

Faculté de Médecine

Année 2022

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 10 novembre 2022

Par Alix Lacroix

Née le 23 septembre 1994 à Meulan-en-Yvelines (78)

L'allaitement maternel chez les femmes médecins

Thèse dirigée par Mr le Docteur Clément BOURGAIN, chef de clinique en médecine générale

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER, Professeur des Universités de Médecine Générale, Responsable du département de Médecine Générale, Présidente du Jury

Mme le Docteur Nadège LAUCHET, Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale, Jury

Mme le Docteur Audrey MOWENDABEKA, PH Contractuelle Néonatalogie et Réanimation néonatale et pédiatrique, Jury



Faculté de Médecine

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 10 novembre 2022

Par Alix Lacroix

Née le 23 septembre 1994 à Meulan-en-Yvelines (78)

L'allaitement maternel chez les femmes médecins

Thèse dirigée par Mr le Docteur Clément BOURGAIN, chef de clinique en médecine générale

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER, Professeur des Universités de Médecine Générale, Responsable du département de Médecine Générale, Présidente du Jury
Mme le Docteur Nadège LAUCHET, Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale, Jury

Mme le Docteur Audrey MOWENDABEKA, PH Contractuelle Néonatalogie et Réanimation néonatale et pédiatrique, Jury



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Asseseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Philippe BERTIN**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE

LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
<u>Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales</u>	
BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE
<u>Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers</u>	
BOURTHOMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE

DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

Maitres de Conférences des Universités associés à mi-temps

SALLE Laurence	ENDOCRINOLOGIE (du 01-09-2021 au 31-08-2022)
-----------------------	-------------------------------------------------

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)
---------------------------	---------------------------------------------------

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

HOUDARD Gaëtan	(du 01-09-2019 au 31-08-2022)
LAUCHET Nadège	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)
SEVE Léa	(du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ADENIS Jean-Paul	du 01-09-2017 au 31-08-2021
ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2018 au 31.08.2021
BESSEDE Jean-Pierre	du 01-09-2018 au 31-08-2021
BUCHON Daniel	du 01-09-2019 au 31-08-2022
DARDE Marie-Laure	du 01-09-2021 au 31-08-2023
DESPORT Jean-Claude	du 01-09-2020 au 31-08-2022
MERLE Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2022
MOREAU Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2021
TREVES Richard	du 01-09-2020 au 31-08-2022
TUBIANA-MATHIEU Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2021
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2019 au 31.08.2022
VIROT Patrice	du 01.09.2018 au 31.08.2022

Assistants Hospitaliers Universitaires

APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
CHAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARGOULON Nicolas	PNEUMOLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
AVRAM Ioan	NEUROLOGIE VASCULAIRE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BERRAHAL Insaf	NEPHROLOGIE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE
BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CAUDRON Sébastien	RADIOLOGIE
CAYLAR Etienne	PSYCHIATRIE ADULTE
CENRAUD Marie	NEUROLOGIE
CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COMPAGNON Roxane	CHIRURGIE INFANTILE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESCLEE de MAREDSOUS Romain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
DOUSSET Benjamin	CARDIOLOGIE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FIKANI Amine	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE

FORESTIER Géraud
GEYL Sophie
GIOVARA Robin
GUILLAIN Lucie
LAGOUEYTE Benoit
LAUVRAY Thomas
LEMNOS Leslie
MAURIANGE TURPIN Gladys
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia
PEYRAMAURE Clémentine
PIRAS Rafaela
RATTI Nina
ROCHER
SALLEE Camille
SANCHEZ Florence
SEGUY ép. REBIERE Marion
SERY Arnaud
TARDIEU Antoine
THEVENOT Bertrand
TORDJMAN Alix
TRICARD Jérémy

VAIDIE Julien
VERNAT-TABARLY Odile

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément
RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CHRISTOU Niki
COMPAGNAT Maxence
HARDY Jérémie
LAFON Thomas
SALLE Henri

RADIOLOGIE
GASTROENTEROLOGIE
CHIRURGIE INFANTILE
RHUMATOLOGIE
ORL
PEDIATRIE
NEUROCHIRURGIE
RADIOTHERAPIE
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
ONCOLOGIE MEDICALE
MEDECINE D'URGENCE
MEDECINE INTERNE
Maxime OPHTALMOLOGIE
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
CARDIOLOGIE
MEDECINE GERIATRIQUE
ORL
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
PEDOPSYCHIATRIE
GYNECOLOGIE MEDICALE
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
MEDECINE VASCULAIRE
HEMATOLOGIE CLINIQUE
OPHTALMOLOGIE

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MEDECINE D'URGENCE
NEUROCHIRURGIE

Remerciements

Aux membres du jury

A la présidente du jury, Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER, merci de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail.

A Madame le Docteur Nadège Lauchet, merci pour tout le savoir que vous m'avez transmis en cours, en GEP, en SASPAS. Merci pour nos débriefings si enrichissants, vos conseils, votre pédagogie.

A Madame le Docteur Audrey MOWENDABEKA, vous avez honoré de votre attention ce travail en acceptant de participer à ce jury, je souhaite vous exprimer mon profond respect et toute ma gratitude.

A mon maître de thèse, Monsieur le Docteur Clément BOURGAIN. Merci pour ton intérêt pour ma thèse, tes conseils avisés et ta réactivité. Je te souhaite une bonne continuation !

A ceux qui m'ont appris

Aux Docteurs FABRY, SALMON, FERNANDES-LOPES, CHASSAC-GEROUARD et DEBLAERE-BASTOS qui m'ont montré et fait aimer la médecine générale.

Aux équipes des Urgences du CH de Brive et du CH de Saint Junien, des Urgences pédiatriques de l'HME, aux maternités de Saint Junien et de l'HME, à l'équipe de Médecine Polyvalente du CH de Saint-Yrieix-la-Perche et du CH de Saint Junien.

A ma famille

A mes parents qui ont cru en moi et mes capacités, merci pour votre soutien infaillible et votre amour.

A Mathilde et Sam Sam, merci d'être vous. Nous sommes si différents et pourtant nous nous entendons si bien... Chez nous ça ne se dit pas trop, mais là je ne le dis pas, je l'écris : j'aime ce que vous êtes devenus et je vous aime très fort.

A mes beaux-parents qui ont créé l'être parfait. Flo, Elo, et Ambrichou : à nous l'aventure bretonne !

A mon Guigui. Tu es TOUT pour moi. Tu es mon préféré, ma préférence, mon ami, ma moitié, mon amour, mon passé, mon présent et mon avenir. (Mon ingénieur et mon statisticien). Je t'aime et je veux t'aimer.

A mon Léo, mon tibbdam. Cette thèse, c'est toi et moi.

A mes amis

A la team des Urg de Brive, mes co-internes préférés, leurs + 1 et leur marmaille. Quelle équipe de choc pour bien commencer l'internat ! Je suis heureuse de voir notre amitié durer et cela m'attriste de partir si loin de vous, mais j'espère que vous viendrez passer vos vacances chez nous. Nos soirées vont me manquer. Bonne installation à tous ! Ma Plop, je suis déjà nostalgique de nos déjeuners (qui se terminent souvent en après-midi), de nos longues conversations. Merci d'avoir été là pour nous, j'espère que tu pourras compter sur nous autant que nous avons pu compter sur toi.

A 404. Mais qui serais-je sans vous ? Sans nos pauses à la machine à café, nos fous-rires dans la BU, nos soirées déjantées, nos contre-soirées dans les toilettes, nos nuits en salle CHU, nos bières à la cervoiserie... Qu'est-ce qu'on en a bavé mais qu'est-ce qu'on a rigolé ! Merci Bichette pour l'amitié et la confiance que tu m'accordes, plein de bonheur à toi et princesse Teddy ; merci à ma Vero d'amour, j'espère être une oreille attentive à tes aventures de parentalité ; merci à Claire pour ta joie et ton smile, pour nos aventures en jupe culottes sous la pluie ; merci Juju et Coco, le ciment et la truelle de ce groupe ; merci à Lulu, Amandine et Antoine, Lolo, aux Marines, Mçouille, Patin. J'ai failli oublier notre bébé Quentin. J'espère que nos rendez-vous à Royan et nos Naëls canadiens dureront toujours ! En attendant, continuez de vous marier, ça nous fera plus d'occasions de se voir. Et joyeux anniversaire Vero.

Aux sales gosses. Merci pour ces 15 ans d'amitiés solide comme le roc grâce à notre Sésé nationale, merci pour vos prières ! Ma Sésé, ma témoin, mon amie, la fidélité incarnée : merci pour ton infaillible soutien... Tu es si douée dans l'amitié, j'aimerais te le rendre au centuple.

A la Chaloupe. Merci pour les embuscades, les soirées les week-ends, la bière et le vin. Anaïs et Claire merci pour votre aide et vos exemples de mères-veilleuses. Max, ta thèse est la première à laquelle j'ai assisté, ce souvenir est gravé dans ma mémoire comme si c'était hier, la mienne fait pâle figure à côté... Sois indulgent ! Loin des yeux, près du cœur... Venez vite nous voir !

A tous ceux qui comptent pour moi. Gaëlle, Charlotte, Marie-Noé, Pauline, les 5 doigts des orteils, END32, la coloc de l'ambiance, aux mamans du centre, merci Laetitia pour tes conseils avisés sur mon questionnaire, et Clara qui m'a sauvé la vie encore une fois <3.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

AA : Allaitement artificiel

AM : Allaitement maternel

AMix : Allaitement mixte

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

CEBIMER : Centre d'Epidémiologie, de Biostatistique et Méthodologie de la Recherche

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CoFAM : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DIULHAM : Diplôme Inter Universitaire en Lactation Humaine et Allaitement Maternel

IGAB : Interagency Group for Action on Breastfeeding

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébé

LA : Lait Artificiel

MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

OMS : Organisation mondiale de la santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Table des matières

1.	Introduction	16
1.1.	Définitions	16
1.2.	Les bénéfices de l'allaitement maternel	18
1.2.1.	Sur la santé de l'enfant.....	18
1.2.1.1.	A court terme	18
1.2.1.2.	A long terme.....	18
1.2.2.	Sur la santé maternelle.....	19
1.2.2.1.	Sur le court terme.....	19
1.2.2.2.	Sur le long terme.....	19
1.3.	Les facteurs d'influence de l'allaitement.....	19
1.3.1.	Facteurs associés positivement à l'allaitement	20
1.3.2.	Facteurs associés négativement à l'allaitement.....	21
1.4.	Les chiffres de l'allaitement en France	22
1.5.	La politique de santé concernant l'allaitement en France	22
1.5.1.	Sur le plan législatif	22
1.5.2.	Le PNNS4	23
1.6.	Les recommandations françaises et internationales.....	25
1.6.1.	OMS et UNICEF	25
1.6.2.	La HAS.....	26
1.6.3.	La Société Française de Pédiatrie	26
1.7.	La formation sur l'allaitement maternel des médecins	26
1.8.	Pourquoi cette étude ?.....	26
2.	Matériel et méthode.....	28
2.1.	Type d'étude	28
2.2.	Objectifs de l'étude	28
2.2.1.	Objectif principal.....	28
2.2.2.	Objectifs secondaires	28
2.3.	Critères d'inclusion.....	28
2.4.	Elaboration d'un questionnaire.....	28
2.5.	Recrutement des sujets	29
2.6.	Recueil des données	29
2.7.	Analyse statistique	29
3.	Résultats	30
3.1.	Caractéristique des répondantes	30
3.2.	Objectif principal	32
3.2.1.	Taux d'allaitement maternel chez les enfants des femmes médecins.....	32
3.2.2.	Durée de l'allaitement.....	33
3.3.	Objectifs secondaires.....	35
3.3.1.	Source d'information sur l'allaitement	35
3.3.2.	Prévalence du co-allaitement	36
3.3.3.	Les facteurs d'influence du type d'allaitement et de sa durée	36
3.3.4.	Les changements de type d'allaitement.....	38
3.3.5.	Motif de sevrage.....	38
3.3.6.	Motivations et freins à l'allaitement	40
3.3.6.1.	Allaitement maternel	40

3.3.6.2. L'allaitement mixte	41
3.3.6.3. L'allaitement artificiel.....	42
4. Discussion.....	44
4.1. Les femmes médecins allaitent beaucoup et longtemps	44
4.2. Objectifs secondaires.....	45
4.2.1. Connaissances sur l'allaitement : des lacunes dans notre formation ?	45
4.2.2. Le co-allaitement	45
4.2.3. Facteurs d'influence du type et de la durée d'allaitement.....	45
4.2.4. Le changement de type d'allaitement	46
4.2.5. Le travail : première cause de sevrage	46
4.2.6. Motivations et freins à l'allaitement	46
4.2.7. Cododo.....	48
4.3. Forces de l'étude	48
4.4. Limites de l'étude	48
Conclusion	49
Références bibliographiques	50
Annexes	55
Serment d'Hippocrate.....	64

Table des tableaux

Tableau 1. Comparaison des définitions de l'allaitement maternel selon l'OMS et l'IGAB.....	16
Tableau 2. Tableau de synthèse de l'état d'avancement des actions	25
Tableau 3. Caractéristiques des répondantes	30
Tableau 4. Durée de l'allaitement maternel	34
Tableau 5. Durée de l'allaitement mixte.....	35
Tableau 6. Source d'information sur l'allaitement.....	36
Tableau 7. Les facteurs d'influence du type d'allaitement.....	37
Tableau 8. Les facteurs d'influence de la durée d'allaitement maternel	37
Tableau 9. Les facteurs d'influence de la durée d'allaitement maternel mixte.....	38
Tableau 10. Motifs de sevrage	40
Tableau 11. Motivation de l'allaitement maternel	41
Tableau 12. Motivations de l'allaitement mixte.....	42
Tableau 13. Motivations à l'allaitement artificiel et freins à l'allaitement maternel	43

1. Introduction

1.1. Définitions

Selon de dictionnaire de l'Académie française, allaiter vient du latin *lactare*, qui signifie « allaiter, téter », et signifie donc nourrir de son lait. L'allaitement quant à lui est moins précis car il désigne à la fois l'action d'allaiter ou de nourrir de lait, et donc inclue l'allaitement au sein et au biberon (1).

