



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Pharmacie



N° de thèse : 40

THÈSE

Présentée
à l'UFR des Sciences de Santé
de Dijon

pour l'obtention du Diplôme d'État
de Docteur en Pharmacie

soutenue publiquement le 11/10/2019

par

BERRODIER Marion

Née le 08 décembre 1995 à Lons le Saunier

**ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ASSOCIÉES À L'ALLAITEMENT
AUPRÈS DES OFFICINES EN BOURGOGNE : COMPARAISON AUX ATTENTES
DES FEMMES ALLAITANTES**

JURY :	Mme Anne TESSIER	(Président)
	Mme Jeanne HUGUENY	(Directeur)
	Mme Stéphanie CLERC	(Membre invité)
	Mr Didier THOUVEREY	(Membre invité)

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Pharmacie



N° de thèse : 40

THÈSE

Présentée
à l'UFR des Sciences de Santé
de Dijon

pour l'obtention du Diplôme d'État
de Docteur en Pharmacie

soutenue publiquement le 11/10/2019

par

BERRODIER Marion

Née le 08 décembre 1995 à Lons le Saunier

**ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ASSOCIÉES À L'ALLAITEMENT
AUPRÈS DES OFFICINES EN BOURGOGNE : COMPARAISON AUX ATTENTES
DES FEMMES ALLAITANTES**

JURY :	Mme Anne TESSIER	(Président)
	Mme Jeanne HUGUENY	(Directeur)
	Mme Stéphanie CLERC	(Membre invité)
	Mr Didier THOUVEREY	(Membre invité)

Vice – Doyen : Mme Christine MARIE

Professeurs

ARTUR Yves	Biochimie générale et clinique
CHAMBIN Odile	Pharmacotechnie
GROS Claude	Chimie organique
HEYDEL Jean-Marie moléculaire	Biochimie, biologie
LESNIEWSKA Eric	Biophysique
MARIE Christine	Physiologie
OFFER Anne-Claire	Pharmacognosie
TESSIER Anne	Physiologie
VERGELY-VANDRIESSE Catherine	Physiopathologie, génétique

PU-PH

KOHLI Evelyne	Immunologie, Virologie
GIRODON François	Hématologie

Professeurs Emérites

ROCHETTE Luc	Physiologie
BELON Jean-Paul	Pharmacologie
LACAILLE-DUBOIS Marie-Aleth	Pharmacognosie

Maîtres de Conférences

ANDRES Cyrille	Pharmacotechnie
ASSIFAOU Ali	Pharmacotechnie
BASSET Christelle	Immunologie, hématologie
BERARD Véronique	Pharmacotechnie
BETELLI Laetitia	Chimie analytique
BOUYER Florence	Pharmacologie
BOUYER Frédéric	Chimie physique, Chimie générale
CACHIA Claire	Biomathématiques
COLLIN Bertrand	Pharmaco-imagerie, radiopharmacie
DESBOIS Nicolas	Chimie organique
FAURE Philippe	Biochimie générale et clinique

GUELDROY Serge
GUERRIAUD Matthieu
LEMAITRE Jean-Paul
NEIERS Fabrice
enzymologie
ROCHELET Murielle
SEGUY Nathalie
VIENNEY Fabienne
WENDREMAIRE Maëva

MCU-PH

BOULIN Mathieu
FAGNONI Philippe
LIRUSSI Frédéric
SAUTOUR Marc
SCHMITT Antonin

PRCE

ROUXEL Virginie

PAST

BERNARD Dominique-
Alain
CADOT
Rachel
CRANSAC
Amélie

ATER

BARBIER Elodie
BRUGUIERE Antoine

Biologie cellulaire
Droit pharmaceutique
Bactériologie
Biochimie, biologie moléculaire,
Chimie analytique
Mycologie médicale, botanique
Biophysique
Toxicologie

Pharmacie clinique
Pharmacie clinique
Toxicologie, toxicovigilance
Biodiversité végétale et fongique
Pharmacologie, Pharmacie clinique

Anglais

Chimie analytique
Pharmacognosie

NOTE

L'UFR des Sciences de Santé - Circonscription Pharmacie de Dijon déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

REMERCIEMENTS

A **mon jury**,

Madame Anne TESSIER, pour avoir accepté la présidence de cette thèse et vos conseils.

Madame Jeanne HUGUENY, pour avoir accepté de me suivre dans ce projet, votre aide et vos conseils.

Madame Stéphanie CLERC, pour ton aide précieuse, tes conseils et ta relecture.

Monsieur Didier THOUVEREY, pour m'avoir accueillie tout au long de mes études au sein de votre officine et avoir accepté d'être dans mon jury de thèse.

A **l'URPS Pharmaciens Bourgogne Franche-Comté** pour avoir diffusé mon enquête auprès des officines de Bourgogne.

Aux **associations Entre Parent'aise et Lait Tendre**, à la **crèche du CHU de Dijon**, pour avoir diffusé mon questionnaire auprès des femmes allaitantes.

Au **réseau périnatal de Bourgogne**, et notamment à **Madame Ombeline DESPLANCHES** pour votre accueil.

A **mes parents**, pour votre soutien et votre accompagnement lors de mes études et toutes les étapes importantes de ma vie.

A **ma sœur**, pour son soutien et son aide pour ce travail. Pour tous les bons moments passés pendant ces trois années de collocation.

A **Kévin**, pour son soutien et sa patience durant ces six années d'étude.

A **l'ensemble de mes ami(e)s**, pour votre soutien, votre amitié et tous les bons moments passés ensemble.

A l'équipe de la **pharmacie THOUVEREY**, pour m'avoir transmis vos connaissances, votre accueil et votre soutien.

SERMENT

En présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples, je jure :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

.....	1
.....	4
.....	5
TABLE DES TABLEAUX.....	11
TABLE DES FIGURES.....	12
LISTE DES ABREVIATIONS	14
INTRODUCTION.....	15
PARTIE 1 : L'ALLAITEMENT MATERNEL	16
I. Anatomie du sein.....	16
1) Description anatomique externe.....	16
a) L'aréole.....	16
b) Le mamelon.....	16
2) Description anatomique interne.....	16
a) Le tissu glandulaire	17
b) Le tissu adipeux	18
c) Le tissu conjonctif.....	18
3) Vascularisation.....	18
4) Développement mammaire.....	18
a) Etape embryonnaire et foétale	19
b) A la naissance	19
c) A la puberté	19
d) La grossesse	19
e) La ménopause.....	19
II. Physiologie de la lactation.....	20
1) Mise en place de la lactation	20
a) Lactogenèse de stade I.....	20

b)	Lactogenèse de stade II.....	20
c)	Période de calibrage	21
d)	Lactation	21
e)	Involution	21
2)	Régulation de la lactation	21
a)	Contrôle endocrine.....	22
b)	Contrôle autocrine	23
III.	Composition du lait maternel	23
1)	Le colostrum.....	23
2)	Le lait mature	24
3)	Lait mature versus lait de vache.....	25
4)	Variations de la composition.....	28
IV.	Avantages et contre-indications de l'allaitement.....	28
1)	Bénéfices de l'allaitement	28
a)	Avantages pour la santé des nourrissons	28
b)	Avantages pour la santé des mères	30
c)	Autres avantages	31
2)	Contre-indications de l'allaitement.....	31
a)	Contre-indications absolues.....	31
b)	Contre-indications temporaires	32
	PARTIE 2 : ACCOMPAGNEMENT DE LA FEMME ALLAITANTE A L'OFFICINE	34
I.	Signes d'un allaitement efficace	34
1)	Prise de poids	34
2)	Selles et urines quotidiennes.....	35
3)	Efficacité des tétées.....	35
4)	Durée et fréquence des tétées	36
II.	Pathologies du sein.....	36
1)	Crevasses du mamelon	37

a)	Définition et causes	37
b)	Prise en charge	37
c)	Réorientation	39
2)	Engorgements tardifs.....	39
a)	Définition et cause.....	39
b)	Prise en charge	40
c)	Réorientation	40
3)	Mastites	41
a)	Définition et causes	41
b)	Prise en charge	41
4)	Douleurs des mamelons entre les tétées	42
a)	Candidose mammaire	42
b)	Vasospasme mamelonnaire	43
III.	Reprise d'activité	43
1)	Utilisation d'un tire-lait.....	43
a)	Location d'un tire-lait	43
b)	Choix du tire-lait et des téterelles.....	44
c)	Recueil et conservation du lait	46
d)	Autres situations nécessitant l'utilisation d'un tire-lait	49
2)	Sevrage de l'allaitement	49
a)	Méthode naturelle.....	49
b)	Méthode allopathique.....	50
IV.	Médicaments et allaitement.....	50
1)	Principes généraux	50
2)	Conseils à l'officine	52
3)	Contraception en post-partum	54
a)	Méthode naturelle MAMA.....	54
b)	Méthodes non hormonales.....	55

c) Méthodes hormonales.....	55
PARTIE 3 : ETUDE MENEES EN BOURGOGNE.....	56
I. Objectif.....	56
II. Matériel et méthode.....	56
a) Population.....	56
b) Questionnaire	57
III. Résultats.....	57
1) Enquête auprès des officines	57
a) Informations générales.....	58
b) Réponses au test sur l'allaitement maternel.....	61
c) Evaluation des pratiques et avis des professionnels.....	68
2) Enquête auprès des femmes allaitantes	71
a) Informations générales.....	71
b) Sollicitation de l'équipe officinale	72
IV. Discussion.....	75
1) Evaluation des connaissances de l'équipe officinale	75
2) Comparaison aux attentes des femmes allaitantes	79
3) Perspectives pour améliorer les connaissances	80
4) Biais et limites de l'étude	83
CONCLUSIONS	84
BIBLIOGRAPHIE	85
ANNEXES	91

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I - Comparaison des compositions du colostrum et du lait mature (6)	25
Tableau II - Comparaison tire-lait manuel et électrique.....	45
Tableau III - Médicaments conseils et allaitement	54
Tableau IV - Répartition des professionnels selon leur profession et leur sexe	58
Tableau V - Répartition des demandes suivant la situation géographique	60
Tableau VI - Réponses sur la prise en charge d'un engorgement à l'officine	65
Tableau VII - Résultats généraux au test de connaissances	68
Tableau VIII - Comparaison des compétences des professionnels à leurs estimations	78

TABLE DES FIGURES

Figure 1 - Anatomie du sein (7)	17
Figure 2 - Répartition selon la situation géographique de l'officine.....	58
Figure 3 - Répartition des professionnels selon leur âge.....	58
Figure 4 - Formation des professionnels lors de leur cursus	59
Figure 5 - Formation des professionnels après leur cursus	59
Figure 6 - Formation des pharmaciens pendant leurs études selon leur âge	60
Figure 7 - Formation des préparateurs en pharmacie pendant leurs études selon leur âge.....	60
Figure 8 - Fréquence des demandes concernant l'allaitement à l'officine.....	60
Figure 9 - Domaines de connaissances de l'équipe officinale (1)	61
Figure 10 - Domaines de connaissances de l'équipe officinale (2).....	61
Figure 11 - Réponses des professionnels sur l'avantage de l'allaitement maternel pour l'enfant.....	61
Figure 12 - Réponses des professionnels sur l'avantage de l'allaitement maternel pour la mère	62
Figure 13 - Réponses des professionnels sur la fréquence des tétées	63
Figure 14 - Réponses sur la prise en charge d'une crevasse du mamelon à l'officine .	64
Figure 15 - Réponses sur le temps de conservation du lait au réfrigérateur	66
Figure 16 - Réponses sur les méthodes de contraception	67
Figure 17 - Sources de documentation des professionnels sur les médicaments et l'allaitement.....	68
Figure 18 - Réorientation vers d'autres professionnels de santé	69
Figure 19 - Rôle des pharmaciens et préparateurs en pharmacie dans le soutien de l'allaitement maternel.....	69
Figure 20 - Intérêt des professionnels pour une formation sur l'allaitement maternel .	70
Figure 21 - Connaissance d'une formation sur l'allaitement maternel à l'Université de Dijon.....	71
Figure 22 - Répartition selon le lieu de résidence des femmes allaitantes	71

Figure 23 - Répartition selon la période d'allaitement.....	72
Figure 24 - Taux de femmes allaitantes ayant sollicité les équipes officinales	72
Figure 25 - Domaines de sollicitation des femmes allaitantes (1).....	73
Figure 26 - Domaines de sollicitation des femmes allaitantes (2).....	73
Figure 27 - Satisfaction des femmes sur les réponses apportées.....	73
Figure 28 - Raisons de sollicitation de l'équipe officinale par les femmes allaitantes..	74
Figure 29 - Raisons de non-sollicitation de l'équipe officinale par les femmes allaitantes	75
Figure 30 - Autres professionnels de santé sollicités par les femmes allaitantes	75

LISTE DES ABREVIATIONS

AGE : Acides Gras Essentiels

AGPI : Acides Gras Poly-Insaturés

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CH : Centésimale Hahnemannienne

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DMAP : Dose Maternelle Ajustée au Poids

EPO : érythropoïétine

FIL : Feed-back Inhibitor of Lactation

FSH : Follicle Stimulating Hormone

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : HyperTension Artérielle

HTLV : Human T-Lymphotropic Virus

IgAs : Immunoglobuline As

IgG : Immunoglobuline G

LH : Hormone Lutéinisante

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

MICI : Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin

OMBREL : Organisation Mamans Bébé de la REgion Lilloise

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PNNS : Programme National Nutrition Santé

UI : Unité Internationale

UMDPC : Unité Mixte de Développement Professionnel Continu

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Depuis 2001, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande un allaitement maternel exclusif pendant six mois et une poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans et plus en diversifiant l'alimentation. En effet, le lait maternel est reconnu comme l'aliment idéal permettant d'apporter aux nourrissons tout ce dont ils ont besoin pour leur croissance et leur développement. (1)

L'allaitement maternel est un enjeu de santé publique majeur pour les avantages qu'il apporte sur la santé de la mère et de l'enfant.

En France, bien que le Programme National Nutrition Santé (PNNS) place la promotion de l'allaitement maternel comme une priorité et un objectif spécifique à l'enfant, le taux d'allaitement reste parmi les plus faibles d'Europe. L'étude Epifane menée sur le territoire entre janvier et avril 2012 a montré que 69% des mères allaitent leur enfant à la naissance mais seulement 60% de manière exclusive. Dès 1 mois, ce taux d'allaitement exclusif chute à 35% puis à 10% à 3 mois. (2,3)

Les professionnels de santé, dont le personnel officinal, jouent un rôle majeur dans la promotion et le soutien de l'allaitement maternel. Ils se doivent de pouvoir donner des conseils appropriés aux femmes désirant allaiter ou allaitantes afin que leur allaitement se déroule de manière optimale.

Dans ce contexte, ce travail a dans un premier temps pour objectif de présenter les informations importantes à connaître sur la lactation humaine et l'accompagnement de la femme allaitante à l'officine.

Dans un deuxième temps, deux états des lieux ont été réalisés avec pour principal objectif d'évaluer les connaissances associées à l'allaitement du personnel officinal en Bourgogne et de les comparer aux attentes des femmes allaitantes.

PARTIE 1 : L'ALLAITEMENT MATERNEL

I. Anatomie du sein

1) Description anatomique externe

La partie externe du sein est constituée de l'aréole et du mamelon qui forment la plaque aréolo-mamelonnaire. Au niveau de celle-ci, on trouve de nombreuses terminaisons nerveuses qui vont être stimulées par la succion lors des tétées et avoir un rôle clé dans la conduite de l'allaitement.

a) L'aréole

L'aréole est une zone cutanée circulaire pigmentée qui entoure le mamelon. Son diamètre (de 15 à 30 mm) et sa pigmentation peuvent varier suivant les femmes.

A sa surface, on observe de petites saillies du fait de la présence de glandes sébacées que l'on nomme les glandes de Morgagni. (4)

Ces glandes vont devenir plus nombreuses et plus volumineuses lors d'une grossesse, on les nommera alors les tubercules de Montgomery. Ceux-ci vont sécréter une substance odorante qui permet de guider le bébé dans la recherche du sein et de lubrifier l'aréole et le mamelon. (5)

b) Le mamelon

Le mamelon est une partie proéminente, de forme cylindrique et, tout comme l'aréole, il est pigmenté et peut présenter de nombreuses variations d'une femme à l'autre.

A sa surface, on observe l'abouchement des canaux galactophores de façon circonférentielle, par lesquels le lait sera excrété pendant l'allaitement. En dehors de la grossesse ou de l'allaitement, ces canaux sont bouchés par de la kératine. (4)

C'est une zone érectile, très innervée et composée de fibres musculaires lisses. (5)

2) Description anatomique interne

La partie interne du sein est constituée principalement de tissu glandulaire (62%) qui est entouré de tissu adipeux. Ces deux tissus sont liés et par conséquent, en cas de réduction mammaire, il sera impossible de ne retirer que du tissu adipeux. La chirurgie aura donc un impact en cas de lactation ultérieure. (6)

Ces deux tissus sont soutenus par du tissu conjonctif.

Sein

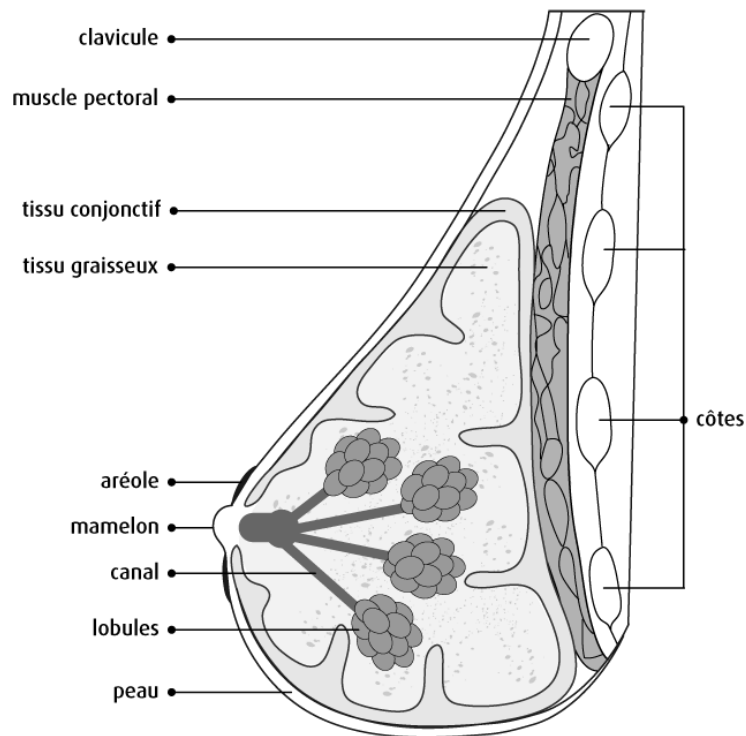


Figure 1 - Anatomie du sein (7)

a) Le tissu glandulaire

La glande mammaire, qui constitue le tissu glandulaire, permet la production du lait.

Elle est organisée en une vingtaine de lobes qui sont eux-mêmes divisés en une vingtaine de lobules qui contiennent des alvéoles.

Les alvéoles (ou acini) sont des petites cavités en cul de sac constituées d'une monocouche de cellules sécrétrices (les cellules lactifères) reposant sur des cellules myoépithéliales contractiles. Les alvéoles constituent la partie sécrétrice de la glande. Elles sont regroupées autour d'un canal alvéolaire qui reçoit le lait contenu dans les alvéoles grâce à l'activité contractile des cellules myoépithéliales.

Plusieurs canaux alvéolaires convergent pour former un canal lobulaire qui permet de drainer les lobules.

Plusieurs canaux lobulaires se regroupent ensuite en un canal galactophore qui draine lui un lobe entier. Ces canaux galactophores permettent de conduire le lait jusqu'au mamelon. (6,8)

Tous les canaux ont seulement un rôle de transport du lait. (9)

b) Le tissu adipeux

La quantité de tissu adipeux conditionne le volume des seins. Il n'intervient ni dans la production, ni dans la qualité du lait. De ce fait, la taille des seins n'a aucun lien avec la capacité de production du lait des seins. (5)

On distingue deux couches différentes :

- Une couche pré-glandulaire (ou antérieure) qui est sous-cutanée et qui permet de protéger la glande mammaire (elle s'arrête au niveau de la plaque aréolo-mamelonnaire)
- Une couche rétro-glandulaire (ou postérieure) qui isole la glande mammaire des muscles pectoraux (8)

c) Le tissu conjonctif

Le tissu conjonctif assure un soutien aux structures fonctionnelles du sein. (8)

Parmi le tissu conjonctif, on trouve les ligaments de Cooper qui cloisonnent par des travées le tissu adipeux pré-glandulaire et qui permettent de soutenir les seins. (7)

3) Vascularisation

La vascularisation des seins est réalisée à 60% par l'artère mammaire interne (aussi appelée artère thoracique interne). Les autres artères qui vascularisent le sein sont l'artère axillaire (via l'artère thoracique latérale) et les artères intercostales. (4,6)

On observe de nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques. Les vaisseaux lymphatiques assurent la défense anti-infectieuse et anti-inflammatoire locale. (8,9)

Un réseau capillaire péri-acineux très ramifié est également présent. Il est au contact de chaque alvéole et permet des échanges afin d'apporter les substances nécessaires pour le lait. (4)

Lors de la grossesse et de l'allaitement, le débit sanguin est fortement augmenté. En effet, on considère qu'il faut environ 500 litres de sang pour produire 1 litre de lait. Cette augmentation du débit explique notamment l'augmentation du volume des seins lors de ces deux situations. (5,6)

4) Développement mammaire

Le développement de la glande mammaire se fait en plusieurs phases, dès la vie embryonnaire et jusqu'à la ménopause ou un processus de sénescence s'enclenche.

a) Etape embryonnaire et fœtale

La mammogenèse débute dès la 4^{ème} semaine de vie embryonnaire.

Dès le 7^{ème} mois, on peut noter l'apparition des canaux collecteurs qui sont des ébauches des canaux galactophores.

Vers le 9^{ème} mois, ces canaux s'ouvrent au niveau d'une invagination (qui formera ensuite le mamelon). (6)

b) A la naissance

A la naissance, la glande mammaire est identique chez les filles et les garçons. Elle reste ensuite au repos jusqu'à la puberté. Pour les garçons, sous l'action de la testostérone, la glande mammaire subsistera à ce stade. (4)

Il est possible de voir une sécrétion de lait transitoire chez le nouveau-né dûe à l'action d'hormones lactogènes. (6)

c) A la puberté

Lors de la puberté, on observe une augmentation progressive du tissu glandulaire et du tissu adipeux. Globalement, la taille totale des seins augmente. (6)

L'évolution de la glande mammaire se fait lors de chaque seconde moitié de cycle, sous l'action de deux hormones sécrétées dès les premiers cycles menstruels :

- Les œstrogènes : sous leur action, les canaux lactifères vont se ramifier
- La progestérone : sous son action, les lobules et alvéoles vont se développer

Ces modifications seront limitées. En effet, en l'absence de grossesse, on observe une régression des alvéoles au début de chaque cycle suivant. (4)

d) La grossesse

Lors d'une grossesse, la glande mammaire devient fonctionnelle. Sous l'effet de la progestérone il y a une augmentation du tissu glandulaire avec une croissance lobulo-alvéolaire et sous l'effet des œstrogènes les canaux lactifères prolifèrent.

