



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Quelle place accordent les patientes au sein de la Communauté
Professionnelle Territoriale de Santé
Bourbourg Bergues Hondschoote à leur Médecin Généraliste
vis-à-vis du conseil sur l'Allaitement Maternel ?**

Présentée et soutenue publiquement le 7 Décembre 2023 à 16h
au pôle formation
Par Bertille VANRIEST

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Patrick TRUFFERT

Assesseur :

Madame le Docteur Judith OLLIVON

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Amandine LEGRAND

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AM	Allaitement Maternel
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
CESNU	Conseil Économique et Social des Nations Unies
CoFAM	Coordination Française pour l'Allaitement Maternel
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CPTS BBH	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Bourbourg Bergues Hondschoote
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques
DU LHAM	Diplôme Universitaire « Lactation Humaine et Allaitement Maternel »
ELFE	Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance
ENP	Enquête Nationale Périnatale
EPIFANE	Epidémiologie en France de l'Alimentation et de l'état Nutritionnel des Enfants pendant leur première année de vie
EPNP	Entretien Post-Natal Précoce
EPP	Entretien Prénatal Précoce
HAS	Haute Autorité de Santé
IBCLC	International Board Certified Lactation Consultant
IHAB	Initiative Hôpital Ami des Bébés
IPhAN	Pharmacie Amie des Nourrissons
MG	Médecin Généraliste
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNNS	Programme National Nutrition Santé
SF	Sage-femme
SFP	Société Française de Pédiatrie
SMAM	Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds d'urgence international des Nations unies pour l'enfance)
WABA	World Alliance for Breastfeeding Action (Alliance Mondiale pour l'Allaitement Maternel)

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	1
TABLE DES MATIERES	2
RÉSUMÉ	5
INTRODUCTION.....	6
MATERIEL ET METHODES	7
I. CHOIX DU TYPE D'ETUDE	7
II. POPULATION ET CRITERES D'INCLUSION.....	7
III. RECUEIL DES DONNEES	7
A. <i>Lieu et Matériel</i>	7
B. <i>Consentement</i>	7
C. <i>Guide d'entretien.....</i>	8
D. <i>Saturation des données.....</i>	8
IV. METHODOLOGIE D'ANALYSE	8
A. <i>Verbatim.....</i>	8
B. <i>Codages.....</i>	8
V. BIBLIOGRAPHIE	9
RÉSULTATS.....	10
I. TABLEAU DE DESCRIPTION DES PARTICIPANTES	10
II. RESULTATS D'ANALYSE	11
A. <i>Sources d'information des patientes.....</i>	11
1) Gynécologues et sages-femmes.....	11
2) Conseillères en lactation et associations	11
3) Cercle social et auto-documentation	11
a. Entourage familial et amical	11
b. Littérature, Internet et réseaux sociaux	12
4) Entourage qualifié dans le médical	12
5) Médecin Généraliste	12
B. <i>Ressenti des patientes vis-à-vis du conseil sur l'AM.....</i>	13
1) Efficience de l'entourage médical	13
2) Démarche naturelle mais ouverture aux conseils.....	13
a. Evidence.....	13
b. Conseils nécessaires	13
c. Angoisse de l'inconnu	14
d. Besoin d'accompagnement	14
3) Déception face à leur demande	15
a. Accessibilité des conseils	15
b. Insuffisance des conseils.....	15
c. Divergence des avis médicaux	15
d. Sentiment d'incompréhension	16

e. Sentiment d'abandon et de solitude	16
4) Carence de conseils amenant à arrêter l'AM.....	16
5) Evolution du conseil au fil des grossesses.....	17
a. Changement de pratique.....	17
b. Facilité de la mise en place	17
6) Timing inadéquat	17
C. Obstacles à la consultation chez leur MG	18
1) Désertification médicale	18
a. Pénurie de MG.....	18
b. Disponibilité des soignants	18
2) Orientation vers un professionnel spécialisé	18
a. Grossesses à risque.....	18
b. Considération du rôle du MG	18
3) Limites des connaissances médicales	19
4) Manque d'informations	19
5) Pudeur	19
6) Autosuffisance.....	19
a. Pratique naturelle.....	19
b. Opposition à l'AM.....	19
c. Auto documentation.....	20
d. Expérience personnelle	20
D. Rôle attendu du MG	21
1) Bases de la relation MG-patiente.....	21
a. Ecoute active	21
b. Communication	21
c. Décision partagée	21
d. Relation de confiance	21
e. Soutien.....	22
f. Empathie.....	22
g. Posture thérapeutique adaptée	22
h. Expérience personnelle	23
2) Professionnalisme	23
a. Spécialisation	23
b. Formation continue	23
3) Rôle de premier recours.....	23
a. Accessibilité	23
b. Disponibilité.....	24
c. Polyvalence	24
4) Suivi des soins.....	24
a. Coordination	24
b. Continuité des soins.....	25
DISCUSSION	26
I. DESCRIPTION DE MA POPULATION D'ETUDE	26
II. LIMITES DE L'ETUDE.....	26
A. Biais enquêteur.....	26
B. Biais de mémorisation	26

C. <i>Biais de recrutement</i>	26
III. FORCES DE L'ETUDE	27
A. <i>Choix de la thèse qualitative</i>	27
B. <i>Neutralité</i>	27
C. <i>Liberté d'expression</i>	27
D. <i>Analyse approfondie des résultats</i>	28
IV. DISCUSSION SUR LES PRINCIPAUX RESULTATS	29
A. <i>Ressenti au sujet du conseil sur l'AM</i>	29
1) Moment du choix	29
2) Abondance d'informations.....	29
3) Facteurs déterminants à connaître dans l'AM	30
4) Accompagnement médical nécessaire.....	30
5) MG sollicité lors des complications.....	30
B. <i>Raisons de la non-consultation du MG</i>	31
1) Zone sous médicalisée	31
2) Formation des professionnels.....	31
3) Recherche de spécialisation.....	31
C. <i>Place accordée par les patientes aux MG</i>	33
1) Approche centrée patiente	34
2) Approche globale et complexité	34
3) Premier recours.....	34
4) Professionnalisme	35
5) Education en santé et prévention.....	35
6) Continuité, suivi et coordination des soins autour de la patiente	36
V. PERSPECTIVE	37
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXES	43

RÉSUMÉ

Introduction : Bien que l'Allaitement Maternel (AM) soit bénéfique pour la santé, la France affiche des taux d'AM et de durée d'AM parmi les plus faibles d'Europe. Les CPTS regroupent des professionnels pour répondre aux besoins de santé de la population. Ainsi, au sein de la CPTS de Bourbourg Bergues Hondchoote, quelle place accordent les patientes à leur médecin généraliste (MG) vis-à-vis du conseil sur l'AM ? L'objectif principal est de sonder le ressenti des patientes au sujet du conseil sur l'AM afin de considérer le rôle attendu du MG.

Méthode : Cette thèse est une étude qualitative pour étudier les besoins de la population de la CPTS BBH, basée sur dix entretiens avec des mères, allaitantes ou non, consultants leur MG au sein de la CPTS lors de la première année de leur nourrisson.

Résultats : Les patientes consultées se sont informées via de multiples sources. Malgré l'abondance de sources d'informations concernant l'AM, dont fait partie le MG, leur ressenti vis-à-vis du conseil sur l'AM est mitigé et comprend des déceptions. Associé à la désertification médicale et aux limites de formation des MG, cela représente dans certains cas un obstacle à la consultation du MG vis-à-vis du conseil sur l'AM. Enfin, les patientes ont pu définir le rôle qu'elles attendent de leur MG vis-à-vis du conseil sur l'AM, qui se retrouve dans la marguerite des compétences. Le besoin d'accompagnement par le MG est toujours d'actualité mais les patientes aimeraient une montée en compétence des MG ainsi que la mise en place de réseaux médicaux pluridisciplinaires afin de les orienter vers les ressources fiables.

Conclusion : La mise en place de CPTS s'inscrit pleinement dans la démarche actuelle d'amélioration et de coordination des soins pour répondre aux besoins des patientes vis-à-vis du conseil sur l'AM.

INTRODUCTION

L'allaitement maternel (AM) est l'un des premiers facteurs de protection durable de la santé de l'enfant. [1]

Compte tenu de la croissance rapide du nourrisson lors de sa première année, l'importante exigence nutritionnelle est essentiellement assurée par le lait maternel. [2] Le lait, de par sa composition, sa richesse en protéines, lipides et minéraux sous un faible volume, peut couvrir à lui seul durant six mois les besoins nutritionnels quotidiens, assurer un développement cérébral normal et une minéralisation osseuse adéquate.[3-4-5] S'il favorise la santé du nourrisson en lui apportant les anticorps nécessaires à son système immunitaire, l'AM protège également la santé de la maman en diminuant les risques de cancers, notamment de l'ovaire et du sein. [6-7]

Pour autant, les résultats de l'ENP (Enquête Nationale Périnatale) de 2021 confirment que la pratique de l'AM et sa durée sont, en France, parmi les plus faibles en Europe. [8] Sur la base des recommandations pratiques de l'OMS [9], le dernier programme national nutrition-santé (PNNS 2019-2023 [10]) a pour objectif de promouvoir l'AM, dans le respect de la décision de la femme. Il s'agirait d'atteindre un taux de 75% d'enfants allaités à la naissance et d'allonger la durée médiane de l'AM total, en passant de 15 à 17 semaines.

Selon les résultats de la DREES datant de 2013, la région Nord est dans la moyenne nationale du taux d'AM à la naissance et dans les semaines suivant l'accouchement. On note cependant un retrait dans la région Pas de Calais. [11]

Le taux et la durée de l'AM pourraient être améliorés par une optimisation de la promotion de l'AM par les acteurs de de santé d'après ce que propose Pr. Turck dans le plan d'action « Allaitement maternel » et les recommandations du label IHAB. [12-13]

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) constituent un dispositif créé en 2016 regroupant des professionnels qui souhaitent travailler ensemble afin de répondre aux besoins de santé spécifiques d'une population. Elles se composent de professionnels des soins du premier et du second recours, hospitaliers et médico-sociaux d'un même territoire. [14]

Exerçant depuis le début de mes études dans cette région, cette thèse a pour but de sonder le ressenti des patientes de la zone Bourbourg – Bergues – Hondschoote vis-à-vis de la place qu'elles accordent à leur médecin généraliste (MG) dans le rôle de conseil sur l'AM. L'objectif primaire est de mieux percevoir les besoins de la population concernant le rôle du médecin généraliste (MG) afin d'améliorer la promotion de l'AM au sein de la CPTS Bourbourg – Bergues – Hondschoote (CPTS BBH). L'objectif secondaire est de percevoir le ressenti des patientes de la CPTS au sujet du conseil sur l'AM. Mes résultats traiteront donc d'abord des sources d'informations utilisées par les patientes, de leur ressenti concernant le conseil donné au sein de la CPTS BBH au sujet de l'AM, des obstacles à la consultation, pour terminer par le rôle qu'elles attendent du MG.

MATERIEL ET METHODES

I. CHOIX DU TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs.

L'étude qualitative est appropriée pour étudier les besoins d'une population.

L'entretien individuel me semblait plus adapté car il y a plus d'interactions possibles et il m'a permis d'orienter mon étude sur la perception des patientes, leurs comportements ainsi que leurs opinions au sujet de l'AM.

II. POPULATION ET CRITERES D'INCLUSION

Il s'agit d'un échantillonnage réduit et ciblé.

Les entretiens se sont déroulés entre janvier 2022 et février 2023.

La population recrutée était des mères, allaitantes ou non, consultants leur MG au sein de la CPTS BBH lors de la première année de leur nourrisson. Il fallait qu'elles connaissent leur MG depuis au moins un an et l'aient consulté au moins une fois durant leur grossesse.

Préalablement, un questionnaire d'inclusion [\[Annexe 1\]](#) avait été remis aux MG. Ce questionnaire d'inclusion comportait les coordonnées du MG, la population à inclure et les données à noter lors de la consultation ainsi que l'accord de la patiente afin d'être contacté dans le cadre de la thèse.