A travers la littérature, l'absence de définition et de description précise de l'allaitement maternel rend difficile la comparaison des différents types d'allaitement, de ses modalités et de sa durée (2). Par exemple, les définitions du début de l'allaitement varient considérablement d'une étude à l'autre : si on inclut l'allaitement symbolique (l'enfant mis au moins une fois au sein) dans la mesure des taux d'allaitement maternel, cela peut contribuer à des erreurs d'interprétation.

Une définition de l'allaitement maternel aurait donc une utilité scientifique et pratique.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié de telles définitions tout en prenant en compte les définitions de l'Interagency Group for Action on Breastfeeding (IGAB). Le tableau 1 présente une comparaison entre les définitions proposées par l'OMS/UNICEF d'une part (3) et les définitions de l'IGAB (2) d'autre part.

Tableau 1. Comparaison des définitions de l'allaitement maternel selon l'OMS et l'IGAB

Terminologie	Définitions	
	UNICEF - OMS (11)	IGAB (9)
Allaitement exclusif (11) Allaitement prédominant (11) OU Allaitement complet IGAB (9) <ul style="list-style-type: none">• Exclusif• Presque exclusif	Allaitement exclusif Le fait de donner au nourrisson uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre liquide, solide ou même de l'eau La prise de médicaments, de vitamines et d'oligo-éléments ne remet pas en question le statut d'exclusivité de l'allaitement Allaitement prédominant Le nourrisson reçoit du lait maternel plus de l'eau (eau fraîche, thé ou autres infusions, jus de fruits)	Allaitement complet <ul style="list-style-type: none">• Exclusif L'enfant ne reçoit strictement rien d'autre que le lait de sa mère• Presque exclusif L'enfant reçoit occasionnellement et en quantité minime des vitamines, médicaments, liquides ou solides traditionnellement utilisés dans la population concernée

Terminologie	Définitions	
	UNICEF - OMS (11)	IGAB (9)
Allaitement partiel (11,13) OU Allaitement partiel IGAB (9) <ul style="list-style-type: none"> • Majoritaire • Moyen • Faible Allaitement « symbolique » IGAB (9)	Allaitement partiel Allaitement maternel associé à une alimentation artificielle (substituts de lait maternel), des céréales ou à une autre nourriture ou de l'eau	Allaitement partiel <ul style="list-style-type: none"> • Majoritaire Le lait maternel couvre plus de 80 % des besoins de l'enfant • Moyen Le lait maternel représente 20 à 80 % des apports • Faible Le lait maternel constitue moins de 20 % des apports Symbolique Le lait maternel représente moins de 10 % des apports (l'apport est irrégulier et minimal)

S'appuyant ces travaux, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES, aujourd'hui devenue HAS) retient ces définitions en France (4) :

- Le terme **allaitement maternel** (AM) est réservé à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère.
- **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.
- **L'allaitement** est **partiel** lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture.
- Le **sevrage** correspond à l'arrêt complet de l'allaitement maternel.

Il existe donc une continuité entre un allaitement exclusif et partiel.

A noter que la réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon voire d'une sonde naso-gastrique) du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein. On parle de **tire-allaitement** lorsque l'enfant ne reçoit du lait maternel qu'au biberon, et pas au sein (5).

Les autres définitions sont quant à elles plus unanimes à travers la littérature :

- On parle d'**allaitement mixte** (AMix) lorsque le nouveau-né ou le nourrisson est à la fois allaité au sein et au lait artificiel.
- **L'allaitement artificiel** (AA) concerne les nouveau-nés ou les nourrissons nourri exclusivement par du lait industriel. A noter que ces termes sont synonymes : lait artificiel, lait maternisé, substitut de lait.
- Le **co-allaitement** est défini comme la poursuite d'un allaitement pendant la grossesse suivante, avec allaitement de deux enfants qui se suivent dans la fratrie (6).

1.2. Les bénéfices de l'allaitement maternel

1.2.1. Sur la santé de l'enfant

1.2.1.1. A court terme

Le principal bénéfice sur santé de l'enfant est un effet protecteur contre les maladies infectieuses. La morbidité et la mortalité infectieuses sont en effet beaucoup plus faibles chez les nourrissons bénéficiant de l'allaitement maternel (7–9).

Si sa durée est supérieure à 3 mois, l'allaitement maternel diminue l'incidence et la gravité des infections digestives, ORL et respiratoires (10,11).

1.2.1.2. A long terme

Les données concernant l'impact de l'allaitement sur l'allergie sont conflictuelles en raison d'un faible pourcentage d'enfants exclusivement allaités jusqu'à 6 mois. L'allaitement maternel exclusif permettrait une réduction du risque d'asthme allergique et de dermatite atopique pendant les 2 à 3 premières années de la vie chez les nourrissons à risque (antécédent familial au premier degré) (12).

L'allaitement maternel réduit de moitié le risque d'apparition d'une maladie cœliaque chez les enfants encore nourris au lait maternel au moment de l'introduction du gluten (13). On ne peut néanmoins pas exclure qu'il ne s'agisse que d'un simple retard à l'apparition des symptômes. De même, on constate une diminution du risque de maladie inflammatoire chronique de l'intestin de moitié, tant vis-à-vis de la maladie de Crohn que de la rectocolite hémorragique (14). Là encore, on ne peut pas exclure qu'il ne s'agisse que d'un retard à l'apparition des symptômes.

Les adultes ayant été nourris au lait maternel dans leur enfance ont une tension artérielle et une cholestérolémie inférieure à celles des adultes ayant été nourris au lait artificiel. L'allaitement maternel participe également à la prévention ultérieure de l'obésité pendant l'enfance et l'adolescence. En revanche, il n'a pas été démontré de réduction du risque de surpoids et d'obésité à l'âge adulte (15).

Aucun effet bénéfique sur la morbidité et la mortalité cardio-vasculaire à l'âge adulte n'a cependant été mis en évidence.

L'allaitement maternel supérieur à 3 mois est associé à une réduction du risque de diabète de type 1 de presque 20% (10,15).

L'allaitement maternel est associé à un bénéfice modeste sur le plan cognitif (10,16,17). L'étude menée par Lucas et al. chez des prématurés nourris au lait maternel par sonde nasogastrique suggère que le bénéfice cognitif observé est lié à la composition du lait maternel et non en l'action d'allaiter. (18) Les résultats de ces études sont critiquables car les méthodes d'évaluation des fonctions cognitives font appel à des instruments imparfaits (notamment le quotient intellectuel).

L'allaitement maternel pendant plus d'un mois est corrélé à une diminution du risque de mort inattendue du nourrisson (10). Cet impact, indépendant de la position de sommeil, est encore plus important en cas d'allaitement exclusif (19).

Chez les prématurés, les bénéfices sont très marqués. L'allaitement maternel est associé à une diminution du risque d'entérocolite ulcéronécrosante et de ses séquelles (10). Il favorise

un meilleur développement neurologique (18,20). Il est également corrélé à une diminution du risque d'hospitalisation pendant la première année de vie (21) et une diminution du risque de rétinopathie sévère (22).

1.2.2. Sur la santé maternelle

1.2.2.1. Sur le court terme

Aucune étude n'a démontré de bénéfice de l'allaitement maternel sur le retour au poids antérieur à la grossesse, compte tenu d'un grand nombre de facteurs confondants (régimes, activité physique, IMC avant la grossesse, origine ethnique...) (10).

Le risque de dépression semble plus élevé chez les femmes qui n'allaitent pas ou qui sèvent rapidement(23). Les études ne parviennent pas à déterminer s'il s'agit d'un effet protecteur de l'allaitement, ou si les femmes prédisposées à la dépression du post partum sont moins disposées à commencer un allaitement maternel.

Une large étude prospective de Strathearn et al. a montré un risque de maltraitance d'origine maternelle, en particulier par carence de soins 2,6 fois plus élevé en l'absence d'allaitement maternel (24).

Les hormones de la lactation et en particulier l'ocytocine ont des effets comportementaux, et l'allaitement joue un rôle facilitant dans la constitution du lien mère-enfant. L'allaitement diminue la réponse de la mère au stress, améliore son bien-être et son estime de soi ce qui contribue à construire et renforcer le lien d'attachement (25).

1.2.2.2. Sur le long terme

La durée cumulée de l'allaitement maternel dans la vie d'une femme est corrélée à plusieurs bénéfices sur le long terme.

Plus la durée cumulée est grande, plus le risque de développer une polyarthrite rhumatoïde est faible : 20% de réduction de risque à partir de 12 mois d'allaitement cumulés, 50% à partir de 24 mois cumulés (26).

A partir de 12 mois d'allaitement cumulés, on constate également une diminution de risque d'hypertension artérielle, de syndromes métaboliques et de maladies cardiovasculaires (27).

Chez les femmes n'ayant pas d'antécédent de diabète gestationnel, l'allaitement cumulé supérieur à 12 mois réduit le risque de diabète de type 2 (28,29).

Une durée cumulée d'au moins 12 mois diminue d'environ 30% le risque de cancer du sein et de cancer ovarien avant la ménopause. Chaque année d'allaitement diminue de 4% le risque de cancer du sein (30–32).

Malgré une diminution transitoire de la densité osseuse en cas d'allaitement prolongé : il n'y a pas de sur-risque d'ostéoporose post-ménopausique. Au contraire, l'allaitement au sein serait même un facteur protecteur de l'ostéoporose avec une augmentation de la densité osseuse après l'arrêt de l'allaitement (33,34).

1.3. Les facteurs d'influence de l'allaitement

Il y a des disparités concernant l'initiation, la poursuite et la durée de l'allaitement en fonction de certains paramètres. Il y a des facteurs liés à la mère, à l'enfant et sa santé, à l'entourage, aux

pratiques de soins et aux politiques de santé qui peuvent influencer positivement ou négativement l'allaitement maternel.

1.3.1. Facteurs associés positivement à l'allaitement

Les facteurs qui influencent le choix d'allaiter :

- Le sentiment d'investissement émotionnel.
- Le sentiment d'utilité.
- La satisfaction physique d'allaiter.
- L'image de soi positive.
- Le sentiment d'affirmation de la féminité par l'allaitement.

Dans plus de la moitié des cas, le choix d'allaiter se fait avant la grossesse (4).

L'initiation de l'allaitement maternel est plus fréquente chez (35):

- Les femmes de 30 ans ou plus, mariée, primipare.
- Les femmes diplômées et de catégorie socioprofessionnelle supérieure.
- Celles qui ont accouché à domicile ou dans une maternité de type 3.
- Celles qui ont suivi des séances de préparation à l'accouchement.
- Celles qui perçoivent l'allaitement comme facile.
- Les femmes ayant elle-même été allaitées, ayant vu allaiter ou ayant une expérience positive de l'allaitement.

D'autres paramètres sont corrélés à un allaitement plus long (7) :

- Les femmes qui allaitent le plus longtemps sont souvent âgées de 30 ans ou plus, sont cadres ou inactives, avec plusieurs enfants au foyer.
- Lorsque la grossesse est planifiée, et que la décision d'allaiter est antérieure à l'accouchement et précoce au cours de la grossesse.
- La multiparité.
- La catégorie socio- professionnelle du père élevée.
- L'acquisition du dernier diplôme de la mère à un âge supérieur ou égal à 19 ans.
- La proximité du bébé la nuit à la maternité.
- Chez les femmes ayant confiance en elles, et qui ont un sentiment d'auto-efficacité.
- Lorsqu'il n'y a pas de complication de l'allaitement.
- Le soutien du partenaire, le soutien émotionnel de l'entourage, le soutien téléphonique des paires (autres femmes allaitantes ou ayant allaité).
- La technique de succion correcte du bébé.

Les facteurs liés aux pratiques de soins, au système de santé et aux politiques de santé associés positivement à l'allaitement sont :

- Les recommandations de mise au sein précoce, de tétées fréquentes et à la demande.

- Le soutien de professionnels de santé formés.
- L'accès à un congé de maternité rémunéré prolongé.
- L'initiative « Hôpital ami des bébés ».

1.3.2. Facteurs associés négativement à l'allaitement

D'un autre coté les mères qui choisissent l'allaitement au biberon justifient leur choix par (4) :

- L'importance donnée à leur activité professionnelle.
- L'image sociale négative de la femme allaitante.
- Leurs conceptions éducatives.
- La volonté égalitaire de partage des tâches dans le couple que le biberon faciliterait.

L'allaitement maternel est moins fréquent en fonction de ces paramètres (7) :

- Mère très jeune, seule, de plus faible statut socio- économique,
- Les femmes ayant récemment immigré ou ayant déménagé en raison de la naissance de l'enfant.
- Une expérience antérieure d'allaitement négative.
- Ambivalence dans le désir d'allaiter, décision tardive.
- Manque d'informations sur la durée optimale de l'allaitement.
- Manque de confiance en soi.
- Gêne d'allaiter en public.
- Dépression du post- partum.
- Expérience initiale négative, difficultés d'allaitement.
- Environnement au travail défavorable à l'allaitement.
- Obésité.
- Tabagisme actif de la mère.

Les paramètres associés à une durée plus courte de l'allaitement sont :

- Le sentiment pour la mère que son lait n'est « pas bon ».
- L'introduction de complément de lait artificiel en maternité, qui engendre d'une part une baisse de la lactation ou un retard à la montée de lait, et d'autre part la diminution de confiance en la capacité d'allaiter.
- Le sentiment pour la mère que son lait n'est pas en quantité suffisante pour son enfant, qui entraîne bien souvent une introduction de complément de lait artificiel.
- La restriction des tétées (en nombre et en durée) qui entraîne une baisse de lactation et une augmentation des complications (douleur des mamelons, engorgement).

Concernant les facteurs liés aux pratiques de soins, au système de santé et aux politiques de santé :

- Les indications des compléments de lait maternisé et les conséquences d'une telle introduction sont mal connues des sage-femmes (36,37).

- En période prénatale, l'information seule, délivrée individuellement ou en groupe, a un impact limité sur les taux d'allaitement exclusif et sur la durée de l'allaitement maternel. En revanche, des programmes structurés utilisant une approche de groupe ou individuelle, à l'hôpital ou en dehors, et s'appuyant sur l'association de plusieurs techniques éducatives (groupe de discussion, cours de préparation à l'accouchement, brochures, vidéo, manuel d'auto-apprentissage) augmentent le taux d'allaitement maternel à la naissance et, dans certains cas, sa poursuite (4).
- Les revues de littératures qui ont tenté de montrer l'influence des campagnes de promotion à l'allaitement peinent à tirer des conclusions (38). Néanmoins nous pouvons retenir que les campagnes de promotion de l'allaitement maternel créent un environnement favorable au soutien à l'allaitement maternel et contribuent au changement d'attitude à l'égard de cette pratique. Malgré tout elles ne semblent pas être efficaces sur le taux d'allaitement maternel. Seules les annonces télévisées répétées semblent avoir une influence sur l'intention ultérieure d'allaiter.