Le tissu glandulaire remplace le tissu adipeux.

Par ailleurs, le mamelon devient saillant. L'aréole s'élargie, se pigmente et les tubercules de Montgomery apparaissent. (4,6)

e) La ménopause

La ménopause se traduit par un arrêt de la sécrétion de la progestérone et des œstrogènes. De ce fait, on observe une atrophie glandulaire.

Néanmoins, la taille des seins ne diminue pas car souvent l'atrophie de la glande mammaire est compensée par une augmentation du tissu adipeux. (6)

II. Physiologie de la lactation

1) Mise en place de la lactation

La lactogénèse est un processus par lequel la glande mammaire va développer la capacité de produire du lait. (10)

La lactation correspond au processus de sécrétion du lait. Elle nécessite beaucoup d'énergie et trois conditions : (5,11)

- Une glande mammaire fonctionnelle
- Un fonctionnement hormonal adéquat
- Un drainage efficace et fréquent du sein (par les tétées ou l'utilisation d'un tire-lait)

Elle se met en place de manière progressive en passant par différentes phases. (6)

a) Lactogénèse de stade I

Cette phase est également appelée phase d'initiation sécrétoire ou phase colostrale. Elle débute pendant la grossesse (12 semaines avant l'accouchement environ) et se termine 2 à 3 jours après l'accouchement.

Du fait des taux élevés de progestérone, la sécrétion de lait est freinée (effet inhibiteur) et sur le plan cellulaire on observe une ouverture des jonctions serrées au niveau des alvéoles. Cette ouverture implique que de nombreux échanges ont lieu entre le sang maternel et le lait fabriqué. Cela explique notamment la présence de lactose dans les urines de la femme en fin de grossesse et également la composition riche en sels minéraux et immunoglobulines du lait produit lors de cette phase qui est le colostrum.

Ce premier lait va permettre d'apporter au nouveau-né les protections immunitaires dont il a besoin.

La lactogénèse de stade I se termine lorsque ces jonctions serrées se ferment, ce qui traduit le passage à la lactogénèse de stade II. (6,12)

b) Lactogénèse de stade II

Cette phase est également appelée phase d'activation sécrétoire ou phase lactée. Elle est déclenchée par la chute brutale du taux de progestérone due à l'expulsion du placenta. Cette chute permet à la prolactine d'exercer son action galactogène. A ce stade, les jonctions serrées au niveau des alvéoles se ferment.

Lors de cette phase on observe une augmentation rapide de la fabrication du lait qui est appelée « montée de lait ». Le lait produit reste dans les alvéoles, il n'est plus réabsorbé dans le sang maternel.

Morphologiquement, il y a une augmentation du volume des seins engendrée par l'augmentation de la production de lait et du débit sanguin au niveau des seins. La mère ressent une tension mammaire.

La composition du lait change (diminution des immunoglobulines et des sels minéraux) et le volume de lait produit s'adapte aux besoins du nourrisson. (12,13)

c) Période de calibrage

Cette étape est très importante car elle conditionne la capacité maximale de production de lait. Elle dure jusqu'à la 4 à 6^{ème} semaine après l'accouchement. Il est donc important que les tétées soient fréquentes et efficace lors de cette période.

d) Lactation

La lactation est également appelée lactogénèse de stade III ou galactopoïèse. C'est une période d'équilibre qui va dépendre de l'efficacité et de la fréquence des tétées. En effet, tant que les tétées seront efficaces et fréquentes, cette phase va se maintenir. En revanche, si le nombre de tétées diminue, les acini fabriqueront moins de lait. (11)

e) Involution

Lors du sevrage, du fait de la diminution progressive, puis de l'arrêt, des tétées, on observe une involution de la glande mammaire. La production du lait décroît puis s'arrête, les jonctions serrées s'ouvrent.

A ce stade, on observe également l'apoptose des cellules lactifères et des cellules myoépithéliales. Les débris cellulaires sont évacués par des macrophages, des monocytes ainsi que des structures cytoplasmiques lysosomales et vacuolaires.

Les seins reprennent alors leur taille initiale. (6,11)

2) Régulation de la lactation

La production et l'éjection du lait sont régulées par deux mécanismes :

- Contrôle endocrine : il est impliqué dans la capacité de production du lait
- Contrôle autocrine : il est impliqué dans l'adaptation du volume à la demande du nourrisson

a) Contrôle endocrine

Ce contrôle est central et dépend principalement de deux hormones qui sont la prolactine et l'ocytocine. La sécrétion et libération de ces hormones sont induites par une succion efficace du nourrisson qui entraîne une stimulation des terminaisons nerveuses au niveau de l'aréole et du mamelon. Un message nerveux est ainsi transmis et le complexe hypothalamo-hypophysaire induit la sécrétion de prolactine et ocytocine.

Ces deux hormones vont être véhiculées par le sang jusqu'à la glande mammaire et vont ainsi pouvoir exercer leur action. (5,10)

❖ La prolactine :

Cette hormone est sécrétée par les cellules lactotropes de l'antéhypophyse de façon pulsatile et circadienne (en plus grande quantité en fin de journée, la nuit et également pendant et après chaque tétée). (5)

Grâce à la dopamine, l'hypothalamus exerce un contrôle inhibiteur sur sa sécrétion mais en cas d'allaitement, le frein dopaminergique va être levé grâce à une succion efficace du nouveau-né.

Elle est impliquée dans le développement de la glande mammaire et dans la lactogénèse. Elle permet un climat hormonal propice à la fabrication du lait. (6,12,14)

La prolactine exerce elle-même un rétrocontrôle positif ou négatif au niveau de ses récepteurs. En effet, une augmentation de la concentration en prolactine entraîne une stimulation du développement de ses récepteurs et inversement. Ainsi, des tétées fréquentes, surtout les premiers jours, sont importantes car elles permettent d'augmenter le nombre de récepteurs à la prolactine ce qui majore la production de lait. (8)

❖ L'ocytocine :

Cette hormone est sécrétée par les noyaux supra-optiques et paraventriculaires de l'hypothalamus. Sa libération dans le sang est déclenchée par la stimulation de la plaque aréolo-mamelonnaire mais également par des stimuli olfactifs ou visuels (comme une photographie, un vêtement de l'enfant...). L'état émotionnel de la mère a donc un rôle dans cette libération. Différents facteurs comme le stress, la prise de médicaments opiacés et l'alcool peuvent inhiber sa libération. (6)

C'est l'hormone d'éjection du lait. En effet, elle agit sur les cellules myoépithéliales qui entourent les acini en induisant leur contraction et également sur les canaux lactifères en provoquant leur dilatation. (15)

Sa sécrétion se fait de façon pulsatile. Par conséquent, on observe souvent un moment de succion « à vide » avant de voir l'éjection du lait et l'extraction du lait se fait en plusieurs réflexes d'éjection.

b) Contrôle autocrine

Ce contrôle est local et permet la régulation de la quantité de lait produit. La fréquence et l'efficacité des tétées sont deux déterminants importants de cette régulation.

En effet, la production de lait dépend de la quantité de lait contenu dans les alvéoles et s'adapte donc aux besoins du nourrisson : plus il boit, plus la fabrication est stimulée.

Deux éléments majeurs interviennent dans l'ajustement de cette production du lait : la protéine FIL (*Feed-back Inhibitor of Lactation*) et la concentration de prolactine dans le lait.

En effet, quand les alvéoles sont gorgées de lait, il y a une accumulation de FIL (et de prolactine) dans le lait qui va induire une inhibition de la liaison de la prolactine à ses récepteurs et donc une diminution de la production lactée.

A l'inverse, quand les tétées sont fréquentes et efficaces, les alvéoles sont bien vidangées et la concentration de FIL et de prolactine dans le lait est basse, la production de lait est donc augmentée. (6,16)

De plus, plus la quantité de lait qui est prélevée par le nourrisson (ou un tire-lait) est élevée, plus la vitesse de fabrication augmente. Il existe une relation inversement proportionnelle entre la vitesse de synthèse du lait et le degré de remplissage des alvéoles. (5)

III. Composition du lait maternel

Le lait maternel est constitué de nombreuses substances. Il se définit comme un liquide biologique vivant qui ne peut être imité par des laits artificiels.

Sa composition évolue au cours du temps, pour s'adapter aux besoins nutritionnels de l'enfant, mais également au cours d'une tétée et au cours de la journée.

1) Le colostrum

Il correspond au lait produit dès la fin du 5^{ème} mois de grossesse et jusqu'aux trois premiers jours suivant l'accouchement. C'est un liquide épais de couleur orangée.

Il est sécrété en faible quantité (20 à 30 mL le premier jour puis 40 à 60 mL le deuxième) mais permet de couvrir l'ensemble des besoins du nouveau-né car sa composition est d'une grande valeur nutritive et protectrice. (2)

En effet, ce lait est riche en :

- Protéines :

- Surtout des protéines solubles fonctionnelles (anticorps, différents facteurs de croissance, différentes cytokines, lactoferrines) qui vont permettre de protéger le nouveau-né des infections
- Très peu de caséine
- Oligosaccharides
- Sels minéraux qui permettent, avec les protéines, de maintenir une bonne hydratation en limitant la fuite hydrique et la perte de poids lors des premiers jours de vie du nouveau-né
- Hormones et enzymes qui facilitent la digestion
- Différents facteurs qui favorisent la multiplication et l'implantation d'une flore intestinale saprophyte faite de bifidobactéries impliquées dans le bon fonctionnement du système immunitaire et la défense contre les infections

Parmi les anticorps contenus dans ce lait, on trouve les IgAs qui protègent la muqueuse intestinale des micro-organismes pathogènes.

Le colostrum a également un effet osmotique qui permet l'évacuation des selles du nourrisson, appelées méconium, juste après la naissance.

Ce premier lait contient 10 fois plus de cellules immunocompétentes que le lait mature mais a une densité énergétique moindre (450-480 kcal/jour contre 650-700 kcal/jour). De plus, il contient moins de lipides, de caséine et de lactose ce qui permet de ne pas trop solliciter les fonctions rénales et hépatiques qui sont encore immatures à la naissance. (6,8,12)

Globalement, le colostrum contient les mêmes nutriments que le lait mature mais les quantités diffèrent. (17)

2) Le lait mature

De manière progressive, le colostrum évolue en un lait de transition puis un lait mature (environ 15 jours après l'accouchement). (16)

Le lait mature est composé à 87% d'eau ce qui permet d'assurer une bonne hydratation du nourrisson. (10)

Globalement, par rapport au colostrum, il contient plus de lipides et de lactose mais moins de protéines et d'immunoglobulines.

	Colostrum	Lait mature
Extrait sec total (g/L)	180	124
Protéines totales (g/L)	85	10
Caséine (g/L)	11	4
α -lactalbumine (g/L)	3,4	1,8
Lactoferrine (g/L)	17	1,2
IgA (g/L)	13	1
IgG (g/L)	0,50	0,06
Lysozyme (mg/L)	140	100
Azote non protéique (g/L)	0,47	0,32
Lactose (g/L)	23	70
Glucose (mg/L)	< 20	350
Lipides (g/L)	20	37
Calcium (g/L)	0,31	0,35
Phosphore (g/L)	0,14	0,15
Sodium (g/L)	0,48	0,15
Chlorure (g/L)	0,91	0,43
Potassium (g/L)	0,74	0,57
Fer (g/L)	0,80	0,30
Oligosaccharides (g/L)	24	13
Albumine (g/L)	3,4	0,40

Tableau I - Comparaison des compositions du colostrum et du lait mature (6)

L'ensemble des nutriments contenus dans le lait s'adaptent aux besoins du nouveau-né au fil des semaines et des mois. La composition varie également au cours d'une tétée et au cours de la journée. (6)

3) Lait mature versus lait de vache

Le lait maternel mature contient de nombreux nutriments mais dans des proportions différentes de celles d'un lait de vache, utilisé pour la préparation des laits infantiles artificiels.

❖ Les **protéines** :

La concentration en protéines dans le lait mature est de 8 à 12 g/L ce qui est nettement plus faible que dans le lait de vache (35 g/L). (6)

Parmi ces protéines, on trouve les caséines qui représentent 40% des protéines dans le lait maternel mature contre 80% dans le lait de vache. Celles du lait maternel sont cependant spécifiques et forment des micelles plus petites et donc plus digestibles. (2)

Les 60% restants sont représentés par des protéines solubles qui ne précipitent pas avec les caséines ce qui explique une meilleure digestibilité du lait maternel. Celle qui prédomine est l' α -lactalbumine qui est impliquée dans la synthèse du lactose par la glande mammaire. En comparaison, dans le lait de vache on retrouve principalement la β -lactoglobuline qui est plus allergisante.

On retrouve également les lactoferrines et le lysozyme qui ont une activité bactéricide.

Enfin, on note la présence d'immunoglobulines (en plus faible quantité que dans le colostrum), d'enzymes (telle que la lipase), de facteurs de croissance, de cytokines, d'EPO... (6,12)

❖ Les lipides :

La concentration en lipides est d'environ 35 g/L, ce qui équivaut à celle du lait de vache. Néanmoins, la qualité est différente et le coefficient d'absorption ainsi que la digestibilité sont augmentés. (6)

En effet, grâce à la présence d'une lipase dans le lait maternel, les graisses sont mieux assimilées.

Du point de vue qualitatif, on retrouve majoritairement des triglycérides (98-99%), des phospholipides, de la lécithine, des acides gras libres, des mono- et di-glycérides, des acides gras essentiels (AGE), des acides gras polyinsaturés (AGPI) à longues chaînes... Le lait maternel est également riche en cholestérol (contrairement au lait artificiel) qui a un rôle dans la structure des membranes, dans le développement cérébral et comme précurseur hormonal.

L'alimentation de la mère a une influence au niveau qualitatif. En effet, des apports plus importants en acides gras oméga 6 et oméga 3 vont induire une augmentation de la concentration d'AGE et d'AGPI dans le lait. Ces acides gras ayant un rôle démontré dans le développement des membranes des cellules cérébrales et rétiniennes. (2,10,12,17)

❖ Les glucides :

La concentration en glucides du lait maternel mature est de 77 g/L dont environ 65-70g de lactose et 10-15g d'oligosaccharides. Le lait de vache, contient lui, seulement du lactose. (6)

Le lactose est le 2^{ème} composant le plus important du lait. Il est une source d'énergie importante, nécessaire à la croissance du cerveau. (10)

Les oligosaccharides sont eux de véritables prébiotiques. En effet, ils sont très peu digérés et jouent le rôle de « nourriture » pour les bifidobactéries au niveau intestinal. Celles-ci

synthétisent de l'acide lactique et de l'acide acétique qui font baisser le pH intestinal (ce qui rend les selles du nourrisson acides) et empêchent ainsi l'implantation de bactéries pathogènes.

❖ Les **minéraux** et **oligoéléments** :

Dans le lait maternel, on observe une faible teneur en azote et en sels minéraux ce qui permet de limiter la charge osmotique et ainsi de prévenir un éventuel déséquilibre électrolytique en cas de pertes hydriques importantes (transpiration, diarrhées). (2)

Bien que la teneur des sels minéraux soit légèrement plus faible dans le lait maternel que dans le lait de vache, et que la teneur des oligoéléments soit différente, ces nutriments sont mieux absorbés. De ce fait, cette moindre concentration n'est pas délétère pour le nouveau-né puisque cette meilleure absorption permet de couvrir entièrement ses besoins.

Par exemple, la biodisponibilité du fer est de 70% avec le lait maternel alors qu'elle est seulement de 10-30% avec le lait de vache. (6)

❖ Les **vitamines** :

Le lait maternel permet de couvrir la majorité des besoins vitaminiques du nourrisson. Seules la vitamine D et la vitamine K ne sont pas présentes en quantité suffisante dans le lait ce qui nécessite une supplémentation.

Concernant la vitamine D, elle occupe un rôle important dans le métabolisme osseux mais sa concentration dans le lait maternel dépend du statut vitaminique de la mère et de l'exposition au soleil du nourrisson qui sont souvent insuffisants. De ce fait, il est recommandé de supplémenter les nourrissons pendant tout l'allaitement de 1000 à 1200 UI/jour. (18,19)

Le lait maternel est également pauvre en vitamine K. Afin de prévenir la maladie hémorragique du nouveau-né et du nourrisson né à terme et en bonne santé, il est recommandé d'administrer 3 doses de vitamine K1 par voie orale à tous les nouveau-nés nourris au sein : (20,21)

- 1 dose de 2mg à la naissance
- 1 dose de 2mg 3 à 7 jours après la naissance
- 1 dose de 2mg 1 mois après la naissance

La concentration en vitamines hydrosolubles dans le lait est influencée par l'alimentation maternelle.

Pour les autres vitamines, il n'y a pas besoin de supplémentation, les besoins en vitamines sont couverts par l'allaitement pendant les 6 premiers mois.

Une attention particulière doit cependant être portée si la mère du nourrisson est végétalienne. En effet, il peut exister un risque de carence en vitamine B12 dans cette situation qui peut

entraîner des signes neurologiques et cognitifs chez l'enfant, une supplémentation de la mère peut être nécessaire. (6,11)

4) Variations de la composition

Le lait maternel évolue au cours du temps pour s'adapter aux besoins du nouveau-né. C'est ainsi que le premier lait est appelé colostrum, puis suit un lait dit de transition et enfin un lait mature.

Outre ce changement au cours des semaines suivant la naissance, on observe également une variation dans la composition du lait au cours d'une tétée. En effet, lors de l'extraction alvéolaire, le lait s'enrichit en graisse au cours du temps. Néanmoins, toutes les alvéoles ne sont pas drainées intégralement et à la même vitesse lors d'une tétée. De ce fait, le lait de début de tétée n'est pas toujours pauvre en graisses puisque si un enfant débute une tétée sur un sein déjà partiellement drainé auparavant, la concentration en graisses pourra être élevée dès le début.

La composition en graisses varie suivant la quantité de lait prélevé par le nourrisson lors de la dernière tétée et la tétée actuelle et suivant le temps qui s'est écoulé entre deux tétées.

Le nourrisson s'adapte à cette variabilité lipidique en augmentant la quantité ingérée si le lait est moins gras, et inversement. (6,11,16)

D'autre part, comme notifié précédemment, l'alimentation maternelle va influencer la composition du lait en différents nutriments : AGE, AGPI, vitamines hydrosolubles, vitamines A et D, iode. L'alimentation maternelle peut également faire varier la saveur du lait. (2,11)

Enfin, la composition du lait en anticorps peut également varier au cours du temps. En effet, lorsqu'une mère présente une rhinopharyngite par exemple, elle produit des anticorps qui passent dans le lait maternel et sont ainsi transmis au nourrisson. (6)

IV. Avantages et contre-indications de l'allaitement

1) Bénéfices de l'allaitement

L'allaitement apporte de nombreux bénéfices, que ce soit pour la mère ou le nouveau-né.

a) Avantages pour la santé des nourrissons

Les bénéfices de l'allaitement pour la santé du nourrisson sont difficiles à prouver scientifiquement du fait d'un problème éthique et de nombreux biais pouvant altérer les études. C'est pourquoi de nombreux avantages sont largement suspectés mais pas prouvés scientifiquement. (2)

❖ **Prévention des infections :**

Parmi les avantages prouvés, on retrouve une diminution du risque d'infection et plus particulièrement des diarrhées et des infections ORL et respiratoires.

En effet, les études réalisées montrent que l'allaitement maternel permet de diminuer l'incidence des diarrhées aiguës ainsi que leur gravité si elles surviennent. Cette diminution concerne à la fois les diarrhées bactériennes et virales (dues à Rotavirus particulièrement). (22)

D'autre part, on observe une diminution de l'incidence et de la gravité des infections ORL (des otites notamment) et respiratoires. (23)

Il existe une corrélation entre cette protection contre les infections et la durée de l'allaitement exclusif. Ainsi, l'allaitement exclusif doit durer au minimum 3 mois pour que cette protection soit idéale. (2)

Cette prévention contre les infections s'explique par la présence de nombreuses cellules immunocompétentes et de défense dans le lait maternel.

❖ **Prévention des allergies :**

Le rôle de l'allaitement maternel dans la prévention des allergies est controversé. En effet, les différentes études menées n'ont pas abouti aux mêmes conclusions. (2)

Cependant, deux méta-analyses regroupant plusieurs études ont permis de montrer qu'un allaitement exclusif d'au moins 3 mois permet de diminuer le risque de dermatite atopique et d'asthme chez les enfants à risque, c'est-à-dire qui ont des antécédents familiaux d'allergie. (24,25)

❖ **Prévention de l'obésité :**

Selon plusieurs études, l'allaitement maternel permettrait probablement de diminuer le risque d'obésité et de surpoids pendant l'enfance et l'adolescence.

De plus, ce risque serait d'autant plus diminué que la durée de l'allaitement exclusif augmente. (26)

Différentes hypothèses sont avancées pour expliquer cette protection : (2,6)

- Les nourrissons nourris au sein régularaient mieux les quantités de lait qu'ils consomment et accepteraient mieux les nouveaux goûts et aliments que les nourrissons nourris au biberon
- Le taux de protéines qui est plus faible dans le lait maternel
- La présence de certains biofacteurs dans le lait maternel qui interviennent dans le métabolisme et/ou la différenciation adipocytaire

- Les nourrissons nourris au lait artificiel auraient une insulïnémie plus élevée ce qui augmenterait l'adipogénèse

❖ **Autres avantages sur la santé du nourrisson :**

L'allaitement maternel permettrait une diminution minimale de la pression artérielle systolique ainsi qu'une diminution de la cholestérolémie à l'âge adulte. Cependant, les études menées sur ce sujet sont souvent biaisées, notamment par l'alimentation qui a précédé l'allaitement, les facteurs environnementaux, sociaux et familiaux. De plus, il est difficile de savoir si ces effets minimes sur la pression artérielle et la cholestérolémie réduisent le risque cardiovasculaire. (2,27,28)

D'autres études menées ont montré que l'allaitement maternel diminuerait également l'incidence du diabète de type I et de type II, des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, de la maladie cœliaque et de la mort subite du nourrisson. De nouvelles études seraient cependant à réaliser afin de clarifier le rôle de l'allaitement maternel. (2,6)

Enfin, une étude a montré que le développement cognitif et psychoaffectif des enfants allaités est meilleur que ceux des enfants nourris au lait artificiel. Cet avantage serait d'autant plus important pour les prématurés et lorsque l'allaitement est long. (29)

b) Avantages pour la santé des mères

Du point de vue maternel, l'allaitement apporte également des bénéfices sur leur santé. En effet, il est prouvé que les suites de couches sont facilitées pour une mère qui allaite. Cela s'explique notamment par la présence de l'ocytocine qui est sécrétée pendant les tétées et qui engendre des contractions utérines. Cela va permettre à l'utérus de reprendre sa taille, sa forme et sa tonicité plus facilement. (30)

De plus, la perte de poids est facilitée lors des six mois suivant l'accouchement. (6)

Sur le long terme, il induit une diminution de l'incidence des cancers du sein pré-ménopausiques et des cancers de l'ovaire. Le risque d'ostéoporose lié à la ménopause semble également réduit bien que les résultats des études soient aujourd'hui controversés à ce sujet. (31–33)

D'autre part, l'allaitement permettrait également de diminuer l'incidence du diabète de type II et de certaines pathologies cardiovasculaires (HTA, hyperlipidémies, pathologies cardiaques). Cette diminution serait corrélée à la durée de l'allaitement. (34)

Pour finir, l'allaitement, à condition qu'il soit exclusif et prolongé, retarde le retour des menstruations (*cf. Méthode MAMA - Partie 2, chapitre IV*). Cette inhibition des ovulations permet de contrôler le risque de grossesse lors des retours de couches, offrant la possibilité

d'une meilleure régulation des naissances, notamment dans certains pays où la contraception n'est pas accessible à toutes les femmes. (6)

c) Autres avantages

Outre les avantages sur la santé de la mère et de l'enfant, l'allaitement maternel présente également des avantages économiques et pratiques.