Il était joint à ce questionnaire une fiche descriptive de la thèse afin de présenter le travail de thèse au MG ainsi que les informations succinctes à transmettre à la patiente concernant celui-ci. Il donnait également les critères d'inclusion à prendre en compte.

III. RECUEIL DES DONNEES

A. Lieu et Matériel

Les entretiens étaient réalisés en face à face dans l'environnement choisi par la participante, le plus souvent en visioconférence via SKYPE.

Lorsque la rencontre était à domicile, les échanges étaient enregistrés par dictaphone.

B. Consentement

En amont des entretiens, les patientes avaient tout d'abord échangé avec leur MG et donné leur accord pour participer à l'étude en signant le questionnaire d'inclusion.

Celui-ci mentionnait le fait que la thèse était validée par le comité de protection des données [\[Annexe 2\]](#) et une fiche informative leur était remise à ce sujet lors de l'entretien.

Lors des entretiens, les participantes ont préalablement donné leur accord pour participer de manière anonyme aux entretiens et que l'intégralité des échanges soient enregistrés pour une retranscription fidèle des propos.

C. Guide d'entretien

Les entretiens commençaient par une présentation générale de l'attendu d'une thèse et la présentation de la situation personnelle de la participante avec des questions fermées.

Le guide d'entretien [Annexe 3] comportait ensuite des questions ouvertes sur la nutrition du nourrisson, sans orientation particulière sur l'AM afin de ne pas influencer la patiente. Les questions courtes et ouvertes avaient pour but d'amener à une expression libre des participantes, et portaient sur le choix de la nutrition du nourrisson, les sources d'informations considérées par la patiente, son ressenti vis-à-vis des conseils qu'elle a pu recevoir sur l'AM et le rôle qu'elle consacrait au MG vis-à-vis de celui-ci.

Les entretiens ont permis d'ajuster les questions au fur et à mesure afin d'aborder plus particulièrement certains sujets ou d'affiner des observations déjà réalisées.

D. Saturation des données

Le nombre d'entretiens nécessaires a été déterminé par la méthode de saturation des données.

En effet, chaque nouvelle idée ou nouveau concept abordé lors d'un entretien a permis d'ajouter de nouvelles clés de codage, permettant de catégoriser et synthétiser les données. Le nombre de nouvelles clés de codage diminue logiquement au fur et à mesure des entretiens, jusqu'au moment où chaque nouveau entretien ne produit que des données déjà découvertes auparavant.

Ainsi, les 8 premiers entretiens ont permis de déterminer les clés de codage, et les entretiens 9 et 10 d'assurer la saturation des données de cette étude qualitative.

IV. METHODOLOGIE D'ANALYSE

A. Verbatim

La prise de parole des participantes a été retranscrite à l'identique sous forme d'un verbatim.

B. Codages

Celui-ci a été exécuté avec l'aide du logiciel MAXQDA. Il a d'abord consisté en un codage ouvert afin de catégoriser des grands groupes puis axial avec des sous-groupes. Le codage a ensuite fait l'objet d'une analyse indépendante et d'une triangulation des données.

V. BIBLIOGRAPHIE

Elle est constituée de différentes sources en français et en anglais qui proviennent de moteurs de recherche tels que PEPITE, SUDOC, Google Scholar, Pubmed.

Les mots clés employés étaient : allaitement, breastfeeding, nutrition du nourrisson, santé du nourrisson, promotion de l'Allaitement Maternel, conseils du Médecin Généraliste, CPTS.

Elle a été publiée en format Vancouver grâce au logiciel Zotero.

RÉSULTATS

I. TABLEAU DE DESCRIPTION DES PARTICIPANTES

Dans le cadre de cette thèse qualitative, 10 patientes ont été consultées entre janvier 2022 et février 2023. Aucune des patientes ne s'est rétractée ou n'a souhaité modifier son propos. Les entretiens se déroulaient via SKYPE ou en présentiel à domicile.

Entretien	Age	Profession	Nb enfant	Age dernier enfant à l'entretien	Nb AM et durée du dernier AM	Mode accouchement	Localisation MG	Ancienneté MG	Type entretien	Durée Entretien
E1	29 ans	policière	1	3 mois	7 jours	césarienne d'urgence	Bergues	2 ans	skype	25 min
E2	35 ans	éducatrice spécialisée	2	4 mois	1AM - 10 jours	AVB - grossesse à risque	Bourbourg	6 ans	skype	49 min
E3	31 ans	maquilleuse professionnelle	2	1 mois	1 AM en cours	AVB	Bourbourg	1 an	skype	50 min
E4	30 ans	monitrice d'équitation	1	3 mois	0	AVB	Bergues	17 mois	skype	28 min
E5	24 ans	vendeuse en chocolaterie	1	1 mois	1 AM en cours	AVB	Hondschoote	1 an	skype	23 min
E6	25 ans	infirmière	1	4 mois	1 AM en cours	AVB	Bourbourg	15 mois	à domicile	18 min
E7	27 ans	assistante maternelle	2	9 mois	1 AM en cours	AVB - grossesse à risque	Bourbourg	7 ans	à domicile	47 min
E8	33 ans	chômage (technicienne de laboratoire)	3	10 mois	3 AM - 9 mois	AVB	Rexpoëde	5 ans	skype	50 min
E9	37 ans	orthoptiste	5	10 mois	5AM - 10 mois	AVB	Bergues	18 mois	skype	49 min
E10	26 ans	ingénieur	2	6 mois	1 - AM en cours	AVB	Hondschoote	3 ans	skype	30 min

II. RESULTATS D'ANALYSE

A. Sources d'information des patientes

Au fil des échanges avec les patientes, la consultation d'un médecin généraliste (MG) dans le cadre de conseils sur l'allaitement maternel (AM) est souvent citée. Il existe également une multitude de sources d'informations consultables par les femmes enceintes, qui en choisissent souvent plusieurs afin d'obtenir davantage de conseils sur l'AM.

1) Gynécologues et sages-femmes

Selon les patientes, le suivi exclusif avec un gynécologue est davantage axé sur l'information technique, complété par des conseils pratiques pour celles qui le souhaitent et en font la demande.

Dans la plupart des cas, c'est lors des cours collectifs de préparation à l'accouchement, assurés par des SF, que les futures mamans sont informées sur les bienfaits et la pratique de l'AM.

E3 : « J'ai eu beaucoup de bienveillance et de conseils par les SF ».

E4 : « Ma SF, au rendez-vous prénatal, et c'est vrai que même à la maternité il m'avait conseillé l'AM ».

E6 : « La SF explique en vidéos, on se programme une après-midi avant l'accouchement, ça dure une heure et demi ou deux heures, elle explique tout sur l'AM ».

2) Conseillères en lactation et associations

Les patientes s'informent également auprès des conseillères en lactation de MATERLAIT ou d'association comme LECHE LEAGUE.

E2 : « J'étais suivie par ma gynécologue et au quatrième mois on doit aller voir une SF et comme cela s'était bien passé pour ma première enfant alors j'ai choisi la même SF et c'est comme cela qu'elle m'a parlé de MATERLAIT (association localisée à Dunkerque composée de conseillères en lactation) car je lui avais expliqué ».

E3 : « Je n'ai pas eu d'information sur MATERLAIT, j'ai juste entendu parler de la LECHE LEAGUE (association internationale de soutien et d'information à l'AM) ».

3) Cercle social et auto-documentation

Les patientes trouvent aussi des informations auprès de sources non-médicales.

a. Entourage familial et amical

L'entourage, s'il est présent, est un soutien émotionnel, notamment lorsque la maman de la patiente a elle-même allaité, afin de connaître son ressenti et partager son expérience.

E1 : « Je me suis tournée vers ma mère. Elle nous a allaité mon frère et moi donc c'est vrai qu'elle nous a beaucoup parlé de ça ».

E2 : « En discutant avec des amis qui ont déjà allaité, ma sœur aussi qui va allaiter ».

E5 : « Pendant la grossesse je me suis quand même renseignée à ma maman, c'était surtout pour savoir comment elle avait vécu la chose et comment elle avait ressenti l'AM avec ses enfants, c'était plus pour savoir l'expérience ».

b. Littérature, Internet et réseaux sociaux

Les patientes cherchent parallèlement à se renseigner d'elle-même sur d'autres types de sources, afin de se faire un avis sur les bienfaits de l'AM et sur la manière de le mettre en place.

E2 : « Dans les magazines, les livres et j'aime bien « La Maison des Maternelles (émission télévisée) » ».

E3 : « Je viens d'apprendre sur Facebook ce qu'était un sevrage induit et un sevrage naturel ».

E5 : « On s'était renseigné sur Internet. C'est des groupes privés d'entraide sur Facebook, ce sont beaucoup de mamans allaitantes ».

4) Entourage qualifié dans le médical

Lorsqu'elles exercent dans le milieu médical ou connaissent dans leur entourage des personnes y travaillant, les patientes peuvent privilégier cette source d'information. Ces patientes ressentent notamment moins la nécessité de consulter un professionnel externe afin d'obtenir des conseils au sujet de l'AM.

E1 : « C'est vrai que ma mère travaille dans le milieu médical donc si j'avais des questions, elle posait des questions aux collègues ».

E2 : « J'ai travaillé aussi en crèche, je savais quelle était la possibilité de nourrir mon nourrisson ».

5) Médecin Généraliste

Si certaines patientes se renseignent peu auprès de leur MG, il représente néanmoins une source d'information fiable pour la plupart d'entre elles.

E3 : « Mais il n'y a que mon MG qui a su être à l'écoute et m'orienter un peu plus sur la nutrition ».

E6 : « C'était mon MG, je la connais bien, je lui aurais demandé, ça c'est clair donc j'estime qu'il aurait un rôle à jouer ».

E9 : « Par rapport à la nutrition, je ne savais plus et le MG m'a dit : « Vous verrez ! On a toujours à apprendre, même avec un cinquième c'est bon d'avoir des piqûres de rappel » ».

B. Ressenti des patientes vis-à-vis du conseil sur l'AM

Le ressenti vis-à-vis du conseil sur l'AM est très variable d'une patiente à une autre, en fonction des expériences qu'elle a vécu avant, pendant et après sa grossesse.

1) Efficience de l'entourage médical

La plupart des patientes, lorsqu'elles y ont accès, jugent la qualité et la quantité des conseils délivrés par les professionnels de santé performants et adaptés à leurs besoins.

E2 : « Il y a des permanences MATERLAIT sur différents endroits à Dunkerque ou Gravelines donc du coup on peut aller voir toutes les semaines des SF pour discuter, nous aiguiller et effacer nos a priori et appréhensions ».

E4 : « C'est vrai qu'avec la SF à tous les niveaux de la grossesse, on discutait sur tout, si j'avais eu des questions, je les aurais posés à la SF ».

E5 : « Après l'accouchement, j'ai une conseillère en lactation qui est passée dans ma chambre et qui nous a bien renseigné durant les premiers jours ».

E7 : « La SF écoutait mes besoins mais elle ne me poussait pas. En fait elle respectait mes choix ! »

2) Démarche naturelle mais ouverture aux conseils

a. Evidence

Certaines patientes avaient déjà fait leur choix naturellement.

E1 : « Je ne me suis pas vraiment posée de questions, c'est venu naturellement ».

E7 : « Je me suis fait confiance, j'ai fait confiance à bébé. J'y allais vraiment petit à petit, en fait, je ne m'étais pas mis de but. Je ne suis pas prise de tête ! »

E8 : « C'était plutôt naturel pour moi ».

b. Conseils nécessaires

Les patientes apprécient d'être accompagnées aussi bien avant qu'après l'accouchement afin que leur AM se fasse dans des conditions optimales. Elles sont en demande de conseils notamment lorsque des complications surviennent (position au sein non adaptée, crevasses, mastites).

E1 : « C'était deux pages sur l'AM ; les bénéfices et voilà point. Personne à qui s'orienter pour en discuter, comment on ressentait les choses, j'avais besoin de parler de mon ressenti... Les bénéfices, je les connaissais ! ».