1.4. Les chiffres de l'allaitement en France

Selon le rapport de 2016 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)(35), basé sur les données des certificats de santé obligatoires de l'enfant de 2013, bien que la pratique de l'allaitement a beaucoup progressé depuis les années 1990, elle est stable depuis une dizaine d'années. Le taux d'initiation de l'allaitement s'est stabilisé à deux enfants sur trois.

D'après les derniers chiffres connus des certificats de santé obligatoires, le taux moyen d'initiation de l'allaitement maternel en France en 2017 est de 67,6 % ; le taux des nourrissons de plus de 6 mois allaités est de 22,8 %, et il y a 13,1 % de nourrissons français allaités à plus de 12 mois.

Les disparités locales sont fortes, avec des taux beaucoup plus élevés en Ile-de-France, dans l'Est de la France et dans les départements d'Outre-Mer.

Selon les études ELFE de 2011 (39) et EPIFANE de 2012 (40), la médiane de la durée totale d'allaitement maternel était respectivement de 17 semaines et 15 semaines. Celle de l'allaitement exclusif ou prédominant était respectivement de 7 semaines et 3,5 semaines.

Actuellement Santé publique France élabore la 6e édition de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 menées auprès d'environ 15 000 femmes et dont les résultats ne devraient paraître qu'en 2023, avec une question autour de l'allaitement de l'enfant à la maternité ainsi qu'à 2 mois de vie.

En Europe, la France fait figure de mauvaise élève bien que les taux d'allaitement soient très variables, et la collecte de données mal standardisée à l'échelle européenne rendant les comparaisons difficiles (41).

1.5. La politique de santé concernant l'allaitement en France

1.5.1. Sur le plan législatif

La seule réglementation en vigueur en France concerne les pratiques de l'allaitement au travail. Le droit du travail stipule que (42) :

- Art. L 1225-31 : « La salariée peut allaiter son enfant dans l'établissement. »

- Art. L 1225-32 : « Tout employeur employant plus de cent salariées peut être mis en demeure d'installer dans son établissement ou à proximité des locaux dédiés à l'allaitement. »
- Art. L1225-30 : « Pendant une année à compter du jour de la naissance, la salariée allaitant son enfant dispose à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail. » Cette heure est, par défaut, séparée en 2 périodes de 30 minutes réparties sur les 2 demi-journées de travail. Elle n'est actuellement pas rémunérée mais fait l'objet de discussions.

Depuis 2021, deux propositions de loi ont été déposées à l'Assemblée nationale dans le cadre de la promotion de l'allaitement :

- Une proposition de loi portant sur la création d'un délit d'entrave à l'allaitement (43). Art. 225-4-11. « Le fait d'interdire ou de tenter d'interdire l'allaitement d'un enfant dans l'espace public ou dans les établissements recevant du public est puni de 1 500 euros d'amende. »
- Une autre (44) qui prévoit 14 articles visant à promouvoir et faciliter l'allaitement maternel. Parmi les avancées majeures que propose cette loi on peut citer :
 - Art. 222-32 qui serait complété de l'alinéa : « N'est pas constitutif de l'infraction prévue au premier alinéa le fait d'allaiter un enfant dans un lieu public. » ainsi que l'article 225-4-11. « Le fait d'interdire ou de tenter d'interdire l'allaitement d'un enfant dans un lieu public est puni de 1 500 euros d'amende ».
 - Art. L. 1225-19-1. – Lorsque la salariée déclare allaiter son enfant, la durée du congé de maternité est majorée de quatre semaines. »

Ces projets sont actuellement entre les mains de la commission des affaires sociales.

1.5.2. Le PNNS4

Le 4e programme national nutrition santé 2019-2023 (PNNS4) (45) découpe en 5 axes et 24 objectifs les mesures visant à l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population par l'amélioration de la nutrition. Dans l'axe « Encourager les comportements favorables à la santé », le chapitre 10 intitulé « Accompagner les femmes avant, pendant et après leur grossesse, et durant l'allaitement maternel » est donc consacré à l'allaitement maternel.

Ce chapitre prévoit 2 objectifs dans le cadre de la promotion de l'allaitement maternel :

- Augmenter de 15% au moins, le pourcentage d'enfants allaités à la naissance pour atteindre un taux de 75% d'enfants allaités à la naissance ;
- Allonger de 2 semaines la durée médiane de l'allaitement maternel, soit la passer de 15 à 17 semaines.

Pour parvenir à ses fins, il prévoit 5 actions :

- 1) Publier des recommandations pour l'accompagnement des femmes souhaitant allaiter, diffuser les bonnes pratiques et de s'assurer de la mise en place de celles-ci.
- 2) Développer la formation professionnelle et le développement professionnel continu sur l'allaitement maternel pour les professionnels de santé agissant en périnatalité afin d'homogénéiser les pratiques

- 3) Expérimenter un soutien téléphonique à l'allaitement maternel lors du retour à domicile. Un numéro d'appel gratuit ouvert au grand public afin d'aider et conseiller les femmes sur l'allaitement en dehors des heures d'ouverture des lieux de consultation (soirs et week-end). Une formation des professionnels écoutant sera mise en place ainsi qu'un annuaire des ressources locales facilitant l'orientation des femmes.
- 4) Promouvoir un environnement favorable à l'allaitement maternel en indiquant les lieux qui s'engagent à faciliter l'allaitement par un affichage sur les vitrines des établissements accueillant du public (restaurants, cafés, commerces, services municipaux, territoriaux...).
- 5) Concevoir et développer la communication via des supports médias (vidéos, images) en direction des professionnels de santé et des familles sur les bienfaits de l'allaitement maternel, sur l'allaitement/alimentation du nouveau-né (positions d'allaitement, rythme et fréquence des tétées ; utilisation du tire-lait etc.)

Le bilan à mi-parcours du PNNS4 de mai 2021 (46) a érudé l'objectif numéro 10 concernant l'allaitement maternel. On retrouve néanmoins en annexe le tableau de synthèse sur l'avancement des actions dont est extrait le tableau 2 : en dehors de la facilitation de l'allaitement dans les lieux publics qui n'a pas été initiée, les autres actions semblent en cours. A la lecture de ce document, l'allaitement n'apparaît pas comme un objectif prioritaire dans la promotion de la santé par l'alimentation. La qualité de l'alimentation (illustrée par le Nutri-score) et la promotion de l'activité physique semblent avoir été priorisées dans les suites des de la crise sanitaire, qui a révélé l'obésité comme un facteur de risque majeur des complications graves de la Covid.

Tableau 2. Tableau de synthèse de l'état d'avancement des actions

Source : Bilan à mi-parcours du Programme National Nutrition Santé 2019-2023

Actions		PILOTE(S) DE L'ACTION	ACTEURS OU CONTRIBUTEURS DE L'ACTION	Années (2019-2023)				
Numéro de l'action	Intitulé de l'action			2019	2020	2021	2022	2023
27 (Promouvoir l'allaitement maternel)	Elaborer des recommandations pour l'accompagnement des femmes souhaitant allaiter et diffusion des bonnes pratiques	DGOS/DGS	Sociétés savantes, CNP, HAS, DSS, OGDPC					
	Développer la formation professionnelle et le DPC sur l'allaitement maternel	DGOS	CNP, HAS, DSS, OGDPC					
	Expérimenter un soutien téléphonique à l'allaitement maternel lors du retour à domicile	DGS/ARS	Réseau de santé en périnatalité, SPF					
	Mise à disposition de documents sur l'allaitement pour faciliter les familles à trouver les lieux publics ou l'allaitement est bien accueilli	DGS	ARS, Réseau de santé en périnatalité, Associations de promotion de santé, Associations de soutien à l'allaitement maternel, SpF					
	Concevoir et développer la communication sur l'allaitement via des supports médias en direction des PS et des familles	SpF	DGS, ANSES, HCSP, HAS, associations					

Vert : action terminée, orange : action en cours et rouge : action non démarrée

1.6. Les recommandations françaises et internationales

1.6.1. OMS et UNICEF

L'OMS et l'UNICEF (47) constituent la référence principale à l'échelle internationale en terme de recommandations sur l'allaitement maternel.

Ils recommandent que les enfants commencent à être allaités dans l'heure qui suit leur naissance et préconisent un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de leur vie.

Les nourrissons doivent être allaités à la demande, aussi souvent que l'enfant le réclame, de jour comme de nuit. Ils recommandent de ne pas utiliser de biberons ni de tétines.

À partir de l'âge de 6 mois, les enfants doivent commencer à consommer des aliments complémentaires sûrs et adéquats, tout en continuant d'être allaités au sein jusqu'à l'âge de 2 ans, voire plus.

1.6.2. La HAS

L'HAS (4) n'émet pas de recommandation particulière sur la durée optimale de l'allaitement et s'aligne sur les recommandations de l'OMS.

1.6.3. La Société Française de Pédiatrie

L'allaitement maternel exclusif permet une croissance normale au moins jusqu'à l'âge de 6 mois, et peut être poursuivi jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus, à condition d'être complété par la diversification alimentaire entre 4 et 6 mois.

Ils recommandent de ne pas retarder la diversification après l'âge de 6 mois, car le lait maternel ou les préparations pour nourrissons, ne permettent plus de répondre à eux seuls aux besoins nutritionnels et au développement du nourrisson (7).

1.7. La formation sur l'allaitement maternel des médecins

La HAS reconnaît que les professionnels sont peu formés à la physiologie de l'allaitement maternel et à son soutien (48).

À la faculté de médecine de Limoges, la formation initiale sur l'allaitement au cours du cursus des études médicales se fait en plusieurs étapes :

- 1^{er} cycle : Apprentissage de l'anatomie mammaire, de la physiologie de la lactation d'une part et la croissance néonatale et nutrition d'autre part.
- 2^{ème} cycle : Dans le cadre de l'unité d'enseignement 2, deux items abordent le sujet. L'item 24 intitulé « L'allaitement maternel » dont les objectifs sont d'expliquer les modalités et argumenter les bénéfices de l'allaitement maternel et de préciser les complications éventuelles et leur prévention. L'item 34 « Alimentation et besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant » dont l'allaitement n'est qu'une sous partie.
- 3^{ème} cycle : Quatre heures de cours sur l'allaitement dispensées par une sage-femme.

S'ajoute à cela l'expérience acquise au cours des stages d'externat et d'internat, donc très variable d'un étudiant à l'autre.

Dans le cadre de la formation médicale continue, il existe plusieurs formations :

- Le DULHAM (Diplôme Universitaire en Lactation Humaine et Allaitement Maternel)
- Diplôme Universitaire Allaitement Maternel
- La Certification IBCLC® (International Board Certified Lactation Consultant®) qui n'est pas réservée aux professions médicales ni même aux professions de santé, mais à tout professionnel ou bénévole œuvrant dans les domaines de la périnatalité et de la parentalité. En France, les formations sont assurées par des organismes du DPC (Développement Professionnel Continu)

1.8. Pourquoi cette étude ?

Compte-tenu des bénéfices sur la santé de l'enfant allaité et de sa mère, l'allaitement maternel est devenu un enjeu de santé publique. La promotion et l'accompagnement de l'allaitement maternel, voulue par la politique de santé française et internationale, passe notamment par les médecins généralistes qui sont parmi les premiers interlocuteurs des jeunes parents.

En tant que médecin généraliste en formation, il ne me semblait pas avoir toutes les clés en main pour remplir cette mission d'accompagnement.

En tant que mère, j'ai découvert l'univers de l'allaitement maternel : sa complexité, sa difficulté, sa beauté. J'ai tout appris de moi-même par mes lectures personnelles, Internet, les réseaux sociaux. Sur ces derniers, j'ai compris que je n'étais pas la seule maman et médecin qui se posait des questions sur l'allaitement.

C'est dans ce contexte qu'est née l'idée d'étudier l'allaitement chez les femmes médecins : au vu de leur catégorie socio-professionnelle, de leurs connaissances et de leur formation médicale, choisissent-elle plus l'allaitement maternel ? Allaitent-elles plus longtemps ? Au contraire, vis-à-vis de leurs contraintes professionnelles, allaitent-elle moins longtemps ?

Plusieurs thèses sur le sujet ont été déjà réalisées chez des médecins généralistes à l'échelle régionale, mais aucune à l'échelle nationale ni sur toutes les femmes médecins confondues (50).

2. Matériel et méthode

2.1. Type d'étude

Afin de répondre à l'objectif de l'étude, nous avons fait le choix d'une étude descriptive, quantitative et rétrospective.

2.2. Objectifs de l'étude

2.2.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la prévalence de l'allaitement maternel (AM et AMix) chez les enfants des femmes médecins et la durée de leur allaitement.

2.2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont de déterminer les facteurs influençant le type d'allaitement et sa durée chez les femmes médecins :

- La perception du caractère pathologique ou non de la grossesse et de l'accouchement.
- La spécialité exercée par la femme médecin et son mode d'exercice.

Par ailleurs nous avons voulu déterminer :

- Les motivations et freins à débiter l'allaitement maternel ou artificiel.
- Les sources d'informations sur l'allaitement.
- La proportion de femme ayant changé de type d'allaitement, celles ayant reproduit le même pour tous leurs enfants, celle n'ayant jamais choisi l'allaitement maternel.
- Les causes d'arrêt de l'allaitement.
- La prévalence du co-allaitement chez la femme médecin (allaitement de plusieurs enfants d'âge différent sur une même période).

2.3. Critères d'inclusion

Toute femme médecin (interne ou docteur), francophone, ayant déjà un ou plusieurs enfants.

Toute femme n'ayant pas d'enfant a été exclue.

2.4. Elaboration d'un questionnaire

Le questionnaire, visible en annexe 1, recueillait des données d'ordre général sur les sujets inclus (âge, origine géographique, spécialité d'exercice, mode d'exercice, statut matrimonial, source d'information sur l'allaitement).

Puis il interrogeait sur les modalités de l'allaitement de chaque enfant, afin d'augmenter le nombre d'allaitements total, et de pouvoir prendre en compte l'expérience d'un allaitement antérieur. Afin de réduire la durée de réponse du questionnaire, les questions étaient ciblées en fonction du type d'allaitement.