Du point de vue économique, l'allaitement est gratuit et les bénéfices sont estimés à 500€ par nourrisson lors des six premiers mois. De plus, l'allaitement permettant de diminuer les infections, cela permet des économies à la fois pour la famille mais également pour la Sécurité sociale.

L'allaitement apporte également des avantages pratiques. Le lait est toujours à la bonne température et à disposition, il n'y a pas de temps d'attente pour le bébé qui a faim. (6)

2) Contre-indications de l'allaitement

a) Contre-indications absolues

Les contre-indications absolues à l'allaitement sont rares.

❖ Contre-indications relatives au nourrisson :

La galactosémie congénitale du nourrisson s'avère être une contre-indication formelle à l'allaitement. En effet, cette maladie génétique se traduit par un déficit en galactose-1-phosphate-uridyl-transférase, une enzyme nécessaire au métabolisme du galactose. Cliniquement, cela peut se manifester par des diarrhées, des vomissements, une atteinte hépatique et rénale ainsi qu'une cataracte et un retard mental lorsque le nouveau-né en consomme. (6,35)

Par conséquent, il faut éviter tous les aliments riches en galactose. Or, le lactose est une source importante de galactose puisqu'il est métabolisé en glucose et galactose. C'est pourquoi l'allaitement maternel et l'utilisation des laits infantiles classiques sont contre-indiqués. (36)

Une carence congénitale en lactase constitue également une vraie contre-indication à l'allaitement. Cette maladie génétique se traduit par une non-métabolisation du lactose ce qui provoque des signes d'intolérance alimentaire comme des diarrhées et une déshydratation. Un lait sans lactose doit donc être utilisé chez ces nourrissons. (6)

❖ Contre-indications relatives à la mère :

Il existe plusieurs situations relatives à la mère pour lesquelles l'allaitement maternel est contre-indiqué.

La première est la séropositivité au VIH de la mère. En effet, il y a un risque important de transmission du virus pendant l'allaitement (4 à 22%). Ce risque est d'autant plus important que la durée de l'allaitement est longue, que la virémie est importante chez la mère, que la mère présente certaines lésions au niveau du sein et que l'allaitement est mixte. Une pasteurisation du lait préalable à son administration à l'enfant pourrait être une solution permettant d'associer l'allaitement maternel à la séropositivité au VIH mais cela impliquerait une prise en charge du lait par les lactariums pour cette étape, ce qui n'est actuellement pas possible en France. De ce fait, compte tenu du risque, l'allaitement maternel est actuellement contre-indiqué dans notre pays.

Néanmoins, dans certains pays sous-développés, l'alimentation du nourrisson par un lait artificiel n'est pas toujours possible dans de bonnes conditions. De plus, le risque de mortalité et de morbidité à cause de diarrhées ou d'infections respiratoires s'avère plus important en l'absence d'allaitement. Par conséquent, dans ces pays, un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois reste à privilégier. (37–39)

L'infection à HTLV-1 constitue également une contre-indication dans les pays développés car le virus peut, tout comme le VIH, être transmis pendant l'allaitement de façon importante. (6)

D'autre part, en cas de maladie de Basedow lors d'une grossesse, les anticorps antithyroïdiens dénommés TRAK sont dosés chez la mère (au premier trimestre puis en fin de grossesse). En effet, ces anticorps peuvent passer la barrière placentaire et également se retrouver dans le lait maternel ce qui peut engendrer une dysthyroïdie chez le nouveau-né. Ainsi, en cas de positivité à ces anticorps, l'allaitement maternel est fortement déconseillé. (40,41)

Enfin, l'utilisation de certains médicaments et substances illicites peuvent contre-indiquer l'allaitement maternel. Concernant les médicaments, les situations de contre-indications sont rares et le plus souvent une alternative compatible avec l'allaitement peut être proposée. En cas de doute, il convient de rechercher des informations au niveau de sources fiables (*cf. Partie 2, chapitre IV*).

b) Contre-indications temporaires

Les contre-indications temporaires sont plus nombreuses que les indications absolues mais restent des situations qui surviennent rarement (6,35) :

- Herpès ou zona au niveau des seins de la mère
- Mère atteinte d'une tuberculose active : le lait ne contient pas de mycobactéries (en l'absence de pathologie du sein) mais la maman doit être séparée du nourrisson pendant la période contagieuse, l'allaitement pourra donc être poursuivi mais si la mère utilise un tire-lait

- Réalisation d'un examen d'exploration médicale : la durée d'arrêt de l'allaitement dépendra de la durée d'élimination des composés radioactifs utilisés
- Alcool : par prudence, il est recommandé « d'éviter toute boisson alcoolisée pendant la durée de l'allaitement » (33). En cas de consommation occasionnelle d'un verre, il est conseillé d'attendre au moins 2h avant de donner une tétée
- Réalisation du vaccin contre la fièvre jaune

PARTIE 2 : ACCOMPAGNEMENT DE LA FEMME ALLAITANTE A L'OFFICINE

I. Signes d'un allaitement efficace

L'équipe officinale peut se retrouver confronté à de nombreuses questions de la part des femmes allaitantes et notamment à leurs craintes concernant leur lait, s'il est suffisamment nourrissant et produit en assez grande quantité pour leur nourrisson.

Afin d'atténuer ces craintes, il est nécessaire de rassurer les patientes et leur indiquer les signes attestant d'un allaitement efficace.

1) Prise de poids

La courbe de croissance d'un nourrisson allaité est différente de celle d'un enfant nourri au lait artificiel. On observe dans les deux situations une perte de poids à la naissance qui est rattrapé ensuite dans les premiers jours de vie. Néanmoins, si le nourrisson est allaité, cette diminution semble limitée car le colostrum est particulièrement riche. La conduite de l'allaitement est à revoir si le nourrisson n'a pas retrouvé son poids de naissance au 10^{ème} jour. (42)

D'autre part, lors des deux à trois premiers mois, la prise de poids est plus rapide chez les enfants allaités. En effet, un enfant allaité doit, lors de ces trois premiers mois, prendre au minimum :

- 140 à 210 grammes/semaine pour une fille
- 170 à 250 grammes/semaine pour un garçon

En dessous de ces valeurs, une réorientation sera nécessaire pour vérifier la bonne conduite de l'allaitement et des compléments pourront parfois être nécessaires.

La prise de poids est ensuite ralentie à partir du 3 ou 4^{ème} mois. (2,6)

Le suivi de la courbe de poids ne doit cependant pas être un facteur de stress pour la mère. Il est conseillé de peser le nourrisson une fois par semaine les premières semaines puis seulement une fois par mois. (33)

Attention, il est important de spécifier aux parents que le suivi de la prise de poids de leur enfant doit se faire à l'aide d'une courbe de poids spécifique aux enfants allaités. A l'heure actuelle, bien que les carnets de santé aient été modifiés en 2018, ils ne disposent que de courbes de références classiques de suivi du poids de l'enfant, aucune distinction n'est faite en fonction du mode d'alimentation (allaitement ou lait artificiel). Ce sont les courbes publiées par l'OMS en 2006 et se basant sur l'évolution du poids d'enfants allaités qui doivent

prioritairement être utilisées afin d'effectuer un suivi précis du poids et ne pas risquer de passer à côté d'une trop faible ou trop forte croissance. (ANNEXE 1)

2) Selles et urines quotidiennes

Le nombre de selles et d'urines du nourrisson est également un critère qui permet d'attester d'un bon allaitement.

En effet, un nourrisson correctement nourri a : (5,33)

- Au niveau des selles : au moins 3 selles molles à liquides, granuleuses et jaunes par jour le premier mois
- Au niveau des urines : 5 à 6 couches abondamment mouillées par jour

En dessous de ces valeurs, une réorientation est nécessaire, cela peut être un signe que le nourrisson ne reçoit pas assez de lait.

Après 4 à 6 semaines, les selles peuvent se raréfier dans certains cas et on peut ne noter qu'une seule selle tous les 3 voire 4 jours. Si l'état général de l'enfant est normal, sa courbe de poids bonne et ses urines fréquentes, cela n'est pas inquiétant et tout à fait normal. En cas de diminution de la fréquence des selles après 1 mois, il est nécessaire de rassurer les parents, en aucun cas un traitement pour une soi-disant constipation ne doit être conseillé. (6,33)

3) Efficacité des tétées

Plusieurs critères permettent de définir si l'enfant a une succion nutritive. En effet, lors d'une tétée, plusieurs phases se succèdent. Au départ, le nourrisson aura des succions rapides qui permettent de stimuler le réflexe d'éjection du lait. Puis, il aura des succions en longues salves, amples et régulières. A cette phase, la déglutition peut être audible et on observe des mouvements du menton caractéristiques.

Les succions ne sont pas nutritives lorsque le nourrisson « tétouille », cela se caractérise par des mouvements rapides et des déglutitions rares.

En fin de tétée, le débit diminue et les déglutitions sont moins fréquentes, on peut à cette phase observer un « tétouillage » ou le nourrisson va simplement s'arrêter de téter voire s'endormir. (6,33)

Il est conseillé de donner un sein jusqu'au bout puis de toujours proposer le deuxième ensuite, c'est le nourrisson qui décidera s'il le prend, suivant son appétit.

4) Durée et fréquence des tétées

La durée et la fréquence des tétées ne doivent pas être contrôlées car cela pourrait entraîner une diminution de la lactation.

Lors des trois premiers jours de vie, on estime que l'allaitement est optimal lorsqu'il est réalisé « à l'éveil » c'est-à-dire que la mère doit proposer le sein à son nourrisson dès les premiers signes d'éveil (lorsqu'il tourne un peu la tête, s'étire, claque la langue) et non pas attendre les pleurs. En effet, la tétée risque de ne pas être efficace et correcte si le nourrisson pleure et semble énervé. Cette conduite de l'allaitement implique une proximité de la mère et de l'enfant 24h/24 afin qu'elle ne manque pas ces signes, même la nuit.

Il est important que la mère sache reconnaître ces premiers signes d'éveil car s'ils ne sont pas perçus, l'enfant peut également simplement se rendormir, il n'aura donc pas été nourri ce qui peut entraîner une diminution de son poids et une diminution de la production de lait.

Par la suite, la fréquence des tétées est notamment à surveiller lors des 4 à 6 premières semaines de vie. En effet, il s'agit de la période de calibrage qui conditionne la capacité de production de lait de la mère, on parle ici d'allaitement « à la demande ». On estime qu'à cette phase, le nombre de tétées se situe naturellement entre 8 et 12 par jour (réparties sur les 24 heures), sinon un impact négatif sur la lactation peut apparaître.

La mère doit également être informée que son nourrisson va avoir des « poussées de développement » d'une durée d'environ 4 jours, généralement à la 3^{ème} semaine, la 6^{ème} semaine, le 3^{ème} mois et le 6^{ème} mois de vie. Les demandes seront alors plus fréquentes de façon tout à fait normale.

Concernant la durée d'une tétée, il n'y a pas de règles strictes et ce facteur n'est pas prévisible. En effet, elles peuvent durer de 10 à 45 minutes suivant les nourrissons, l'efficacité de leur succion et la concentration en graisses du lait qu'ils absorbent. (5,6,33)

II. Pathologies du sein

De nombreuses patientes cessent l'allaitement maternel en raison de difficultés rencontrées et par manque de soutien, d'informations ou de connaissances erronées.

Le personnel officinal étant un acteur de proximité, il peut être sollicité par ces femmes allaitantes dans ces situations, il se doit donc de savoir prendre en charge les complications possibles de l'allaitement et de réorienter les femmes vers les bons professionnels de santé quand une consultation s'avère nécessaire.

1) Crevasses du mamelon

a) *Définition et causes*

La crevasse est une lésion traumatique du mamelon dont le stade varie en fonction de la profondeur. Au départ, on observe une simple rougeur et une irritation cutanée qui vont ensuite évoluer en une abrasion (atteinte de l'épiderme et du derme supérieur) puis en une véritable fissure qui atteint le derme.

Cette lésion est douloureuse, notamment en début de tétée et un écoulement de sang peut survenir suivant la profondeur et la présence ou non d'une infection associée. (6,43)

La cause la plus fréquente est une friction anormale entre la bouche du nourrisson et le mamelon. Cette friction anormale s'explique le plus souvent par une mauvaise prise du sein par le nourrisson.

Une anomalie physique peut également être la cause d'une mauvaise succion (frein de langue court, palais ogival par exemple), mais ce diagnostic dépasse le champ de compétence du personnel officinal. La présence d'une dépression excessive exercée par le nourrisson peut également causer ce traumatisme mais sera le plus souvent établi à la maternité.

D'autres causes peuvent également être envisagées comme un excès d'hygiène de la part des mères au niveau de leurs mamelons (désinfection avant chaque tétée par exemple) ou l'utilisation de tételles de taille inadaptée. Ces deux causes peuvent, elles, tout à fait être détectées par l'équipe officinale. (6,39)

b) *Prise en charge*

❖ **Evaluation de la situation :**

Tout d'abord, il est important de discuter avec la mère afin qu'elle décrive ses douleurs, la localisation de la lésion, la présence ou non de sang. Cette discussion doit également permettre d'évaluer les pratiques de la mère : nettoyage des mamelons et utilisation d'un tire-lait notamment. (6)

Ensuite, il est nécessaire de vérifier la bonne position du nourrisson au sein en validant différents critères : (33)

- Tête du nourrisson inclinée vers l'arrière
- Bouche grande ouverte
- Menton sur le sein
- Nez dégagé
- Lèvre inférieure retroussée
- Langue sous le mamelon

Si elle n'est pas adéquate, il convient de la corriger. (ANNEXE 2)

❖ **Traitement :**

Afin de traiter la crevasse, il est important de respecter deux règles : la propreté et l'humidité. La propreté se traduit par une hygiène quotidienne avec de l'eau et du savon, il n'est pas nécessaire de laver spécifiquement les mamelons avant et/ou après une tétée.

L'humidité peut être assurée de différentes manières :

- Application de Lanoline purifiée réchauffée avant application
- Application de compresses d'hydrogel (sauf si présence d'une surinfection, d'une candidose ou d'un vasospasme mamelonnaire)
- Application de compresses imbibées de lait maternel

Attention, la vaseline doit être évitée car elle devra être rincée avant une tétée, ce qui peut ralentir la cicatrisation. (5,6)

Enfin, pour calmer la douleur, il peut être conseillé à la mère de prendre du Paracétamol (maximum 1g toutes les 6 heures) ou de l'Ibuprofène (maximum 400mg trois fois par jour), deux médicaments qui sont compatibles avec l'allaitement.

L'homéopathie peut également être conseillée dans cette situation :

- Nitricum acidum 5CH en cas de crevasse nette, à fond rouge avec une sensation de « coup de canif » : 5 granules avant chaque tétée
- Graphites 15CH si le fond de la crevasse est évasé avec un aspect jaunâtre : 5 granules trois fois par jour

Ces deux souches homéopathiques peuvent être utilisées en alternance si besoin. (6)

❖ **Accessoires :**

L'utilisation de différents accessoires disponibles à l'officine est parfois conseillée mais leur utilité a insuffisamment été évaluée et leur emploi est controversé.

Les coquilles protège-mamelon sont parfois recommandées pour diminuer les frottements en cas de crevasses. Néanmoins, il est indispensable de choisir un modèle de coquille avec une large ouverture afin d'éviter toute compression du sein et donc une stase de lait.

L'utilisation de bouts de sein en cas de crevasse ne doit être envisagée que si la cause reconnue est un excès de dépression intrabuccale de la part de l'enfant. Cette situation étant le plus souvent mise en évidence dès les premières tétées à la maternité, l'équipe officinale ne devrait donc jamais avoir à conseiller des bouts de sein en cas de crevasse à l'officine. Il est important que leur usage soit temporaire et encadré par un professionnel formé en allaitement car ils peuvent modifier la façon de téter (sans forcément améliorer la prise du sein) et induire une dépendance. Le choix du modèle est également primordial : le bout de sein doit

être échancré pour ne pas masquer les tubercules de Montgomery qui guident le nourrisson, en silicone ultrafin et adaptable à la poitrine de la mère.

Les autres indications des bouts de seins sont rares et bien spécifiques (réflexe d'éjection fort provenant de la mère, difficultés de succion chez le prématuré), l'avis et le suivi d'un professionnel spécialiste de l'allaitement est toujours nécessaire. (6,39)

❖ **Conseils :**

De petites astuces peuvent être données aux mères comme commencer la tétée par le sein le moins atteint ou encore déclencher manuellement le réflexe d'éjection avant une tétée car c'est cette période qui est la plus douloureuse.

L'utilisation d'un tire-lait peut être nécessaire si les tétées sont vraiment douloureuses. Le choix de la taille de la tétérèlle est très important car une tétérèlle mal adaptée peut également causer une crevasse.

Pour prévenir la survenue d'une crevasse, il faut s'assurer de la bonne position du nourrisson au sein dès les premières tétées. De plus, il est important de ne pas tirer sur le sein pour arrêter une tétée.

Enfin, en prévention, il peut être recommandé à la mère d'appliquer une goutte de lait sur l'aréole et le mamelon à la fin d'une tétée. (6,33)

c) Réorientation

Dans certaines situations, le pharmacien sera obligé de réorienter la mère et le nourrisson. C'est le cas notamment en cas de surinfection, douleurs en coup de poignard, lésions persistantes, muguet buccal chez le nourrisson et candidose mammaire. (6)

Dans le cadre d'une prise en charge optimale et du fait des nombreuses causes possibles de crevasse, dont le diagnostic pour certaines dépasse les compétences du pharmacien et du préparateur en pharmacie, la réorientation vers une sage-femme ou une consultante en lactation en cas de crevasse semble recommandée dans la plupart des cas.

2) Engorgements tardifs

Différents types d'engorgements peuvent affecter la femme allaitante. Le plus rencontré à l'officine est l'engorgement tardif, qui survient à distance de la montée de lait.

a) Définition et cause

L'engorgement se caractérise par une stase de lait importante qui s'accompagne d'une stase vasculaire, provoquant une inflammation, des douleurs et des œdèmes. D'autres symptômes peuvent être associés : frissons, douleurs, fièvre et difficultés d'évacuation. (39,43)

Si la prise en charge n'est pas adéquate, l'engorgement peut évoluer vers une mastite et la production de lait peut être impactée négativement et de façon irréversible.

Le plus souvent, l'engorgement survient lors d'une mauvaise conduite de l'allaitement, lorsque les tétées ne sont pas assez nutritives ou instaurées à heures fixes ou lorsque le sein est mal drainé. Il peut également survenir lorsqu'un enfant commence à faire ses nuits. (6)

b) Prise en charge

Premièrement, il est important d'évaluer avec la mère l'efficacité des tétées et la conduite de l'allaitement. De plus, l'allaitement ne doit pas être stoppé dans cette situation, au contraire, le nombre de tétées doit être augmenté en changeant au maximum les positions afin de drainer le plus efficacement possible le sein.

Si les tétées du nourrisson ne sont pas efficaces, le drainage du lait pourra être réalisé à l'aide d'un tire-lait ou manuellement par la mère sous la douche.

L'application de chaud au niveau du sein avant une tétée ou une extraction du lait permet un effet vasodilatateur à l'échelle des canaux et par conséquent un meilleur écoulement.

Deuxièmement, il est nécessaire d'améliorer la circulation sanguine. Cela se réalise notamment par des massages du dos ainsi que du repos. L'application transitoire de froid après une tétée peut limiter l'arrivée du sang et ainsi induire un meilleur retour veineux.

Enfin, pour lutter contre l'inflammation et la douleur, l'ibuprofène peut être conseillé aux femmes (400mg trois fois par jour) ainsi que le Paracétamol (1g toutes les 6 heures). L'application de froid sur le sein après une tétée pourrait participer à la diminution de l'œdème et ainsi de la douleur. (5,33)

L'homéopathie peut également être conseillée dans cette situation :

- Phytolacca 9CH : 5 granules trois fois par jour
- Belladonna 9CH : 5 granules trois fois par jour

Pour prévenir la survenue d'un engorgement, la durée et la fréquence des tétées ne doivent pas être restreint, les tétées efficaces et à l'éveil sont primordiales. De plus, dès que la mère ressent une tension mammaire, la fréquence des tétées doit être augmentée afin d'éviter toute complication.

c) Réorientation

Dans la plupart des cas, un engorgement tardif nécessite un avis médical, d'autant plus si une fièvre est présente et si aucune amélioration n'apparaît rapidement malgré les recommandations de l'officine. Souvent, les conseils prodigués vont permettre de soulager la mère en attendant un rendez-vous et d'éviter la survenue de complications. (6)

3) Mastites

a) Définition et causes

Les mastites sont la conséquence d'un mauvais drainage du sein et surviennent le plus souvent dans les 6 premières semaines de l'allaitement. Elles peuvent résulter d'une mauvaise prise en charge d'un engorgement tardif.

On observe une réaction inflammatoire, unilatérale le plus souvent et localisée sur un segment (rougeur et chaleur). La mère ressent des douleurs, une tension mammaire et l'écoulement du lait est difficile. Des signes généraux sont également associés comme un état grippal, une fièvre parfois élevée, des frissons et des courbatures.

Au niveau des échanges alvéolo-capillaires, il y a une ouverture des jonctions serrées ce qui facilite le passage de différentes substances du sang de la mère dans le lait et inversement. (6,33)

On distingue deux types de mastites, mais le diagnostic différentiel est difficile à faire :

- La mastite inflammatoire
- La mastite infectieuse qui est en réalité une mastite inflammatoire surinfectée

La surinfection d'une mastite inflammatoire peut être causée par une lésion du mamelon (crevasse qui va favoriser le passage des bactéries) ou la présence d'un état infectieux chez la mère ou une personne proche de l'entourage. Le plus souvent, c'est le *Staphylococcus aureus* qui est responsable de l'infection. (6,39)

b) Prise en charge

Dans tous les cas, devant une suspicion de mastite, la réorientation est nécessaire, d'autant plus que la différence entre une mastite inflammatoire et infectieuse est parfois difficile à faire. Par ailleurs, en absence d'une bonne prise en charge, la mastite peut se compliquer en abcès voire induire un arrêt de la lactation.