E3 : « C'était douloureux après même si on le positionnait bien, de montrer ce que c'est un engorgement ou une mastite. Il n'y a personne qui en parle ».

E7 : « On pose des questions à des conseillères en lactation et c'est du cas par cas, elles nous aident à trouver les téterelles qui sont à la bonne taille. Par contre à un moment j'avais même des engorgements et je ne savais pas quoi faire et elle m'a sorti des positions à faire pour aider bébé. ».

E8 : « C'est toutes ces questions finalement qu'on pose à la maternité mais qui continuent. Pour s'accrocher et être entouré la dessus, c'est compliqué ».

E10 : « A l'hôpital, ils nous donnent des fascicules dans la pochette mais ne nous en parlent pas. J'aurais aimé avoir des conseils. Il n'y a pas assez de préparation en amont sur le choix de la nutrition ».

c. Angoisse de l'inconnu

Lors d'une première grossesse, c'est une étape de découverte qui peut amener une certaine anxiété chez les patientes. Chaque AM est différent.

E2 : « Pour moi c'était tout nouveau donc j'avais peur de la manipuler, elle venait tout juste de naître ... même si j'avais déjà manipulé des enfants ... La première fois on se dit : « Mince ! Comment je vais faire ? ... » ».

E3 : « Quand ça arrive on est pris au dépourvu car ça se passe différemment d'une personne à l'autre. Tant qu'on n'a pas d'enfant, c'est pas concret et donc on n'arrive pas à se projeter ».

E5 : « On avait du mal à trouver notre position, on apprenait à se connaître tous les deux ».

E7 : « Mais ça marche comment, je n'ai jamais fait ça moi ! ».

E8 : « On se dit : « Bah oui, il va savoir manger ! ». On ne s'imaginer pas que ça puisse être si compliqué avant d'avoir un enfant ».

d. Besoin d'accompagnement

Afin d'être rassurées lors de la mise en place de l'AM, les patientes sont en demande d'un accompagnement.

E2 : « C'était surtout d'un point de vue technique, elle m'a dit qu'ils avaient toujours cette question-là (rire) ; « est-ce que j'ai bien positionné l'enfant ? », « est-ce qu'elle va bien boire ? », « est-ce que je vais avoir une montée de lait ? » C'était plein de questions ».

E5 : « Ça n'allait pas trop pour la mise au sein donc j'ai été aidé par la SF à domicile et maintenant cela se passe très bien. Quand on avait des questionnements pour être sûre et rassurée, elle est venue plusieurs fois à la maison ».

E7 : « Heureusement il y a quelqu'un qui a daigné venir m'aider car franchement je n'y comprenais rien du tout ! ».

E8 : « Ils prennent plus de temps en consultation individuelle ou collective de visionner une prise au sein et donc ça permet de eux voir des choses que nous on ne voit pas forcément. Ça m'a aidé car les premières semaines en AM c'est les plus compliquées ».

3) Déception face à leur demande

Certaines patientes cherchent à approfondir leurs connaissances au sujet de l'AM sans avoir de réponse adaptée en retour.

a. Accessibilité des conseils

Certaines patientes ne trouvent pas les informations nécessaires concernant l'AM lors de leurs questionnements. Les informations leur semblent difficilement accessibles si elles ne les recherchent pas d'elles-mêmes.

E1 : « Ca donnait pas spécialement envie d'allaiter parce que y a pas assez d'informations à la jeune maman en début de grossesse ».

E2 : « Pour le premier accouchement, personne ne m'a donné de conseils pour la mise en place de l'AM ».

E3 : « Il n'y a personne qui nous le dit et si on ne cherche pas les réponses à nos questions, on ne le sait pas ! Pendant ma grossesse, il n'y a personne qui ne m'a informé sur la suite des nutritons possibles pour le nourrisson. La SF ne parlait pas de la position du bébé ni d'explications concernant la mastite. La consultation consistait en une prise de poids, écouter son cœur, les mesures... ».

E5 : « Le petit bémol que j'ai eu avec mon suivi gynécologique (...). Je ne savais pas qu'y avait des rdv sur la lactation, que je pouvais avoir 8 séances différentes pour m'instruire entre guillemets, je l'ai su très tard ».

E10 : « Je n'étais pas informée que si la position était mal faite, on allait avoir des crevasses ».

b. Insuffisance des conseils

Lorsqu'elles reçoivent des conseils, elles remarquent parfois une lacune dans la quantité et la qualité des conseils donnés au sujet de l'AM.

E3 : « A la crèche ils ne connaissaient pas l'emballage alors que ce sont des professionnels de santé mais ils n'étaient pas renseignés. Parler d'haptonomie, comment guider bébé pour la sortie, les positions pour détendre les contractions, soulager le dos pour l'allaitement ... Tout ça, je n'ai rien eu... ».

E5 : « J'aurais pu avoir plus d'informations sur les différentes positions pour l'AM tout ça, c'est vrai que ça je le savais pas, ça j'ai appris sur le tas ».

E7 : « Ils sont pro AM, un peu trop même. Ils n'écoutent pas les besoins des mamans, ils écoutent leur ligne, leurs cahiers. Quand j'ai accouché, ils viennent toutes les heures pour la préhension manuelle ».

c. Divergence des avis médicaux

Les patientes mentionnent quelques incohérences entre les sources d'informations, parfois même entre les différents avis médicaux qui ont pu leur être donné.

E2 : « Avec A. on a fait du peau à peau tandis qu'à mon premier accouchement ; dans la gigoteuse ».

E3 : « Toutes les SF disaient des choses différentes ».

E7 : « J'ai eu un peu tout, pleins de sons de cloches, que l'AM c'est bien, que ce n'est pas bien ».

d. Sentiment d'incompréhension

Des difficultés ressenties lors de la mise en place de l'AM les font culpabiliser.

E4 : « Quand on avait été en disant : « Elle pleure beaucoup, elle hurle, ça ne se passe pas bien ». Elle nous a dit qu'un bébé ça pleurait. Oui je veux bien le concevoir mais pas toute la journée ! ».

E7 : « Ils (l'équipe médicale du service après l'accouchement) nous font comprendre qu'on n'est pas capable : « Ah ! Vous n'avez tiré que ça ! ». Ils m'ont fait vachement culpabiliser » ».

e. Sentiment d'abandon et de solitude

L'isolement semble être insurmontable pour une femme qui vient d'accoucher.

E2 : « C'est important d'avoir une aide, de ne pas se sentir seule ».

E3 : « J'avais la sensation d'être folle et un peu seule face à tout ça. Je n'avais pas de femme enceinte autour de moi, je me suis formée sur le tas, seule. Je me suis retrouvée seule, les questions (-réponses) je les ai faites sur internet ».

E8 : « A la maternité, on est très bien encadrée mais c'est vrai que sortie de cette maternité et des premiers jours de retour à la maison, on n'a plus énormément de conseils là-dessus ».

4) Carence de conseils amenant à arrêter l'AM

Lorsque les patientes sont insuffisamment ou mal accompagnées, cela peut mener à un échec de l'AM. A posteriori, une patiente a également regretté de ne pas avoir mis en place l'AM au vu des complications au biberon pour son nourrisson. Un conseil sur l'AM semble donc être utile dans toutes circonstances.

E1 : « On ne m'a rien dit, c'était catastrophique l'accouchement et je sentais qu'elle avait toujours faim, elle réclamait toujours et je sentais qu'elle n'avait rien et ne se nourrissait pas ».

E2 : « C'était compliqué, elle tétait tout le temps, la montée de lait ne se faisait pas donc j'ai complètement lâché l'affaire. Je me suis dit : « Mince ! Je suis en train de la priver de manger donc j'ai dit qu'on arrêta là ».

E3 : « L'AM j'ai laissé tomber car j'étais toute seule, que j'avais mal que je n'étais pas accompagné en fait ».

E4 : « Finalement je regrette, j'aurais peut-être pas eu tous ces problèmes de colique et de reflux aussi rapidement en allaitant ».

5) Evolution du conseil au fil des grossesses

a. Changement de pratique

Lorsque les patientes ont fait l'expérience d'une première grossesse avec un échec de l'AM ou un refus de l'AM, elles souhaitent changer de pratique lors d'une deuxième grossesse avec un accompagnement différent.

E2 : « J'ai voulu retenter l'expérience pour ma deuxième enfant mais être plus accompagnée. J'ai l'impression d'avoir été beaucoup plus soutenue qu'à mon premier, en cinq ans de temps, ça change ».

E3 : « Pour le deuxième, je me suis beaucoup informée pour mettre toute les chances de mon côté, j'ai acheté des coquillages et des crèmes ».

E4 : « Si j'ai un deuxième, je vais tenter l'AM ».

b. Facilité de la mise en place

Lorsque la patiente a déjà eu des grossesses antérieures, il leur semble plus simple de se faire confiance et de mettre en place l'AM.

E3 : « Il ne faut pas se mettre la pression sinon c'est là où ça bloque ».

E8 : « Je n'avais pas de crainte là-dessus, pas d'appréhension car je connaissais. Le conseil le plus important il est là en fait ; de se faire confiance et de le faire comme on le sent en fait ».

E10 : « Je ne m'étais pas mise d'objectif ; si ça marchait, c'était bien, si ça ne marchait pas, c'était le biberon ».

6) Timing inadéquat

Des conseils lui sont apportés par la suite mais les patientes estiment que la préparation à l'AM doit se faire en amont de l'accouchement.

E3 : « C'était trop tard, ce n'était pas maintenant que j'en avais besoin ».

E8 : « Il y avait le MG ou alors la pharmacie pour des questions sur l'AM mais pas avant, je ne sais pas si on se pose forcément les questions ».

C. Obstacles à la consultation chez leur MG

1) Désertification médicale

a. Pénurie de MG

La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Bourbourg Bergues Hondschoote (CPTS BBH) est une zone sous dense en MG, ce qui se ressent dans les témoignages des patientes consultées.

E4 : « Je n'avais pas cette MG ci depuis longtemps donc la relation n'est pas la même ».

E3 : « Ce n'était pas mon MG donc je n'ai pas pu poser de questions sur la nutrition. ». La patiente n'a pas pu obtenir de rendez-vous avec son MG habituel.

E4 : « En fait je n'avais pas besoin de trouver un pédiatre à côté, c'est déjà assez galère d'avoir un MG ».

E10 : « A la PMI ils m'ont dit qu'il n'y avait pas de pédiatre sur place, je me suis retrouvée seule, les questions-réponses je les ai faite sur internet ».

b. Disponibilité des soignants

Cette pénurie de MG se traduit par une augmentation de la charge de travail des MG exerçants. Ils n'ont donc pas suffisamment de disponibilité et de temps à accorder à l'ensemble de la population locale.

E2 : « Le MG m'a répondu : « (...) je n'aurais pas le temps avec la charge de travail qu'on a. Je préfère que vous alliez à MATERLAIT et que vous soyez suivi régulièrement car mes explications seront surement trop brèves ». »

E8 : « En prenant plus le temps aussi car finalement elle a beaucoup de rendez-vous et je pense qu'elle a beaucoup de patients. C'est vrai que quand on y va on doit faire sa liste de course car elle est très active ».

2) Orientation vers un professionnel spécialisé

a. Grossesses à risque

Une grossesse à risque nécessite un suivi spécialisé qui ne peut pas être réalisé par le MG.

E4 : « Elle n'était pas vraiment habilitée à faire ça et elle m'a dit de se tourner vers une gynécologue-obstétricienne ».

E6 : « C'était une grossesse à risque donc j'étais très bien entourée par les SF et les spécialistes j'avais donc beaucoup moins de questions à poser à mon MG ».

b. Considération du rôle du MG

Certaines patientes considèrent qu'il n'est pas nécessaire d'aborder le sujet de l'AM avec leur MG car il s'agit, selon elles, plutôt du rôle de la SF et du gynécologue.

E1 : « C'est plus dans le suivi à l'hôpital, qu'ils abordent le sujet, pas que spécialement de l'AM mais comment nourrir le bébé, ce qu'il a besoin ».