Les questions étaient les mêmes pour chaque enfant (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}...), sauf une question sur le co-allaitement qui était ajoutée à partir du 2^{ème} enfant.

2.5. Recrutement des sujets

La population d'étude a été recrutée majoritairement sur le réseau social Facebook, sur un groupe dit « privé » à destination de « mamans médecins ». Un groupe « privé » signifie que son contenu n'est accessible que sur demande à un modérateur, avec une sélection à l'entrée par un questionnaire auquel ne peuvent *a priori* répondre que les médecins.

Ce choix de recrutement vers les réseaux sociaux s'est imposé afin d'atteindre un plus grand nombre de sujet et rechercher un peu plus de puissance sur l'étude.

Par ailleurs, le questionnaire a été diffusé de manière ciblée dans mon entourage.

Nous n'avons pas eu recours à d'autre moyen de diffusion devant le nombre de réponses obtenues par ces deux moyens là.

2.6. Recueil des données

Afin de répondre à l'objectif principal et aux objectifs secondaires, nous avons élaboré un questionnaire Google Forms® (annexe 1) afin d'en faciliter la diffusion et le recueil des données.

Le questionnaire étant anonyme et sur la base du volontariat, aucune déclaration auprès du comité de protection des personnes n'a été nécessaire.

2.7. Analyse statistique

Les données des questionnaires ont été saisies dans un tableau Excel. L'analyse statistique a pu être réalisée avec l'aide du CEBIMER (Centre d'Epidémiologie, de Biostatistique et Méthodologie de la Recherche) de l'Université de Limoges.

L'analyse descriptive et univariée des résultats a été présentée sous forme d'effectifs et de pourcentages pour les variables qualitatives, et sous forme de moyenne pour les variables quantitatives.

Pour les variables qualitatives indépendantes, nous avons utilisé le test du Chi2 et le test exact de Fisher en cas d'effectif inférieur à 5.

Pour les comparaisons de moyennes avec plus de 2 modalités c'est le test ANOVA qui a été utilisé.

Le seuil de significativité a été paramétré à $p=0,05$ ($\alpha=5\%$).

3. Résultats

Notre étude a recueilli 1232 questionnaires. 12 réponses ont été exclues en raison d'un critère d'exclusion : les sujets n'avaient pas d'enfant.

Les femmes médecins avaient entre 1 et 6 enfants, pour un total de 2171 enfants :

- 544 femmes avaient 1 enfant ;
- 487 femmes avaient 2 enfants ;
- 160 femmes avaient 3 enfants ;
- 24 femmes avaient 4 enfants ;
- 4 femmes avaient 5 enfants ;
- Et 1 femme avait 6 enfants.

3.1. Caractéristiques des répondantes

Tableau 3. Caractéristiques des répondantes

	Nombre	Pourcentage (%)
Age		
25-29 ans	68	6
30-34 ans	553	45
35-39 ans	476	39
40-44 ans	87	7
45-49 ans	22	2
> 50 ans	14	1
Spécialité		
Médicale	378	31
Chirurgicale	88	7
Médecine Générale	754	62
Mode d'exercice		
Libéral	625	51
Hospitalier	448	37
Salarié	96	8
Mixte	40	3
Sans activité	11	1
Milieu		
Urbain	725	59
Rural	158	13
Semi-rural	337	28
Situation maritale		
Couple	1203	99
Célibataire/séparée	17	1

6% des répondantes étaient dans la tranche d'âge 25-29ans. Près de la moitié d'entre elles se situaient dans la tranche d'âge 30-34 ans (45%), et 39% dans la tranche d'âge 35-39ans. 10% des participantes avaient > 40ans.

Les femmes habitaient majoritairement en milieu urbain (59%). 28% d'entre elles étaient issues d'un milieu semi-rural et 13% d'un milieu rural.

99% des répondantes étaient en couple au moment où elles allaitaient leurs enfants.

62% des femmes étaient médecins généralistes, contre 31% de médecins de spécialités médicales. La proportion de chirurgienne était bien moindre avec seulement 7% des répondantes.

Concernant le mode d'exercice, nous avons dû reclasser certaines réponses. Les médecins militaires, salariés de centre de santé, de centres municipaux, dispensaires, d'associations, mutualiste, médecin de PMI et EFS ont été reclassées dans « salariat ». Les mères au foyer, en congé parental, et en disponibilité ont été reclassées dans « sans activité ».

La moitié des femmes médecins exerçaient en libéral. 37% étaient en milieu hospitalier, 8% étaient salariées et 3% avaient une activité mixte. Seulement 1% étaient sans activité.

La répartition géographique des répondantes figure sur la figure 1.

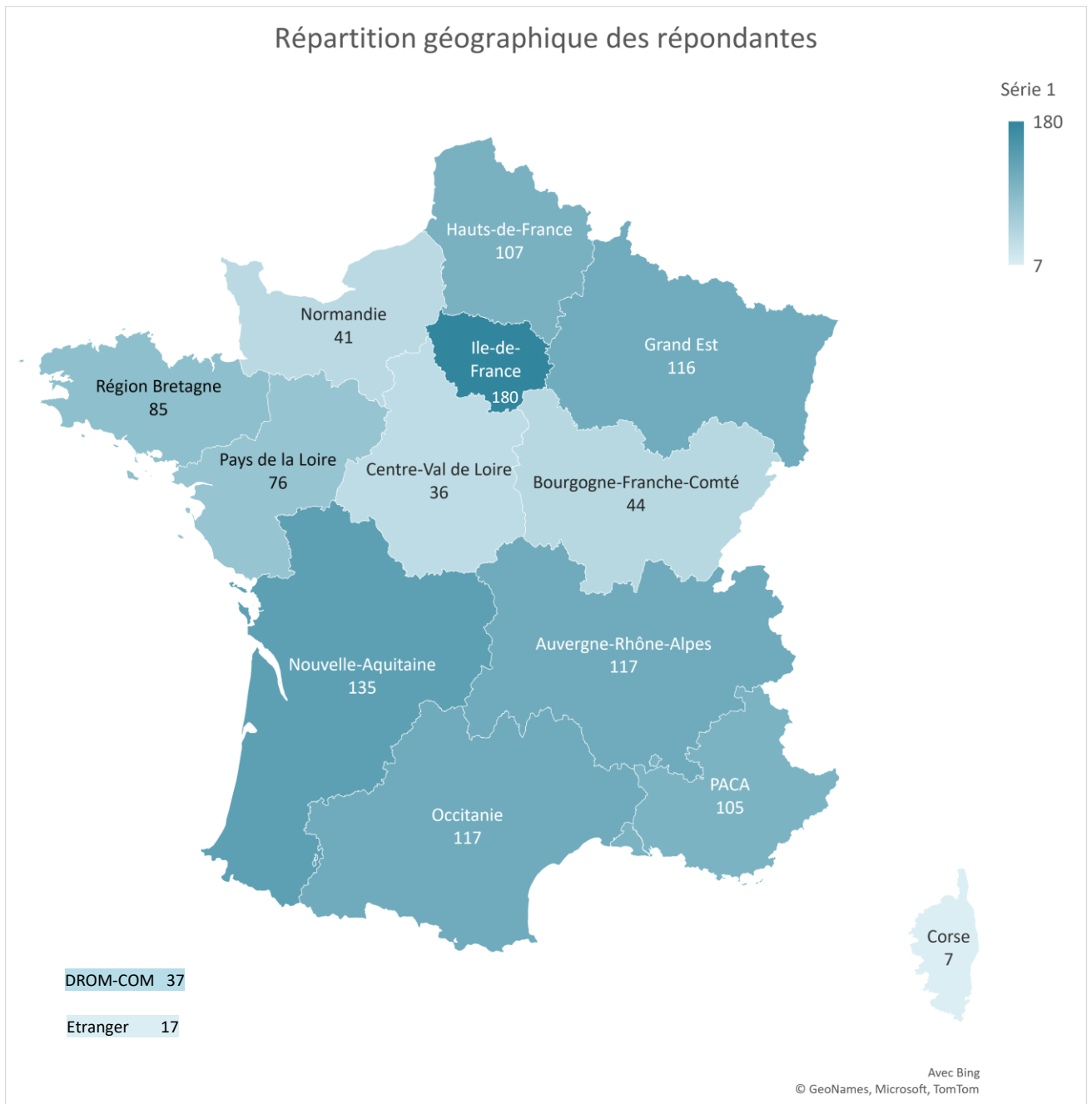


Figure 1. Répartition géographique des répondantes

3.2. Objectif principal

3.2.1. Taux d'allaitement maternel chez les enfants des femmes médecins

Une très large majorité des enfants de femmes médecins ont été allaité au sein de manière exclusive (88,2%). 6,1% étaient allaité de manière mixte et 5,8% au biberon.

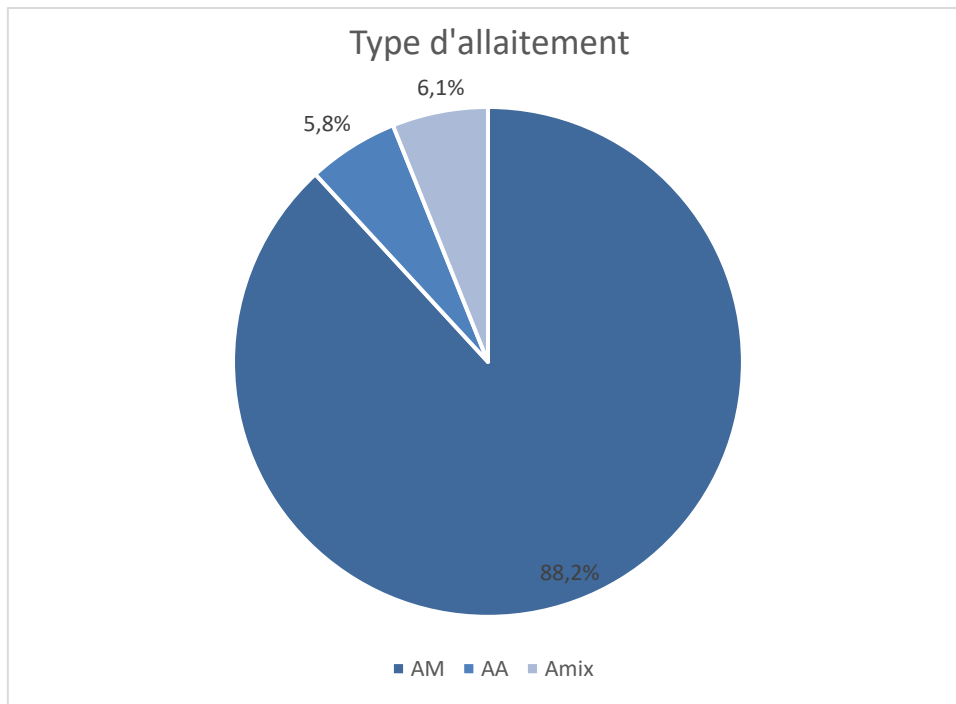


Figure 2. Répartition des types d'allaitement

3.2.2. Durée de l'allaitement

Les moyennes des enfants sevrés et des enfants non sevrés au moment du questionnaire ont été calculées séparément. Pour l'allaitement maternel, 58 durées d'allaitements ont été exclues car non interprétables. 2 ont été exclues pour l'AMix. Les femmes ayant allaité moins d'un mois n'ont pas été prises en compte pour le calcul des moyennes chez les enfants sevrés, car les données recueillies ne permettaient pas d'établir la durée exacte de l'allaitement (variable qualitative « < 1 mois » dans le questionnaire). Cela représentait 1.9% des allaitements maternel et 16.7% des AMix. Pour les enfants non sevrés, les allaitements < 1 mois ont bien été pris en compte dans la moyenne.

Chez les enfants sevrés au moment du questionnaire :

- La durée moyenne de l'allaitement maternel était de 38 semaines (9,5 mois), avec une médiane à 28 semaines (7 mois).
- La durée moyenne de l'allaitement mixte était de 18 semaines (4,5 mois), avec une médiane à 12 semaines (3 mois).
- Le troisième enfant était celui qui était allaité le plus longtemps, en moyenne 52,8 semaines (13.2 mois).
- L'allaitement le plus long relevé avait été de 336 semaines (soit 84 mois ou 7 ans).

Chez les enfants non sevrés au moment du questionnaire :

- La durée moyenne de l'allaitement maternel était de 48,8 semaines (12,2 mois), avec une médiane à 36 mois (9 mois).
- La durée moyenne de l'allaitement mixte était de 19,2 semaines (4,8 mois), avec une médiane à 20 semaines (5 mois).

- Le quatrième enfant était celui qui était allaité le plus longtemps avec une moyenne à 65,6 semaines (16,4 mois) au moment du questionnaire, donc une durée totale prévisionnelle de l'allaitement après sevrage supérieur à 65,6 semaines (16,4 mois).

Tableau 4. Durée de l'allaitement maternel

AM	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4	Enfant 5	Enfant 6	Total
Population	1071	636	174	27	5	1	1914
EXCLU	9	37	8	4	0	0	58
Non sevré en date du questionnaire	126	100	42	7	1		276
Min non sevré (mois)	<1	<1	<1	2			<1
Max non sevré (mois)	72	48	36	50			72
Moyenne non sevré (mois)	14,3	10,6	9,4	16,4	3		12,2
Médiane non sevré (mois)	9	8	6,2	10			9
Ecart-types non sevré	13,5	9,2	9,3	16,8			11,7
Mode non sevré (mois)	6	2	2	2			2
Sevré en date du questionnaire	945	536	132	20	4	1	1638
Min (mois)	< 1	<1	<1	2	8		<1
Max (mois)	84	60	60	16	14		84
Nombre allaitement inférieur à 1 mois	22	11	3	0	0		36
Allaitement inférieur à 1 mois (%)	2,1	1,7	1,7	0	0		1,9
Moyenne (hors allaitement <1mois) (mois)	8,9	9,6	13,2	9,9	10,5	8,0	9,5
Médiane (mois)	6	7	9	11	10		7
Ecart-types	8,8	8,6	11,4	3,8	2,5		9
Mode (mois)	6	6	5	11	10		6

Tableau 5. Durée de l'allaitement mixte

AMix	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Total
Population	88	38	6	132
EXCLU	1	0	1	2
Non sevré en date du questionnaire	6	5	1	12
Min non sevré (mois)	<1	<1		<1
Max non sevré (mois)	14	14		14
Moyenne non sevré (mois)	6	2,8	5	4,8
Médiane non sevré (mois)	6	2		5
Ecart-types non sevré	5,1	2,2		4,1
Mode non sevré (mois)	6	2		6
Sevré en date du questionnaire	82	33	5	120
Min (mois)	<1	<1	1	<1
Max (mois)	18	36	8	36
Nombre allaitement inférieur à 1 mois	17	5	0	22
Allaitement inférieur à 1 mois (%)	19,3	13,2		16,7
Moyenne (hors allaitement <1mois) (mois)	4,3	5,3	3	4,5
Médiane (mois)	3,5	3	1,5	3
Ecart-types	3,2	6,8	3,4	4,6
Mode (mois)	1	3	1	1

3.3. Objectifs secondaires

3.3.1. Source d'information sur l'allaitement

Concernant la source principale d'information sur allaitement, le questionnaire proposait les réponses suivantes :

- Internet, réseaux sociaux
- Cours de préparation à l'accouchement
- Entourage
- Cours de médecine
- Association de soutien à l'allaitement
- Livres, magazines ...
- Autres :

Les répondantes avaient la possibilité d'écrire un texte libre dans la section « autre », cela a permis l'ajout et la modification de plusieurs catégories :

- Professionnels de santé : sage-femme, puéricultrice, médecin...
- Expérience professionnelle, stage...