Les conseils à prodiguer en attendant une consultation sont les mêmes que pour un engorgement tardif :

- Revoir la conduite de l'allaitement : s'assurer que les tétées sont efficaces et fréquentes
- Continuer l'allaitement en augmentant la fréquence des tétées et si les tétées ne sont pas efficaces, utiliser un tire-lait (le lait n'est pas toxique pour le nourrisson)
- Application de chaleur au niveau des seins avant une tétée ou une extraction
- Améliorer la circulation sanguine en effectuant des massages du dos et en prenant du repos

- Pour soulager l'inflammation et les douleurs, conseiller l'Ibuprofène et l'application de compresses froides après une tétée

Les souches homéopathies Phytolacca et Belladonna peuvent également être conseillées dans cette situation.

Lors d'une surinfection, un traitement antibiotique compatible avec l'allaitement est nécessaire, d'où la nécessité de toujours réorienter la femme allaitante en cas de suspicion de mastite. (6,39)

4) Douleurs des mamelons entre les tétées

Contrairement aux crevasses qui procurent des douleurs au mamelon en début de tétée, d'autres pathologies vont être responsables de douleurs entre les tétées. C'est le cas des candidoses mammaires et du vasospasme mamelonnaire.

a) *Candidose mammaire*

C'est une pathologie fréquente qui est associée à une mycose de la bouche de l'enfant (muguet buccal). Le pathogène incriminé est en général *Candida albicans*, la transmission mère-enfant se fait par un contact direct.

Pour la mère, la mycose peut être :

- Superficielle : lésions du mamelon, démangeaisons, douleurs de type brûlures persistantes et intenses, pendant ou en dehors des tétées
- Invasive (qui touche l'intérieur du sein et les canaux lactifères) : douleurs intenses de type brûlures également, mais les signes cutanés sont parfois absents, le diagnostic est difficile à poser

Face à une candidose mammaire, il est nécessaire de traiter à la fois la mère et le nourrisson simultanément avec un antifongique, une réorientation est donc indispensable.

Dans cette situation, l'équipe officinale peut donner des conseils simples à la mère afin d'éviter les récurrences : se laver les mains fréquemment, laver les vêtements à une température élevée, stériliser le matériel qui entre en contact avec le sein ou la bouche de l'enfant pendant la contamination, couper les ongles courts et jeter les coussinets d'allaitement en cas d'utilisation par la mère.

D'autre part, si le lait est exprimé à l'aide d'un tire-lait, il devra être donné pendant le traitement, car *Candida albicans* ne sera pas tué par la congélation. (6)

b) Vasospasme mamelonnaire

Le vasospasme mamelonnaire est un syndrome de Raynaud au niveau du mamelon. La mère peut ressentir une douleur intense à type de brûlure pendant, après et entre les tétées. Un changement de la coloration du mamelon est également visible (cyanose après une tétée).

Ce vasospasme peut être causé par différents facteurs :

- Liés à l'enfant : dépression intrabuccale trop importante, troubles de succion, mauvaise position au sein
- Extérieurs : consommation de vasoconstricteurs (caféine, nicotine, menthe), le froid, le stress

De simples conseils peuvent être donnés à la femme allaitante comme corriger les facteurs favorisant la survenue de ce vasospasme : vérifier la position du nourrisson, questionner la mère pour savoir si le nourrisson tète de manière intense, éviter le froid et les substances vasoconstrictrices, appliquer de la chaleur au niveau du mamelon après une tétée. (6,44)

En cas de gêne trop importante, une consultation médicale peut s'avérer nécessaire, afin de mettre en place un traitement.

III. Reprise d'activité

La reprise d'activité n'est pas synonyme d'arrêt de l'allaitement. En effet, même si à ce stade, certaines mères préfèrent amorcer un sevrage, d'autres vont le poursuivre notamment via l'utilisation d'un tire-lait. Concilier allaitement et travail est tout à fait possible.

1) Utilisation d'un tire-lait

A la reprise du travail, toutes les mères n'auront pas la possibilité d'avoir leur nourrisson à proximité et donc de pouvoir lui donner le sein dans la journée. De ce fait, si elles souhaitent poursuivre un allaitement maternel exclusif et non pas mixte, elles doivent s'organiser afin de créer un stock de lait maternel qui pourra être mis à disposition de la crèche ou de la nourrice.

Cela va nécessiter l'utilisation d'un tire-lait. Idéalement, le stock de lait devra être débuté avant la reprise d'activité pour être sûr de ne pas en manquer.

a) Location d'un tire-lait

La location d'un tire-lait ne fait pas partie du monopole pharmaceutique. En effet, les femmes allaitantes peuvent également se procurer un tire-lait auprès d'un prestataire de service et distributeur de matériels. Afin que l'officine reste compétitive, il est important qu'elle puisse proposer différents tire-laits pour répondre aux différentes attentes des femmes et que l'équipe

soit suffisamment formée pour apporter toutes les informations nécessaires au bon usage d'un tire-lait.

Suite à un arrêté du 11 mars 2019, les modalités de prise en charge des tire-laits ont été modifiées. Tout d'abord, les modalités de prescription ont changé :

- La prescription initiale par un médecin ou une sage-femme est limitée à 10 semaines
- Les renouvellements ultérieurs sont limités à 3 mois

Ces nouvelles modalités ont été mises en place afin « d'assurer le suivi de l'allaitement et prévenir les arrêts précoces ». (45)

D'autre part, lors de toute dispensation, une formation doit être délivrée à la personne qui vient louer le matériel. Cette formation doit comprendre :

- « Une présentation générale du matériel et des consommables
- L'information et la formation technique relative au fonctionnement et à l'entretien du matériel et des consommables
- L'information relative au respect des consignes de sécurité
- Le choix de la taille de la téterelle
- L'explication de la durée de prescription initiale et des possibilités de renouvellement
- Un rappel des règles de conservation du lait et des règles d'hygiènes associées
- Les démarches à effectuer en cas de panne du matériel » (45)

Dans le cas où la personne venant chercher le tire-lait n'est pas la mère, tout support ou tutoriel devra lui être remis pour qu'elle puisse disposer d'une formation équivalente à distance.

Suite à cet arrêté, les tarifs ont également changé. Si le forfait de location hebdomadaire a été diminué, il existe maintenant un forfait de mise à disposition du tire-lait qui permet de rémunérer la formation que le pharmacien effectue lors de la première délivrance.

b) Choix du tire-lait et des téterelles

Aujourd'hui, il existe différents types de tire-lait et de téterelles. Le choix doit se faire en fonction des attentes et des besoins de la mère.

Une loi dans le Code du Travail prévoit de libérer une heure par jour une femme qui allaite pour tirer son lait ou allaiter son bébé, jusqu'au premier anniversaire celui-ci. Cette heure n'étant pas obligatoirement rémunérée. (46)

❖ Choix du tire-lait :

Il existe deux types de tire-lait qui présentent des caractéristiques différentes : (6)

Modèle	TIRE-LAIT MANUEL	TIRE-LAIT ELECTRIQUE
Utilisation	A l'achat Usage occasionnel	A l'achat ou en location Usage fréquent
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> ● Pratique : peu encombrant, léger ● Silencieux 	<ul style="list-style-type: none"> ● Moins fatigant ● Peut reproduire le même rythme de succion que le nourrisson : rapide au départ puis plus lent ● Pour les modèles de dernière génération : possibilité de régler l'intensité de dépression et le rythme de succion ● Double pompage possible : gain de temps et augmentation du volume de lait exprimé
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de double pompage ● Fatigant ● Chronophage ● Pas toujours efficace : la dépression exercée par la mère n'est pas toujours suffisante et stable dans le temps ● Nettoyage et entretien plus difficile 	<ul style="list-style-type: none"> ● Parfois imposant et bruyant pour les vieux modèles

Tableau II - Comparaison tire-lait manuel et électrique

Lors de la reprise du travail, la mère aura besoin d'un modèle facile à transporter, discret et silencieux pour qu'elle puisse l'emmener sur son lieu de travail.

❖ **Choix des téterelles :**

Le choix de la taille des téterelles est très important car il va conditionner l'efficacité de l'expression.

La taille est définie selon le diamètre du mamelon, sans inclure l'aréole. Des réglettes à usage unique peuvent être données aux femmes afin qu'elles puissent mesurer elles-mêmes ce paramètre, elles peuvent également utiliser un simple ruban ou une règle. Pour que la taille soit considérée comme adaptée, il faut qu'un écart d'environ 1mm soit présent entre le mamelon et la téterelle, une petite partie de l'aréole est donc englobée.

Lors de l'utilisation d'un tire-lait avec une téterelle de bonne taille, l'expression ne doit pas être ni douloureuse, ni inconfortable. On observe le mamelon bien centré dans la téterelle et il peut bouger librement.

Les conséquences de l'utilisation d'une téterelle mal adaptée varient suivant la taille :

- Si la téterelle est trop petite, le mamelon frotte sur le côté de l'embout : la quantité de lait exprimée peut être plus faible car les canaux lactifères sont comprimés par la téterelle, des lésions peuvent également apparaître comme des crevasses

- Si la tétérèlle est trop grande, l'aréole s'étire dans la tétérèlle avec le mamelon : ceci peut entraîner des hématomes et une expression du lait inadaptée (le vide ne se faisant pas de manière optimale)

Dans les deux cas, la mère ressentira un inconfort voire parfois une douleur.

Différentes marques sont disponibles et les tailles de tétérèlles diffèrent, il convient donc de bien vérifier d'un modèle à l'autre les correspondances. (6,47)

Des explications quant à leur montage et leur entretien sont indispensables lors de leur délivrance pour en assurer un bon usage.

c) *Recueil et conservation du lait*

❖ Recueil du lait :

Lors d'une séance d'expression, l'objectif est de se rapprocher le plus possible du déroulement d'une tétée. Les derniers modèles de tire-laits électriques permettent d'associer une intensité de dépression et une cadence de succion différentes, ce qui rend cela possible.

Lors d'une tétée classique, différentes phases s'enchaînent et le tire-lait va pouvoir les reproduire :

1. Phase de « succion à vide » qui permet de stimuler le réflexe d'éjection : la cadence est rapide avec une dépression faible
2. Phase d'expression et de recueil du lait : la cadence est plus lente et la dépression plus importante
3. Phase d'arrêt du jet de lait

Les réglages de la cadence et de la dépression peuvent être modifiés directement par la mère, qui est ainsi plus libre et peut adapter sa séance.

Cet enchaînement de phases va se reproduire plusieurs fois pendant une même séance, il est important d'attendre l'apparition d'un nouveau réflexe d'éjection pour pouvoir de nouveau voir du lait exprimé. En moyenne, lors d'une séance, le nombre d'éjection varie de 2 à 8 suivant les femmes et la durée est variable. La séance peut être considérée comme achevée lorsque seules de grosses gouttes sont exprimées.

La quantité de lait recueilli va dépendre de la capacité de stockage de la mère. En effet, les seins de toutes les femmes ne peuvent pas contenir la même quantité de lait et ceci peut également varier d'un sein à l'autre chez une même femme. Ce paramètre va ainsi influencer sur le nombre de tétées demandé par leur nourrisson mais aussi sur la quantité de lait pouvant être exprimé avec un tire-lait. Il est important de bien expliquer aux femmes cette notion car

une faible capacité de stockage n'implique pas une faible capacité de production ou un manque de lait, la mère doit être rassurée. (6)

Des règles simples d'hygiène doivent être respectées lors de l'utilisation d'un tire-lait : (48)

- Sa laver les mains avant la séance
- Rincer les pièces du tire-lait (embout et tétérèlle notamment) à l'eau froide puis les laver à l'eau chaude et au savon avant de les rincer une nouvelle fois à l'eau froide, puis les laisser sécher à l'air libre

Le lave-vaisselle peut être utilisé pour nettoyer les accessoires sauf les tétines en caoutchouc (utiliser un cycle à 65°C)

Pour que la séance se passe bien, il est important que la mère soit dans le calme et détendue. Afin de stimuler la libération d'ocytocine et d'induire les réflexes d'éjection, elle peut penser à son nourrisson ou avoir une photo de lui avec elle.

❖ **Conservation du lait :**

Il existe deux types de récipients de conservation. On retrouve, des sachets en plastique à usage unique ainsi que des pots de conservation qui peuvent se fixer directement sur le tire-lait et ensuite être utilisé comme biberon via l'ajout d'une tétine.

La date et l'heure du recueil de lait devront être notées sur le récipient afin de respecter les règles de conservation du lait maternel qui sont les suivantes : (48)

- A température ambiante (entre 20-25°C) : 4 heures
- Au réfrigérateur (à 4°C et pas dans la porte) : 48 heures
- Au congélateur (à -18°C) : 4 mois

Dans un rapport publié en 2006, la HAS estime que le lait peut être conservé jusqu'à 8 jours au réfrigérateur. Néanmoins, la durée de 48 heures est à retenir car elle s'applique à l'ensemble des nouveau-nés, prématurés ou non. (49)

Les temps ne sont pas cumulatifs. La mise au réfrigérateur ou la congélation doivent donc se faire rapidement après l'expression, pour cela il est nécessaire de passer le récipient sous un filet d'eau froide afin de le refroidir plus rapidement.

Enfin, un lait froid et un lait venant d'être exprimé ne peuvent pas être mélangés. Ils pourront être assemblés une fois que le lait chaud aura refroidi au réfrigérateur dans un autre récipient.

(33)

❖ **Consommation du lait tiré :**

Si du lait froid exprimé doit être transporté, il sera nécessaire de le faire à l'aide d'un sac isotherme, avec un pack de réfrigération. Le trajet ne devra pas durer plus d'une heure et le lait sera ensuite remis au réfrigérateur dès l'arrivée.

La quantité de lait qui devra être donnée au nourrisson par la personne qui en a la garde suit la règle d'Appert :

$$\text{Quantité en mL par 24h} = \frac{\text{Poids du nourrisson en grammes}}{10} + 250$$

Cette règle permet de connaître approximativement le stock dont aura besoin le nourrisson pour la journée, en divisant le total par le nombre de tétées quotidiennes. Toutefois, elle ne prend pas en compte la composition du lait (pourcentage de graisses notamment), qui est en réalité impossible à déterminer avec précision dans le cadre de l'allaitement. De ce fait, il est possible qu'un bébé réclame plus ou moins de lait selon la part de lipides contenue dans le lait exprimé.

Il est important de penser à noter la quantité de lait dans chaque récipient afin de faciliter l'utilisation ultérieure.

Le lait devra être agité avant de le donner à l'enfant car la réfrigération et la congélation entraînent la séparation du lait en deux phases.

Concernant le réchauffage, il n'est pas recommandé d'utiliser le micro-ondes puisqu'il détruit certaines substances et ne permet pas un chauffage homogène du lait. L'utilisation du bain-marie ou d'un chauffe-biberon est à privilégier.

Par ailleurs, pour utiliser un lait congelé, il doit être mis au réfrigérateur minimum 6 heures avant de le donner au nourrisson et devra être consommé dans les 24 heures. Il ne peut pas être recongelé.

Le lait réchauffé doit être bu dans la demi-heure et un lait à température ambiante dans l'heure.
(6,33,48)

❖ **Consommation du lait tiré par l'enfant :**

L'utilisation du biberon chez l'enfant allaité est controversée. Une préférence « sein-tétine » peut survenir et ainsi mettre en péril l'allaitement au sein.

En effet, la position de l'enfant et notamment de sa langue est différente avec une tétine et le flot n'est plus contrôlé par le nourrisson. Afin que ces différences soient les plus minimes possibles, il est important d'utiliser une tétine longue et à base large qui nécessite un mouvement de succion de la part du nourrisson proche de celui au sein pour que le lait arrive.

Deux laboratoires commercialisent des biberons avec des tétines spécifiques répondant à ces critères : le biberon CALMA® de Medela et le biberon MOMMA® de Lansinoh.

Lors de l'utilisation du biberon, il sera important de le tenir horizontalement avec la tétine remplie et d'observer l'enfant afin de l'aider à adapter le flot de lait.

L'alimentation à la tasse peut être une alternative à l'utilisation du biberon et de la tétine. Il existe notamment un « biberon-tasse » commercialisé par le laboratoire Medela (SOFTCUP®).

d) Autres situations nécessitant l'utilisation d'un tire-lait

La location d'un tire-lait ne sera pas toujours liée à la reprise d'activité de la mère. En effet, il peut être nécessaire dans d'autres situations : (6)

- Démarrage ou entretien de la lactation lors d'une séparation mère-enfant (prématuré, hospitalisation) ou d'un arrêt temporaire des tétées (prise de médicaments, crevasse trop douloureuse)
- Stimulation de la lactation (si les tétées ne sont pas assez efficaces, difficultés de succion)
- Traitement d'une stase de lait (engorgement, mastite)
- Réalisation de dons au lactarium

2) Sevrage de l'allaitement

La reprise du travail fait partie des raisons pour lesquelles les mères amorcent un sevrage de l'allaitement, parfois prématuré par rapport aux recommandations de l'OMS.

a) Méthode naturelle

Cette méthode doit être anticipée, elle consiste à supprimer progressivement une par une les tétées.

Idéalement, il est recommandé de remplacer une tétée par un biberon de lait artificiel tous les 3 jours, en commençant par celle de la fin d'après-midi puis celles de la journée, afin de n'obtenir ensuite plus qu'une tétée le matin et le soir. La tétée du soir pourra ensuite être supprimée, puis celle du matin.

Une tension parfois douloureuse peut être ressentie par la mère lors de la suppression d'une tétée par accumulation de lait au niveau alvéolaire. Cette tension est transitoire et ne dure que 2 à 3 jours. Une fois passée, une autre tétée peut être retirée. (5,33,35)

b) Méthode allopathique

Aujourd'hui, seules deux molécules possèdent une indication dans la prévention ou l'inhibition de la lactation physiologique dans leur AMM :

- Bromocriptine 2,5mg (PARLODEL INHIBITION DE LA LACTATION®)
- Lisuride 0,2mg (AROLAC®)

Néanmoins, cette indication n'est réservée qu'aux situations où l'inhibition de la lactation est souhaitée pour une raison médicale (décès intra-utérin, décès néo-natal, infection par le VIH de la mère). Leur utilisation n'est pas recommandée pour inhiber la lactation en routine, soulager les douleurs et l'inconfort du post-partum ou d'un engorgement mammaire. (50,51)
L'utilisation de ces deux médicaments n'a aucun intérêt une fois que la lactation est installée depuis plusieurs mois, le sevrage doit se faire de manière naturelle.

Afin d'accompagner la femme allaitante lors du sevrage et de diminuer l'inconfort occasionné par celui-ci, un traitement homéopathique peut être associé : (6)

- 1 dose trois matins de suite de Ricinus 30CH : permet de freiner la lactation
- Pour apaiser les tensions mammaires, 5 granules trois fois par jour de :
 - Apis mellifica 9CH
 - Bryonia 9CH
 - Lac caninum 30CH

IV. Médicaments et allaitement

La consommation de médicaments lors de l'allaitement doit se faire avec prudence. Il est primordial de vérifier la compatibilité entre les deux, mais dans la majorité des cas, l'arrêt ou la suspension temporaire de l'allaitement n'est pas nécessaire. Les professionnels de santé, dont les pharmaciens et préparateurs en pharmacie, se doivent de pouvoir informer et rassurer les patientes sur le sujet.

1) Principes généraux

En pratique, il existe peu de données pharmacocinétiques sur le passage des médicaments dans le lait puisqu'elles ne sont pas obligatoires pour obtenir une autorisation de mise sur le marché d'un médicament et, dans un souci d'éthique, les études sur les enfants sont difficiles.

Différents facteurs doivent être pris en compte pour savoir si une molécule peut être utilisée chez la femme allaitante.

Tout d'abord, les particularités physico-chimiques de la molécule vont avoir une importance. En effet, ce sont surtout les médicaments avec une faible liaison aux protéines plasmatiques, liposolubles, de faible poids moléculaire et sous forme non ionisée (bases faibles) qui vont

s'accumuler le plus dans le lait maternel. De plus, la demi-vie d'élimination de la molécule est également un facteur important puisqu'on estime qu'il faut 5 à 7 demi-vies pour que le médicament soit éliminé du sang maternel. Un médicament avec une demi-vie courte est donc à privilégier ainsi que les médicaments sans métabolites actifs.

D'autre part, les capacités de métabolisation et d'élimination de la mère influencent la concentration plasmatique du médicament qui est directement reliée au passage dans le lait maternel.

Enfin, la composition du lait ingérée par l'enfant va avoir un impact sur la quantité de médicament pouvant être transmise à l'enfant. En effet, la quantité de médicaments lipophiles dans le lait est liée à sa fraction lipidique, plus le lait est riche en graisse, plus l'accumulation des médicaments liposolubles est élevée. Cependant, il est difficile d'estimer la part de la fraction lipidique lors de chaque tétée.

Actuellement, les recommandations sur la possibilité d'utiliser ou non un médicament pendant l'allaitement se basent sur la *Relative Infant Dose* ou le pourcentage DMAP (dose maternelle ajustée au poids de l'enfant) qui permet de hiérarchiser la dangerosité des molécules. Il est estimé que si la dose reçue par l'enfant est « inférieure à 10 % de la DMAP ou de la dose pédiatrique, il est peu probable qu'il occasionne des effets indésirables chez le nourrisson né à terme et en santé ».