E5 : « Je l'ai consulté pour une consultation pendant la grossesse mais c'était pour un arrêt de travail. Il a demandé comment cela se passait. Pour moi, c'était une consultation de médecine générale, j'étais malade à ce moment-là, je suis venue pour ça, pas pour la grossesse ».

E10 : « Etant donné que c'est une gynécologue-obstétricienne et donc dans ma tête c'est quelqu'un qui est plus centrée sur la grossesse que le MG ».

3) Limites des connaissances médicales

De par le cursus et l'expérience de chaque MG, tous n'ont pas les connaissances attendues par les patientes au sujet de l'AM.

E3 : « Or, le MG n'était pas en mesure de me répondre. Le MG ne savait pas me répondre, quand je lui ai parlé de DME il m'a regardé avec des grands yeux : « Je ne connais pas ! », les questions sur le lait artificiel, il ne savait pas me répondre et l'emballage non plus ».

4) Manque d'informations

Les patientes ne sont pas toujours informées des ressources en place et donc des spécialisations de certains MG.

E6 : « Le médecin, si y a des médecins libéraux qui sont spécialisés en pédiatrie ou AM, je ne connais pas ».

E8 : « Si ça avait été un MG avec une spécialité ça aurait été encore mieux mais je ne savais pas que les MG pouvaient se spécialiser ».

5) Pudeur

Quelques patientes ont mentionné un manque d'aisance pour aborder cette thématique avec leur MG.

E5 : « Déjà je suis quelqu'un de nature à ne pas aller chez le médecin. Et donc aller chez le médecin, juste pour poser des questions, ce n'est pas ma nature ! »

E7 : « Je pensais pas poser de questions à mon MG ».

6) Autosuffisance

a. Pratique naturelle

Une patiente considérait l'AM comme naturel et simple à mettre en place, et n'a donc pas jugé nécessaire de s'informer auparavant.

E2 : « Je n'ai pas eu le réflexe d'en parler avec MG, pour moi cela allait bien se passer et j'allais tout savoir, on allait m'expliquer directement à la maternité, dans ma tête c'était naturel ».

b. Opposition à l'AM

Une patiente estimait que l'AM n'était pas adapté pour elle et n'a donc pas jugé nécessaire de s'informer davantage.

E4 : « Comme je ne souhaitais pas allaiter, je n'en voyais pas trop l'intérêt ».

c. Auto documentation

Certaines patientes estiment que leurs informations sont suffisantes, que ce soit par l'auto documentation ou par l'échange avec leur entourage.

E4 : « Je ne me tournerais pas facilement vers le MG pour des questions sur mon bébé parce qu'en fait j'ai un cercle dans le médical et des adresses qui peuvent m'aider facilement ».

E7 : « Après voilà je me renseignais beaucoup donc je n'avais plus rien à demander ».

d. Expérience personnelle

Certaines patientes, ayant vécu plusieurs grossesses, ont privilégié leur expérience personnelle qui les amène parfois à un changement de pratique.

E2 : « Au premier accouchement, je n'étais pas bien aiguillée, je n'ai pas trouvé ça hyper aidant. Je me suis donc d'abord renseignée avec la SF et ensuite j'ai posé des questions à mon MG à ma deuxième grossesse ».

E8 : « Avec mon deuxième enfant, j'ai appris pleins de trucs sur la nutrition parce que j'ai cherché, que j'ai rencontré pleins de gens, que j'ai posé des questions ».

D. Rôle attendu du MG

Les patientes estiment que le MG a un rôle à jouer dans leur AM. Lors des entretiens, j'ai pu retranscrire une certaine idée de ce qu'elles attendaient du rôle du MG dans le conseil au sujet de l'AM.

1) Bases de la relation MG-patiente

a. Ecoute active

Le MG doit savoir écouter avec attention afin de saisir chaque détail, verbal ou non, exprimé par la patiente.

E7 : « Mon MG sait se poser et écouter ; être efficacement à l'écoute ».

E8 : « C'est aussi de l'écoute et de la bienveillance qui doivent faire foi avant de donner les conseils en fait ».

E10 : « C'est vrai que le MG a été très à l'écoute et très alerte là-dessus ».

b. Communication

L'apport technique par des documents n'est pas suffisant et nécessite d'en discuter au travers d'une conversation avec le MG.

E3 : « Il m'avait donné une feuille : « A tel âge, c'est autant, mois par mois » mais il m'avait juste balancé ça comme ça donc j'ai vite laissé tomber car je devais lire entre les lignes ».

E7 : « Elle m'en a parlé de l'AM, je lui ai dit que j'allais le faire et que je n'étais pas prise de tête ».

E10 : « C'était une conversation sur l'AM ; « Pourquoi le faire ? Pourquoi je veux le faire ? ». C'était un peu plus agréable, ça permettait de bien y réfléchir, pas juste quelqu'un qui nous dit « Si vous allaitez, faut faire comme ci, comme ça et voilà point » ».

c. Décision partagée

La communication doit surtout aiguiller la patiente pour qu'elle puisse prendre sa propre décision en lui laissant donc son libre arbitre.

E1 : « Elle m'a dit que c'était la meilleure alimentation possible mais jamais en forçant ».

E8 : « Elle ne donnait pas de conseils spontanément, elle m'a juste demandé ce que je voulais faire mais après, elle suivait mon choix ! ».

d. Relation de confiance

La confiance favorise la démarche de consultation de son MG dans le cadre de l'AM.

E1 : « On est plus proche de son MG que d'une SF ou d'un gynécologue qu'on ne verra que pendant quelque mois pendant la grossesse, le MG on l'a soit depuis des années ou on l'aura pendant des années donc , on est un peu plus confiant, un peu plus à l'aise ».

E6 : « C'était mon MG, je le connais bien, je lui aurais demandé, ça c'est clair donc j'estime qu'il aurait un rôle à jouer ».

E7 : « Déjà ils nous connaissent un peu plus donc ma MG, déjà elle tutoie et tout, donc c'est beaucoup plus familier ».

e. Soutien

Certaines patientes ont besoin d'être soutenues moralement et rassurées dans leur démarche.

E2 : « En fait j'avais besoin d'être rassurée au vu de mon premier essai d'AM lors de ma première grossesse. C'était basé la dessus ».

E3 : « Mais il n'y a que le MG qui a su être à l'écoute et m'orienter un peu plus sur la nutrition. Elle m'a dit faites-vous confiance, elle était très rassurante ».

E7 : « J'avais l'impression de pas satisfaire au niveau alimentaire ma fille. J'avais été voir le MG et il m'avait dit qu'il fallait juste prendre du recul et que ça allait aller mieux ».

E10 : « C'est vrai que elle ne peut pas avoir réponse à tout mais au moins on a les premières infos pour se rassurer, c'est important de se rassurer dans un premier temps avant d'avoir d'autres conseils ».

f. Empathie

La consultation doit être accompagnée de la dimension émotionnelle où elles ont le sentiment d'être comprises.

E1 : « J'ai parlé sur le ressenti parce que j'avais dit que allaiter en public je n'étais pas trop à l'aise ».

E3 : « Je me suis effondrée et me suis dit : « Enfin quelqu'un qui me comprends ! ».

E7 : « J'allais me faire confiance et elle m'a dit c'est ce qu'il faut faire. Elle me disait ; « De toute façon les mamans qui y arrivent le mieux, ce sont celles qui ne sont pas stressées donc ça marchera » ».

E8 : « (...) Qu'il m'aide à savoir ce que je devais faire ! ».

g. Posture thérapeutique adaptée

Par sa connaissance du dossier médical et des antécédents de ses patientes, le MG adapte sa posture.

E7 : « C'est ça les avantages avec le MG, il connaît notre dossier et notre passé puis il suit l'enfant de A à Z ».

E8 : « Elle sait que quand je viens, je ne viens pas pour rien en général. Quand je lui ai expliqué elle était effarée. C'est à nous de le sentir, ce n'est pas un premier ! On ne s'inquiète pas pour rien. C'est ce que je disais ; c'est la proximité ».

E10 : « Ils ne jugent pas car ils connaissent. Elle m'a posé les questions et par rapport à mes réponses, elle a vu que y avait pas trop d'inquiétudes ! ».

h. Expérience personnelle

Certaines patientes avouent que la situation personnelle de leur MG favorise la proximité.

E2 : « Je savais qu'elle avait un diplôme universitaire d'AM, de plus c'est une femme avec des enfants, du coup c'est peut-être plus simple de pouvoir en discuter. Je pense qu'il y a un facteur ».

E8 : « Mais bon oui si elle avait une spécialisation là-dedans ce serait bien, en plus ça reste une maman, elle a un vécu ».

2) Professionnalisme

a. Spécialisation

Les patientes, lorsqu'elles sont enceintes, sont à la recherche d'un MG qui possède les compétences nécessaires par une spécialisation afin de leur donner des conseils au sujet de l'AM.

E3 : « D'être plus formé sur l'AM serait une bonne chose et notamment de mettre un rendez-vous avant d'accoucher pour en parler. Donc je me suis dit que pour un enfant je voulais des réponses à mes questions donc on a changé de MG ».

E4 : « Si elle n'avait pas eu de côté pédiatrique, je ne l'aurais pas prise ».

E8 : « Le mieux c'est d'avoir quelqu'un qui est diplômé en allaitement pour savoir répondre à toutes les questions ».

E10 : « Et donc si vous n'êtes pas formés à l'AM alors que, à 3 ou 4 mois, j'ai des questions ou d'un seul coup ça ne se passe plus bien ... C'est gênant ».

b. Formation continue

Il leur paraît important de se tenir informé des actualités sur les nouvelles pratiques.

E3 : « Or le MG que j'avais à l'époque ne savait pas me répondre, quand je lui ai parlé de DME (Diversification alimentaire Menée par l'Enfant), il ne savait pas me répondre et l'emballage non plus ».

E10 : « Il faut se former sur ça car ce sont les nouvelles choses de maintenant ».

3) Rôle de premier recours

Les MG reçoivent les patientes pour un premier diagnostic, le rôle de premier recours est la compétence essentielle exercée par les MG.

a. Accessibilité

Les patientes se sentent majoritairement proches de leur MG.

E3 : « Car la première personne qu'on côtoie si on a un petit souci , à part si on a un truc grave, c'est le MG. Je me tourne vers elle, c'est elle ma figure référent ».

E4 : « L'allergologue n'est pas aussi accessible comme l'est le MG ».

E7 : « Quand j'y vais c'est que vraiment j'ai des questions et que j'ai besoin d'aide à ce moment-là ».

E8 : « Même si, sur des cas particuliers, ça demande plus d'investigations ou de recherches, au moins on a les premières infos pour se rassurer ».

E10 : « Après si c'est pour attendre des RDV, si un MG était plus doué dans ce domaine-là, ça serait plus simple que d'aller voir de multiples spécialistes ».

b. Disponibilité

Dans la mesure du possible, le MG se rend rapidement disponible au besoin des patientes.

E3 : « Ma MG est rassurante, je sais que si j'ai un souci elle sera là pour répondre ».

E4 : « On a pris un rendez-vous car ça n'allait pas du tout avec notre petite. Parce que c'est vrai que c'était un peu galère au niveau des laits. Elle nous a conseillé de changer donc on a changé ».

E8 : « J'avais rencontré tellement de misère pour avoir ces rendez-vous avec ces particuliers et du coup c'est toujours bien d'avoir entre deux le MG pour faire un point. C'est ce que je disais c'est la proximité finalement ».

c. Polyvalence

Pour les patientes, le MG est multidisciplinaire dans le domaine de la santé.

E2 : « Pour moi on peut parler de tout car il touche à tout ».

E3 : « Il y a des SF qui vont très bien faire le job et d'autres, non, tout comme les MG. Cela dépend sur qui on tombe. Si c'est le cas c'est important d'avoir un MG qui puisse répondre aux questions ».

E6 : « Vous devez être, euh, polyvalent. Les MG doivent passer par toutes spécialités ».