- Formation médicale continue (DU/DIU/DIULHAM). Cette catégorie a conduit à renommer la catégorie « cours de médecine » par « cours de médecine (formation initiale)»
- Aucune
- La catégorie « association de soutien à l'allaitement » a été renommée « association de soutien à l'allaitement, consultante en lactation »

Tableau 6. Source d'information sur l'allaitement

Source d'info sur l'allaitement	Nombre	Pourcentage (%)
<i>Internet, réseaux sociaux</i>	424	35
<i>Cours de préparation à l'accouchement</i>	246	20
<i>Entourage</i>	153	13
<i>Cours de médecine (formation initiale)</i>	118	10
<i>Association de soutien à l'allaitement, consultante en lactation</i>	112	9
<i>Livres, magazines ...</i>	85	7
<i>Professionnels de santé : sage-femme, puéricultrice, médecin...</i>	37	3
<i>Expérience professionnelle, stage...</i>	20	2
<i>Formation médicale continue DU/DIU/DIULHAM</i>	16	1
<i>Aucune</i>	9	1

Une majorité de femme médecin tirait ses connaissances sur l'allaitement d'internet et des réseaux sociaux (35%), et des cours de préparation à l'accouchement (20%). 13% d'entre elles puisaient leurs connaissances dans leur entourage. Seulement 10% s'appuyaient sur leur formation médicale initiale, soit quasiment autant que les femmes qui s'appuyaient sur leur lecture personnelle (9%) ou sur les professionnels de santé (7%). Une petite proportion de femmes avait comme source principale d'information leur expérience professionnelle (2%) et 1% comptaient sur leur formation continue sur l'allaitement. 1% des répondantes considéraient qu'elles n'avaient aucune connaissance sur le sujet.

3.3.2. Prévalence du co-allaitement

Sur les 719 femmes ayant eu plusieurs enfants, 41 ont pratiqué le co-allaitement, soit 5.7%.

3.3.3. Les facteurs d'influence du type d'allaitement et de sa durée

Il n'y avait pas de différence significative sur le choix du type d'allaitement en fonction de la spécialité ($p=0.19$) (tableau 7).

Il y avait une différence statistiquement significative sur le fait que les femmes percevant leur grossesse et/ou leur accouchement physiologique pratiquaient plus d'allaitement maternel ($p=0.0008$) (tableau 7).

Il n'y avait pas de différence significative sur le choix du type d'allaitement en fonction du mode d'exercice ($p=0.81$) (tableau 7).

Tableau 7. Les facteurs d'influence du type d'allaitement

Variable	Effectif AM	Effectif AMix	Effectif AA	p-value
<i>Spécialité médicale</i>	602	50	35	0,19
<i>Spécialité chirurgicale</i>	143	12	6	
<i>Médecine générale</i>	1169	70	84	
<i>Grossesse pathologique</i>	391	45	24	0,0008
<i>Grossesse physiologique</i>	1523	87	101	
<i>Libéral</i>	967	61	62	0,927
<i>Hospitalier</i>	704	55	51	
<i>Salarié</i>	163	11	8	
<i>Mixte</i>	65	5	4	
<i>Sans activité</i>	15	0	0	

Concernant les facteurs pouvant influencer la durée de l'allaitement maternel, aucune différence significative n'a été retrouvée : ni la spécialité ni le mode d'exercice ne semblaient influencer la durée de l'allaitement maternel, qu'il s'agisse d'un AM ou d'un AMix (tableaux 8 et 9).

Tableau 8. Les facteurs d'influence de la durée d'allaitement maternel

Variable	Durée moyenne (mois)	p-value
<i>Spécialité</i>		0,184
<i>Spécialité médicale</i>	9,34	
<i>Spécialité chirurgicale</i>	8,1	
<i>Médecine générale</i>	9,7	0,172
<i>Mode d'exercice</i>		
<i>Libéral</i>	9,1	
<i>Hospitalier</i>	9,7	
<i>Salarié</i>	10,1	
<i>Mixte</i>	11,7	
<i>Sans activité</i>	7	

Tableau 9. Les facteurs d'influence de la durée d'allaitement maternel mixte

Variable	Durée moyenne (mois)	p-value
Spécialité		0,451
<i>Spécialité médicale</i>	3,7	
<i>Spécialité chirurgicale</i>	5,6	
<i>Médecine générale</i>	4,7	
Mode d'exercice		0,121
<i>Libéral</i>	5,4	
<i>Hospitalier</i>	3,2	
<i>Salarié</i>	5,4	
<i>Mixte</i>	2	

3.3.4. Les changements de type d'allaitement

Sur les 1220 répondantes, 1037 (85%) n'ont pratiqué que l'allaitement maternel dans leur vie de mère.

Sur les 719 femmes ayant eu plusieurs enfants, 648 d'entre elles (90%) ont choisi le même type d'allaitement pour tous leurs enfants :

- 603 l'AM (84%)
- 19 l'AMix (2%)
- 26 l'AA (4%)

Sur les 719 femmes ayant eu plusieurs enfants, 71 d'entre elles (10%) ont changé de type d'allaitement au cours de leur vie de mère.

3.3.5. Motif de sevrage

La raison principale du sevrage de l'allaitement était la reprise du travail : 28,1% des femmes invoquaient ce motif. Le sevrage était un choix personnel des mères allaitantes dans 17,9% d'entre elles. 17,5% des femmes disaient que leur enfant s'était sevré seul. Une baisse de la lactation, évoquée dans 16,2% des cas, et le sentiment d'épuisement physique ou moral, évoqué dans 14,7% des cas, étaient des causes fréquentes de sevrage. Ces raisons étaient souvent intriquées : la reprise du travail impliquant bien souvent une diminution des tétées au cours de la journée (voire de la nuit en cas de gardes) et donc une baisse de la lactation ; la fatigue liée au rythme professionnel pouvant retentir également sur la volonté de poursuivre un allaitement.

Dans 9% des cas, les contraintes d'organisations liées à l'allaitement maternel étaient évoquées.

D'autres raisons étaient plus rarement invoquées pour l'arrêt de l'allaitement ($\leq 5,5\%$ des réponses) :

- Les complications de l'allaitement : douleurs, crevasses, engorgement, mastite, voire pour certaines des abcès mammaires avec nécessité de prise en charge chirurgicale.

- Les difficultés de mise en place de l'allaitement au sein.
- Des problèmes de santé de l'enfant : des reflux gastro-œsophagiens nécessitant un épaissement du lait, des allergies aux protéines de lait de vaches nécessitant un régime d'éviction ...
- Dans 2,9% des cas, le sevrage a été initié dans le but de commencer une nouvelle grossesse.
- Dans 1,8% des cas, une nouvelle grossesse débutante induisait une baisse majeure de la lactation conduisant à un sevrage.
- Des problèmes de santé de la mère : complication post-partum, des traitements médicamenteux contre-indiqués avec l'allaitement, des pathologie aigues sans rapport avec l'allaitement ayant pu induire de la fatigue et une baisse de lactation...
- 0.7% des femmes trouvaient les tétées désagréables : des morsures, des tétées trop longues, un enfant trop agité pour téter...
- Dans 0,7% des cas le sevrage est en lien avec les nuits : le lait artificiel venait remplacer le lait maternel afin que l'enfant fasse ses nuits.
- Dans 0,6% des cas l'arrêt de l'allaitement maternel survenait à la suite d'une demande ou sur l'insistance de l'entourage.
- La séparation de l'enfant sur plusieurs jours provoquait l'arrêt de l'allaitement dans 0,6% des cas.
- Dans de rares cas, le sevrage faisait suite à de mauvais conseils de la part de professionnels de santé ou était en lien avec la pandémie de Covid (vaccination, peur de contamination de l'enfant, surcharge de travail liée à la pandémie...).

Tableau 10. Motifs de sevrage

<i>Cause</i>	Effectif	Pourcentage des répondantes (%)
<i>Reprise du travail</i>	574	28,1
<i>Choix personnel</i>	367	17,9
<i>L'enfant s'est sevré seul</i>	358	17,5
<i>Insuffisance de lait</i>	332	16,2
<i>Sentiment d'épuisement physique ou moral</i>	301	14,7
<i>Allaitement trop contraignant en ce qui concerne l'organisation de la vie privée</i>	185	9,0
<i>Complications de l'allaitement (douleurs, crevasses, engorgement, mastite...)</i>	112	5,5
<i>Difficulté de mise en place de l'allaitement au sein</i>	105	5,1
<i>Problème de santé de l'enfant</i>	74	3,6
<i>Pour débiter une nouvelle grossesse</i>	60	2,9
<i>Nouvelle grossesse débutante</i>	36	1,8
<i>Problème de santé de la mère (complication post-partum, traitement CI avec l'allaitement, autre pathologie aigues sans rapport avec l'allaitement...)</i>	26	1,3
<i>Tétées désagréables (morsure, trop longues, enfant agité...)</i>	15	0,7
<i>Arrêt en lien avec les nuits</i>	14	0,7
<i>Demande ou insistance de l'entourage</i>	12	0,6
<i>Séparation de l'enfant</i>	13	0,6
<i>Arrêt en lien avec la pandémie de Covid (vaccination, peur de contamination de l'enfant, surcharge de travail ...)</i>	5	0,3
<i>Mauvais conseils de professionnels de santé</i>	6	0,2

3.3.6. Motivations et freins à l'allaitement

3.3.6.1. Allaitement maternel

Les principales motivations à débiter un allaitement maternel exclusif étaient : la santé de l'enfant qui était évoqué dans 93,8% des cas, et une meilleure relation mère-enfant à 76,3%.

Dans près de 70% des cas l'allaitement maternel exclusif paraissait être normal et naturel.

D'autres motivations étaient fréquentes : la praticité de l'allaitement maternel (58,1%), le côté économique (27,3%), et la perte de poids attendue après l'accouchement (18,3%).

D'autres raisons étaient plus rarement évoquées (< 2%) : l'allaitement était une envie personnelle de la mère et vue comme une expérience, certaines recherchaient l'aménorrhée lactationnelle à visée contraceptive (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée dite MAMA), d'autre recherchaient un effet bénéfique sur leur santé avec notamment la prévention du cancer du sein et de l'ostéoporose.

De manière plus anecdotique (< 1% des cas), les femmes étaient motivées par : une bonne expérience d'un allaitement précédent, le côté écologique, l'entourage, la lutte contre le lobbying agroalimentaire. Il y avait également l'absence de motivation particulière.

Tableau 11. Motivation de l'allaitement maternel exclusif

AM - Motivation	Effectif	Pourcentage des répondantes (%)
<i>Pour la santé de l'enfant</i>	1796	93,8
<i>Une meilleure relation mère-enfant</i>	1460	76,3
<i>Parce que c'est normal/naturel</i>	1329	69,4
<i>La praticité</i>	1112	58,1
<i>Le côté économique</i>	523	27,3
<i>Perdre du poids après l'accouchement</i>	351	18,3
<i>Par envie / pour l'expérience</i>	35	1,8
<i>A visée contraceptive (méthode MAMA)</i>	31	1,6
<i>Pour la santé maternelle (prévention des cancers, de l'ostéoporose)</i>	21	1,1
<i>Bonne expérience d'un allaitement précédant</i>	4	0,2
<i>Le côté écologique</i>	4	0,2
<i>Encouragée par l'entourage</i>	3	0,2
<i>Ne sait pas</i>	3	0,2
<i>Pour lutter contre le lobbying des laboratoires de lait</i>	1	0,1

3.3.6.2. L'allaitement mixte

En ce qui concerne l'allaitement mixte, le questionnaire interrogeait à la fois sur les motivations à donner le sein et les motivations à donner le biberon.

Parmi les motivations à donner le sein, les 2 premières raisons invoquées étaient également la santé de l'enfant dans 84,1% des cas et la relation mère-bébé dans 44,7% des cas.

Trois autres motivations revenaient fréquemment : la praticité (18,2%), la perte de poids après l'accouchement (15,9%) et le côté naturel de l'allaitement au sein (14,4%).

Les autres motivations étaient plus anecdotiques (< 4%) : le côté économique, par envie et expérience, par pression sociale et pour la santé maternelle.

Les motivations à donner le biberon en plus du sein étaient plus variées. Les quatre premières raisons invoquées étaient : la participation de l'autre parent (26,5%), la prise de complément pour mauvaise prise pondérale de l'enfant (23,5%), la diminution de la fatigue liée à l'allaitement au sein (21,2%) et la difficulté de mise en place de l'allaitement (19,7%).

D'autres motifs étaient moins fréquents ($\leq 10\%$) : la volonté d'un retour précoce au travail, la plus grande liberté, les problèmes de santé de l'enfant qui avaient nécessité des compléments au biberon, une insuffisance de lait, les grossesses gémellaires avec les difficultés de gestion de deux nouveau-nés à la fois, et des problèmes de santé maternel qui ont pu engendrer fatigue et baisse de la lactation.

De plus rares raisons étaient évoquées (< 5%) : la complémentation en lait artificiel proposée/imposée sans indication médicale à la maternité, l'absence d'envie d'allaiter et la pudeur.

