternel. Disponible à l'adresse suivante :

<http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item24/site/html/1.html>

34. Collège National des enseignants de Nutrition. Item 45 : Alimentation et besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant. Disponible à l'adresse suivante :

<http://campus.cerimes.fr/nutrition/poly-nutrition.pdf>

35. Collège National des Pédiatres Universitaires. Item 45 : Alimentation et besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant. Disponible à l'adresse suivante :

http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/alimentation_nutritionnel/site/html/

36. Programme du DES de Pédiatrie. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. Disponible à l'adresse suivante :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238>

37. Jacotot E. Etat des lieux : formation initiale des médecins en allaitement maternel. Thèse de médecine générale. Lyon. 2012

38. Programme du DES de gynécologie-obstétrique. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. Disponible à l'adresse suivante :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238>

39. Programme du Diplôme Inter Universitaire « Lactation Humaine et Allaitement Maternel » (DIULHAM). Disponible à l'adresse suivante :

http://formations.univ-brest.fr/fr/index/sciences-technologies-sante-STs/du-ou-diu-sante-ZN/diu-lactation-humaine-allaitement-maternel-program-fr_rne_0290346u_prog20146.html

40. Réseau Sécurité Naissance. Livret Allaitement Maternel à destination des professionnels. Mars 2012. Disponible à l'adresse suivante :

<http://www.reseau-naissance.fr/allaitement-maternel-et-au-biberon/>

41. Conseil national de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale 2017. Disponible à l'adresse suivante :

<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2365>

42. CRAT Site internet. Disponible à l'adresse suivante :

<https://lecrat.fr/>

43. LactMed Site Internet. Disponible à l'adresse suivante :

<https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>

44. Initiative Hôpital Ami des Bébé. Disponible à l'adresse suivante : <https://amis-des-bebes.fr/etablissements-labelises-ihab.php>

45. INSERM. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique : une expertise collective de l'Inserm. Déterminants sociaux de l'allaitement. 2014.

Disponible à l'adresse suivante :

<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6522/?sequence=16>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Évolution des taux d'allaitement maternel de la naissance à 12 mois, France	15
Figure 2 : Taux d'initiation d'allaitement maternel en Europe	18
Figure 3 : Durée de formation initiale à l'allaitement maternel	33
Figure 4 : Durée de formation complémentaire à l'allaitement maternel	34
Figure 5 : Types de formation complémentaire	35
Figure 6 : Ressenti sur la formation	36
Figure 7 : Situations où les médecins se sentent démunis	37
Figure 8 : Connaissance de la plaquette du RSN	38
Figure 9 : Recours en cas de difficultés.....	39

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques des répondants32

Tableau II : Principaux résultats V

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	1
INTRODUCTION.....	3
L'ALLAITEMENT MATERNEL : GÉNÉRALITÉS ET DONNÉES ACTUELLES SUR LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	5
1. Définitions de l'allaitement maternel selon l'OMS.....	5
2. Recommandations nutritionnelles	6
2.1. Recommandations de l'OMS.....	6
2.2. Recommandations françaises	7
3. Bénéfices de l'allaitement maternel	7
3.1. Santé de l'enfant.....	7
3.2. Santé de la mère.....	11
3.3. Bénéfices économiques	12
3.4. Impact écologique	13
4. Épidémiologie de l'allaitement maternel	13
4.1. En France.....	13
4.2. En Pays de la Loire	15
4.3. Dans le monde.....	16
5. Facteurs influençant l'allaitement maternel et rôle des professionnels de santé....	19
5.1. Facteurs influençant les taux d'allaitement	19
5.2. Rôle des professionnels de santé.....	20
6. La formation à l'allaitement maternel en 2017	21
6.1. La formation des médecins et étudiants en médecine	22
6.1.1. 2 ^{ème} cycle et Programme officiel de l'ECN	22
6.1.2. En pratique, dans les facultés	25
6.1.3. DES de pédiatrie.....	25
6.1.4. DES de médecine générale.....	26
6.1.5. DES de gynécologie-obstétrique.....	27
6.1.6. Formation continue	27
6.2. La formation des sages-femmes.....	28
ÉVALUATION DE LA FORMATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET DES PÉDIATRES LIBÉRAUX DES DÉPARTEMENTS 49, 53 et 72	29
1. Description de l'étude	29
1.1. Objectifs de l'étude.....	29
1.2. Matériels et méthodes.....	29
1.3. Recueil et analyse des données.....	30
2. Résultats	31
2.1. Taux de participation	31
2.2. Données socio-démographiques des répondants	31
2.3. Formation initiale à l'allaitement maternel	32
2.4. Formation complémentaire	33
2.5. Ressenti sur la formation.....	35