E10 : « Le MG est important sur tout. On est censé répondre à toutes les questions quand on est MG ».

4) Suivi des soins

C'est la capacité à instaurer une relation de suivi et d'accompagnement dans la continuité des soins.

a. Coordination

Le MG a un carnet d'adresses qui permet l'orientation des patientes afin qu'elles obtiennent la meilleure information.

E2 : « On voit des affiches, même dans l'hôpital, de MATERLAIT mais on n'est pas à se dire on va appeler à MATERLAIT, c'est de bouche à oreille avec le conseil d'un professionnel. Donc pour moi, c'est important d'être orienté par son MG ».

E8 : « Là on est parti aussi dans des trucs pointus et donc là elle ne savait plus forcément me répondre ; elle m'a orienté ».

E10 : « Je trouve ça important si la personne ne peut pas le faire d'orienter vers d'autres personnes qui vont pouvoir donner des solutions adaptées ».

b. Continuité des soins

Le MG doit assurer une relation de suivi et d'accompagnement pour ses patientes.

E2 : « Car je connais ma MG depuis six ou sept ans et donc il y a une relation de confiance. Je m'étais dit je vais le faire avec elle le suivi de l'AM car je la vois plus régulièrement que la SF ».

E3 : « Pour moi la SF, c'est grossesse et rééducation du périnée et ensuite la relève, c'est le MG ».

E7 : « Elle était beaucoup là après la grossesse il y avait pas mal de conseils à demander ».

E8 : « Elle m'a orienté mais je l'ai toujours tenue informé parce que c'est le rôle de suivi du MG ».

DISCUSSION

I. DESCRIPTION DE MA POPULATION D'ETUDE

Les critères d'inclusion étaient :

- Etre une mère allaitante ou non, ayant consulté son MG lors de leur grossesse.
- Être dans la première année de leur nourrisson.
- Avoir son MG exerçant dans la CPTS Bourbourg Bergues Hondshoote
- Avoir son MG depuis au moins 9 mois.

II. LIMITES DE L'ETUDE

Toute recherche comporte des limites.

A. Biais enquêteur

De par ma profession de MG, les patientes ont pu naturellement s'auto-restreindre dans leur propos vis-à-vis du rôle et de leur rapport avec leur MG. Cependant, le sujet de ma thèse n'étant pas dévoilé et les questions étant ouvertes, je n'ai pas ressenti de retenue dans leur propos.

Au départ, mon manque d'expérience à mener des entretiens a pu introduire un biais de subjectivité. Néanmoins, l'évolution du guide d'entretien a permis d'améliorer la fluidité et les investigations en fonction du retour des premiers entretiens.

Etant seule à mener les entretiens, cela a pu me conduire à un biais d'interprétation personnelle des résultats. Pour y remédier, une analyse indépendante et une triangulation des données a permis de garder plus d'objectivité dans l'interprétation des résultats.

B. Biais de mémorisation

Les entretiens s'intéressant à la période avant l'accouchement, ou les débuts de l'AM, les patientes ont dû faire appel à leurs souvenirs, incluant donc un biais de mémorisation.

Certaines patientes ont réalisé l'entretien avec leur nourrisson ou leurs enfants à proximité, parfois source d'interruption du fil de la conversation. Ce biais de concentration pouvait parfois amener à un manque de précision dans les faits relatés par la patiente.

C. Biais de recrutement

Le biais de recrutement est présent sous plusieurs aspects.

La zone d'étude se focalise sur la CPTS BBH dans le but de créer un projet local. L'échantillon étant axé sur des patientes de cette zone précise, l'échantillon n'est donc pas représentatif de l'ensemble de la région Hauts de France ni extrapolable à celle-

ci. En effet, cet échantillon permet de connaître les besoins de la population au sujet de l'AM afin d'aboutir à un travail en réseau pour améliorer nos compétences.

De plus, le recrutement des patientes a été réalisé grâce aux MG de la CPTS BBH. Cette zone étant sous médicalisée, le manque de disponibilité des MG n'a pas permis de recruter leur patientèle. Néanmoins, les patientes incluses habitaient des secteurs variés du territoire permettant une bonne représentation de la population de la CPTS BBH.

On retrouve également une proportion plus importante de femmes dans les MG recruteurs. Celle-ci peut sembler logique étant donné la féminisation de la profession. Cependant, la majorité des patientes recrutées ayant une MG femme, les résultats ont pu être biaisés par une relation MG-patiente différente. Je n'ai volontairement pas exclu les médecins généralistes ayant un DU LHAM, plus sensibilisées et impliquées, afin de connaître les opinions des patientes à ce sujet.

Dans mes critères d'inclusion, les patientes ayant eu des grossesses à risque n'ont pas été exclues. Celles-ci ont un suivi spécialisé au cours de leur grossesse mais cela n'écarte pas qu'elles puissent également obtenir des conseils au sujet de l'AM auprès de leur MG.

III. FORCES DE L'ETUDE

A. Choix de la thèse qualitative

Cette thèse s'intéresse au ressenti des patientes sur la place qu'elles accordent à leur MG vis-à-vis du conseil sur l'AM. L'objectif n'était pas d'obtenir une quantité importante de données pour définir le « combien », mais d'obtenir des données de fond permettant de comprendre le « comment ». La méthode qualitative était donc la plus appropriée pour ce type de recherche.

B. Neutralité

N'ayant pas de vécu personnel de l'AM ni de spécialisation dans ce domaine, j'ai pu conduire les entretiens de manière neutre sans influencer involontairement les réponses des patientes consultées.

Pour garder cette neutralité au fil des entretiens, le recueil des données a été obtenu par standardisation à l'aide d'un guide d'entretien évolutif avec des questions ouvertes. La problématique traitée par la thèse n'était pas immédiatement dévoilée aux patientes, afin de ne pas influencer leurs premières réponses.

C. Liberté d'expression

Afin de favoriser une expression plus libre des patientes recrutées, une fiche d'inclusion avait préalablement été remplie certifiant l'anonymat des entretiens. Le lieu était préalablement choisi par la patiente lors de notre première prise de contact afin qu'elle se sente en confiance lors de l'entretien.

Les entretiens se sont déroulés de manière individuelle, favorisant la liberté d'expression et le temps de parole alloué à chaque patiente.

D. Analyse approfondie des résultats

L'analyse a posteriori des situations personnelles des participantes a également permis de s'assurer de la diversité des profils, afin d'éviter un biais de sélection.

Le codage a été réalisé par une personne de MG et une personne externe, de manière indépendante, et une triangulation des données a permis de garder plus d'objectivité dans l'interprétation des résultats.

La thèse a été relue par plusieurs personnes afin d'éviter l'effet tunnel et d'être compréhensible de tous.

IV. DISCUSSION SUR LES PRINCIPAUX RESULTATS

A. Ressenti au sujet du conseil sur l'AM

1) Moment du choix

D'après les résultats de mon étude, les patientes souhaitent obtenir des conseils lorsqu'elles désirent concrétiser un projet d'AM. Le moment du choix est déterminant pour la décision et la durée de l'AM.

Selon les études sur le sujet, le moment du choix pour l'AM se situe avant la grossesse pour plus de la moitié des mères. Les résultats d'une enquête ont montré que ce choix s'exprimait majoritairement comme personnel et indépendant des pressions extérieures pour 62 % des femmes (dont 40% expriment une décision réfléchie et 22% un sentiment d'évidence). Un lien entre la précocité du choix et la durée de l'AM semblait établi puisque les choix qui se faisaient en cours de grossesse ou à l'accouchement correspondaient à un abandon rapide de l'AM. [15]

La loi s'est même interrogée sur le fait de rendre obligatoire l'information sur les bénéfices de l'AM lors de l'avant dernier examen prénatal. [16] L'accompagnement par le MG doit donc être privilégié en amont du projet de grossesse lorsque cela est possible, et a minima en amont de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP). Celui-ci existe depuis 2007 mais étant trop peu suivi (28,5% selon l'enquête nationale périnatale de 2016), il a été rendu obligatoire depuis mai 2020. [17]

2) Abondance d'informations

Selon mon étude, les patientes s'informent au travers d'une multitude de sources. Majoritairement, leurs informations viennent de la SF, par le biais de cours collectifs. Ainsi, peu de patientes se renseignent d'elle-même auprès du MG concernant la mise en place de l'AM. C'est un sujet le plus souvent abordé par le MG lui-même. En s'intéressant aux patientes de mon étude ayant mentionné un ressenti mitigé, celui-ci venait principalement d'une abondance de sources d'informations, parfois contradictoires. Les sources fiables ne sont pas souvent connues des patientes.

Ce ressenti est souvent mentionné, comme c'est le cas dans l'étude de Jodelet, où seulement un tiers des femmes allaitantes portait intérêt au support fourni par le milieu médical. Dans cette étude, les femmes mentionnaient soit un manque de soutien dans les premiers jours suivant la naissance, soit des avis contradictoires au sein des équipes. [15]

Sur l'échantillon des patientes de mon étude, on peut faire le lien entre ce ressenti de manque de soutien et de clarté des informations avec l'arrêt de leur AM. Ainsi, l'arrêt de l'AM survient majoritairement lors du retour à domicile, lorsque l'accompagnement est moins présent.

Cette observation est cohérente avec les conclusions de l'étude Epidémiologie en France de l'Alimentation et de l'état Nutritionnel des Enfants pendant leur première année de vie (EPIFANE) et de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016 qui ont mis en place un système national de surveillance de l'alimentation des enfants. Elles ont montré que le taux d'AM exclusif initié à la maternité passait de 56,3% à 34,4% à

deux mois. 30,2% des femmes déclarent avoir reçu un soutien par des professionnels de santé pour des problèmes liés à leur AM depuis la sortie de la maternité. Ce soutien a été apporté soit lors de visites à domicile (72,2%), soit lors des consultations (62,9%), soit par téléphone (30,1%). Elles sont cependant 16,8% à déclarer ne pas avoir reçu de soutien alors que cela aurait été utile. Parmi les femmes ayant arrêté l'AM, 27,7% ont arrêté dans les sept premiers jours de vie de leur enfant, 28,2% entre 8 et 21 jours, 32,2% entre 22 et 45 jours. [18]

3) Facteurs déterminants à connaître dans l'AM

L'Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance (ELFE) [19] ainsi que le Plan d'Actions du Pr Turck [12] démontrent que plusieurs facteurs associés au suivi de la grossesse sont déterminants dans l'initiation et la durée de l'AM.

Dans les facteurs ayant une association positive avec la durée de l'AM, nous retrouvons notamment la grossesse planifiée, l'intention prénatale d'allaiter, la décision précoce, la participation à des cours de préparation à la naissance, la tétée dès la première heure et l'absence de difficultés d'AM.

A l'inverse, nous retrouvons comme facteurs ayant une association négative le défaut de formation et le manque de soutien des professionnels de santé.

La plupart des facteurs sont donc liés à la mère. Il est utile d'en tenir compte afin de proposer des conseils adaptés aux besoins de la patiente.

4) Accompagnement médical nécessaire

Le manque de connaissances de certains professionnels de santé au sujet de l'AM n'est pas favorable à un soutien optimal. Une patiente consultée s'est même sentie incomprise dans sa démarche d'AM et n'a pas trouvé la possibilité de parler de son ressenti aux professionnels de santé. Ceci est connu pour être une des causes de non initiation ou d'arrêt de l'AM.

Dans une revue publiée par la Cochrane Library, les effets de différentes stratégies de soutien (anténatale et/ou en post-partum) sur la durée de AM ont été évalués. Celle-ci conclut à un bénéfice certain de toutes les formes de soutien sur la durée de l'AM. [20]

5) MG sollicité lors des complications

On remarque dans mon étude que peu de patientes se renseignent d'elle-même auprès du MG concernant la mise en place de l'AM mais elles en ressentent le besoin lors de l'apparition de complications. Une des patientes notifie qu'il est souvent tard pour un conseil de promotion à ce moment-là.