Tableau 12. Motivations de l'allaitement mixte

Amix - Motivation à donner le sein	Effectif	Pourcentage de répondantes (%)
<i>Pour la santé de l'enfant</i>	111	84,1
<i>Une meilleure relation mère-enfant</i>	59	44,7
<i>La praticité</i>	24	18,2
<i>Perdre du poids après l'accouchement</i>	21	15,9
<i>Parce que c'est normal/naturel</i>	19	14,4
<i>Le côté économique</i>	5	3,8
<i>Par envie, pour l'expérience</i>	5	3,8
<i>Pression de la société pour l'allaitement</i>	3	2,3
<i>Pour la santé maternelle (prévention cancer)</i>	1	0,8
AMix - Motivations à nourrir au biberon		
<i>Faire participer l'autre parent</i>	35	26,5
<i>Compléments pour mauvaise prise pondérale</i>	31	23,5
<i>Limiter la fatigue liée à l'allaitement maternel</i>	28	21,2
<i>Difficultés de mise en place de l'allaitement (douleurs)</i>	26	19,7
<i>Retour précoce au travail</i>	14	10,6
<i>Plus de liberté</i>	13	9,8
<i>Problème de santé de l'enfant (ictère, trouble de succion sur prématurité ou fente labio palatine, hypoglycémies...)</i>	12	9,1
<i>Insuffisance de lait</i>	11	8,3
<i>Grossesse gémellaire</i>	11	8,3
<i>Problème de santé maternel</i>	9	6,8
<i>Complémentation en LA proposée/imposée sans indication médicale (imposé ou proposé par SF, pas eu le choix, manque d'info et idées reçues)</i>	5	3,8
<i>Pas de réelle envie d'allaiter</i>	2	1,5
<i>Gêne pour allaiter en public</i>	1	0,8

3.3.6.3. L'allaitement artificiel

Les motivations à réaliser un allaitement maternel et les freins à donner le sein se recoupaient beaucoup.

Dans les raisons avancées en faveur de l'allaitement au biberon, nous retrouvons : la mauvaise expérience d'un précédent allaitement maternel (20%), la fatigue (18,4%), le manque de liberté lié à l'allaitement maternel (16%).

Les autres motifs étaient moins fréquents (< 10%) : le manque de pudeur envers l'entourage, la crainte de conséquences sur la vie de couple et la vie intime, la crainte de la douleur liées à l'allaitement maternel, l'absence d'envie, le manque d'information sur l'allaitement maternel, la crainte des complications. De façon plus anecdotique étaient évoquées : la pression de l'entourage à ne pas allaiter, le sentiment d'exclure l'autre parent, une contre-indication à l'allaitement et un problème de santé de l'enfant.

Dans les raisons très fréquemment avancées en défaveur de l'allaitement au sein, nous retrouvons : la participation de l'autre parent qui semblait primordiale dans 54,4% des cas, la recherche de plus de liberté dans 48% des cas, et la praticité dans 44% des cas. D'autres

motifs étaient également fréquents : le choix personnel (24,8%), le retour précoce au travail (23,2%) et la surveillance des quantités prises par l'enfant (20%).

Plus rarement (<5%) les motifs évoqués étaient : la mauvaise expérience d'un allaitement précédent, un problème de santé maternel qui pouvait être en lien avec des complications de l'accouchement, une sensibilité particulière des seins ou des douleurs, voire un dégoût de l'allaitement, un échec très précoce de l'allaitement maternel (dans les 48h suivant la naissance), et enfin un encouragement de l'entourage à réaliser un allaitement artificiel.

Tableau 13. Motivations à l'allaitement artificiel et freins à l'allaitement maternel

AA - Motivation à donner le biberon	Effectif	Pourcentage de répondantes (%)
<i>Mauvaise expérience d'un précédent allaitement</i>	25	20
<i>Fatigue</i>	23	18,4
<i>Manque de liberté lié à l'AM</i>	20	16
<i>Manque de pudeur envers l'entourage</i>	12	9,6
<i>Crainte des conséquences sur la vie de couple</i>	9	7,2
<i>Crainte quant à la douleur</i>	9	7,2
<i>Pas envie</i>	8	6,4
<i>Manque d'information sur l'allaitement maternel</i>	6	4,8
<i>Crainte des complications</i>	5	4,0
<i>Découragé par l'entourage</i>	2	1,6
<i>Sentiment d'exclusion de l'autre parent</i>	2	1,6
<i>Contre-indication à l'AM</i>	1	0,8
<i>Problème de santé de l'enfant</i>	1	0,8
AA - Frein à l'AM		
<i>Faire participer l'autre parent</i>	68	54,4
<i>Plus de liberté</i>	60	48,0
<i>Praticité</i>	55	44
<i>Par choix personnel</i>	31	24,8
<i>Retour précoce au travail</i>	29	23,2
<i>Surveiller les quantités prises par l'enfant</i>	25	20
<i>Mauvaise expérience d'un précédent allaitement</i>	5	4
<i>Problème de santé maternelle, complication de l'accouchement</i>	5	4
<i>Sensibilité des seins, douleur voire dégoût</i>	5	4
<i>Échec de l'allaitement maternel précoce</i>	3	2,4
<i>Encouragé par l'entourage</i>	3	2,4

4. Discussion

4.1. Les femmes médecins allaitent beaucoup et longtemps

Dans ce travail de thèse nous avons choisi de parler uniquement d'allaitement maternel sans la distinction d'exclusivité ou non. Le terme allaitement maternel a été employé en opposition à l'allaitement mixte et l'allaitement artificiel. Ce choix s'est imposé parce que la définition de l'allaitement partiel est peu connue et aurait pu être source de confusion. De la même manière, nous avons fait le choix de ne pas parler d'allaitement exclusif car cela n'est pas représentatif d'un allaitement dans sa globalité. Ce terme apparaissait néanmoins dans ce travail lorsqu'il renvoyait au choix du type d'allaitement dans les premiers jours de vie de l'enfant.

L'objectif principal de cette étude était d'estimer le taux d'enfants allaités et la durée de l'allaitement maternel chez les femmes médecin.

Il apparaît que le taux d'allaitement maternel est élevé (88.2%). Les taux d'AMix et AA sont de ce fait bas, avec respectivement 6.1% et 5.8%.

Le taux d'initiation est donc très largement supérieur à celui donné par la DREES en 2016 qui était de 67% (35).

La durée d'allaitement maternel semble très longue avec une moyenne à 38 semaines (9,5 mois) et une médiane à 28 semaines (7 mois) pour l'AM, atteignant et dépassant ainsi les recommandations de l'OMS. Pour l'AMix, il y avait une durée moyenne à 18 semaines (4,5 mois) et une médiane à 12 semaines (3 mois). Ces durées sont supérieures à celles retrouvées par les études ELFE de 2011 (39) et EPIFANE de 2012 (40) menées en population générale, dont la médiane de la durée totale d'allaitement maternel était respectivement de 17 semaines (4,25 mois) et 15 semaines (3,75 mois). Les durées moyennes et médianes de cette étude ne sont pas comparables aux données de la DREES de 2016 car il n'y a pas de données exprimées en durée mais des taux d'allaitement à un âge donné.

Nous n'avons pas pu comparer nos résultats avec l'étude EPIFANE 2021 dont les résultats sont à paraître en 2023.

Il est intéressant de relever que la durée de l'allaitement maternel des femmes n'ayant pas encore sevré leur enfant est beaucoup plus long. La durée moyenne de l'AM était de 12,2 mois, avec une médiane à 9 mois. La durée moyenne de l'AMix était de 4,8 mois, avec une médiane à 5 mois. Cela signifie qu'au moment du questionnaire, la principale raison pour laquelle les femmes interrogées n'avaient pas sevré leur enfant était la longueur de leur allaitement. La durée moyenne de l'allaitement est donc probablement sous-estimée.

En revanche, la durée de l'allaitement des enfants sevrés de notre étude est par ailleurs surestimée car les femmes ayant allaité moins d'un mois n'ont pas été prises en compte dans le calcul des moyennes. En effet, dans le questionnaire, les femmes ayant allaité moins d'un mois cochaient la case « < 1 mois », variable qualitative ne pouvant entrer dans le calcul d'une moyenne. Cela représente 2.2% des AM et 18.3% des AMix. A noter que cela n'affecte que les moyennes de durées d'allaitement d'enfant déjà sevré puisque, dans le questionnaire, les femmes n'ayant pas sevré leur enfant écrivaient manuellement une valeur quantitative.

Néanmoins, une thèse de 2022 sur l'allaitement maternel chez les médecins généralistes de Normandie retrouvait des données cohérentes avec notre études avec un taux d'allaitement élevé (89%) et une durée moyenne d'allaitement supérieure à la population générale de 27,6 semaines (6,9 mois) avec une médiane à 24 semaines (6 mois) (50).

4.2. Objectifs secondaires

4.2.1. Connaissances sur l'allaitement : des lacunes dans notre formation ?

Avec le faible nombre d'heures consacrées sur le sujet, il est aisé de comprendre que les bases théoriques qui nous sont dispensées pendant notre formation initiale sont indispensables, mais non suffisantes pour l'accompagnement d'une femme dans son allaitement. Les connaissances des femmes médecins ne proviennent de leur formation initiale que chez 10% d'entre elles. Pourtant peu de femmes médecins se forment par la suite : seulement 1% d'entre elles font des formations supplémentaires sur l'allaitement maternel (DU/DIU/DIULHAM).

La plupart tient leurs connaissances d'internet et des réseaux sociaux (35%), des cours de préparation à l'accouchement (20%), et dans leur entourage (13%). Au total, c'est 89% des femmes médecins qui tirent leurs connaissances sur l'allaitement maternel dans les mêmes sources que le « grand public » et ne se reposent pas sur leurs connaissances médicales.

Dans son rapport sur les données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement, l'OMS (1999) soulignait l'intérêt de la formation du personnel (51). Notre étude pointe du doigt le manque de connaissances médicales des femmes médecins sur le sujet. Ce résultat est corroboré par la thèse de 2022 sur l'allaitement maternel chez les médecins généralistes de Normandie qui constatait que 43% des femmes médecins généralistes de l'étude ne se sentait pas suffisamment informée sur l'allaitement maternel avant leur premier accouchement (50). De même, nos résultats sont cohérents avec une thèse de 2018 menée dans les Pays de la Loire chez des pédiatres libéraux et médecins généralistes. L'objectif de cette étude était d'évaluer la formation des médecins libéraux à l'allaitement maternel et a montré que celle-ci était insuffisante. Deux tiers des médecins interrogés disaient n'avoir bénéficié d'aucune formation. Un tiers avait eu une formation souvent inférieure ou égale à 2h. Ces durées étaient considérées comme insuffisantes pour enseigner les bases minimales à la bonne gestion d'un allaitement au cabinet. La place de la formation continue restait faible puisqu'un tiers seulement des professionnels s'étaient formés sur ce thème depuis leur installation. Les médecins interrogés reconnaissent 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 (49).

Il aurait été intéressant dans notre étude d'interroger les femmes médecins (notamment généralistes et pédiatres) ayant allaité leurs enfants à propos de l'influence de leur expérience personnelle sur leur pratique médicale quotidienne. Il est très probable qu'un médecin ayant eu l'expérience d'un allaitement est plus à même d'assurer un meilleur suivi d'une patiente allaitante.

4.2.2. Le co-allaitement

Le taux de co-allaitement est une donnée non connue en population générale avec peu de littérature sur le sujet. Nous avons pu déterminer que cette pratique était présente chez 5.7% des femmes médecins ayant eu plusieurs enfants.

4.2.3. Facteurs d'influence du type et de la durée d'allaitement

Concernant les facteurs spécifiques à la femme médecin pouvant influencer l'allaitement, nous avons pu déterminer que la spécialité et le mode d'exercice n'influaient ni le type d'allaitement choisi ni la durée de l'allaitement maternel (AMix ou AM). Cependant, la question

n'a pas été posée pour chaque grossesse. Or, une femme a pu avoir plusieurs modes d'exercice dans sa carrière.

A contrario, les femmes percevant leur grossesse et/ou leur accouchement physiologique pratiquent plus d'allaitement maternel ($p=0.0008$).

4.2.4. Le changement de type d'allaitement

Bien que le taux d'allaitement soit de 88,2%, certaines femmes n'ont pas toujours choisi ce mode d'allaitement au cours de leur vie. Nous constatons tout de même que 85% n'ont pratiqué que l'AM dans leur vie de mère, ce qui reste un taux très élevé. Ces chiffres n'ont pas été confrontés à la littérature car nous n'avons pas trouvé de données à ce sujet.

4.2.5. Le travail : première cause de sevrage

Les causes de sevrage étaient très variées, mais la plus fréquente d'entre elle était le travail : près d'un tiers des femmes évoquaient la reprise du travail comme étant le motif de leur sevrage. Encore une fois ce résultat est en accord avec d'autres travaux : des études évoquent cette reprise du travail comme un élément majeur du sevrage y compris chez les femmes non-médecin (50,52,53).

La durée de l'allaitement maternel se heurte donc à la réalité de la reprise du travail. La plupart du temps, la reprise du travail était intriquée avec d'autres facteurs : la fatigue avec des horaires lourds et des gardes, des difficultés organisationnelles pour l'utilisation du tire-lait, la baisse de lactation. Cependant, les femmes médecins semblent pleines de ressources et de motivations car les durées moyenne d'AM parviennent malgré tout à atteindre et dépasser les objectifs de l'OMS.

Nous pouvons imaginer que les femmes auraient poursuivi encore plus longtemps l'allaitement maternel si elles avaient eu un congé de maternité plus long.

Les pays d'Europe qui ont le plus fort taux d'allaitement sont ceux qui facilitent le plus la vie aux parents avec entre autres, une grande période de congé post-natal, voire des possibilités de congé parental long (six mois à un an au Luxembourg, un an en Suède, dix mois en Norvège). Un plan d'action Européen, établi en 2004 à l'initiative de la Commission Européenne et de l'OMS, prévoyait l'harmonisation en Europe des législations concernant les femmes allaitantes. Il prévoyait en particulier de mettre tout en œuvre pour permettre aux femmes un AM de six mois (54).

Pourtant, en France le congé maternité n'a pas évolué depuis la loi du 17 juillet 1980, même si un projet de loi a été déposé en 2021 suggérant une augmentation du congé maternité de 4 semaines en cas d'allaitement maternel.