A l'officine, face à une ordonnance pour une femme allaitante, il est possible de consulter différentes sources d'informations, qui se basent sur toutes les données précédemment citées, afin de vérifier la compatibilité du traitement avec l'allaitement :

- VIDAL : attention cependant à son utilisation, car il déconseille la plupart du temps l'utilisation d'un médicament avec l'allaitement, du fait du manque de données
- Le site internet du CRAT : recense les risques sur l'usage de substances pendant la grossesse et l'allaitement en s'appuyant sur une « analyse actualisée des publications scientifiques disponibles et sur l'expérience clinique » (52)
- L'ouvrage *Medications and Mothers' milk* de Thomas W. Hale : classe les molécules en cinq catégories (de L1 à L5) suivant leur possibilité d'utilisation pendant l'allaitement (les substances en L1 et L2 étant compatibles avec l'allaitement, en L3 et L4 à utiliser avec précautions et L5 contre-indiquées)
- L'ouvrage *Grossesse et allaitement – Guide thérapeutique* du CHU Saint-Justine au Canada
- LactMed (53) : ce site internet référence, pour de nombreuses molécules, les informations sur leur concentration dans le lait maternel et le sang du nourrisson, sur

les effets possibles sur la lactation et le nourrisson ainsi que sur les alternatives pouvant être adoptées

— Les centres de pharmacovigilance

Les données des différentes sources peuvent être croisées afin d'avoir un avis clair et ne pas interrompre l'allaitement à tort. (6,10,33,39)

Globalement, il est important de retenir les règles suivantes pour optimiser l'utilisation de médicaments chez la femme allaitante :

- Se questionner sur la réelle nécessité d'utiliser un traitement médicamenteux
- Evaluer le rapport bénéfice/risque : est-ce qu'à efficacité équivalente, le traitement prescrit est bien celui induisant le moins de risque pour l'enfant ?
- Préférer une monothérapie et des médicaments pour lesquels le recul est important, sans association de principes actifs
- Traiter le plus brièvement possible s'il s'agit d'une pathologie aigue
- Lorsque le traitement médicamenteux est indispensable, privilégier les médicaments :
 - De faible biodisponibilité et faible liaison aux protéines plasmatiques (passant peu dans le lait)
 - Sans métabolite actif
 - Avec une demi-vie d'élimination courte
 - Les administrer à un horaire stratégique : juste après une tétée si la demi-vie est courte ou le soir si prise unique et que les tétées sont moins fréquentes la nuit que la journée
- Lorsque le traitement est indispensable, sans aucune alternative et incompatible avec l'allaitement : tout d'abord envisager un arrêt provisoire en tirant et jetant le lait et en dernier recours interrompre totalement l'allaitement

2) Conseils à l'officine

Comme expliqué précédemment, l'utilisation de médicaments pendant l'allaitement n'est pas quelque chose d'anodin. Les femmes allaitantes ne doivent pas s'automédiquer.

Les pharmaciens et préparateurs en pharmacie peuvent se retrouver confrontés à diverses demandes, de la part de femmes allaitantes, pour des pathologies courantes ne nécessitant pas la consultation d'un médecin dans un premier temps. Ils se doivent donc de savoir conseiller ces femmes, en prenant en compte leur allaitement et les risques pour l'enfant.

Avant de conseiller un traitement médicamenteux, il est important de rappeler tous les conseils hygiéno-diététiques en lien avec la pathologie que présente la femme. En effet, il est possible

que seuls ces gestes simples puissent améliorer leur état de santé, sans avoir recours à un traitement médicamenteux.

Le tableau ci-dessous regroupe quelques pathologies fréquemment rencontrées au comptoir et les médicaments allopathiques sans ordonnance pouvant être conseillés si besoin et sans risque pour la femme allaitante et son enfant : (6,10,52,54)

PATHOLOGIE	TRAITEMENT ALLOPATHIQUE SANS ORDONNANCE
Constipation	Utilisation en 1 ^{ère} intention : <ul style="list-style-type: none"> — Laxatifs de lest (Ispaghul, Sterculia, Psyllium) — Laxatifs osmotiques (Lactulose, Sorbitol, Macrogol, Lactitol) Du fait de l'absence de passage systémique de ces substances Utilisation possible ponctuellement d'un laxatif lubrifiant (Paraffine)
Diarrhée	Utilisation en 1 ^{ère} intention : <ul style="list-style-type: none"> — SMECTA® — Charbon Du fait de l'absence de passage systémique de ces substances Utilisation possible ponctuellement du Lopéramide ou du Racécadotril La prise de probiotiques peut également être conseillée
Nausées et vomissements	Très peu de données sont disponibles concernant l'utilisation du Métopimazine (VOGALIB®) chez la femme allaitante, il est donc préférable de l'éviter La Dompéridone et le Métopoclopramide sont utilisables mais nécessitent une prescription médicale
Douleurs	Utilisation en 1 ^{ère} intention du Paracétamol L' Ibuprofène peut être utilisé en 2 ^{ème} intention si les douleurs persistent Attention, l' acide acétylsalicylique à dose antalgique et anti-inflammatoire est contre-indiqué
Rhinite allergique	L'utilisation d'un antihistaminique de 2 ^{ème} génération par voie orale est compatible avec l'allaitement : Cétirizine et Loratadine Pour les symptômes <u>oculaires</u> : utilisation possible du Cromoglycate de sodium et de la Lévocabastine sous forme de collyre Pour les symptômes <u>nasaux</u> : utilisation possible du Cromoglycate de sodium ou du Béclométhasone sous forme de spray nasal
Rhume	<u>Lavage nasal</u> : utilisation possible de l' eau de mer isotonique ou hypertonique <u>Maux de gorge</u> : utilisation possible de pastilles contenant de l' alpha-amylase , du lysozyme et éventuellement de la lidocaïne et de la tétracaïne Le Paracétamol et l' Ibuprofène peuvent également être conseillés <u>Toux</u> : <ul style="list-style-type: none"> — Pour la toux <u>grasse</u> : utilisation possible de l'Acétylcystéine et de la Carbocistéine — Pour la toux <u>sèche</u> : <i>alternative homéopathique</i>

	<p>Pour chaque sirop, vérifier l'absence d'alcool</p> <p>Attention, l'utilisation de la Pseudoéphédrine est controversée car pouvant entraîner une diminution de la lactation, il est par conséquent recommandé de l'éviter (55,56)</p>
--	--

Tableau III - Médicaments conseils et allaitement

Les études menées sur l'utilisation de la phytothérapie et l'aromathérapie lors de l'allaitement étant rares et le risque d'effets indésirables non négligeable, il n'est pas conseillé de les utiliser lors de l'allaitement. Bien qu'il existe différentes « tisanes allaitement » (notamment à base de Fenouil, Fenugrec, Anis, Carvi...), l'efficacité sur la production lactée de ces plantes dites galactogènes est peu documentée et leur utilisation doit se faire avec prudence, selon les posologies recommandées. (6)

En ce qui concerne l'homéopathie, il est admis qu'il n'y a pas de risque de toxicité. Des alternatives homéopathiques peuvent donc être proposées aux femmes allaitantes, en prenant soin de vérifier l'absence d'alcool et en utilisant des dilutions d'au moins 3CH. (10,54)

3) Contraception en post-partum

La reprise de l'ovulation ne survient que 21 jours après l'accouchement chez les patientes qui n'allaitent pas. Chez la femme allaitante, on observe une aménorrhée et une anovulation qui peuvent durer plus longtemps du fait d'un taux élevé de prolactine qui perturbe la sécrétion de FSH et LH. Néanmoins, les taux de prolactine varient beaucoup selon la conduite de l'allaitement, des conditions strictes doivent donc être respectées pour que l'allaitement soit considéré comme « contraceptif ».

La femme allaitante aura donc le choix entre la méthode naturelle mais stricte et des alternatives hormonales ou non pour assurer sa contraception après son accouchement.

a) *Méthode naturelle MAMA*

Cette méthode est la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée qui peut être envisagée par une femme allaitante dans les 6 premiers mois suivant l'accouchement. Elle repose sur le respect de conditions strictes pour qu'elle soit efficace :

- Allaitement exclusif
- Au moins 6 tétées longues ou 10 tétées courtes par 24 heures (jour et nuit)
- Intervalle entre deux tétées de maximum 6h la nuit et 4h le jour
- Aménorrhée persistante

Une autre méthode de contraception devra être mise en place en cas de modifications dans la conduite de l'allaitement ou dès que le nourrisson aura 6 mois. (6,57,58)

b) Méthodes non hormonales

❖ Méthodes barrières :

Les méthodes barrières telles que les préservatifs masculins et les spermicides sont compatibles avec l'allaitement.

Le diaphragme peut également être utilisé à partir de la 8^{ème} semaine suivant l'accouchement.

Leur efficacité contraceptive nécessite une utilisation correcte et régulière (à chaque rapport, quel que soit le stade du cycle). Elles sont souvent utilisées de façon temporaire avant que la femme ne fasse un choix définitif pour une autre méthode plus efficace sur le long terme. (39,59)

❖ DIU au cuivre :

Un dispositif intra-utérin au cuivre peut être proposé à la femme allaitante en méthode de contraception. Il peut être posé à partir de la 4^{ème} semaine post-accouchement et ne présente aucun effet sur la lactation ou la santé du nourrisson.

C'est une méthode de contraception sûre et de longue durée d'action (4 à 10 ans). (39,57)

c) Méthodes hormonales

Les méthodes hormonales sont les méthodes contraceptives les plus efficaces lorsqu'elles sont utilisées de manière correcte et régulière.

En cas d'allaitement, une contraception hormonale progestative peut être débutée 6 semaines après l'accouchement (une utilisation plus rapide pouvant être responsable d'une diminution de la sécrétion lactée).

Différentes formes peuvent être proposées aux femmes :

- Les pilules microprogestatives (Lévonorgestrel ou Désogestrel)
- L'implant (Etonogestrel)
- Le DIU (Lévonorgestrel)
- Le progestatif injectable (Médroxyprogestérone)

Le choix de la voie d'administration est propre à chaque femme, chacune présentant des avantages et des inconvénients à prendre en compte. (33,39,57,59)

Les oestroprogestatifs ne sont pas recommandés chez la femme allaitante dans les 6 mois suivant l'accouchement car ils diminueraient la sécrétion lactée. De plus, certaines études ont montré quelques cas d'augmentation du volume des seins ainsi que des carences en folates chez des nourrissons allaités, réversibles à l'arrêt du contraceptif oestroprogestatif pris par la mère. Néanmoins, le lien de causalité n'est pour le moment pas clairement établi. (59–61)

PARTIE 3 : ETUDE MENEE EN BOURGOGNE

I. Objectif

Cette étude a pour objectif d'évaluer si les équipes officinales de la région sont suffisamment formées et compétentes pour répondre aux besoins et attentes des femmes qui allaitent, afin de soutenir et promouvoir le mieux possible l'allaitement maternel.

Pour cela, un état des lieux des connaissances associées à l'allaitement a été effectué auprès des officines de Bourgogne et les données obtenues ont ensuite été comparées aux attentes des femmes allaitantes, recueillies dans le même temps.

II. Matériel et méthode

Deux questionnaires pour deux populations différentes ont été rédigés.

a) Population

L'étude a été menée sur une période de 3 mois (de mars 2019 à mai 2019) auprès de deux types de populations en Bourgogne.

❖ Les officines :

Un questionnaire a été diffusé à l'ensemble des pharmacies de Bourgogne (soit 565 officines) et l'ensemble de l'équipe officinale pouvait y répondre.

La diffusion a été réalisée par e-mail par l'URPS Pharmaciens Bourgogne Franche-Comté le 26 février 2019, à tous les pharmaciens titulaires.

❖ Les femmes allaitantes :

Un autre questionnaire a été adressé aux femmes allaitantes. Afin d'augmenter le nombre de réponses tout en restant réaliste par rapport aux attentes actuelles, les femmes ayant allaité lors de ces trois dernières années pouvaient également répondre à l'enquête.

La diffusion a été réalisée par deux associations Bourguignonnes : Entre Parent'aise (Yonne) et Lait Tendre (Saône-et-Loire), respectivement les 7 et 8 mars, auprès de leurs membres. Ces deux associations sont adhérentes à la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM), une association qui œuvre pour la protection et le soutien d'allaitement maternel. (62)

Le questionnaire a également été diffusé au sein de la maternité de Chalon-sur-Saône lors des consultations et réunions post-accouchement pour le suivi de l'allaitement.

La crèche du CHU de Dijon a aussi diffusé ce questionnaire aux parents des enfants par e-mail.

b) Questionnaire

❖ Questionnaire pour l'équipe officinale :

Le questionnaire utilisé est anonyme et comporte 26 questions, divisées en trois parties : (ANNEXE 3)

- Une première partie évaluant les informations générales sur les professionnels qui ont répondu
- Une deuxième partie qui est un quizz sur l'allaitement maternel
- Une troisième partie sur l'évaluation des pratiques et l'avis des professionnels

Il a été élaboré avec une sage-femme, également consultante en lactation afin de cibler au mieux les connaissances importantes que doit avoir le personnel officinal sur l'allaitement maternel pour pouvoir prendre en charge les femmes allaitantes à l'officine de manière optimale.

Après validation de la participation au questionnaire, les réponses du quizz étaient affichées.

Il s'agissait d'une version électronique réalisée sur Google Forms.

❖ Questionnaire pour les femmes allaitantes :

Ce questionnaire est également anonyme et relativement court avec 8 questions pour les femmes ayant déjà sollicité un pharmacien et 7 questions pour celles ne l'ayant jamais consulté. (ANNEXE 4)

Il a été élaboré de façon à connaître les thèmes pour lesquels elles se tournent vers leur pharmacien, pourquoi et si globalement elles ont été satisfaites des réponses et conseils obtenus.

Deux versions ont été réalisées : une version électronique sur Google Forms et une version papier sur Microsoft Office Word (utilisée par la maternité de Chalon-sur-Saône).

❖ Traitement des données :

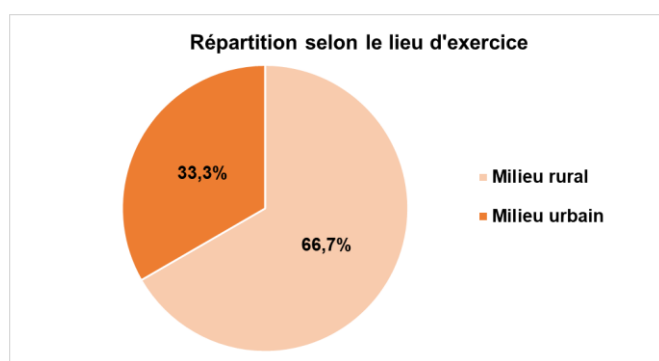
Toutes les réponses ont été recueillies et analysées dans des tableurs Excel.

III. Résultats

1) Enquête auprès des officines

Sur les 565 officines sollicitées, 84 réponses ont été enregistrées.

a) Informations générales



Les réponses recensées proviennent de pharmaciens et préparateurs en pharmacie exerçant en milieu rural pour 66,7% et en milieu urbain pour 33,3%.

Figure 2 - Répartition selon la situation géographique de l'officine

Parmi les 84 réponses obtenues, ce sont 70 pharmaciens qui ont répondu et 14 préparateurs en pharmacie. Globalement, la répartition des répondants selon leur profession et leur sexe est la suivante :

	Homme	Femme	Total
Pharmacien	17	53	70 (83,3%)
Préparateur en pharmacie	0	14	14 (16,7%)
<i>Total</i>	17 (20,2%)	67 (79,8%)	84 (100%)

Tableau IV - Répartition des professionnels selon leur profession et leur sexe

L'âge des professionnels ayant répondu se répartit de la manière suivante :

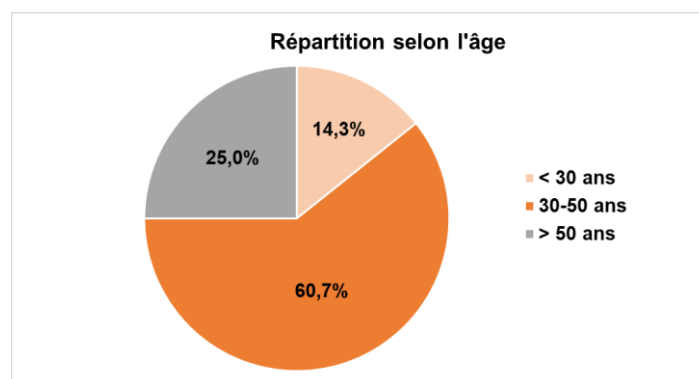


Figure 3 - Répartition des professionnels selon leur âge

Toutes les tranches d'âges sont représentées :

- 12 professionnels ont moins de 30 ans (14,3%)
- 51 professionnels ont entre 30 et 50 ans (60,7%)
- 21 professionnels ont plus de 50 ans (25%)

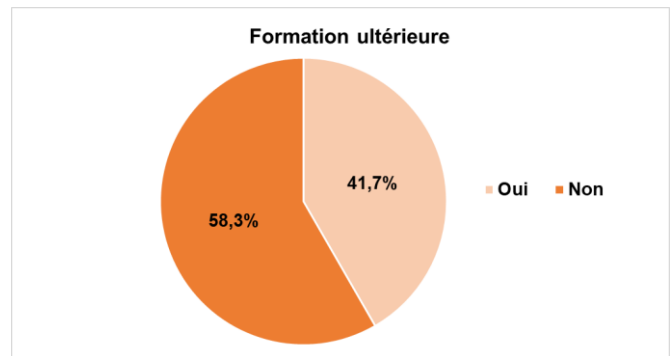
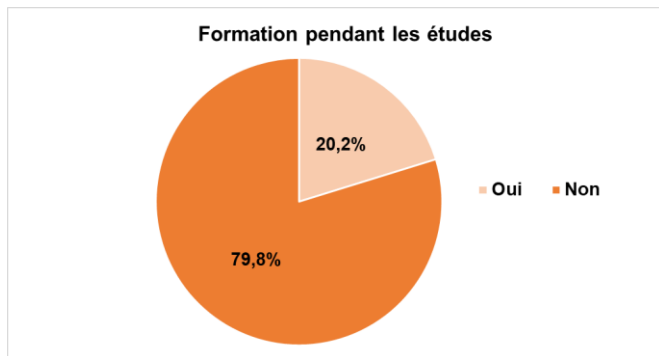


Figure 4 - Formation des professionnels lors de leur cursus Figure 5 - Formation des professionnels après leur cursus

Concernant la formation sur le sujet de l'allaitement, 20,2% (soit 17) des personnes ayant répondu ont suivi une formation lors de leur cursus et 41,7% (soit 35) ont suivi une formation après leur cursus. Parmi ces personnes, 6 ont à la fois suivi une formation pendant et à la suite de leurs études.

Au total, 45,2% professionnels qui ont répondu au questionnaire n'ont jamais été formés sur l'allaitement (soit 38 personnes) et 54,8% (soit 46 personnes) l'ont déjà été.

Les différentes formations suivies en dehors des études sont les suivantes :

- Formation « Allaitement maternel : accompagnement et prise en charge de la mère et de l'enfant » avec l'UMDPC de l'Université de Bourgogne (5 personnes)
- Formation dans le cadre du développement professionnel continu (5 personnes) notamment via Form'UTIP (4 personnes)
- Formation par PHARMAT (spécialiste dans la vente et la location de matériel médical) (7 personnes)
- Formation par d'autres professionnels de santé : gynécologue, sage-femme, pédiatre
- Formation via la Leche League France
- Formation « personnelle »
- Formation par des laboratoires (comme Medela par exemple)
- Formation ciblée sur homéopathie et l'allaitement

Si l'on croise la formation des professionnels pendant leurs études à leur profession et leur âge, les données sont les suivantes :

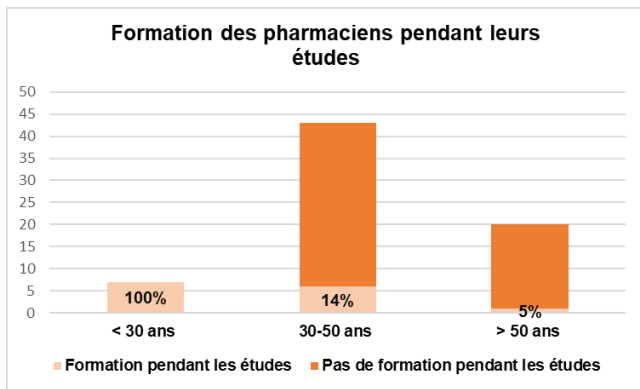


Figure 6 - Formation des pharmaciens pendant leurs études selon leur âge

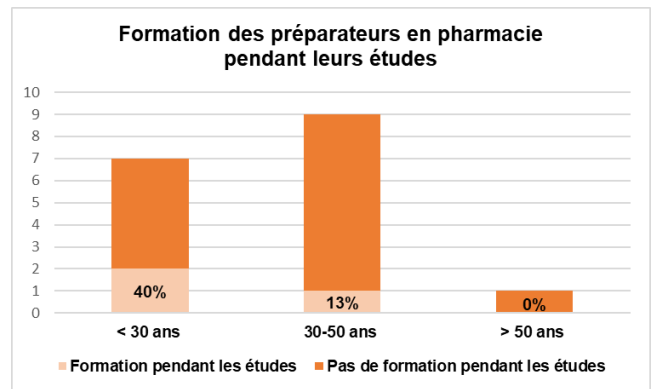


Figure 7 - Formation des préparateurs en pharmacie pendant leurs études selon leur âge

En ce qui concerne les pratiques quotidiennes, la fréquence des demandes de la part de femmes allaitantes était estimée par les professionnels de la façon suivante :

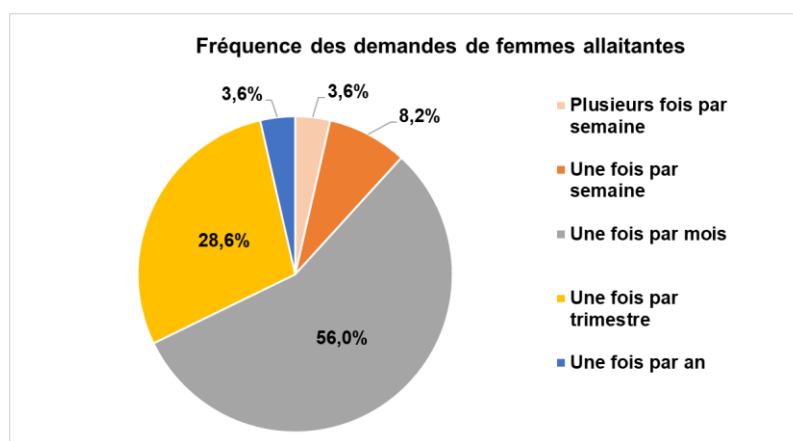


Figure 8 - Fréquence des demandes concernant l'allaitement à l'officine

Dans 56% des cas, les demandes sont mensuelles. Elles sont trimestrielles pour 28,9% des professionnels et hebdomadaires pour 8,2%. Enfin, elles sont annuelles ou à raison de plusieurs fois par semaine pour 3,6% des cas.