La thèse de Camille Aubert [21] portant sur les déterminants des difficultés d'AM à six mois fait le lien avec un risque de sevrage significativement plus élevé. Les difficultés évoquées comme les crevasses, mastites ou insuffisances de lait sont généralement la conséquence d'une conduite inadaptée de l'AM. Des conseils peuvent remédier à ces difficultés et souligne que l'accompagnement par les professionnels de santé est essentiel pour la poursuite de l'AM. [22]

B. Raisons de la non-consultation du MG

1) Zone sous médicalisée

D'une part, les patientes mettent en avant que la CPTS BBH est dans une zone sous-dense en MG rendant son accès difficile. [23] D'autre part, la charge de travail des MG étant importante, cela se traduit par une réduction de la disponibilité lors des consultations, généralement plus courtes pour pouvoir répondre à la sollicitation de l'ensemble des patients.

2) Formation des professionnels

Des mesures de santé publique ont été prises pour améliorer les taux d'AM. Parmi ces mesures, les recommandations intitulées « Dix conditions pour le succès de l'allaitement » publiées en 1998 par l'OMS, on retrouve la formation des professionnels de santé, la préparation pré natale ainsi que la prolongation du soutien par les services de santé. [24]

Les incohérences d'informations des professionnels de santé mentionnées par les patientes consultées traduisent les limites des connaissances des MG au sujet de l'AM. La thèse de Rachel Baudoin fait justement le rapprochement du sentiment de manque de formation qui restreint les patientes à consulter leur MG. [25]

Concernant les études de Médecine dispensées par l'Université de Lille 2, le volume horaire d'enseignement théorique dédié à l'AM est de 4 heures de cours collectifs durant les 6 années d'Externat. Lors de l'Internat, l'AM est uniquement abordé par des recherches personnelles et lors des stages. Ce constat fait écho à une étude récente de 2023 dressant un état des lieux de la formation initiale de l'AM dans les filières des professions de santé d'Île-de-France. L'étude tend à démontrer que tous les professionnels de santé n'ont pas tous un socle commun suffisant de compétences de base pour réaliser la promotion et le soutien de l'AM. [26]

Sur les patientes consultées par la thèse d'Elodie Bellenger, 92% des Internes en MG reconnaissent manquer de compétences dans la prise en charge de l'AM et 60% des Internes de MG ayant été consultés par des femmes allaitantes ou souhaitant allaiter avouaient avoir eu des difficultés à les prendre en charge. [27]

La thèse de Manuelle Auclair conclue à la formation insuffisante en France, puisque 66% des médecins interrogés n'ont bénéficié d'aucune formation. Pour le tiers restant, celle-ci se révélait le plus souvent inférieure ou égale à 2h, une durée insuffisante pour enseigner les bases minimales à la bonne gestion d'un AM au cabinet. La place de la formation continue restait elle aussi faible, puisque seulement un tiers des professionnels s'étaient formés sur l'AM depuis leur installation. [28]

3) Recherche de spécialisation

Dans mon étude, les patientes étaient en recherche de conseils avisés qu'elles trouvaient davantage auprès d'un professionnel de santé formé à l'AM.

Comme évoqué précédemment, de par leur cursus et leur expérience personnelle, il est vrai que les MG n'ont pas tous la même compétence au sujet de l'AM.

Cependant, la plupart des patientes n'étaient pas informées des ressources existantes, notamment la spécialisation de certains MG qui ont complété leur formation initiale avec des Formations Médicales Continues.

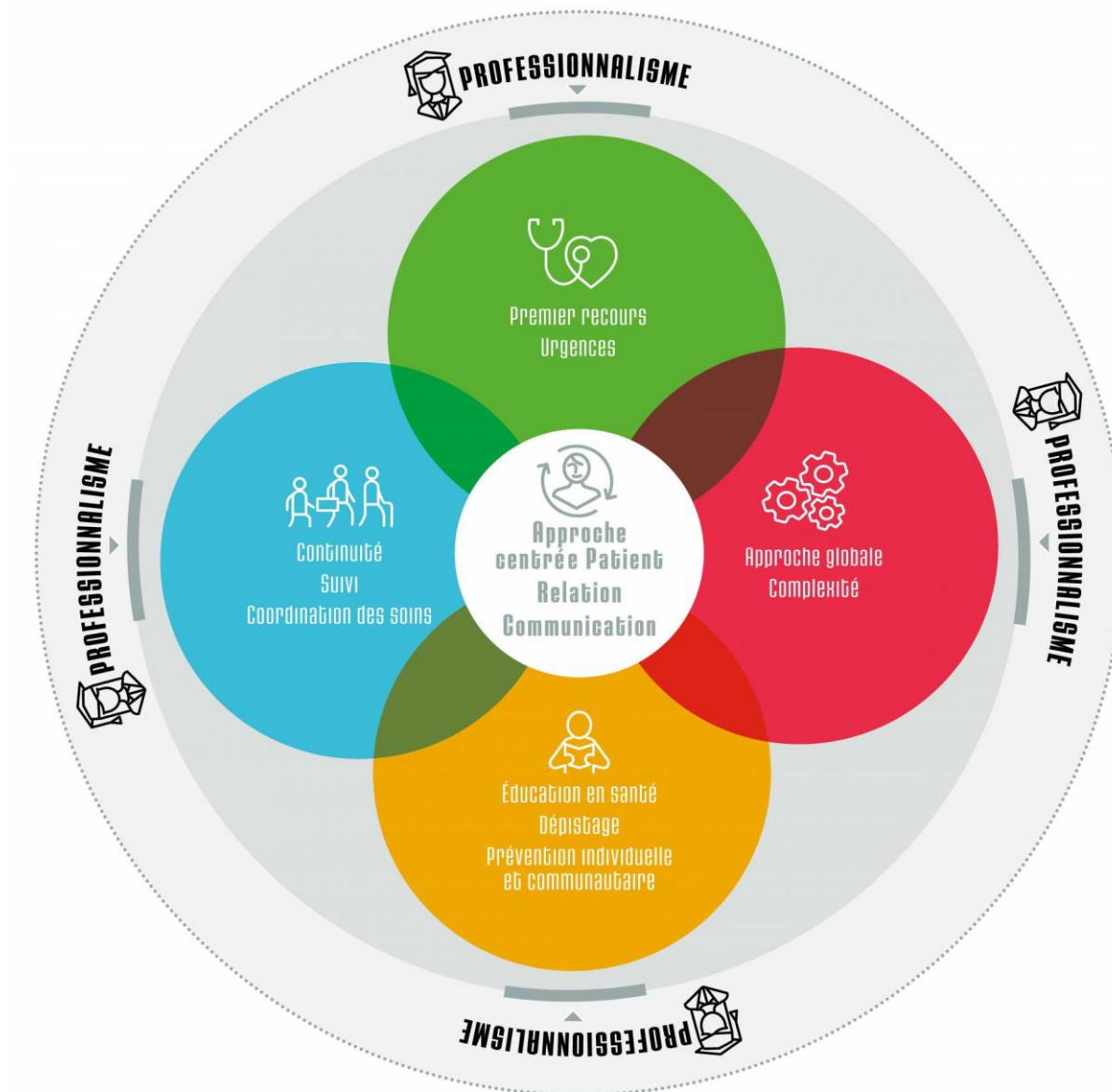
Dans ce cadre, le Diplôme Universitaire « Lactation Humaine et Allaitement Maternel » (DU LHAM) est un enseignement médical approfondi concernant les pratiques liées à la lactation humaine. Il est disponible sous un format de 24 heures en présentiel à l'Université de Lille II associées à 96h en e-Learning. [29]

La thèse de Marlène Ménard-Ruiz montre que les MG ayant suivi une Formation Médicale Continue sont les professionnels les mieux formés concernant la prise en charge des complications de l'AM. [30]

La Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM), association à but non lucratif qui œuvre à la protection de l'AM, cite dans ses 10 messages de promotion de l'AM que tous les professionnels devraient suivre des formations spécifiques (médecins, sages-femmes, gynécologues, pédiatres, puéricultrices, pharmaciens...). Cette formation doit être initiale pendant les études, puis continue en utilisant les moyens actuels. [31]

C. Place accordée par les patientes aux MG

L'étude qualitative du rôle attendu du MG par les patientes au sein de la CPTS BBH met en évidence les compétences requises à la fin du Diplôme d'Etude Spécialisées (DES) de MG. L'ensemble des attendus évoqués par les patientes consultées peut se retrouver dans les 6 catégories de la Marguerite des Compétences. [32]



1) Approche centrée patiente

Cette dimension est placée comme compétence centrale en interaction avec les 5 autres compétences. Elle représente la capacité à communiquer et d'avoir un relationnel approprié avec la patiente. On remarque dans mon étude que la confiance favorise la démarche de consultation de son MG dans le cadre de l'AM. D'après les patientes consultées, l'une des compétences du MG est l'écoute active. En effet, le MG doit savoir écouter avec attention afin de saisir chaque détail, verbal ou non, exprimé par la patiente. Elles précisent que l'apport technique par des documents n'est pas suffisant et préfère discuter de l'AM au travers d'une conversation avec le MG.

La communication doit surtout aiguiller la patiente pour qu'elle puisse prendre sa propre décision en lui laissant donc son libre arbitre. En cohérence, la thèse d'Elodie Carric s'intéresse à la représentation de l'AM chez les MG et souligne la nécessité de neutralité et la préoccupation de ne pas culpabiliser les patientes. [33]

Les patientes consultées lors de mon étude recherchent un MG faisant preuve d'empathie. Ainsi, la consultation doit être accompagnée de la dimension émotionnelle où elles ont le sentiment d'être comprises. Notamment, certaines patientes ont besoin d'être soutenue moralement et rassurée dans leur démarche.

De plus, les patientes consultées confient que la situation personnelle ainsi que le vécu de leur MG favorise la proximité. En ce sens, la thèse d'Amandine Legrand montre que l'expérience personnelle d'AM change la pratique des MG. Ils abordent plus spontanément et aisément l'AM en consultation. La thèse conclue que le vécu des MG leur a permis d'approfondir leurs connaissances techniques ainsi que d'apprendre à conseiller et orienter les patientes. [34]

2) Approche globale et complexité

C'est la compétence de prendre en charge la patiente dans la globalité. On remarque dans mon étude que par sa connaissance du dossier médical et des antécédents de ses patientes, le MG adapte sa posture, ses choix ainsi que sa communication.

3) Premier recours

Dans la définition, le premier recours est la compétence essentielle de soins primaires du MG à gérer en urgence les problèmes indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, de manière contextualisée, avec accessibilité et disponibilité. En effet, ce sont les MG qui reçoivent les patientes pour établir un premier diagnostic. Dans la mesure du possible, le MG se rend rapidement disponible au besoin des patientes. Pour elles, le MG est multidisciplinaire dans le domaine de la santé, et doit donc savoir répondre à toute question. Les patientes consultées se sentent majoritairement proches de leur MG et cette accessibilité contribue à davantage aborder les sujets personnels.

Pourtant, la thèse de Rachel Baudouin, dont le thème était de déterminer si les mères consultaient leur MG lors de difficultés liées à l'AM, met en évidence que sur les 88% des femmes qui recherchaient de l'aide pour l'AM, seulement un tiers auprès du MG, malgré le fait que 82% d'entre elles l'ait consulté au cours de leur grossesse. [26]

4) Professionnalisme

Les patientes consultées lors de mon étude souhaitent obtenir des conseils plus cohérents et complets sur cette étape particulière de la vie qui leur procure parfois une certaine anxiété, notamment lors d'une première grossesse. Lors de leur grossesse, elles sont donc à la recherche d'un MG qui possède les compétences nécessaires par une spécialisation afin de leur donner des conseils avisés au sujet de l'AM.

D'après la déclaration conjointe des Nations Unies: « L'AM permet à un enfant à bénéficier du meilleur état de santé possible, tout en respectant le droit de chaque mère de prendre une décision éclairée sur la façon de nourrir son bébé, sur la base d'informations complètes, fondées sur des données probantes et en disposant du soutien nécessaire pour lui permettre d'appliquer son choix ». [35] L'AM est donc une question de droits humains tant pour l'enfant que pour la mère. Les femmes ont le droit à des informations précises fondées sur des connaissances scientifiques prouvées, nécessaires pour faire un choix éclairé en matière d'AM.