Une enquête en médecine générale de 2005 avait montré que 74% des médecins repoussaient la reprise du travail en prescrivant un arrêt de travail de 30 jours en maladie à l'issue du congé maternité lorsque la patiente le demandait (55). Cette solution palliative est la conséquence de l'incohérence entre la loi et l'enjeu de santé public que représente l'allaitement maternel.

4.2.6. Motivations et freins à l'allaitement

Les motivations à l'allaitement maternel, qu'il soit exclusif ou mixte étaient assez unanimes : les femmes médecins trouvent cela bon pour la santé de leur enfant et pour l'instauration d'une relation mère-bébé. Elles trouvent cela également normal, naturel et pratique.

Les principales motivations à introduire du lait artificiel en plus du lait maternel étaient de faire participer l'autre parent et limiter la fatigue.

Bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler de motivations, les autres raisons invoquées étaient la complémentation de lait artificiel pour mauvaise prise pondérale du nouveau-né et les difficultés de mise en place de l'allaitement, évoquées respectivement par 23,5% et 19,7% des mères ayant fait un AMix.

Nous pouvons penser qu'une partie des AMix pourraient ne pas être un choix motivé mais une conséquence de l'introduction précoce de lait artificiel. Dans la littérature, les chiffres de prévalence des compléments en maternité sont très variables allant de 28,1 % à 81 % (36,56,57).

La complémentation en lait artificiel fait l'objet d'une recommandation pour la labélisation IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébé, label validé par l'OMS et l'UNICEF) : « Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale (privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire) ».

Outre le sevrage plus précoce, l'usage de compléments en maternité peut avoir d'autres conséquences (58) : une diminution de la production de lait liée à la diminution de la fréquence des tétées au sein, un risque accru d'engorgement voire de mastite, une interférence pour certains enfants avec l'apprentissage de la succion au sein et une moindre efficacité de la tétée, un risque allergique possible, chez la mère la survenue d'une diminution de la confiance en sa capacité à allaiter, en particulier lorsque le complément est donné pour calmer les pleurs du bébé.

La CoFAM (Coordination Française pour l'Allaitement Maternel) présentait en 2007 pour la 1ère journée nationale le « petit nombre » d'indication médicale à donner des compléments (59):

- Certaines sont liées à la mère : une pathologie maternelle contre-indiquant l'allaitement (rares médicaments ou maladies infectieuses comme le SIDA), l'insuffisance de lait documentée (anomalies anatomiques, chirurgie mammaire), le retard à l'établissement de la lactation avec des signes d'apports insuffisant à l'enfant, ou encore tétées extrêmement douloureuses ;
- Certaines sont liées à l'enfant : des hypoglycémies sévères documentées, la perte de poids associée à des signes de déshydratation et/ou un ictère.

Au contraire, dans les situations suivantes il n'y a pas d'indication médicale à donner des compléments :

- Faible nombre de tétées au cours des 24-48 premières heures chez un nouveau-né à terme en bonne santé et sans facteur de risque
- Perte de poids > 7-10 % chez un nouveau-né ni déshydraté, ni ictérique, qui tète bien et dont la mère présente des signes d'établissement de la lactation
- Compléments systématiques chez les nouveau-nés à risque d'hypoglycémie
- Agitation, pleurs, tétées rapprochées chez un nouveau-né à terme en bonne santé qui s'apaise quand il tète.

Ils recommandent de préférer le lait maternel recueilli par expression manuelle et/ou le tire-lait en cas d'indication de complément. Ces deux techniques permettent de nourrir le bébé et assurent par la même occasion la stimulation de la lactation. Mais souvent par manque de formation à l'accompagnement, le recours au complément de lait artificiel est la solution immédiate, facile et sécuritaire. En effet une enquête réalisée au CHRU de Montpellier révélait que 80% des compléments de préparation pour nourrissons étaient administrés sans indication (36).

Néanmoins, nourrir un enfant au biberon présente des avantages. Dans notre étude la participation de l'autre parent semblait primordiale, et était une raison avancée par 54,4% des femmes ayant choisi l'allaitement artificiel. Celles-ci recherchaient également de plus de liberté dans 48% des cas, et trouvaient cela plus pratique dans 44% des cas. La mauvaise expérience d'un précédent allaitement maternel avaient toutefois conduit à choisir l'allaitement artificiel chez 20% d'entre elles.

4.2.7. Cododo

Les données concernant le cododo n'ont pas pu être exploitées car la question n'était pas posée aux femmes ayant fait un allaitement artificiel. Nous n'avons donc pas pu évaluer l'influence du cododo sur le type d'allaitement. Il est assez probable que les femmes ayant allaité leur enfant pratiquent plus le cododo.

4.3. Forces de l'étude

La première force de cette étude est son caractère inédit : il s'agit de la première étude quantitative sur l'allaitement maternel chez les femmes médecin à l'échelle nationale.

Sa deuxième force se trouve dans le nombre de sujets recrutés : avec 1220 répondantes qui ont chacune eu entre un et six enfants totalisant 2171 allaitements différents. La grandeur de l'échantillon accroît la représentativité de la population cible.

Par ailleurs, cette thèse étudie séparément l'AM et l'AMix, ce qui permet d'étudier avec précision ces deux pratiques bien différentes.

4.4. Limites de l'étude

Il existe bien évidemment un biais de recrutement dans cette étude : bien que le recrutement sur les réseaux sociaux soit un moyen de diffusion efficace, les femmes ayant l'allaitement maternel à cœur ont probablement répondu en plus grand nombre que les femmes ayant choisi l'allaitement artificiel. D'autant plus que le titre du questionnaire « L'allaitement chez les femmes médecins » a pu être interprété comme étant sur l'allaitement maternel. La part de mamans médecins n'ayant pas allaité est probablement sous-représentée.

Nous pouvons imaginer également un biais de mémorisation puisqu'il s'agit d'une étude rétrospective. Pour les allaitements qui auraient pu avoir lieu il y a plusieurs années, une surestimation de la durée d'allaitement maternel est possible, car elle peut être parfois idéalisée.

Par ailleurs, cette étude n'a pas pris en compte certaines situations spécifiques, notamment les grossesses multiples et le tire-allaitement.

Conclusion

Cette étude inédite réalisée auprès de femmes médecins de toutes spécialités confondues montrait un taux d'allaitement maternel très élevé et une durée dépassant les objectifs fixés par l'OMS de 2001 (6 mois exclusifs). Le taux d'allaitement maternel était de 88,2% chez les enfants de femmes médecins. La durée moyenne d'allaitement maternel sur notre échantillon était en moyenne à 38 semaines (médiane à 28 semaines), et en moyenne à 18 semaines (médiane à 12 semaines) pour l'allaitement mixte. Ces données dépassent largement celles de la population française via l'étude EPIFANE de 2012 et de la DREES de 2013.

Les femmes médecins allaitent donc beaucoup et longtemps. Cela s'explique par leurs motivations principales : elles savent que cela est le meilleur pour la santé de leur enfant et pour l'instauration d'une relation mère-bébé.

La spécialité et le mode d'exercice des femmes médecins ne semblaient pas influencer le type d'allaitement choisi ni sa durée. En revanche, les femmes percevant leur grossesse et/ou leur accouchement physiologique pratiquaient plus d'allaitement maternel.

La reprise du travail constitue l'un des facteurs majeurs influençant la décision de l'arrêt de l'allaitement.

Ce travail pourrait être complété par la recherche de l'influence de l'allaitement chez les femmes médecins sur leur pratique médicale.

Références bibliographiques

1. Académie Française. Dictionnaire de l'Académie française [Internet]. [cité 16 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9A1197>
2. Labbok M, Krasovec K. Toward consistency in breastfeeding definitions. *Stud Fam Plann.* août 1990;21(4):226-30.
3. World Health Organization. Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. Indicators for assessing breast-feeding practices : report of an informal meeting, 11-12 June 1991, Geneva, Switzerland [Internet]. World Health Organization; 1991 [cité 16 juill 2022]. Report No.: WHO/CDD/SER/91.14, Corr. 1. Unpublished. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62134>
4. ANAES. Allaitement maternel : mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. 2002.
5. LLLfrance. Donner son lait autrement qu'au sein, le tire-allaitement [Internet]. [cité 9 août 2022]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1155-66-donner-son-lait-autrement-quau-sein>
6. LLLfrance. Co-allaitement [Internet]. [cité 18 juill 2022]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=1386&Itemid=131
7. SFP. Allaitement maternel : Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère [Internet]. 2006. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf>
8. Programme national nutrition santé (PNNS) - Professionnels - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels>
9. Hamosh M. Bioactive factors in human milk. *Pediatr Clin North Am.* févr 2001;48(1):69-86.
10. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Report Technology Assess.* avr 2007;(153):1-186.
11. SECTION ON BREASTFEEDING, Eidelman AI, Schanler RJ, Johnston M, Landers S, Noble L, et al. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics.* 1 mars 2012;129(3):e827-41.
12. Kjellman NI. Atopic disease in seven-year-old children. Incidence in relation to family history. *Acta Paediatr Scand.* juill 1977;66(4):465-71.
13. Akobeng AK, Ramanan AV, Buchan I, Heller RF. Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Arch Dis Child.* janv 2006;91(1):39-43.
14. Barclay AR, Russell RK, Wilson ML, Gilmour WH, Satsangi J, Wilson DC. Systematic review: the role of breastfeeding in the development of pediatric inflammatory bowel disease. *J Pediatr.* sept 2009;155(3):421-6.
15. Horta BL, Bahl R, Martinés JC, Victora CG, Organization WH. Evidence on the long-term effects of breastfeeding : systematic review and meta-analyses. [Internet]. World

Health Organization; 2007 [cité 2 sept 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43623>

16. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* oct 1999;70(4):525-35.
17. Der G, Batty GD, Deary IJ. Effect of breast feeding on intelligence in children: prospective study, sibling pairs analysis, and meta-analysis. *BMJ.* 4 nov 2006;333(7575):945.
18. Lucas A, Morley R, Cole TJ. Randomised trial of early diet in preterm babies and later intelligence quotient. *BMJ.* 28 nov 1998;317(7171):1481-7.
19. Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics.* juill 2011;128(1):103-10.
20. Isaacs EB, Fischl BR, Quinn BT, Chong WK, Gadian DG, Lucas A. Impact of breast milk on intelligence quotient, brain size, and white matter development. *Pediatr Res.* avr 2010;67(4):357-62.
21. Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM, McKinley LT, Wright LL, Langer JC, et al. Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth weight infants at 18 months of age. *Pediatrics.* juill 2006;118(1):e115-123.
22. Okamoto T, Shirai M, Kokubo M, Takahashi S, Kajino M, Takase M, et al. Human milk reduces the risk of retinal detachment in extremely low-birthweight infants. *Pediatr Int Off J Jpn Pediatr Soc.* déc 2007;49(6):894-7.
23. Henderson JJ, Evans SF, Straton JAY, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth Berkeley Calif.* sept 2003;30(3):175-80.
24. Strathearn L, Mamun AA, Najman JM. Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study [Internet]. [cité 2 sept 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19171613/>
25. Boutet c, Vercueil L, Schelstraete C. Ocytocine et stress de la mère au cours de la lactation en post-partum [Internet]. *EM-Consulte.* [cité 8 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/76807/ocytocine-et-stress-de-la-mere-au-cours-de-la-lact>
26. Karlson EW, Mandl LA, Hankinson SE. Do breast-feeding and other reproductive factors influence future risk of rheumatoid arthritis? Results from the Nurses' Health Study [Internet]. [cité 2 sept 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15529351/>
27. Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM, Allison MA, Ness RB, Freiberg MS, et al. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol.* mai 2009;113(5):974-82.
28. Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC, Manson JE, Michels KB. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA.* 23 nov 2005;294(20):2601-10.

29. Schwarz EB, Brown JS, Creasman JM, Stuebe A, McClure CK, Van Den Eeden SK, et al. Lactation and maternal risk of type 2 diabetes: a population-based study. *Am J Med.* sept 2010;123(9):863.e1-6.
30. Stuebe AM, Willett WC, Xue F, Michels KB. Lactation and incidence of premenopausal breast cancer: a longitudinal study. *Arch Intern Med.* 10 août 2009;169(15):1364-71.
31. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet Lond Engl.* 20 juill 2002;360(9328):187-95.
32. Lipworth L, Bailey LR, Trichopoulos D. History of breast-feeding in relation to breast cancer risk: a review of the epidemiologic literature. *J Natl Cancer Inst.* 16 févr 2000;92(4):302-12.
33. Schnatz PF, Barker KG, Marakovits KA, O'Sullivan DM. Effects of age at first pregnancy and breast-feeding on the development of postmenopausal osteoporosis. *Menopause N Y N.* déc 2010;17(6):1161-6.
34. Lenora S, Lekamwasam S, Karlsson MK. Effects of multiparity and prolonged breast-feeding on maternal bone mineral density: a community-based cross-sectional study.
35. DREES. Deux nouveau-nés sur trois sont allaités à la naissance. 2016.
36. Duyên Mazurier E. Où en sommes nous de la condition n°6 « Ne donner aux nourrissons aucun aliment, aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale » ? Enquête menée au sein de la maternité du CHRU de Montpellier [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://www.crefam.com>
37. Daul M. Les compléments de lait artificiel en maternité : connaissances et pratiques des sages-femmes hospitalières du Bas Rhin. 2017.
38. Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 9 nov 2016;11:CD001688.
39. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française ELFE [Internet]. 2011. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/29/2015_29_1.html
40. Salanave B, de Launay C, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Epifane 2012). *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* sept 2014;62:S182.
41. Theurich MA, Davanzo R, Busck-Rasmussen M, Díaz-Gómez NM, Brennan C, Kylberg E, et al. Breastfeeding Rates and Programs in Europe: A Survey of 11 National Breastfeeding Committees and Representatives. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* mars 2019;68(3):400-7.
42. Section 1 : Protection de la grossesse et de la maternité (Articles L1225-1 à L1225-34) - Légifrance [Internet]. [cité 8 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072050/LEGISCTA000006189422/#LEGISCTA000006189422