Si l'on croise la fréquence de ces demandes à la situation géographique des officines, les résultats sont les suivants :

Fréquence des demandes	Officine en zone rurale	Officine en zone urbaine
Plusieurs fois par semaine	2 (3,6%)	1 (3,6%)
Une fois par semaine	4 (7,1%)	3 (10,7%)
Une fois par mois	34 (60,7%)	13 (46,4%)
Une fois par trimestre	14 (25%)	10 (35,7%)
Une fois par an	2 (3,6%)	1 (3,6%)
Total	56 (100%)	28 (100%)

Tableau V - Répartition des demandes suivant la situation géographique

D'après leurs connaissances actuelles, les professionnels de santé qui ont répondu au questionnaire estiment pouvoir aider une femme allaitante dans les domaines suivants :

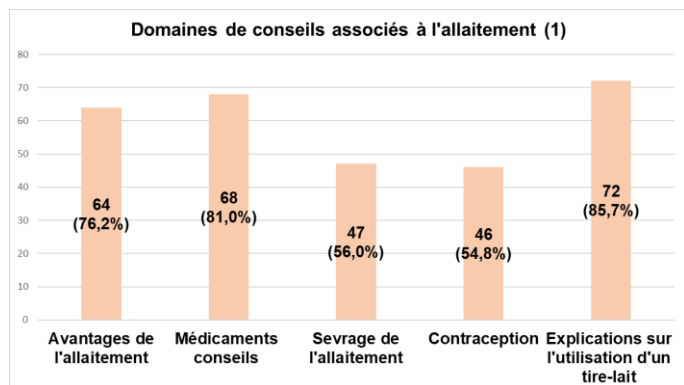


Figure 9 - Domaines de connaissances de l'équipe officinale (1)

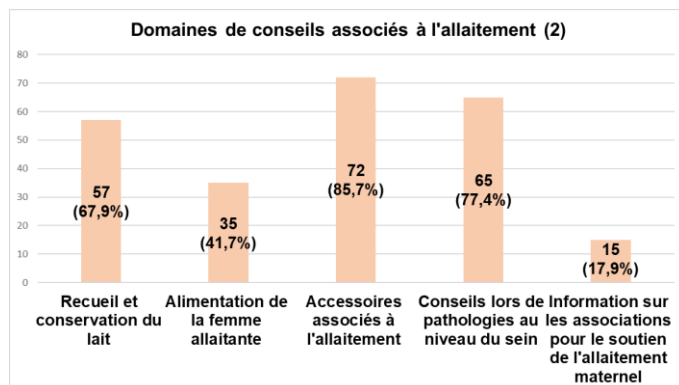


Figure 10 - Domaines de connaissances de l'équipe officinale (2)

Une personne a également spécifié pouvoir apporter un soutien moral à la femme allaitante.

b) Réponses au test sur l'allaitement maternel

❖ Avantages de l'allaitement maternel pour l'enfant :

La première question du test de connaissances portait sur les avantages de l'allaitement maternel pour l'enfant allaité. La réponse attendue était : diminution de l'incidence du diabète, des MICI et de l'obésité.

Les réponses obtenues sont les suivantes :

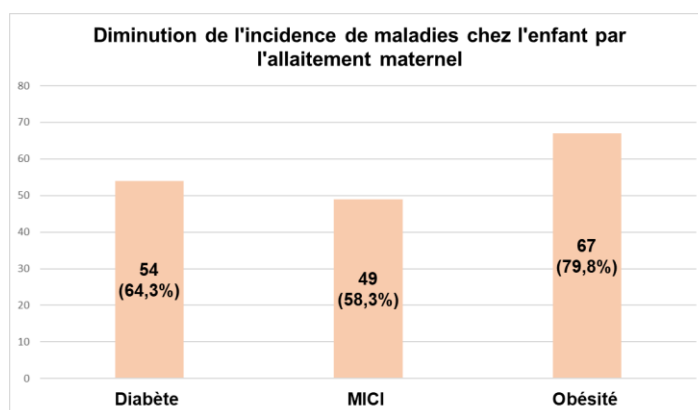


Figure 11 - Réponses des professionnels sur l'avantage de l'allaitement maternel pour l'enfant

64,3% des professionnels connaissent l'impact de l'allaitement maternel sur l'incidence du diabète, 58,3% sur celle des MICI et 79,8% sur l'obésité.

Au total, 33,3% des professionnels (soit 28 personnes) ont coché les trois propositions et donc répondu correctement à la question.

Parmi les bonnes réponses, 15 personnes (53,6%) ont été formées sur l'allaitement et 13 ne le sont pas (46,4%).

❖ **Avantages de l'allaitement maternel pour la mère :**

Cette question portait sur les avantages de l'allaitement pour la santé de la mère. La réponse attendue à cette question était : diminution du risque de survenue d'un cancer du sein pré-ménopausique, d'un cancer de l'ovaire et d'ostéoporose.

Les réponses obtenues sont les suivantes :

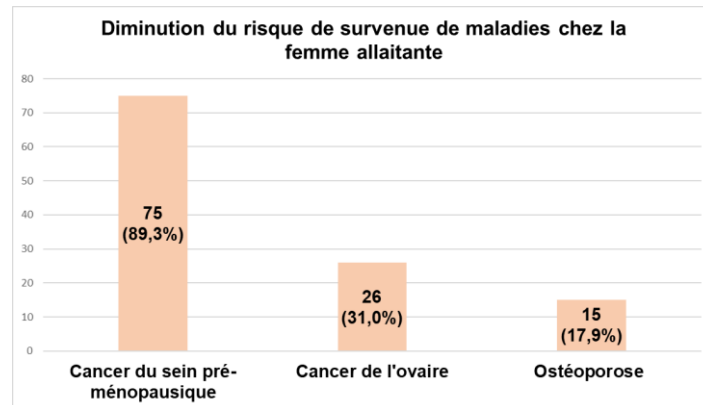


Figure 12 - Réponses des professionnels sur l'avantage de l'allaitement maternel pour la mère

89,3% des professionnels connaissent l'intérêt de l'allaitement maternel sur le risque de cancer du sein pré-ménopausique, 31,0% sur le cancer de l'ovaire et 17,9% sur l'ostéoporose.

Au total, 4,8% des professionnels (soit 4 personnes) ont coché les trois propositions et donc répondu correctement à la question.

Parmi ces 4 bonnes réponses, 2 personnes ont été formées sur l'allaitement et 2 personnes ne le sont pas.

❖ **Fréquence des selles d'un bébé allaité :**

Le but de cette question était d'évaluer les connaissances des professionnels de santé sur la fréquence des selles d'un enfant allaité.

La situation était la suivante « La mère d'un bébé de 2 mois vient à la pharmacie car son bébé qu'elle allaite n'a pas eu de selles depuis 72 heures ». La réponse attendue était que cela peut-être tout à fait normal.

52,4% des professionnels de santé ont répondu correctement (soit 44 personnes).

Parmi toutes les bonnes réponses, 25 personnes (56,8%) ont été formées sur l'allaitement et 19 ne le sont pas (43,2%).

47,6% des professionnels (soit 40 personnes) auraient réorienté la mère et l'enfant chez le médecin face à cette situation.

❖ Rythme des tétées :

L'intérêt de cette question était d'estimer si les professionnels de santé connaissent le nombre de tétées quotidiennes lors des premières semaines de vie du nourrisson, qui n'est en aucun cas comparable au nombre de biberons de lait artificiel recommandés.

La réponse attendue au départ était que le nombre de tétées quotidiennes lors des premières semaines doit être de 8 à 12 par jour. Néanmoins, il n'est pas faux de dire qu'après la sortie de la maternité, l'allaitement peut se faire « quand le bébé réclame » car dans la plupart des cas ils demandent naturellement au moins 8 fois/jour.

Les réponses obtenues sont les suivantes :

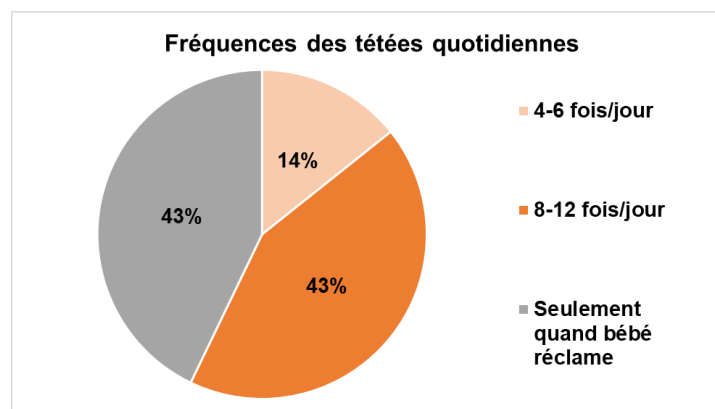


Figure 13 - Réponses des professionnels sur la fréquence des tétées

86,0% des professionnels de santé (soit 72 personnes) connaissent la fréquence des tétées quotidiennes recommandées lors des premières semaines d'allaitement.

Concernant les bonnes réponses, ce sont 38 personnes formées (52,8%) et 34 personnes non formées (47,2%) qui ont répondu.

❖ Nutrition de la femme allaitante :

L'objectif de cette question était de savoir si les professionnels de santé estiment qu'une femme allaitante doit avoir une alimentation différente d'une femme qui n'allait pas son enfant.

La réponse attendue était qu'une femme allaitante ne doit pas faire très attention à ce qu'elle mange mais manger normalement, de manière équilibrée.

72,6% des professionnels de santé (soit 61 personnes) ont estimé qu'une mère qui allaite son enfant doit faire très attention à ce qu'elle mange. 27,4% des professionnels de santé (soit 23 personnes) ont répondu correctement.

Parmi les bonnes réponses, 16 personnes (69,6%) ont été formées sur l'allaitement et 7 ne le sont pas (30,4%).

❖ **Prise en charge d'une crevasse à l'officine :**

Le but de cette question était d'évaluer le conseil officinal face à une mère présentant une crevasse du mamelon à l'officine.

Les réponses attendues à cette question étaient de vérifier la position de la bouche du bébé lors d'une tétée et d'appliquer une crème cicatrisante. L'utilisation des bouts de sein étant controversée et recommandée uniquement dans certaines situations nécessitant l'avis d'un spécialiste, cette proposition n'a pas été considérée comme « juste » dans le traitement des données.

Les réponses obtenues sont les suivantes :

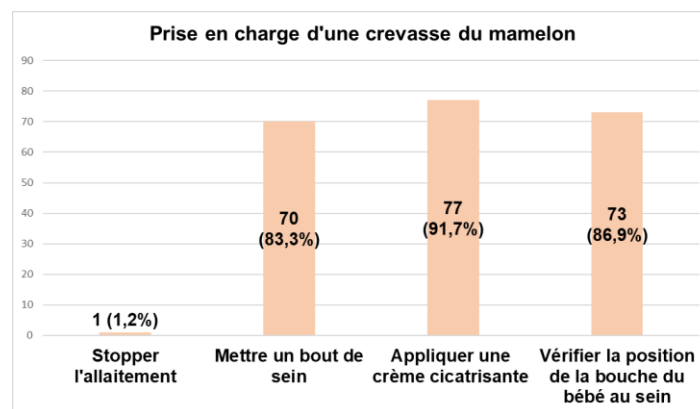


Figure 14 - Réponses sur la prise en charge d'une crevasse du mamelon à l'officine

91,7% des professionnels conseillent d'appliquer une crème cicatrisante (à base de Lanoline par exemple), 86,9% estiment que la position de la bouche de l'enfant au sein doit être vérifiée et 83,3% associent un bout de sein. 1 professionnel conseille quant à lui de stopper l'allaitement en cas de crevasse du mamelon.

Au total, 14,3% des professionnels ont associé les deux bons conseils à donner lors de cette situation, soit 12 personnes. Sur ces 12 professionnels, 7 ont été formés (58,3%) sur l'allaitement et 5 ne le sont pas (41,7%).

D'autres propositions ont également été données, par des personnes ayant auparavant été formées, pour prendre en charge une crevasse :

- Application d'une goutte de lait sur le mamelon après les tétées pour l'hydrater (cité deux fois)
- Alternance des seins lors des tétées
- Utilisation de l'homéopathie

Ces trois propositions sont tout à fait correctes et peuvent être associées aux conseils lors de la prise en charge d'une crevasse du mamelon à l'officine.

❖ **Prise en charge d'un engorgement à l'officine :**

Le but de cette question était d'évaluer le conseil officinal face à une mère se présentant à l'officine avec un engorgement.

Les professionnels avaient le choix entre deux items : conseiller de stopper l'allaitement ou augmenter le nombre de tétées. La réponse attendue était d'augmenter le nombre de tétées, l'engorgement n'étant pas un motif d'arrêt de l'allaitement puisque bien au contraire, le sein doit être drainé.

Les répondants pouvaient également spécifier une autre proposition. De ce fait, certains ne se sont pas positionnés sur la poursuite ou non de l'allaitement et ont indiqué réorienter directement la mère en consultation. L'utilisation du tire-lait a également été noté plusieurs fois.

La répartition des réponses est la suivante :

Conseils prodigués en cas d'engorgement		Nombre de réponses
Augmenter le nombre de tétées		31 (36,9%)
Augmenter le nombre de tétées	+ Consultation	5 (5,9%)
	+ Utilisation d'un tire-lait	4 (4,8%)
	+ Expression du lait sous une douche chaude	4 (4,8%)
Stopper l'allaitement		18 (21,4%)
Utilisation d'un tire-lait		6 (7,1%)
Consultation et utilisation d'un tire-lait en attendant		3 (3,6%)
Consultation		13 (15,5%)

Tableau VI - Réponses sur la prise en charge d'un engorgement à l'officine

Au total, 52,4% des professionnels de santé (soit 44 personnes) conseillent d'augmenter le nombre de tétées lors d'un engorgement. Parmi ces 44 personnes :

- 5 orienteraient tout de même la mère en consultation
- 4 conseilleraient, en plus d'augmenter les tétées, de tirer son lait
- 4 conseilleraient, en plus d'augmenter les tétées, d'exprimer le lait manuellement sous une douche chaude

L'ensemble de ces prises en charge sont admises comme correctes et adéquates à la situation.

D'autres réponses sont également considérées comme justes, car elles ne compromettent pas la poursuite de l'allaitement si elles sont réalisées au plus vite par la mère :

- Utilisation d'un tire-lait (7,1% des réponses, soit 6 personnes)

- Consultation et utilisation d'un tire-lait en attendant (3,6% des réponses, soit 3 personnes)
- Consultation immédiate (15,5% des réponses, soit 13 personnes)

Globalement, 78,6% des professionnels de santé (soit 66 personnes) donnent une conduite à tenir qui peut être jugée correcte car elle ne met pas en péril la poursuite de l'allaitement. Parmi ces 66 professionnels, 37 ont été formés (56,1%) sur l'allaitement et 29 ne le sont pas (43,9%).

21,4% des professionnels (soit 18 personnes) conseilleraient à la mère de stopper les tétées, cette méthode de prise en charge étant à risque de compromettre l'allaitement.

❖ **Sevrage de l'allaitement :**

Cette huitième question du test de connaissances portait sur le sevrage de l'allaitement. La réponse attendue était que le sevrage, après 6 mois d'allaitement, se fait sans médicament.

97,6% des professionnels de santé ont répondu correctement à cette question, soit 82 personnes.

❖ **Conservation du lait au réfrigérateur :**

Le but de cette question était d'évaluer si les membres de l'équipe officinale connaissent le temps de conservation du lait recueilli avec un tire-lait et ensuite placé au réfrigérateur. Les conditions de recueil et de conservation étant indispensables à connaître et à communiquer aux femmes lors de la location d'un tire-lait.

La réponse attendue était que le lait peut être conservé 48 heures au réfrigérateur après son extraction.

Les réponses obtenues sont les suivantes :

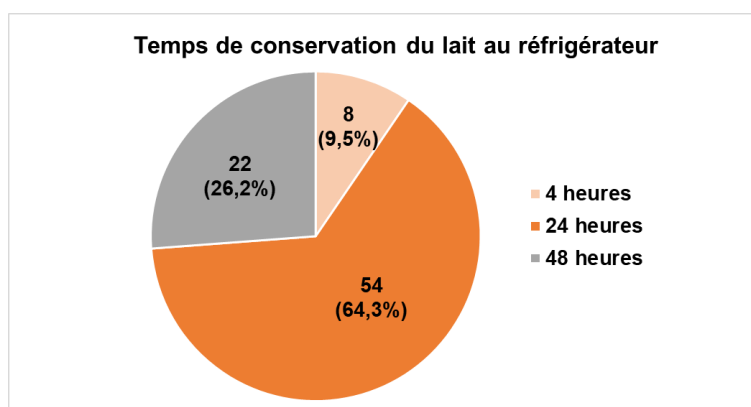


Figure 15 - Réponses sur le temps de conservation du lait au réfrigérateur

26,2% des professionnels connaissent la durée de conservation du lait au réfrigérateur, soit 22 personnes. 9,5% pensent que le lait ne peut être conservé que 4h et 64,3% seulement 24 heures.

Parmi ces professionnels, 15 ont été formés (68,2%) sur l'allaitement et 7 ne le sont pas (31,8%).

❖ **Contraception et allaitement :**

Cette dernière question du test avait pour but d'estimer si les professionnels de santé à l'officine connaissent les méthodes de contraception compatibles avec l'allaitement maternel.

Les réponses correctes attendues étaient : la pilule microprogestative, la méthode MAMA, le préservatif et le dispositif intra-utérin.

Les réponses obtenues sont les suivantes :

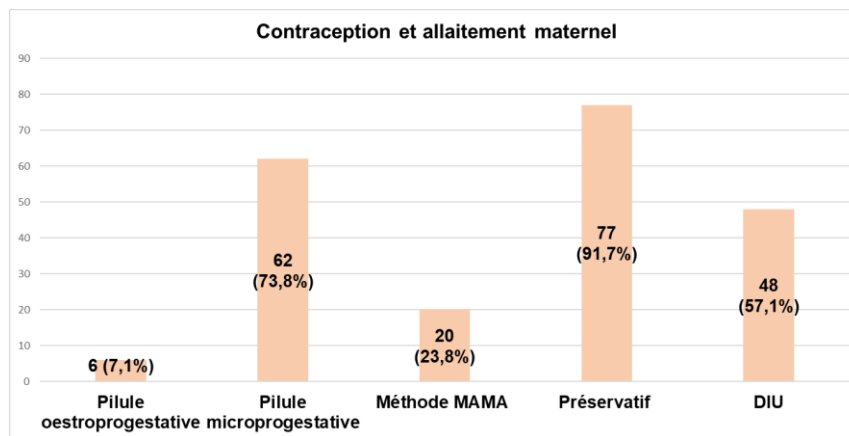


Figure 16 - Réponses sur les méthodes de contraception

Trois méthodes ont été majoritairement cochées :

- Pilule microprogestative pour 73,8% des professionnels
- Préservatif pour 91,7%
- DIU pour 57,1%

La pilule oestroprogestative a été sélectionnée par 7,1% des professionnels et la méthode MAMA par 23,8%.

Au total, 14,3% des professionnels de santé (soit 12 personnes) ont répondu correctement à cette question, en cochant les quatre méthodes possibles avec l'allaitement maternel.

Parmi ces professionnels, 8 ont été formés (66,7%) sur l'allaitement et 4 ne le sont pas (33,3%).

RESULTATS AU TEST DANS LA GLOBALITE :

Question	Nombre de bonnes réponses (n = 84)	
	n	%
Avantages de l'allaitement maternel sur la santé de l'enfant	28	33,3
Avantages de l'allaitement maternel sur la santé de la mère allaitante	4	4,8
Fréquence des selles d'un bébé allaité	44	52,4
Rythme des tétées	72	86,0
Nutrition de la femme allaitante	23	27,4
Prise en charge d'une crevasse du mamelon	12	14,3
Prise en charge d'un engorgement	66	78,6
Sevrage de l'allaitement	82	97,6
Conservation du lait au réfrigérateur	22	26,2
Contraception et allaitement	12	14,3

Tableau VII - Résultats généraux au test de connaissances

Au total, la moyenne des bonnes réponses, toutes questions confondues est de 43,5% soit un score moyen de 4,3/10. Si l'on croise le résultat global au test en fonction du niveau de formation des professionnels, on obtient :

- Pour les professionnels de santé déjà formés sur l'allaitement maternel, une moyenne de 4,5/10
- Pour les professionnels de santé jamais formés sur le sujet, une moyenne de 4,1/10

c) Evaluation des pratiques et avis des professionnels

❖ Sources de documentation :

Cette question visait à estimer où les membres de l'équipe officinale recherchent des informations lorsqu'ils ont un doute sur la compatibilité d'un médicament avec l'allaitement.

Les réponses obtenues sont les suivantes :

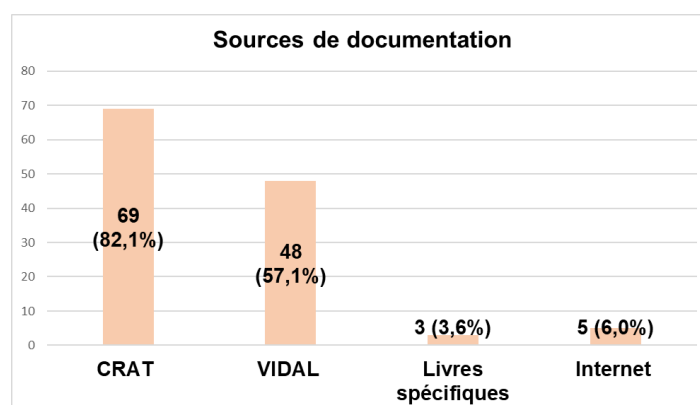


Figure 17 - Sources de documentation des professionnels sur les médicaments et l'allaitement

82,1% des professionnels (soit 69 personnes) consultent le site du CRAT et 57,1% (soit 48 personnes) consultent celui du VIDAL en cas de doute lors de la dispensation d'un médicament à une femme allaitante.

3,6% utilisent des livres spécifiques (livre gynécologique de Boiron, cahier du Moniteur par exemple) et 6% internet en général.

1 personne a également notifié utiliser le site Thériaque pour obtenir des réponses.

❖ Réorientation vers un autre professionnel de santé :

Cette interrogation permet de connaître vers quels professionnels de santé l'équipe officinale réoriente une femme allaitante lorsqu'une situation dépasse son champ de compétence ou est trop grave pour être prise en charge à l'officine.

Les réponses obtenues sont les suivantes :

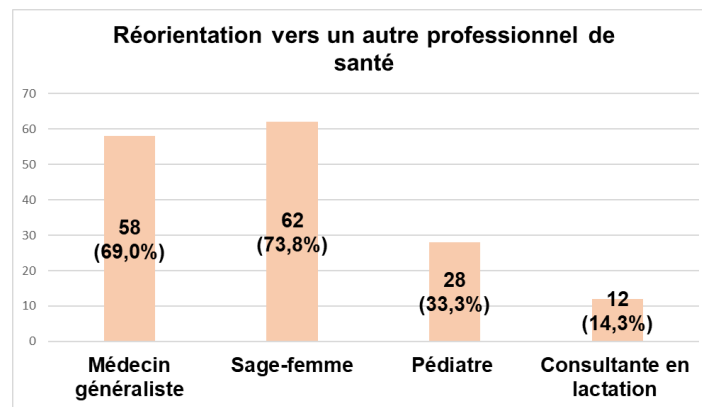


Figure 18 - Réorientation vers d'autres professionnels de santé

73,8% pharmaciens et préparateurs en pharmacie réorientent une femme allaitante vers une sage-femme, 69,0% vers un médecin généraliste, 33,3% vers un pédiatre et 14,3% vers une consultante en lactation.