L'étude de Michaël Wimmer démontre que les consultations précoces de soutien de l'AM avec le MG n'ont pas favorisé l'allongement de la durée de l'AM étant donné le manque de formation des MG. Donc une formation complémentaire des MG spécifiques à l'AM paraît essentielle pour participer à promouvoir et soutenir l'AM. [36].

5) Education en santé et prévention

Dans la définition, c'est la capacité à accompagner la patiente dans une démarche d'autonomie pour maintenir et améliorer sa santé en favorisant la prévention. En ce sens, par les nombreux avantages qu'apporte l'AM sur la santé la promotion de l'AM est un point clé.

Selon les patientes consultées lors de mon étude, les dispositifs pour promouvoir l'AM existent mais ne sont pas encore assez nombreux et la promotion de l'AM n'est pas satisfaisante. En réalité, de nombreux dispositifs existent mais ne sont pas systématiquement connus, et peuvent manquer d'uniformité dans les recommandations. Le Rapport « Plan d'action : Allaitement maternel » du Professeur Turck en 2010 définit des objectifs d'une politique de promotion de l'AM [12], au travers d'actions concertées et coordonnées, afin d'informer les familles de l'importance de l'AM et de leur procurer les connaissances de base pour la conduite de l'AM.

Par exemple, la WABA (World Alliance for Breastfeeding Action ou Alliance Mondiale pour l'Allaitement Maternel) organise la première semaine d'août la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM) relayée par la CoFAM en France et organisée la troisième semaine d'octobre. [37-38] Il pourrait donc être utile de mettre en avant celles-ci lors des consultations.

Les entretiens réalisés avec les patientes font ressortir un besoin d'accompagnement en période pré, péri et post natale. Déjà dans ce cadre, une déclaration de l'OMS de 1989 motivait les institutions à créer des politiques d'encouragement de l'AM pendant la période péri natale, consistant à former les professionnels de santé au sujet de l'AM [39]. Une étude évaluant des interventions destinées à des femmes ayant l'intention d'allaiter a en effet montré que l'intervention prénatale augmentait le taux d'AM à 1

mois et qu'associée à un soutien postnatal, elle augmentait significativement la durée de l'AM. [40]

L'Entretien Prénatal Précoce (EPP) se fait en individuel ou en couple, il constitue un temps d'échanges pour faire le point sur le projet de naissance. [17] La thèse de Camille Peloso montre l'intérêt que portent les MG à l'EPP malgré le manque de temps représentant un vrai frein. Néanmoins, les MG qui ont fait l'expérience de l'EPP s'accordent à dire que ce temps d'échange est intéressant et pertinent concernant notamment les questions en dehors du cadre somatique. [41]

Depuis le 1er juillet 2022, un Entretien Post-Natal Précoce (EPNP) vient lui répondre et est aussi obligatoire pour les mères entre la quatrième et la huitième semaine du post-partum. La mise en place de cet EPNP fait suite aux nombreuses demandes des professionnels de la périnatalité et représentants des usagers. [42] Il entre dans le cadre du programme "Les 1000 premiers jours" lancé par l'UNICEF, il permet d'identifier les facteurs favorables au développement de l'enfant afin d'accompagner les familles tout au long des 1000 premiers jours. Destiné à repérer très tôt les premiers signes de dépression du post-partum, il peut aussi être le moment de soutenir l'AM. [43]

6) Continuité, suivi et coordination des soins autour de la patiente

Comme évoqué par les patientes consultées, le MG est en mesure d'assurer une relation de suivi et d'accompagnement des soins. Lorsque les connaissances du MG sont limitées sur le sujet de l'AM, les patientes de mon étude souhaitent que le MG les oriente afin d'obtenir l'information la plus adaptée à leurs besoins.

Les CPTS ont été créés par l'ARS afin de fluidifier le parcours de soins pour les patients. Elles sont constituées de l'ensemble des acteurs de santé tels que les professionnels de santé de ville, les établissements de santé, les services sociaux ou médico-sociaux, qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre aux problématiques en matière de santé qu'ils ont identifiées. [44] Les CPTS sont donc conçues pour aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs actions. Leurs missions sont de favoriser la continuité du parcours de soins ainsi que d'initier des actions territoriales de promotion de la santé en fonction des besoins. [45] Les patientes consultées ont parfois déploré des incohérences entre les différents avis médicaux qui ont pu leur être donné. Le fonctionnement des CPTS permet d'uniformiser le discours et les pratiques, et d'assurer une continuité au niveau du suivi.

La connaissance de l'existence de tels réseaux orienterait davantage les patientes vers ce regroupement de professionnels compétents sur le sujet. En cas de problème ou complexité, les patientes auraient d'autres solutions que de s'auto-informer sur des sources non fiables tels que les réseaux sociaux, et pourraient donc privilégier cet accompagnement pour y trouver les réponses. Afin de faire connaître l'existence de tels réseaux, la fondatrice de la plateforme « Vanilla Milk » met à disposition une carte regroupant les différents acteurs de l'AM, afin de permettre aux parents de trouver facilement les ressources compétentes près de chez eux. [46]

V. PERSPECTIVE

On remarque que les patientes de mon étude ont beaucoup d'informations à leur disposition. Pourtant, l'accompagnement ne leur semble pas toujours efficient et elles peuvent se sentir perdues.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a notamment pour mission de promouvoir la démarche d'évaluation dans le domaine des stratégies de prise en charge des patients en élaborant des recommandations professionnelles. Leur mise en application contribue à une amélioration de la qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources. [47]

Les initiatives de soutien sont plus nombreuses. En comparant les textes des années 2000 avec les années actuelles, on peut remarquer que des initiatives ont été mises en œuvre au niveau du milieu hospitalier avec les IHAB (Initiative Hôpitaux Amis des Bébé(s)). Après la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF sur l'AM, l'IHAB est une démarche fondée en 1992 destinée aux soignants des maternités qui favorise l'accompagnement de l'AM. [13] Il s'agit de la stratégie internationale ayant démontré le plus d'efficacité sur le taux d'initiation et la durée de l'AM.

Cependant, les besoins exprimés par les patientes sont toujours présents et cela rend évidente une coopération de la part des MG à travers le projet de la CPTS. En se basant sur mon étude, un projet de soin pourrait être créé afin de répondre aux besoins de la population de la CPTS BBH. S'il est mis en place, le travail en réseau des acteurs d'un même territoire peut être bénéfique pour accompagner et soutenir l'AM.

Afin d'assurer le bon fonctionnement d'un réseau multidisciplinaire, il est fondamental que ses membres se familiarisent les uns avec les autres en participant à des formations. Il est essentiel que chaque membre mette en avant ses compétences, les rendant ainsi accessibles à tous. En ce qui concerne l'AM, il est judicieux d'inclure dans le réseau un professionnel de la santé possédant un DU LHAM.

La promotion de l'AM est une démarche d'actualité, accompagnée par une politique la favorisant. Ainsi, on voit que depuis Juillet 2021, dans le cadre des mesures phares de la politique des 1000 jours, l'allongement du congé du coparent à 25 jours calendaires permet d'apporter le soutien nécessaire au démarrage de l'AM. Cette année, les objectifs de la SMAM 2023 étaient fondés sur la protection de l'AM au travail avec l'incitation pour l'employeur de mettre en place un environnement favorable à la poursuite de l'AM, afin que les femmes puissent concilier l'AM avec le travail. Notre rôle en tant que MG serait de faire le lien avec cette politique de santé et d'être le porte-parole de ces journées telles que la SMAM.

CONCLUSION

Les patientes de la CPTS BBH ont souligné l'abondance de sources d'informations concernant l'AM, dont fait partie le MG.

Cependant, le ressenti des patientes vis-à-vis du conseil sur l'AM est parfois mitigé, notamment sur l'accompagnement et le sentiment d'incompréhension face à cette quantité d'informations. Associé à la désertification médicale et aux limites de formation des MG, cela représente dans certains cas un obstacle à la consultation du MG vis-à-vis du conseil sur l'AM. Pour autant, le besoin d'accompagnement par le MG est toujours d'actualité. Si les patientes consultent davantage pour des complications liées à l'AM, elles n'ont pas toujours conscience des compétences spécifiques du MG sur l'AM. Dès lors, les patientes ont avoué être plus enclines à le consulter sur son rôle de conseil. Ainsi les attentes mentionnées par les patientes sont reprises dans la marguerite des compétences. Si le rôle de premier recours, d'approche centrée patient et de suivi des soins sont conformes aux attentes, les patientes réclament une amélioration du professionnalisme et de la coordination des soins. Cela passe donc par une montée en compétence des MG, mais également la mise en place de réseaux médicaux pluridisciplinaires.

Comme de nombreuses CPTS créées par l'ARS, le projet de la CPTS BBH est donc en phase avec le besoin local des patientes en période pré, péri et post natal, et inclus intégralement le MG dans la démarche de conseil sur l'AM.

Bibliographie

- [1] Santé Publique France. Santeubliquefrance.fr. [cité 2 avr 2023]. Le guide de l'allaitement maternel. Disponible sur: <https://www.santeubliquefrance.fr/import/le-guide-de-l-allaitement-maternel>
- [2] Lessen R, Kavanagh K. Position of the academy of nutrition and dietetics: promoting and supporting breastfeeding. J Acad Nutr Diet. mars 2015;115(3):444-9.
- [3] Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. mars 2012;129(3):e827-841.
- [4] Savino F, Benetti S, Liguori SA, Sorrenti M, Cordero Di Montezemolo L. Advances on human milk hormones and protection against obesity. Cell Mol Biol (Noisy-le-grand). 3 nov 2013;59(1):89-98.
- [5] Turck D, Vidailhet M, Bocquet A, Bresson JL, Briend A, Chouraqui JP, et al. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Arch Pédiatrie 2013;20:S29-48.
- [6] Zhou Y, Chen J, Li Q, Huang W, Lan H, Jiang H. Association between breastfeeding and breast cancer risk: evidence from a meta-analysis. Breastfeed Med. avr 2015;10(3):175-82.
- [7] Modugno F, Goughnour SL, Wallack D, Edwards RP, Odunsi K, Kelley JL, et al. Breastfeeding factors and risk of epithelial ovarian cancer. Gynecol Oncol. avr 2019;153(1):116-22.
- [8] ENP Rapport complet 2021 [Internet]. [Cité 2 avr 2023]. Disponible sur: https://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2022/10/ENP2021_Rapport_Octobre2022.pdf
- [9] Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.[cité 2 avr 2023]Disponible sur : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB107/fe3.pdf.
- [10] Programme National Nutrition Santé 2019-2023 (PNNS 4) [Internet]. [Cité 2 avr 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
- [11] Annick Vilain, Deux nouveaux nés sur trois sont allaités à la naissance, Etudes et résultats Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques (DRESS), n°958, avril 2016, Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/62513/1/er958.pdf>
- [12] Turck D, Razanamahefa L, Dazelle C, Gelbert N, Gremmo-Féger G, Manela A, et al. Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel, "plan d'action : allaitement maternel". Paris : La documentation française ; 2010.