43. Nationale A. Proposition de loi n° 4258 portant création d'un délit d'entrave à l'allaitement [Internet]. Assemblée nationale. [cité 8 sept 2022]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b4258_proposition-loi
44. Nationale A. Proposition de loi n° 3964 relative à l'allaitement maternel : pour une meilleure sensibilisation et plus d'information [Internet]. Assemblée nationale. [cité 8 sept 2022]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3964_proposition-loi
45. PNNS4 - Programme national nutrition santé (2019-2023) [Internet]. PromoSanté IdF. 2019 [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.promosante-idf.fr/sinformer/ressources-documentaires/pnns4-programme-national-nutrition-sante-2019-2023>
46. Bilan à mi-parcours du Programme National Nutrition Santé 2019-2023 [Internet]. 2021. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns_4_bilan_mai2021.pdf
47. Recommandations OMS sur l'allaitement maternel [Internet]. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/breastfeeding>
48. santé HA de. Favoriser l'allaitement maternel - Processus - Évaluation. Rev Sage-Femme. oct 2006;5(4):216-20.
49. Auclair M. Évaluation de la formation des médecins libéraux à l'allaitement maternel. Angers; 2018.
50. Leboeuf M. L'allaitement chez les femmes médecins généralistes. Caen - Normandie; 2022.
51. OMS. Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement [Internet]. 1999. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65956/WHO_CHD_98.9_fre.pdf;jsessionid=71E9E2B248771FDD279E58476F6197C?sequence=1
52. Favier-Steeger L. Les causes de sevrage d'allaitement maternel dans les six premiers mois de la vie de l'enfant. Claude Bernard Lyon 1; 2006.
53. Fanello S, Moreau-Gout I, Cotinat JP, Descamps P. Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : une enquête auprès de 308 femmes. Arch Pédiatrie. 1 janv 2003;10(1):19-24.
54. European Commission, IRCCS Burlo Garofolo, Unit for Health Services Research and international Health. Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Europe : un plan d'action. 2004.
55. Cabon-Asensio N. Le retour au travail de la mère allaitante : enquête auprès des médecins généralistes du Rhône. Claude Bernard Lyon 1; 2005.
56. Faldella G, Di Comite A, Marchiani E, Govoni M, Salvioli GP. Breastfeeding duration and current neonatal feeding practices in Emilia Romagna, Italy. Acta Paediatr Oslo Nor 1992 Suppl. août 1999;88(430):23-6.
57. Nylander G, Lindemann R, Helsing E, Bendvold E. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward. Positive long-term effects. Acta Obstet Gynecol Scand. 1991;70(3):205-9.
58. Renfrew M, Hall D. Enabling women to breast feed. BMJ. 25 sept 2008;337:a1570.

59. GREMMO-FEGER G. Comment utiliser de manière raisonnée les compléments en maternité ?

Annexes

Annexe 1. Questionnaire	56
Annexe 2. Les recommandations pour la labélisation IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébés) (révision de 2018)	63

Annexe 1. Questionnaire

Thèse : L'allaitement chez les femmes médecin

Si vous êtes maman et médecin (interne ou docteur), alors ce questionnaire est fait pour vous !

Je suis interne en médecine générale à la faculté de l'Université de Limoges. Cette étude a pour but d'évaluer la prévalence et la durée de l'allaitement maternel chez les femmes médecins, et les facteurs qui peuvent l'influencer. Elle donnera lieu à la rédaction et à la soutenance d'une thèse pour l'obtention du titre de docteur en médecine.

Ce questionnaire est anonyme. Il ne vous prendra pas plus de 10 min, bien que plus vous avez d'enfants et plus ce sera long, et peut-être un peu redondant !! Merci du temps que vous y consacrerez.

***Obligatoire**

1. Vous avez un ou plusieurs enfants ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 9*
 Non

2. Votre âge ? *

Une seule réponse possible.

- 20-24
 25-29 ans
 30-34 ans
 35-39 ans
 40-44 ans
 45-49 ans
 > 50 ans

3. Votre spécialité ? *

Une seule réponse possible.

- Médecine générale
 Spécialité médicale
 Spécialité chirurgicale

4. Vous habitez en ... ?

Une seule réponse possible.

- Milieu urbain
 Milieu rural
 Milieu semi-rural

5. Votre région d'habitation ? *

Une seule réponse possible.

- Auvergne-Rhône-Alpes
- Bourgogne-Franche-Comté
- Bretagne
- Centre-Val de Loire
- Corse
- DROM-COM (anciennement DOM-TOM)
- Grand Est
- Hauts-de-France
- Île-de-France
- Normandie
- Nouvelle-Aquitaine
- Occitanie
- Pays de la Loire
- Provence-Alpes-Côte d'Azur
- A l'étranger

6. Quelle a été votre principale source d'information sur l'allaitement ? *

Une seule réponse possible.

- Cours de médecine
- Cours de préparation à l'accouchement
- Internet, réseaux sociaux
- Entourage
- Association de soutien à l'allaitement
- Livres, magazines ...
- Autre : _____

7. Votre mode d'exercice ? (au moment où vos enfants étaient allaités) *

Une seule réponse possible.

- Hospitalier
- Libéral
- Autre :

8. Votre situation ? (au moment où vos enfants étaient allaités) *

Une seule réponse possible.

- En couple
- Célibataire / Séparée / Divorcée

Premier enfant

Concernant votre premier enfant :

9. Son année de naissance *

10. Diriez-vous que vous avez passé une grossesse et un accouchement : *

Une seule réponse possible.

- Pathologique
- Physiologique

11. Pour cette grossesse, avez-vous réalisé des cours de préparation à l'accouchement ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

12. Où avez vous accouché ? *

Une seule réponse possible.

- Maternité de niveau 3
 Maternité de niveau 1 ou 2
 A domicile
 Autre : _____

13. Quel allaitement avez vous choisi ? *

Une seule réponse possible.

- Allaitement maternel exclusif *Passer à la question 20*
 Allaitement artificiel *Passer à la question 26*
 Allaitement mixte (lait maternel + introduction de lait maternisé dans les premiers jours de vie de l'enfant) *Passer à la question 14*

Premier enfant : allaitement mixte

14. Vous avez choisi l'allaitement mixte, quelles ont été vos motivations à donner le sein/lait maternel ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Pour la santé de l'enfant
 Parce que c'est normal/naturel
 La praticité
 Le côté économique
 Une meilleure relation mère-enfant
 Perdre du poids après l'accouchement
 A visée contraceptive (méthode MAMA)
 Autre : _____

15. Vous avez choisi l'allaitement mixte, quelles ont été vos motivations à donner le biberon ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Faire participer l'autre parent
 Plus de liberté
 Retour précoce au travail
 Limiter la fatigue liée à l'allaitement maternel
 Autre : _____

16. Vous avez choisi l'allaitement maternel mixte, à quel âge l'avez vous sevré du lait maternel ? (Si enfant non sevré préciser : non sevré + l'âge dans "Autre") *

Une seule réponse possible.

- < 1 mois
- 1 mois
- 2 mois
- 3 mois
- 4 mois
- 5 mois
- 6 mois
- 7 mois
- 8 mois
- 9 mois
- 10 mois
- 11 mois
- 12 mois
- Autre : _____

17. Si vous avez sevré votre enfant, quelle a été la raison du sevrage de lait maternel ?

Plusieurs réponses possibles.

- Difficulté de mise en place de l'allaitement au sein
- Complications de l'allaitement (douleurs, crevasses, engorgement, mastite...)
- Insuffisance de lait
- Reprise du travail
- Sentiment d'épuisement physique ou moral
- Allaitement trop contraignant en ce qui concerne l'organisation de la vie privée
- Problème de santé de l'enfant
- Choix personnel, volonté de votre part d'arrêter
- Pour débiter une nouvelle grossesse
- Autre : _____

18. Avez-vous dormi dans la même chambre que votre enfant pendant ses premiers mois ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

19. Avez-vous eu d'autre enfant ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 30*
- Non

Premier enfant : allaitement maternel

20. Vous avez choisi l'allaitement maternel, quelles ont été vos motivations ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Pour la santé de l'enfant
- Parce que c'est normal/naturel
- La praticité
- Le côté économique
- Une meilleure relation mère-enfant
- Perdre du poids après l'accouchement
- A visée contraceptive (méthode MAMA)
- Autre : _____

21. Vous avez choisi l'allaitement maternel exclusif à la naissance de votre premier enfant, à quel âge avez vous introduit du lait artificiel ? *

Plusieurs réponses possibles.

- < 1 mois
- 1 mois
- 2 mois
- 3 mois
- 4 mois
- 5 mois
- 6 mois
- 7 mois
- 8 mois
- 9 mois
- 10 mois
- 11 mois
- 12 mois
- Je n'ai jamais donné de lait artificiel
- Autre : _____

22. A quel âge l'avez vous sevré du lait maternel ? (Si enfant non sevré préciser : non sevré + l'âge dans "Autre") *

Plusieurs réponses possibles.

- < 1 mois
- 1 mois
- 2 mois
- 3 mois
- 4 mois
- 5 mois
- 6 mois
- 7 mois
- 8 mois
- 9 mois
- 10 mois
- 11 mois
- 12 mois
- Autre : _____

23. Si vous avez sevré votre premier enfant, quelle a été la raison du sevrage ?

Plusieurs réponses possibles.

- Difficulté de mise en place de l'allaitement au sein
- Complications de l'allaitement (douleurs, crevasses, engorgement, mastite...)
- Insuffisance de lait
- Reprise du travail
- Sentiment d'épuisement physique ou moral
- Allaitement trop contraignant en ce qui concerne l'organisation de la vie privée
- Problème de santé de l'enfant
- Choix personnel, volonté de votre part d'arrêter
- Pour débiter une nouvelle grossesse
- L'enfant s'est sevré seul
- Autre : _____

24. Avez-vous dormi dans la même chambre que votre enfant pendant ses premiers mois ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

25. Avez-vous eu d'autre enfant ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 30*
- Non

Premier enfant : allaitement artificiel

26. Vous avez choisi l'allaitement artificiel, quelles ont été vos motivations ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Faire participer l'autre parent
- Surveiller les quantités prises par l'enfant
- Praticité
- Plus de liberté
- Retour précoce au travail
- Par choix personnel
- Encouragé par l'entourage
- Autre : _____

27. Quels ont été vos freins à démarrer un allaitement au sein ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Crainte quant à la douleur
- Crainte des complications
- Manque de liberté
- Découragé par l'entourage
- Manque de pudeur envers l'entourage
- Crainte des conséquences sur la vie de couple
- Fatigue
- Manque d'information sur l'allaitement maternel
- Autre : _____

28. Avez-vous essayé l'allaitement au sein pour votre premier enfant ? *

Une seule réponse possible.

- Non
- Oui, la tétée de bienvenue seulement
- Oui, mais j'ai arrêté après quelques tétées
- Autre : _____

29. Avez-vous eu d'autre enfant ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 30*
- Non

Le questionnaire se répète à l'identique pour les enfants suivants, à la différence qu'une question est ajoutée concernant le co-allaitement :

35. Si vous avez opté pour l'allaitement maternel pour votre 1er et votre 2ème enfant, avez vous co-allaité ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Annexe 2. Les recommandations pour la labélisation IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébés) (révision de 2018)

Pour être reconnue « Ami des Bébés » par l'UNICEF et l'OMS, une maternité doit satisfaire aux 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 la formation et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique
4. Mettre les nouveau-nés en contact peau-à-peau avec leur mère immédiatement à la naissance et pendant au moins une heure, encourager les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter, et offrir de l'aide si nécessaire
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale (privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire)
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 h sur 24 (favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin pour les bébés malades ou prématurés)
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande l'enfant (aux signes d'éveil) 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.

Ainsi que :

- Accompagner et respecter les besoins des mères pendant le travail et l'accouchement.
- Protéger les familles de toute promotion commerciale en respectant le Code international de Commercialisation des Substituts du lait maternel.
- Aider les mères qui nourrissent leur bébé autrement qu'au lait maternel à choisir une alimentation de substitution adéquate et à la préparer sans risque.

Enfin la maternité ne doit pas recevoir de fonds de la part de l'industrie alimentaire infantile et refuser de recevoir, gratuitement ou à prix réduit, des lots de substituts du lait maternel, de biberons ou de tétines.

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

L'allaitement chez les femmes médecins

Introduction : Avec leur formation, les médecins sont plus à même de comprendre l'allaitement maternel, ses bienfaits, son accompagnement et ses subtilités. Nous pouvons supposer qu'avec leurs connaissances elles allaitent beaucoup et longtemps. En pratique, il n'y a pas de données à grande échelle sur l'allaitement des femmes médecins.

Méthode : Etude quantitative auprès de femmes médecins de toutes spécialités confondues, à l'échelle nationale. L'objectif principal était de connaître le taux et la durée d'allaitement maternel. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les facteurs pouvant l'influencer, les sources d'information sur l'allaitement, la prévalence du co-allaitement, les motifs du sevrage et les motivations et freins à l'allaitement maternel.

Résultats : 1220 répondantes ont été retenues pour l'exploitation des résultats, représentant 2171 allaitements différents. Le taux d'allaitement était de 88,2%. La durée moyenne d'allaitement maternel sur notre échantillon était en moyenne à 38 semaines (médiane à 28 semaines) et en moyenne à 18 semaines (médiane à 12 semaines) pour l'allaitement mixte.

Conclusion : La grande majorité des femmes médecins choisissent l'allaitement maternel avec une durée moyenne qui dépasse les recommandations OMS.

Mots-clés : [Allaitement maternel, allaitement mixte, femmes médecins, co-allaitement]

Breastfeeding amongst women doctors

Introduction: Thanks to their educational background, doctors are more likely to understand breastfeeding, its benefits, support, and subtlety. Thank to their knowledge it can be assumed that women doctors are more likely to breastfeed, and over a longer time period. Up to this day, no data are available regarding breastfeeding amongst women doctors.

Methods: Quantitative study among women doctors no matter the speciality, on a national scale. The main topic of the study is to identify the amount and duration of breastfeeding among the observed population. Secondary topics are meant to evaluate the vectors of influence, the source of information, the amount of co-breastfeeding, motivations for weaning, incentives and rebuttals of breastfeeding

Results: This study includes 1220 women for 2171 children with various feeding methods. Breastfeeding represents 88,2%. For exclusive breastfeeding, the mean duration is 38 weeks (median: 28 weeks). The mixed-feeding method's mean duration is 18 weeks (median: 12 weeks).

Conclusion: A significant proportion of women doctors prefer to breastfeed as a feeding method with a mean duration above WHO recommendations.

Keywords : [Breastfeeding, mixed feeding, women doctors, co-breastfeeding]