❖ Rôle de l'équipe officinale dans le soutien de l'allaitement maternel :

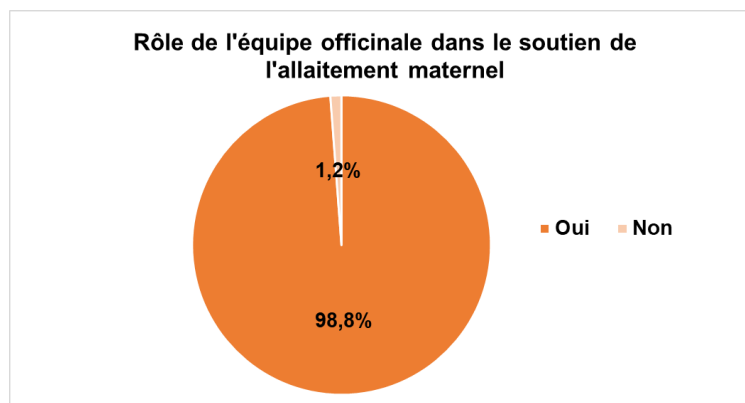


Figure 19 - Rôle des pharmaciens et préparateurs en pharmacie dans le soutien de l'allaitement maternel

98,8% des professionnels interrogés (soit 83 personnes) sont convaincus que l'équipe officinale a un rôle dans le soutien de l'allaitement maternel.

❖ **Formation sur le sujet de l'allaitement maternel :**

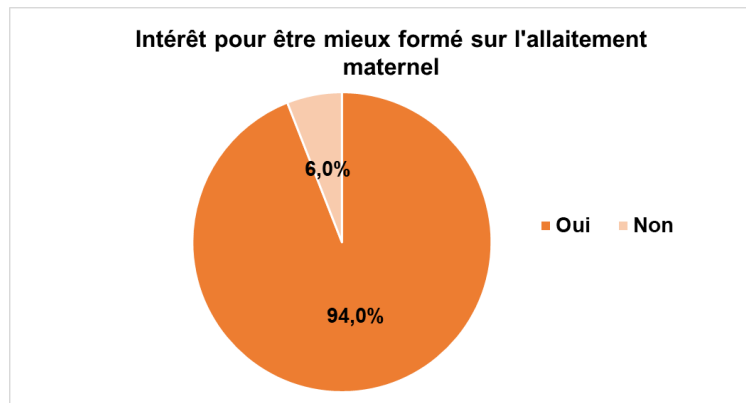


Figure 20 - Intérêt des professionnels pour une formation sur l'allaitement maternel

94% des personnes ayant répondu, soit 79 personnes aimeraient être mieux formés sur le sujet de l'allaitement maternel.

Les 5 personnes ayant répondu non à cette question sont des personnes qui ont déjà été formées sur ce thème.

❖ **Supports pour aider à la prise en charge :**

Le but de cette question est d'évaluer de quoi auraient besoin les pharmaciens et préparateurs en pharmacie pour améliorer leur prise en charge d'une femme allaitante à l'officine.

Deux types de supports étaient proposés :

- Des supports de formation à leur destination, comme du e-learning ou des fiches conseils
- Des supports d'information à remettre aux patientes directement comme des brochures et des tracts

86,9% des professionnels (soit 73 personnes) aimeraient disposer de supports de formation et 72,6% (soit 61 personnes) de supports d'information.

D'autres suggestions ont également été spécifiées :

- Un diplôme universitaire
- Un site internet

❖ **Connaissance de la formation sur l'allaitement maternel à l'Université de Dijon :**

L'intérêt de cette question était de savoir si les pharmaciens et préparateurs en pharmacie exerçant en Bourgogne connaissent l'existence de la formation « Allaitement maternel :

accompagnement et prise en charge de la mère et de l'enfant » proposée par l'UMDPC à l'Université de Dijon.

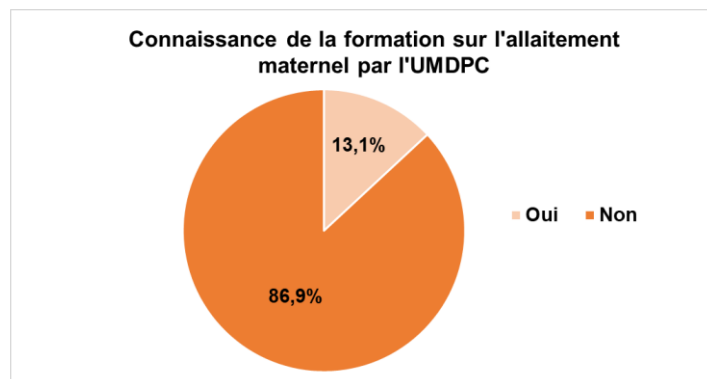


Figure 21 - Connaissance d'une formation sur l'allaitement maternel à l'Université de Dijon

86,9% des professionnels (soit 73 personnes) ne connaissent pas l'existence de cette formation. Parmi les 11 personnes qui la connaissent, 5 l'ont déjà suivie.

2) Enquête auprès des femmes allaitantes

Au total, 120 femmes allaitantes ont répondu au questionnaire.

a) Informations générales

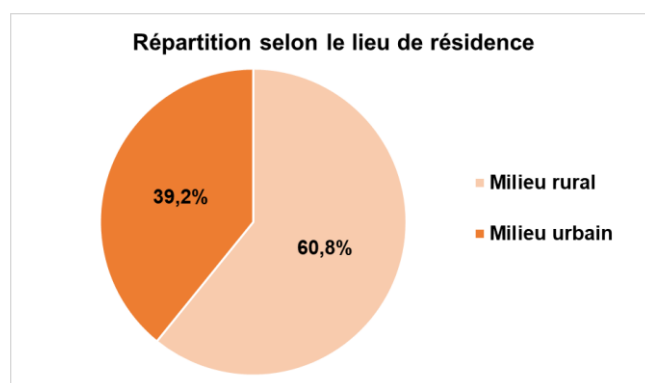


Figure 22 - Répartition selon le lieu de résidence des femmes allaitantes

Les réponses recensées proviennent à 60,8% de femmes vivant en milieu rural et à 39,2% de femmes vivant en milieu urbain.

La moyenne d'âge des femmes allaitantes ayant répondu est de 32,4 ans.

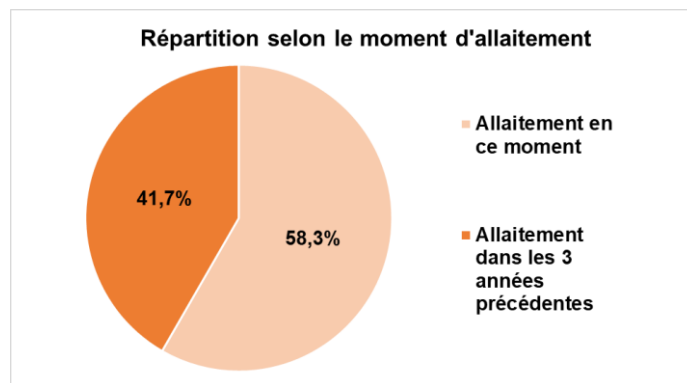


Figure 23 - Répartition selon la période d'allaitement

Parmi les 120 réponses, 58,3% (soit 70) femmes allaitaient leur enfant au moment de répondre au questionnaire, 41,7% (soit 50) femmes avaient allaité leur enfant dans les trois années précédentes.

Le temps moyen d'allaitement des femmes ayant répondu est de 10 mois.

b) Sollicitation de l'équipe officielle

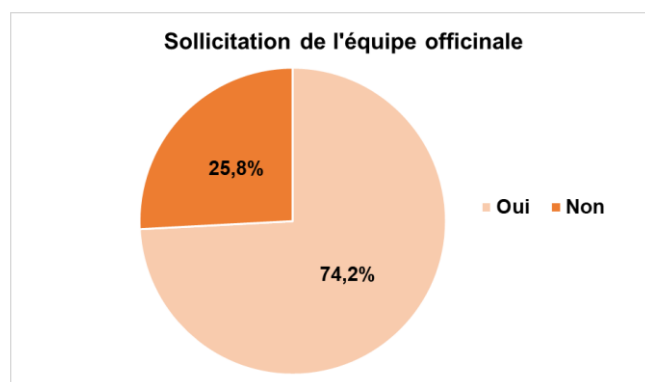


Figure 24 - Taux de femmes allaitantes ayant sollicité les équipes officielles

74,2% des femmes interrogées (soit 89) ont déjà sollicité l'équipe officielle concernant leur allaitement.

Les domaines pour lesquels ces femmes sollicitent l'équipe officielle sont les suivants :

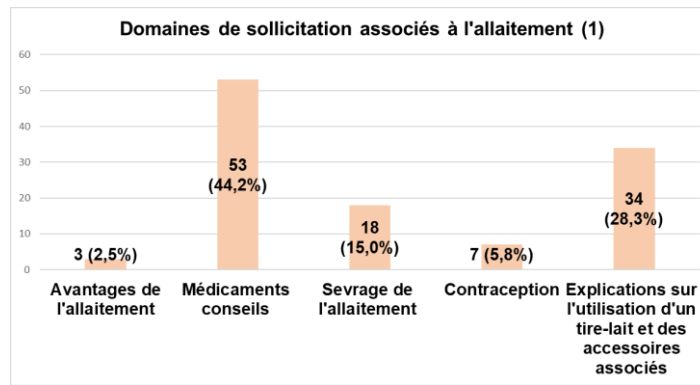


Figure 25 - Domaines de sollicitation des femmes allaitantes (1)

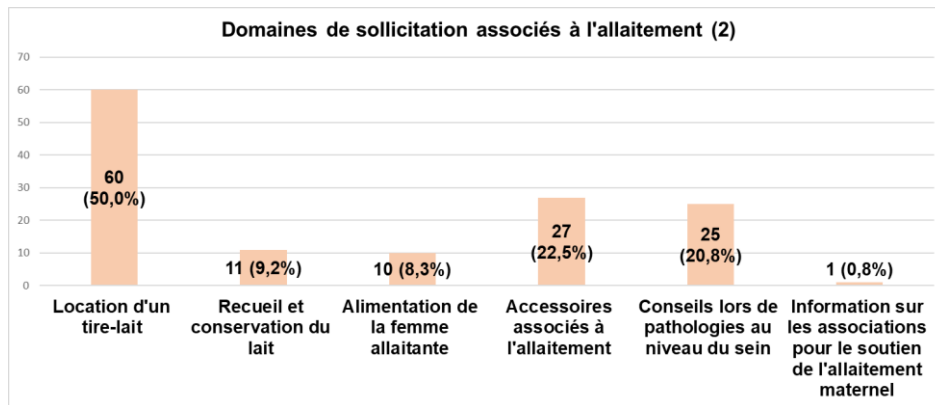


Figure 26 - Domaines de sollicitation des femmes allaitantes (2)

D'autres domaines ont également été cités :

- Conseils en homéopathie et phytothérapie
- Conseils concernant les tisanes pour l'allaitement (par 2 femmes)
- Techniques pour stimuler la lactation (par 2 femmes)

Suite à la sollicitation de l'équipe officinale, la satisfaction quant aux réponses apportées est la suivante :

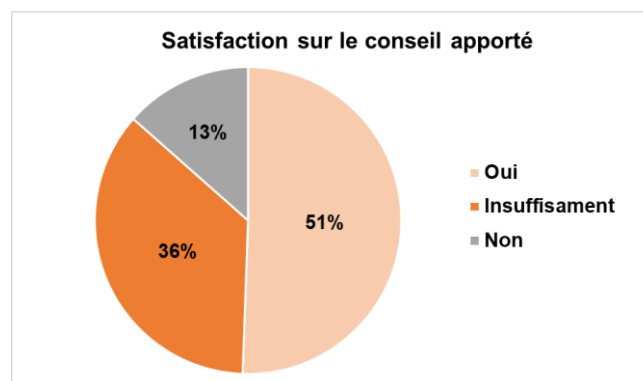


Figure 27 - Satisfaction des femmes sur les réponses apportées

51% des femmes (soit 45) ont été satisfaites des conseils qui leur ont été donnés. 36% (soit 32) ont trouvé que les informations apportées étaient insuffisantes et 13% (soit 12) n'ont pas été satisfaites.

De plus, des remarques ont été signifiées :

- « Demande de conseils en homéopathie mais le pharmacien s'est trompé »
- « Je pensais que le pharmacien aurait les réponses à mes questions mais manque de formation »
- « Les équipes ne sont pas assez formées sur le sujet » (par 2 femmes allaitantes)
- « Revoir les modèles de tire-lait qu'ils proposent en location » (par 2 femmes allaitantes)
- « La plupart des professionnels de santé n'ont pas les connaissances suffisantes pour soutenir les mères allaitantes »

Les raisons pour lesquelles les femmes allaitantes se sont tournées vers leur officine lors d'un besoin sont les suivantes :

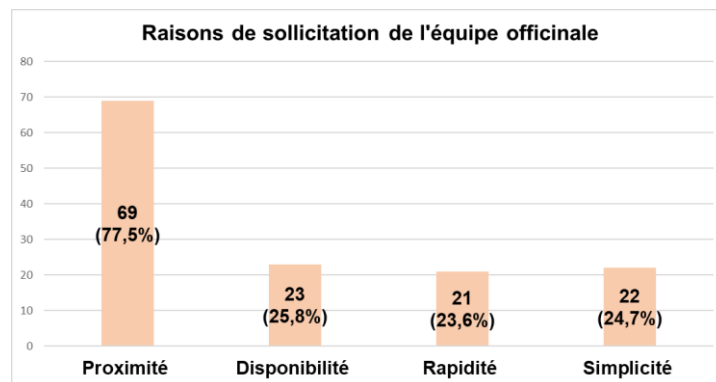


Figure 28 - Raisons de sollicitation de l'équipe officinale par les femmes allaitantes

Pour 77,5% des femmes (soit 69), la proximité est la raison pour laquelle elles ont interrogé l'équipe officinale. 25,8% évoquent la disponibilité, 23,6% la rapidité et 24,7% la simplicité.

D'autres raisons ont été notifiées :

- Par habitude
- Par confiance
- Pour être rassurée
- Car la demande concernait un domaine en lien avec la fonction du pharmacien (médicament)

Parmi les 31 femmes allaitantes n'ayant jamais sollicité l'équipe officinale, les raisons évoquées sont les suivantes :

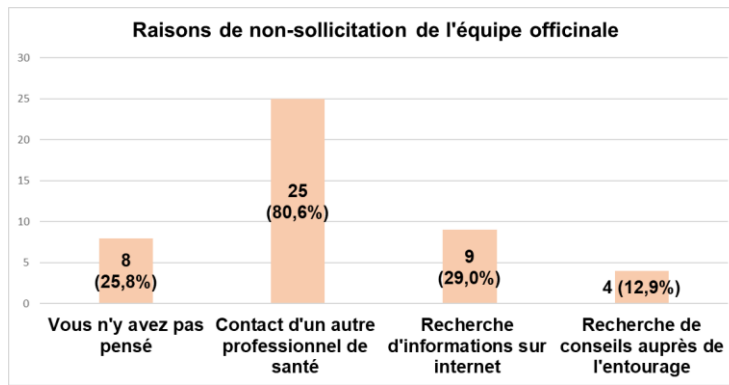


Figure 29 - Raisons de non-sollicitation de l'équipe officinale par les femmes allaitantes

80,6% des femmes (soit 25) préfèrent contacter un autre professionnel de santé, 29,0% choisissent de s'informer sur internet et 12,9% demandent conseil à leur entourage. 25,8% (soit 8 femmes) n'ont pas pensé à se rendre dans leur officine lors d'un besoin concernant leur allaitement.

Les réponses quant au choix du professionnel de santé qu'elles ont contacté, sont les suivantes :

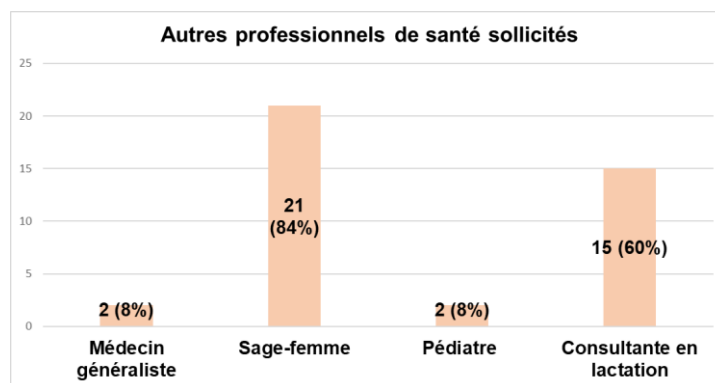


Figure 30 - Autres professionnels de santé sollicités par les femmes allaitantes

Parmi les femmes, 21 peuvent se tourner vers leur sage-femme, 15 vers une consultante en lactation, 2 vers leur pédiatre et 2 vers le médecin généraliste. Une femme a également notifié se tourner vers sa gynécologue.

Deux femmes ont également estimé que les sages-femmes et les consultantes en lactation étaient les plus compétentes dans ce domaine.

IV. Discussion

1) Evaluation des connaissances de l'équipe officinale

Le territoire Bourguignon compte actuellement 565 officines (63). Toutes ont été sollicitées pour répondre au questionnaire de l'étude mais seulement 84 réponses ont été enregistrées.

Le but de ce travail étant d'évaluer le conseil officinal de façon globale, les pharmaciens mais aussi les préparateurs en pharmacie pouvaient répondre au questionnaire et aucune distinction ne sera faite entre les deux professions pour l'analyse des données.

Les réponses obtenues sont majoritairement celles de professionnels exerçant en milieu rural (66,7%) et de sexe féminin (79,8%). Ainsi, on peut estimer que les femmes se sentent peut-être plus concernées par le sujet de l'allaitement maternel que les hommes. Néanmoins, la répartition hommes-femmes à l'officine est en faveur d'une féminisation, il est donc difficile d'affirmer ce constat. (64)

L'enquête révèle que les demandes de conseils de la part de femme allaitante sont particulièrement présentes. En effet, 56% des professionnels estiment être sollicités une fois par mois, 28,6% une fois par trimestre et 8,2% une fois par semaine (la localisation de l'officine en milieu rural ou urbain n'affectant pas cette fréquence). De ce fait, il apparaît indispensable que les équipes officinales soient formées sur le sujet de l'allaitement maternel pour répondre à ces demandes.

Toutefois, d'après les réponses obtenues, seulement 20,2% des professionnels de l'officine sont formés pendant leurs études et cette formation ne semble être incluse dans les parcours que depuis récemment puisque ce sont majoritairement des professionnels de moins de 30 ans (52,9%) qui ont répondu avoir été formés pendant leurs études.

Globalement, 54,8% des personnes qui ont répondu étaient formées sur le sujet de l'allaitement mais grâce à une formation ultérieure pour 63% d'entre eux.

En définitive, 45,2% des professionnels ayant répondu à ce questionnaire n'ont jamais été formés sur le sujet de l'allaitement maternel alors qu'il est indéniable qu'ils peuvent être confrontés à des demandes.

Concernant le test de connaissances, il apparaît que les pharmaciens et préparateurs en pharmacie manquent de connaissances approfondies sur le sujet de l'allaitement maternel. En effet, la moyenne globale obtenue aux 10 questions est de 4,3. Cette moyenne est légèrement plus élevée pour les personnes ayant été formées sur le sujet de l'allaitement maternel (4,5/10) mais reste faible et peut notamment s'expliquer par le fait que certains professionnels de santé considèrent avoir été formés sur le sujet simplement suite à une formation rapide, succincte voire personnelle de quelques heures, ce qui ne constitue en réalité pas une formation approfondie.

Les résultats au test démontrent que les professionnels de santé ont plutôt des connaissances très générales sur le thème de l'allaitement maternel. En effet, concernant les avantages de l'allaitement sur la santé de la mère et l'enfant, les membres de l'équipe officinale connaissent

les avantages les plus connus mais méconnaissent ceux qui le sont moins. Ainsi, le taux de réponse à ces deux questions est bas (33,3% pour l'enfant et 4,8% pour la mère).

Concernant les signes pouvant attester d'un allaitement efficace, ici aussi les connaissances des professionnels semblent manquer bien que le taux de bonnes réponses soit plus élevé. 47,6% des professionnels réorienteraient un nourrisson de 2 mois pour absence de selles pendant 72 heures alors que cette situation peut être tout à fait normale et non inquiétante. Des réorientations à tort pouvant inquiéter la mère et induire des consultations non fondées aux urgences pédiatriques notamment.

La connaissance du rythme des tétées est également une notion importante que les membres de l'équipe officinale doivent avoir. En effet, un trop faible nombre de tétées ou une mauvaise conduite de l'allaitement peuvent le compromettre ce qui serait préjudiciable au vu des nombreux avantages qu'apporte l'allaitement maternel. A cette question 86% des professionnels ont répondu de manière exacte ce qui est très positif.

La question sur la nutrition de la femme allaitante fait également l'objet d'un taux de bonne réponse faible (27,4%). Une erreur dans la compréhension de cette question pourrait être à l'origine de ce mauvais résultat. En effet, la question était portée sur le fait qu'une femme allaitante doit manger normalement, de façon diverse et variée et non pas faire « très » attention à ce qu'elle mange.

Les deux questions sur les complications pathologiques possibles au niveau des seins de la femme allaitante ont permis de montrer que globalement, les membres de l'officine savent prendre en charge une crevasse du mamelon et un engorgement à l'officine bien qu'une erreur majeure ait été recensée. En effet, concernant la prise en charge d'une crevasse, 86,9% des professionnels pensent à vérifier la position de la bouche du bébé au sein et 91,7% conseillent l'application d'une crème cicatrisante à base de Lanoline par exemple. Néanmoins, dans cette situation, 83,3% des professionnels ajouteraient l'utilisation d'un bout de sein, une pratique très controversée car elle ne permet pas, dans la plupart des cas, de corriger le problème et risque de mettre en péril la poursuite de l'allaitement. Au final seulement 14,3% des professionnels ont donc répondu correctement à cette question.

Pour la prise en charge de l'engorgement, les professionnels de santé semblent plutôt réticents à l'idée de ne pas réorienter les femmes allaitantes en consultation et à seulement leur conseiller d'augmenter les tétées et l'expression du lait dans un premier temps. Cette conduite n'est pas à risque de compromettre l'allaitement mais peut impliquer une consultation médicale en urgence qui n'est pas forcément nécessaire.

L'absence d'utilisation d'un traitement médicamenteux pour le sevrage de l'allaitement maternel après plusieurs mois est bien connue des pharmaciens (97,6% de bonnes réponses).

À la suite des nouvelles modalités concernant la location d'un tire-lait et au vu du taux de réponse exacte très faible concernant la conservation du lait au réfrigérateur, il paraît nécessaire et urgent que les pharmaciens et préparateurs en pharmacie se forment sur ce thème. En effet, seulement 26,2% des professionnels ont répondu correctement à cette question alors qu'elle constitue un des éléments devant être donné lors de la formation à réaliser pendant la dispensation d'un tire-lait.

Enfin, sur la contraception de la femme allaitante, les connaissances des membres de l'équipe officinale semblent là aussi plutôt générales. La compatibilité avec l'allaitement des méthodes « classiques » de contraception comme la pilule microprogestative, le préservatif et le DIU sont bien connus des professionnels. En revanche la méthode MAMA, naturelle, n'a été citée que par 23,8% d'entre eux. De plus, 7,1% estiment, à tort, que la pilule oestroprogestative peut être utilisée alors qu'elle peut engendrer une diminution de la lactation et donc compromettre l'allaitement.