2.6.	Consultations spécifiques	36
2.7.	Situations où les médecins se sentent démunis	36
2.8.	Connaissance de la plaquette du Réseau Sécurité Naissance	38
2.9.	Quels recours ?	38
2.10.	Compatibilité médicamenteuse avec l'allaitement	39
DISCUSSION		40
1.	Intérêt de cette étude	40
2.	Interprétation des résultats	40
2.1.	Taux de réponse	40
2.2.	Caractéristiques socio-démographiques des répondants	41
2.3.	Taux d'allaitement maternel	41
2.4.	Formation initiale des médecins	42
2.5.	Formation complémentaire	42
2.6.	Ressenti des médecins sur leur formation	43
2.7.	Consultations dédiées à l'allaitement maternel	43
2.8.	Situations où les médecins se sentent démunis	43
2.9.	Connaissance de la plaquette du RSN	44
2.10.	Recours en cas de difficultés	45
2.11.	Problématique de compatibilité médicamenteuse	46
3.	Critique de la méthodologie de l'étude	46
3.1.	Choix d'un questionnaire	46
3.2.	Biais de recrutement	47
3.3.	Biais de volontariat	47
3.4.	Biais de recueil de données	47
4.	Propositions pour l'avenir	48
4.1.	La formation	48
4.2.	Label IHAB	49
4.3.	Création d'une consultation allaitement	50
4.4.	S'inspirer des pays nordiques	51
4.5.	Promotion de l'allaitement et mesures politiques	52
CONCLUSION		54
BIBLIOGRAPHIE		55
LISTE DES FIGURES		61
LISTE DES TABLEAUX		62
TABLE DES MATIERES		63
ANNEXES		I

ANNEXES

Annexe n°1 :

— LES 10 CONDITIONS — POUR LE SUCCÈS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

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

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

Source: Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel:

Le rôle spécial des services liés à la maternité.

Déclaration conjointe de l'OMS et du FISE. Publié par l'OMS -1211 Genève 27, Suisse.



Annexe n°2:

Questionnaire Formation des Médecins à l'Allaitement Maternel – Thèse de médecine DES de pédiatrie Manuelle Auclair

Bonjour,

Ce questionnaire ne prend que quelques minutes et me permettra d'évaluer la formation des médecins généralistes et pédiatres des départements 49, 53, 72 à l'allaitement maternel.

Merci de votre participation.

1. Quelle est votre spécialité ?

- Médecin généraliste
- Pédiatre

2. Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

3. Quelle est votre année de thèse ?

4. Quelle est votre faculté de médecine d'origine ?

5. Quel est votre type d'exercice principal ?

- Rural
- Ville
- Mixte

6. Avez-vous déjà vécu une expérience personnelle ou familiale d'allaitement maternel ?

- Oui
- Non

7. Avez-vous bénéficié d'une formation à l'allaitement maternel pendant vos études médicales ?

- Oui
- Non

8. Si oui, nombre d'heures approximatives :

9. Avez-vous reçu une formation complémentaire depuis votre installation (type formation continue) ?

10. Si oui, détaillez le type de formation et sa durée:

11. Votre formation vous semble-t-elle suffisante pour votre pratique quotidienne ?

- Oui
- Partiellement
- Non

Détailler si besoin :

12. Faites-vous des consultations centrées sur l'allaitement maternel dans votre pratique quotidienne ?

- Oui
- Non

Si oui, préciser la fréquence et/ou le type de consultation :

13. Vous êtes-vous déjà senti démuni devant certaines situations impliquant l'allaitement maternel?

- Mauvaise prise pondérale du nouveau-né
- Sein douloureux (engorgement, crevasses...)
- Défaut de lactation
- Compatibilité médicamenteuse avec l'allaitement
- Autre :
- Non

14. Avez-vous connaissance de la plaquette d'informations sur l'allaitement maternel du Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire? (<http://www.reseau-naissance.fr/allaitement-maternel-et-au-biberon/>)
- Oui
 - Non
15. Vers qui vous tournez vous en cas de difficultés avec une situation concernant l'allaitement maternel ?
- Confrère
 - Consultante en lactation
 - Famille ou ami non professionnel médical
 - Sage-femme
 - Association
 - Internet
 - Autre :
16. En cas de traitement maternel, quelle est votre source d'information pour juger de la compatibilité avec l'allaitement maternel ?
- VIDAL
 - CRAT
 - Autre :

N'hésitez pas si vous avez des commentaires.

Merci de votre participation !

Annexe n° 3 :

Tableau II : Principaux résultats

Durée de formation initiale	Effectif	Pourcentage
0	105	66,5%
≤ 2h	30	19,0%
3-5h	15	9,4%
≥ 6h	5	3,2%
Réponse manquante	3	1,9%

<i>Durée de formation selon l'année de thèse</i>		
Année de thèse	Durée (h)	Valeur de p
Avant 1992	0,28	<0,05
Après 2010	1,42	

<i>Durée de formation selon la spécialisation</i>		
Spécialité	Durée (h)	Valeur de p
Pédiatre	1,83	<0,05
Médecin généraliste	0,79	

Durée de formation complémentaire	Effectif	Pourcentage
0	104	65,8%
≤ 2h	12	7,6%
< 1 journée	15	9,5%
≥ 1 journée	11	7,0%
Durée non précisée	16	10,1%