- [13] Orientations de mise en œuvre : protection, encouragement et soutien de l'allaitement dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés : révision de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés 2018 [Internet]. [Cité 17 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241513807>
- [14] Article 65 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Légifrance [Internet]. [Cité 17 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article>
- [15] JODELET, D. et OHANA, J. (2000). Représentations sociales de l'allaitement maternel : une pratique de santé entre nature et culture, Santé et société. La santé et la maladie comme phénomènes sociaux (pp. 139-165).
- [16] Assemblée nationale. [Cité 17 oct 2023]. Proposition de loi n°3964 - 15e législature. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3964_proposition-loi
- [17] L'entretien prénatal précoce : le rôle-clé du médecin. 2021 [cité 18 oct 2023]. Disponible sur: <https://syngof.fr/espace-professionnel/documents-utiles/lentretien-prenatal-precoce-le-role-cle-du-medecin/>
- [18] Salanave B., de Launay C., Guerrisi C., Boudet-Berquier J., Castetbon K., 2014, « Durée de l'allaitement maternel en France », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, InVS, n° 27, octobre.
- [19] Kersuzan C., Gojard S., Tichit C. 2014, « Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'enquête Elfe Maternité, France métropolitaine, 2011 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, InVS, n° 27, octobre.
- [20] Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers .Cochrane Review. Oxford: Update Software; 2002.
- [21] Aubert C. Déterminants des difficultés d'allaitement maternel à six mois : analyse post-hoc d'une étude de cohorte prospective multicentrique. Gynécologie et obstétrique. 2019. Dumas.
- [22] Chantry A, Marcellin L. Allaitement et complications : les difficultés qui provoquent son arrêt. La Revue Du Praticien 2017:53–4
- [23] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 18 oct 2023]. Les zones sous-denses en médecins. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/les-zones-sous-denses-en-offre-de-soins/zonage-medecin>
- [24] Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 [Internet]. [Cité 18 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9241591544>

- [25] Baudoin R. Le médecin généraliste: un recours pour les mères en cas de difficultés au cours de leur AM? Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine. Université de Poitiers. 2016.
- [26] Ackermann E. Formation en allaitement maternel : état des lieux de l'enseignement initial à l'allaitement maternel dans les formations de santé du réseau Ile-de-France. Les Dossiers de l'obstétrique, 529. Janvier 2023.
- [27] Bellenger É. État des lieux des compétences des futurs médecins généralistes dans la prise en charge et l'accompagnement de l'allaitement maternel. Médecine humaine et pathologie. 2015
- [28] Auclair M. Evaluation de la formation des médecins libéraux à l'allaitement maternel. Thèse pour le doctorat en médecine. Université d'Angers. 2018.
- [29] DU Lactation humaine et allaitement maternel - UFR3S [Internet]. [Cité 18 oct 2023]. Disponible sur: <https://ufr3s.univ-lille.fr/formation-continue/medecine/du-lactation-humaine-allaitement-maternel>
- [30] Ménard-Ruiz M. Évaluation des pratiques et connaissances des médecins généralistes de la Vienne concernant la prise en charge des complications de l'allaitement maternel: enquête auprès des médecins généralistes de la Vienne. Université de Poitiers. 2014.
- [31] <https://www.cofam-allaitement.org/> [Internet]. [Cité 18 oct 2023]. Coordination Française pour l'Allaitement Maternel
- [32] Les compétences du médecin généraliste. Département Médecine Générale - Université de Rouen [Internet]. [Cité 18 oct 2023]. Disponible sur: <https://dumg-rouen.fr/p/les-competences-du-medecin-generaliste>
- [33] Carric E. Représentations de l'allaitement maternel chez les médecins généralistes du Finistère Sud. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Sciences du Vivant. 2021.
- [34] Legrand A. Apport du vécu personnel dans la prise en charge de l'allaitement maternel en consultation de médecine générale. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Lille. 2014.
- [35] OHCHR [Internet]. [Cité 17 oct 2023]. Joint statement by the UN Special Rapporteurs on the Right to Food, Right to Health, the Working Group on Discrimination against Women in law and in practice, and the Committee on the Rights of the Child in support of increased efforts to promote, support and protect breast-feeding. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/en/statements/2016/11/joint-statement-un-special-rapporteurs-right-food-right-health-working-group>
- [36] Wimmer M. Le rôle des médecins généralistes dans la durée de l'allaitement maternel : enquête prospective sur 6 mois .Médecine humaine et pathologie. 2014. Dumas.
- [37] World Alliance for Breastfeeding Action [Internet]. [Cité 18 oct 2023]. Waba Home. Disponible sur: <https://waba.org.my/>

- [38] SMAM 2023 [Internet]. <https://www.cofam-allaitement.org/>. [Cité 18 oct 2023].
- [39] Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 1989 [cité 18 oct 2023]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/39875>
- [40] Wiles LS. The effect of prenatal breastfeeding education on breastfeeding success and maternal perception of the infant. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1984;13:253-7.
- [41] Peloso C. L'Entretien Prénatal Précocité en Médecine Générale : Point de vue des Médecins Généralistes. Thèse de médecine. Faculté de Médecine de Paris. 2015.
- [42] 1000 Premiers Jours - Là où tout commence [Internet]. [Cité 18 oct 2023]. Deux rendez-vous pour aider à se sentir bien. Disponible sur: <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/deux-rendez-vous-pour-aider-se-sentir-bien>
- [43] Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 18 oct 2023]. Les 1000 premiers jours, qu'est-ce-que c'est ? Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/archives-affaires-sociales/familles-enfance/les-1000-premiers-jours-qu-est-ce-que-c-est/>
- [44] Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. 2023 [cité 18 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>
- [45] Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 18 oct 2023]. CPTS : s'organiser sur un territoire pour renforcer les soins aux patients. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/cpts-s-organiser-sur-un-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients>
- [46] J'allaiter mon bébé - VanillaMilk [Internet]. [Cité 18 oct 2023]. Disponible sur: https://vanillamilk.fr/allaiter_bebe.php
- [47] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations pour la pratique clinique. Mai 2002, Disponible sur: https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf

Annexes

Annexe 1 - Questionnaire d'inclusion de recrutement des patientes

Annexe 2 – Licence de Protection des Données

Annexe 3 - Guide d'entretien

Annexe 1 – Questionnaire d'inclusion de recrutement des patientes

Fiche descriptive de la thèse :

Bonjour, je m'appelle Bertille Vanriest, je suis actuellement en médecine générale.

Il s'agit d'une thèse qualitative basée sur des entretiens individuels avec des patientes préalablement recrutées par vous-même, si vous l'acceptez, lors de vos consultations.

Les critères d'inclusion sont d'être une mère allaitante ou non, vous consultant, médecin généraliste, pour la consultation de leur nourrisson, ayant préalablement eu une consultation avec vous lors de leur grossesse.

Je vous joins au recto les données à noter lors de la consultation et l'explication concernant ma thèse que vous pouvez fournir à votre patiente.

J'aimerais réaliser ma thèse avec votre CPTS car j'aimerais m'installer dans ce territoire à la fin de mon internat, cela nous permettrait de connaître les besoins de la population sur le sujet de la nutrition du nourrisson.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à mon travail.

Bertille Vanriest.

Coordonnées médecin et patiente (nom, prénom et localisation du cabinet) :**Population à inclure :**

Mères consultant leur médecin traitant, lors la première année de leur nourrisson, avec une consultation ayant été réalisé lors de la grossesse.

Données à noter lors de la consultation :

- Date du jour :
- Age de l'enfant consulté :
- Date de la dernière consultation pendant la grossesse :
- Médecin généraliste de cette patiente depuis combien de temps ?
- Accord pour être contacté dans le cadre de la thèse afin de réaliser un entretien pour discuter de la nutrition de leur enfant avec moi-même et signature de la patiente :
- Coordonnées de la patiente :
 - Nom :
 - Prénom :
 - Numéro de téléphone :
 - Adresse :
 - Nombre d'enfants :

Annexe 2 – Licence de Protection des Données

Licence de protection des données et lettre d'information à la patiente concernée :

Bonjour, je suis Bertille Vanriest, étudiante en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur la nutrition du nourrisson. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier l'alimentation du nourrisson. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Aussi pour assurer une sécurité optimale ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2022 – 015 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr .

Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous !

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : bertille.vanriest.etu@univ-lille.fr (Adresse universitaire)

Annexe 3 – Guide d'entretien

– **Présentation de mon travail de thèse :**

Bonjour, je me présente, je m'appelle Bertille Vanriest, je suis médecin généraliste. Je travaille actuellement sur une thèse de type qualitative basée sur des entretiens traitant de la nutrition du nourrisson.

– **Questions de présentation de la patiente :**

Je noterai préalablement la ville de la patiente.

Quel est votre médecin généraliste et où exerce-t-il ? Depuis combien de temps le consultez-vous ?

Quel est votre âge ? Avez-vous d'autres enfants ? Quels âges ont-ils ? Quel type d'alimentation avez-vous choisi pour vos nourrissons ?

– **Questions concernant le sujet de la thèse :**

Qu'est-ce qui vous a fait choisir ce type d'alimentation ?

Quels autres moyens d'alimentation connaissez-vous ?

Pendant votre suivi de grossesse ; quels ont été les conseils concernant l'alimentation du nourrisson que vous avez pu avoir ?

Quels ont été vos questionnements concernant la nutrition de votre enfant durant votre grossesse ? Comment vous êtes-vous renseigné à ce sujet ? Et lors des consultations avec votre médecin généraliste quels conseils vous donnait-il ?

Quels avantages avez-vous à aller consulter votre médecin généraliste concernant votre suivi de grossesse et ensuite ?

Avez-vous autre chose à ajouter ?

- **Nouvelles questions ajoutées à partir de l'entretien 3 :**

Pour quelles raisons avez-vous consulté votre médecin généraliste concernant l'allaitement maternel ou la nutrition de votre nourrisson ?

Qu'est-ce que vous souhaiteriez de plus dans le profil de votre médecin généraliste concernant le suivi de grossesse ?

Comment pourrait-il améliorer son activité de conseil concernant la nutrition ?

AUTEUR : Nom : VANRIEST	Prénom : Bertille
Date de soutenance : 7 Décembre 2023	
Titre de la thèse : Quelle place accordent les patientes au sein de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) Bourbourg Bergues Hondschoote à leur médecin généraliste vis-à-vis du conseil sur l'allaitement maternel ? Enquête qualitative par entretiens semi dirigés auprès des patientes de la CPTS Bourbourg Bergues Hondschoote.	
Thèse - Médecine - Lille 2023	
Cadre de classement : DES de Médecine Générale	
Mots-clés : Allaitement Maternel ; promotion ; médecin généraliste ; approche globale patient ; qualité des soins ; CPTS	
Résumé : Introduction : Bien que l'Allaitement Maternel (AM) soit bénéfique pour la santé, la France affiche des taux d'AM et de durée d'AM parmi les plus faibles d'Europe. Les CPTS regroupent des professionnels pour répondre aux besoins de santé de la population. Ainsi, au sein de la CPTS de Bourbourg Bergues Hondschoote, quelle place accordent les patientes à leur médecin généraliste (MG) vis-à-vis du conseil sur l'AM ? L'objectif principal est de sonder le ressenti des patientes au sujet du conseil sur l'AM afin de considérer le rôle attendu du MG. Méthode : Cette thèse est une étude qualitative pour étudier les besoins de la population de la CPTS BBH, basée sur dix entretiens avec des mères, allaitantes ou non, consultants leur MG au sein de la CPTS lors de la première année de leur nourrisson. Résultats : Les patientes consultées se sont informées via de multiples sources. Malgré l'abondance de sources d'informations concernant l'AM, dont fait partie le MG, leur ressenti vis-à-vis du conseil sur l'AM est mitigé et comprend des déceptions. Associé à la désertification médicale et aux limites de formation des MG, cela représente dans certains cas un obstacle à la consultation du MG vis-à-vis du conseil sur l'AM. Enfin, les patientes ont pu définir le rôle qu'elles attendent de leur MG vis-à-vis du conseil sur l'AM, qui se retrouve dans la marguerite des compétences. Le besoin d'accompagnement par le MG est toujours d'actualité mais les patientes aimeraient une montée en compétence des MG ainsi que la mise en place de réseaux médicaux pluridisciplinaires afin de les orienter vers les ressources fiables. Conclusion : La mise en place de CPTS s'inscrit pleinement dans la démarche actuelle d'amélioration et de coordination des soins pour répondre aux besoins des patientes vis-à-vis du conseil sur l'AM.	
Composition du Jury : Président : Professeur Patrick TRUFFERT Assesseur : Docteur Judith OLLIVON Directrice de thèse : Docteur Amandine LEGRAND	