Ressenti sur la formation	Effectif	Pourcentage
Suffisante	64	40,5%
Partiellement suffisante	77	48,7%
Insuffisante	15	9,5%
Réponse manquante	2	1,3%

Se sentent parfois démunis	Effectif	Pourcentage
Oui	92	58,2%
Non	62	39,2%
Réponse manquante	4	2,6%

Situations où les médecins se sentent démunis	Effectif	Pourcentage
Mauvaise prise pondérale	44	47,8%
Seins douloureux	47	51,0%
Défaut de lactation	38	41,3%
Compatibilité médicamenteuse	20	21,7%

Connaissance de la plaquette du RSN	Effectif	Pourcentage
Oui	85	53,8%
Non	73	46,2%

Suivant la spécialité

Médecin généraliste ne connaissant pas la plaquette	77	57,0%	p<0,05
Pédiatre ne connaissant pas la plaquette	8	34,8%	

Recours	Effectif	Pourcentage
Confrère	50	31,6%
Consultante en lactation	50	31,6%
Sage-femme	74	46,8%
Association	19	12,0%
Internet/Références bibliographiques	21	13,2%
PMI	5	3,1%

Compatibilité médicamenteuse	Effectif	Pourcentage
CRAT	144	91,1%
VIDAL	35	22,1%

Evaluation de la formation des médecins libéraux à l'allaitement maternel

RÉSUMÉ

L'allaitement maternel est le mode d'alimentation privilégié du nourrisson. Ses bénéfices sont nombreux, tant pour la santé de l'enfant que pour celle de la mère, mais aussi économiques pour la société. L'OMS recommande un allaitement exclusif pendant 6 mois et sa poursuite jusqu'à 2 ans ou plus dans le cadre d'une alimentation diversifiée. Pourtant, les taux et les durées d'allaitement maternel en France sont parmi les plus faibles au monde. En Pays de la Loire, ces chiffres sont encore inférieurs aux moyennes nationales. Les médecins libéraux, pédiatres et médecins généralistes, ont une place de choix dans le suivi des bébés allaités et le soutien des femmes allaitantes. Nous nous sommes donc intéressés à la formation de ces médecins et à sa mise en pratique dans leur vie professionnelle.

Pour évaluer la formation initiale et complémentaire et le ressenti par rapport à celle-ci, nous avons mené une étude quantitative et qualitative à l'aide d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes maîtres de stage universitaire et aux pédiatres libéraux des départements Sarthe, Mayenne et Maine et Loire.

Il est apparu que 66.5% des médecins interrogés n'avaient bénéficié d'aucune formation au cours de leurs études. Ceux formés avant 1992 avaient reçu significativement moins d'heures de cours sur le sujet que ceux formés après 2010. Les pédiatres déclaraient un temps de formation initiale significativement plus important que les médecins généralistes. Une formation continue avait été suivie par 34.2% de notre échantillon. Les médecins interrogés considéraient leur formation insuffisante pour 9.5% d'entre eux et partiellement suffisante pour 48.7%. Ils étaient 52.2% à s'être déjà sentis démunis devant une problématique impliquant l'allaitement maternel.

Les résultats de notre étude montrent un déficit de formation des médecins libéraux à l'allaitement maternel impliquant un soutien fragile aux mères allaitantes. Le renforcement de la formation tant initiale que complémentaire et des mesures politiques fortes de promotion de l'allaitement maternel sont indispensables pour augmenter durablement les taux d'allaitement en France.

Mots-clés : Allaitement maternel, formation, médecine générale, pédiatrie

Study to evaluate the training of private practitioners about breastfeeding

ABSTRACT

Breastfeeding is the preferable infant feeding method. It is beneficial not only to the health of both the child and the mother but also to the society's economy. WHO recommends breastfeeding exclusively for the first 6 months and then until 2 years or more as part of a diversified diet. However breastfeeding rates and periods in France are among the lowest in the world. Specifically, in Pays de La Loire the statistics are below national averages.

The private practitioners - pediatricians and general physicians - have an important role in following-up on the breastfed babies and supporting the breastfeeding women. Therefore we decided to investigate the trainings of those doctors and their practical impact on their professional life.

To evaluate the initial and complementary trainings of the doctors as well as their feedback on them, we conducted a quantitative and qualitative study using a survey sent to both general practitioners supervising university internships and pediatricians from the departments of Sarthe, Mayenne and Maine et Loire.

It occurs that 66.5% of the surveyed physicians had received no training about breastfeeding during their studies. Those trained before 1992 had received significantly fewer hours of training on the subject than those trained after 2010. Pediatricians reported a significantly higher initial training time than general practitioners. 34.2% of our sample attended a training in the frame of their continuous education. 9.5% of the doctors surveyed considered their training insufficient and 48.7% as partly sufficient. They were 52.2% who felt unqualified to face a problem involving breastfeeding.

The results of our study show a lack of training regarding breastfeeding among private practitioners implying a fragile support for breastfeeding mothers. Strengthening both initial and complementary trainings and strong policy measures to promote breastfeeding are essential for sustainable increasing of the breastfeeding rates in France.

Keywords : Breastfeeding, training, general practice, pediatrics