Un autre constat peut également être fait suite aux résultats de ce test : il semble que les professionnels ne soient pas totalement conscients de leur manque de connaissances. En effet, lors de la question « D'après vous et selon vos connaissances actuelles, dans quel(s) domaine(s) pourriez-vous aider une femme allaitante ? », certains domaines ont été particulièrement sélectionnés. Cependant, si l'on compare le taux de bonnes réponses à une question du test, associé à ces domaines, il n'est pas équivalent :

Domaines	% de professionnels pensant être compétents	% de bonnes réponses à une question correspondante
Avantages de l'allaitement	76,2%	Pour l'enfant : 33,3% Pour la mère : 4,8%
Sevrage de l'allaitement	56%	97,6%
Contraception	54,8%	14,3%
Recueil et conservation du lait	67,9%	26,2%
Nutrition et allaitement	41,7%	27,4%
Accessoires associés à l'allaitement (bout de sein)	85,7%	16,7%
Complications pathologiques des seins	77,4%	Crevasse du mamelon : 14,3% Engorgement : 78,6%

Tableau VIII VIII - Comparaison des compétences des professionnels à leurs estimations

Toutefois, les questions auxquelles chaque domaine a été associé sont des questions précises ne reflétant pas forcément l'ensemble des compétences possibles et à avoir dans chaque domaine. Cette observation peut donc être relativisée.

Les compétences des pharmaciens peuvent également être évaluées du point de vue de leurs pratiques : sources de documentation et d'informations utilisées pour optimiser leur

prise en charge et autres professionnels de santé vers qui ils réorientent leurs patientes si besoin.

Globalement, les professionnels de santé utilisent des sources d'informations adéquates et sûres, notamment lors d'un doute concernant l'utilisation possible ou non d'un médicament. En effet, 82,1% des professionnels utilisent le CRAT et 57,1% le VIDAL. L'utilisation de livres spécifiques est rare et peut s'expliquer par un manque de connaissance d'ouvrages adaptés. Concernant la réorientation vers un autre professionnel de santé, ce sont majoritairement les sages-femmes (73,8%) qui sont recommandées par les membres de l'équipe officinale et les médecins généralistes (69,0%). Il est cependant dommage que les pharmaciens ne pensent pas plus à réorienter les femmes allaitantes vers une consultante en lactation (seulement 14,3% des personnes) qui est spécialisée sur le sujet. A l'inverse, la réorientation vers un médecin généraliste n'assure pas forcément que les femmes seront prises en charge de manière optimale car un manque de formation sur le thème de l'allaitement maternel semble également être déploré à leur niveau.

D'autre part, seulement 17,9% des professionnels estiment être capables de conseiller et d'orienter des femmes vers des associations locales et nationales pour le soutien de l'allaitement maternel. Ce faible pourcentage peut ici encore s'expliquer par un manque de connaissances voire d'intérêt sur le sujet.

2) Comparaison aux attentes des femmes allaitantes

Le questionnaire visant à estimer les attentes des femmes allaitantes envers l'équipe officinale a été rempli par 120 femmes.

Parmi les réponses obtenues, 74,2% des femmes ont déjà sollicité leur pharmacie concernant leur allaitement. Ce résultat confirme tout à fait celui obtenu lors de l'état des lieux auprès des officines : les demandes en termes de conseils associés à l'allaitement sont fréquentes.

La raison majeure de cette sollicitation est avant tout la proximité. En effet, 77,5% des femmes ont consulté leur pharmacie face à un problème ou une interrogation car le pharmacien et le préparateur en pharmacie sont des professionnels de santé de proximité. De plus, la disponibilité, la rapidité, la simplicité et l'habitude sont également des raisons qui ont été évoquées.

Les femmes se tournent donc vers les membres de l'officine avec confiance et par choix. De ce fait, il est indispensable que les équipes officinales puissent satisfaire de manière optimale leurs demandes.

D'après l'étude menée, les cinq domaines pour lesquels les femmes sollicitent le plus leur pharmacie sont les suivants :

- Médicaments conseils indiqués avec l'allaitement
- Explications concernant l'utilisation d'un tire-lait et des accessoires associés (téterelles)
- Location d'un tire-lait
- Accessoires associés à l'allaitement (bouts de seins, coussinets...)
- Conseils lors de complications pathologiques au niveau du sein (crevasse, mastite, engorgement...)

Si l'on compare ces domaines à ceux dont le personnel officinal estime le plus pouvoir aider une femme allaitante, ce sont globalement les mêmes. Les attentes des femmes semblent donc pouvoir majoritairement être satisfaites.

Cependant, les résultats obtenus au test des connaissances et analysés précédemment montrent qu'en réalité, force est de constater que bien qu'ils pensent être compétents dans ces domaines, les professionnels manquent de connaissances approfondies. Ce constat s'avère d'autant plus réel que seulement 51% des femmes ayant sollicité leur pharmacie ont été réellement satisfaites des réponses obtenues, 36% insuffisamment et 13% ne l'ont pas été. Par ailleurs, le manque de formation et par conséquent de connaissances a été plusieurs fois mentionné dans les questionnaires par les femmes.

Les connaissances des équipes officinales en termes de conseils associés à l'allaitement ne sont que trop sommaires et pas assez précises. Ce problème se répercute en pratique par une prise en charge non optimale des femmes allaitantes à l'officine et une insatisfaction trop importante.

3) Perspectives pour améliorer les connaissances

Bien que cette étude ait montré un manque de connaissances de la part des professionnels de l'officine sur le sujet de l'allaitement maternel, la quasi-totalité de ces professionnels ont exprimé leur intérêt d'être mieux formés (les 5 personnes ayant répondu négativement à cette question étant déjà formées). De plus, 98,8% sont convaincus de leur rôle à jouer dans le soutien de l'allaitement maternel.

Dans ce sens, la mise à disposition de différents supports pour les aider apparaît comme une solution pour pallier le manque de connaissances. En effet, 73 professionnels souhaiteraient avoir des supports de formation et 61 des supports d'information à destination des femmes. De nombreux outils très complets et validés existent déjà et devraient être connus de tous.

Tout d'abord, le « Guide de l'allaitement maternel » de l'INPES (33), initialement à destination des femmes enceintes et allaitantes, recense l'ensemble des points importants sur l'allaitement (avantages, réponses aux questions fréquentes, conduite de l'allaitement, conseils pratiques) et constitue ainsi une très bonne source d'information et de formation pour les femmes mais aussi pour les professionnels de l'officine qui manquent de connaissances.

Le site « pharmallait.fr » (65), financé par l'URPS Pharmaciens des Hauts-de-France et réalisé en partenariat avec le réseau de périnatalité OMBREL, a pour but de permettre aux équipes officinales d'accompagner et d'optimiser la prise en charge des femmes allaitantes. Il dispose notamment de nombreuses documentations et d'arbres décisionnels précis permettant aux professionnels de savoir la conduite à tenir face à différentes situations (pathologies du sein, location et utilisation d'un tire-lait, sevrage de la lactation...).

D'autre part, il existe un ouvrage spécifique « Le conseil en allaitement à l'officine » réalisé par Isabelle Geiller et Isabelle Fouassier (6), toutes deux pharmaciens d'officine et diplômées du DIU de lactation humaine et allaitement maternel. Ce livre a pour objectif d'aider le personnel officinal dans son conseil dans le domaine de l'allaitement. Il est constitué d'une partie sur les connaissances nécessaires à avoir en termes de lactation humaine, d'une partie sur l'accompagnement officinal et enfin d'une partie sur les médicaments et l'allaitement.

La connaissance et la consultation de ces trois outils par tous les professionnels de l'officine permettraient de renforcer leurs connaissances sur le sujet de l'allaitement maternel et d'améliorer leurs conseils et prise en charge en cas de sollicitation. L'évaluation de leur connaissance par les professionnels de santé aurait pu constituer une question dans l'étude et être intéressant à analyser.

En ce qui concerne les médicaments, là aussi il est important que les professionnels officinaux soient au courant des différents sites dont ils disposent pour rechercher des informations en cas de doute. Si d'après l'état des lieux c'est avant tout le CRAT et le VIDAL qui sont utilisés, très peu d'autres sources ont été citées alors qu'elles sont nombreuses (*cf. Partie 2, chapitre IV*).

Par ailleurs, l'UMDPC de l'université de Bourgogne, à Dijon, offre l'opportunité aux équipes officinales d'être formées sur l'allaitement maternel mais cette formation semble presque totalement méconnue (86,9% des professionnels interrogés). Initialement créée à destination des pharmaciens et préparateurs en pharmacie, elle a par conséquent été véritablement conçue en lien avec leurs pratiques et leurs besoins au quotidien. Elle est aujourd'hui accessible pour d'autres professionnels de santé face à l'intérêt croissant d'autres praticiens médicaux et paramédicaux (médecins et internes en médecine, sages-femmes, infirmiers, puéricultrices et orthophonistes) de se former sur le sujet. Actuellement, les

différentes sessions de formation ne comptent que très peu de professionnels officinaux bien que le format soit plutôt facilement accessible avec seulement une journée en présentiel à l'université et 25h de e-learning.

Cette méconnaissance apparaît d'autant plus dommageable que si l'on regarde la moyenne au test de connaissances des professionnels de santé ayant suivi cette formation (soit 5 personnes), elle est nettement plus élevée (6,8/10) ce qui prouve que la formation est complète et permet réellement d'améliorer les compétences des professionnels qui la suivent.

Pour pallier ce manque de connaissances, un groupe de travail pourrait être formé au niveau régional afin d'améliorer la communication auprès des équipes officinales sur le sujet de l'allaitement. Le but serait de sensibiliser les équipes officinales sur ce thème et d'approfondir leurs connaissances afin qu'elles disposent d'un socle de connaissances suffisant pour répondre aux attentes des femmes allaitantes. Des actions de formation pourraient être mises en place ainsi qu'une meilleure communication sur les documents déjà existants et la formation présente à l'université de Dijon.

Ce groupe serait idéalement composé de personnes formées (ayant suivi la formation de l'UMDPC par exemple) et motivées, désireuses de soutenir et promouvoir l'allaitement maternel.

Aujourd'hui en Bourgogne, il existe déjà une commission de travail sur l'allaitement au sein du réseau périnatal. Cependant, ce groupe de travail ne regroupe pour l'instant que des sages-femmes, infirmières puéricultrices et des pédiatres. Il serait tout à fait envisageable que des pharmaciens ou préparateurs en pharmacie intègrent ce groupe afin de réaliser un vrai travail interprofessionnel sur le sujet. Il pourrait être intéressant de partager les différentes problématiques rencontrées et ainsi pouvoir trouver des réponses communes. Le fait que le « monde pharmaceutique » ne soit pour l'instant pas représenté au sein de ce groupe montre que les équipes officinales n'ont auparavant pas cherché à s'impliquer mais cela reflète également que les personnes du groupe n'ont pas pensé à les impliquer. D'une manière générale, le travail de coopération entre professionnels de santé se développe, mais il semble encore insuffisant et il faut le soutenir. Des liens se créent naturellement et spontanément entre certaines professions (comme entre les pédiatres et les sages-femmes ou encore les puéricultrices et les sages-femmes) mais d'autres liens, qui sont moins spontanés, nécessitent une démarche volontaire d'interprofessionnalité.

Actuellement, l'élaboration d'une formation e-learning pour l'ensemble des professionnels de santé est en cours au sein de cette commission. Il est également envisagé de réaliser un annuaire regroupant tous les professionnels de santé formés sur la région afin qu'un véritable

réseau se crée et que les professionnels les moins formés puissent réorienter les femmes allaitantes vers d'autres confrères.

La sollicitation des professionnels de santé pour rejoindre cette commission de travail ou simplement s'inscrire dans cet annuaire pourrait se faire en utilisant la liste des personnes ayant suivi la formation universitaire à Dijon.

L'implication de pharmaciens et préparateurs en pharmacie au sein du réseau pourrait s'inspirer du réseau OMBREL dans le nord de la France, dans lequel un « Groupe officine » a été créé pour réunir et former les pharmacies de la région via des ateliers et conférences. (66)

Pour les pharmacies les plus impliquées et intéressées, les connaissances des équipes pourraient être encore plus développées afin, par exemple, de mettre en place des entretiens pharmaceutiques sur le thème de l'allaitement dans leurs officines. Ceux-ci permettraient, lorsqu'ils sont réalisés avant ou au moment de la naissance, d'informer les mères sur l'allaitement, de les conseiller et leur montrer comment utiliser un tire-lait. Par la suite, ils permettraient d'effectuer un suivi afin que l'allaitement se déroule au mieux et ne soit pas compromis.

4) Biais et limites de l'étude

A cette étude il est important de prendre en compte certains biais et limites auxquels nous nous sommes confrontés.

Tout d'abord, le nombre de réponses obtenues est relativement faible comparé au nombre de pharmacies sollicitées sur le territoire ciblé. Différentes hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce taux de réponses, comme le manque de temps pour répondre au questionnaire ou encore le désintérêt vis-à-vis du sujet. Ceci peut également s'expliquer par le fait que ce sont les pharmaciens titulaires qui ont reçu le mail de l'URPS et qu'ils ne l'ont pas forcément retransmis à toute leur équipe officinale.

La bonne réception de l'e-mail par toutes les pharmacies de Bourgogne n'a également pas pu être contrôlée.

D'autre part, les questions du test de connaissances pour les pharmaciens étaient volontairement très ciblées et portaient sur des points précis de l'allaitement maternel. Le test a par conséquent pu paraître difficile pour certains professionnels.

Enfin, toutes les données récoltées via les questionnaires n'ont pas été exploitées. Des choix ont été faits afin de rester centré sur l'objectif principal de l'étude qui était d'évaluer globalement les connaissances des équipes officinales sur le sujet de l'allaitement maternel et de les comparer aux attentes des femmes, en Bourgogne.

La représentativité des résultats obtenus est donc relativement biaisée et à relativiser.

THÈSE SOUTENUE par Mme Marion BERRODIER

CONCLUSIONS

Le rôle des professionnels de santé dans le soutien de l'allaitement maternel est primordial.

Les résultats de notre étude montrent que par leur proximité et leur disponibilité, les équipes officinales sont souvent sollicitées par les femmes allaitantes. Celles-ci sont surtout demandeuses de conseils concernant les médicaments autorisés, les accessoires associés à l'allaitement, la location et l'utilisation d'un tire-lait ainsi que la conduite à tenir en cas de pathologies au niveau des seins. Néanmoins, du fait du manque de connaissances, la moitié des femmes interrogées estiment être insatisfaites des conseils apportés.

Cet état des lieux a permis de démontrer la nécessité de mieux former les équipes officinales afin que leurs connaissances soient renforcées et qu'elles puissent promouvoir et soutenir au mieux l'allaitement. Le manque de connaissances sur le sujet et les sources dont elles disposent pour se documenter sont préjudiciables.

L'implication de pharmaciens et préparateurs en pharmacie formés et motivés au sein du réseau périnatal de Bourgogne, dans lequel un groupe de travail sur l'allaitement existe déjà, permettrait de chercher et mettre en œuvre des réponses aux différentes problématiques mises en évidence par cette étude. Un premier contact a déjà été pris avec le réseau ; il reste à solliciter les personnels officinaux en espérant trouver des représentants motivés pour s'engager et faire partie de cette commission de travail.

Le Directeur de thèse,



Le Président,



Vu pour l'autorisation de
Soutenance

Dijon, le 22/09/2019
Le Vice-Doyen,



C. MARIE

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant [Internet]. 2003. Disponible sur: https://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_fre.pdf
2. PNNS. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère [Internet]. 2005 [cité 14 avr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf>
3. SALANAVE B, DE LAUNAY C, BOUDET-BERQUIER J, CASTETBON K. Durée de l'allaitement maternel en France (Epifane 2012-2013). Bull épidémiol hebdomadaire. 2014;(27):450-7.
4. Comité éditorial pédagogique de l'Université Virtuelle de Maïeutique Francophone (UVMaF). Anatomie de la glande mammaire [Internet]. 2011 [cité 14 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.uvmaf.org/>
5. Réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire. Livret allaitement maternel [Internet]. 2016 [cité 14 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.reseau-naissance.fr/medias/2016/12/LivretAllaitementA5-Sept2016-F-SansDebord.pdf>
6. GEILER I, FOUASSIER I. Le conseil en allaitement à l'officine. Le moniteur des pharmacies. 2013.
7. Société canadienne du cancer. Les seins [Internet]. [cité 16 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/breast-cancer/the-breasts/?region=qc>
8. Institut Prévention Santé en Néonatalogie, Dr THIRION M. Santé et allaitement maternel [Internet]. 2003 [cité 16 févr 2019]. Disponible sur: http://www.santeallaitementmaternel.com/se_former/
9. Institut national du cancer. Anatomie du sein - Cancer du sein [Internet]. [cité 16 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein>
10. FERREIRA E, MARTIN B, MORIN C. Grossesse et allaitement : Guide thérapeutique. 2^e éd. CHU Sainte-Justine; 2013.
11. BEAUDRY M, CHIASSE S, LAUZIERE J. Biologie de l'allaitement : le sein, le lait, le geste. Presses de l'Université du Québec; 2006.
12. Comité éditorial pédagogique de l'Université Virtuelle de Maïeutique Francophone (UVMaF). Physiologie de la lactation [Internet]. 2011 [cité 14 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.uvmaf.org/>

13. LLL France. Allaiter aujourd'hui : Comment fabrique-t-on du lait ? Allaiter Aujourd'hui [Internet]. 2004;(59). Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1145>
14. LLL France. Le point sur la prolactine. 2005 [cité 21 mars 2019];(62). Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1424>
15. Université Lille JC. Physiologie de la procréation [Internet]. 2008 [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: http://passeport.univ-lille1.fr/site/biologie/scbio/procreation/procreation_web.publi/web/co/Intro.html
16. CAMUS G. L'allaitement maternel : guide à l'usage des professionnels. De Boeck Supérieur. 2017.
17. Medela. Composition du lait maternel | Que contient votre lait maternel ? [Internet]. [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.medela.fr/allaitement/experience-de-maman/composition-lait-maternel>
18. Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. La Vitamine D : une vitamine toujours d'actualité chez l'enfant et l'adolescent. 2005;
19. OMS. Supplémentation en vitamine D chez le nourrisson [Internet]. Disponible sur: https://www.who.int/elena/titles/vitamind_infants/fr/
20. J-M. Hascoet, J-C. Picaud, A. Lapillonne, C. Boithias, P. Bolot, E. Saliba. VITAMINE K - Mise à jour des recommandations [Internet]. 2015. Disponible sur: http://sfpediatrie.com/sites/default/files/recommandations/4_7_sfn_recommandations_vitamine_k_maj_2015.pdf
21. VIDAL. VITAMINE K1 CHEPLAPHARM 2 mg/0,2 ml sol buv/inj - Posologie et mode d'administration [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.vidal.fr/Medicament/vitamine_k1_cheplapharm-192584-posologie_et_mode_d_administration.htm
22. KRAMER M, GUO T, PLATT R, et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. The American Journal of Clinical nutrition. 2003;78:291-5.
23. BACHRACH V, SCHARZ E, BACHRACH F. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy. A meta-analysis. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 2003;157:237-43.

24. GDALEVICH M, MIMOUNI D, DAVID M, MIMOUNI M. Breast-feeding and the onset of atopic dermatitis in childhood : a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2001;(45):520-7.
25. GDALEVICH M, MIMOUNI D, MIMOUNI M. Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood : a systematic review with meta-analysis of prospective studies. *Journal of Pediatrics*. 139(261-266):2001.
26. VON KRIES R, KOLETZKO B, SAUERWALD T, et al. Breast feeding and obesity : cross sectional study. *BMJ*. 1999;319:147-50.
27. OWEN C, et al. Infant feeding and blood cholesterol: a study in adolescents and a systematic review. *Pediatrics*. 2002;110:597-608.
28. OWEN C, et al. Effect of breast feeding in infancy on blood pressure in later life : systematic review and metaanalysis. *BMJ*. 2003;327:1189-92.
29. ANDERSON J, JOHNSTONE B, REMLEY D. Breast-feeding and cognitive development : a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 1999;70:525-35.
30. THIRION M. L'allaitement. Albin Michel. 1999.
31. ZHANG M, XIE X, LEE A, BINNS C. Prolonged lactation reduces ovarian cancer risk in Chinese women. *Eur J Cancer Prev*. 2004;13(6):499-502.
32. TURCK D, et al. Breastfeeding : health benefits for child and mother. *Archives de pédiatrie*. 2013;20:29-48.
33. INPES. Le guide de l'allaitement maternel [Internet]. 2009 [cité 28 avr 2019]. Disponible sur:
http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/0910_allaitement/Guide_allaitement_web.pdf
34. SCHWARZ E, et al. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstetrics and Gynecology*. 2009;113(5):974-82.
35. Comité éditorial pédagogique de l'Université Virtuelle de Maïeutique Francophone (UVMaF). Allaitement et lactarium [Internet]. 2011 [cité 2 mai 2019]. Disponible sur:
<http://www.uvmf.org/>
36. AFGF. Guide de l'alimentation des patients atteints de galactosémie [Internet]. [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: https://www.sfeim.org/IMG/pdf/Livret_galactosemie.pdf
37. OMS. HIV and infant feeding : Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. 2018;

38. UNICEF. Alimentation des nourrissons et VIH [Internet]. 2012 [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: https://www.unicef.org/french/nutrition/index_24827.html
39. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Allaitement maternel : mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant [Internet]. 2002 [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf
40. TORNHAGE C, GRANKVIST K. Acquired neonatal thyroid disease due to TSH receptor antibodies in breast milk. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2006;19(6):787-94.
41. ANAES. Diagnostic et surveillance biologiques de l'hyperthyroïdie de l'adulte [Internet]. 2000. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/hyperthy_rap.pdf
42. LLL France. La prise de poids des bébés allaités : les nouvelles données de l'OMS et les données françaises. *Allaiter Aujourd'hui* [Internet]. 2007 [cité 20 mai 2019];(71). Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1177-71-la-prise-de-poids-des-bebes-allaites-les-nouvelles-donnees-oms-et-les-donnees-francaises>
43. Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). *Protocoles en Gynécologie Obstétrique.* 4ème édition. 2018. (ELSEVIER MASSON).
44. LLL France. Vasospasme du mamelon [Internet]. [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/1313-vasospasme-du-mamelon>
45. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Arrêté du 11 mars 2019 portant modification des modalités de prise en charge des tire-laits inscrits au titre 1er de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale. mars 12, 2019.
46. Article L1225-30. Code du Travail. Sect. Dispositions particulières à l'allaitement.
47. Medela. Choisir la taille de votre tétérrelle Medela [Internet]. 2017 [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.medela.fr/allaitement/experience-de-maman/tailles-teterelle>
48. Ministère de la Santé et des Solidarités. Comment bien recueillir, conserver et transporter le lait maternel en toute sécurité. oct 2006; Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations_d_hygiene_pour_les_biberons-2.pdf
49. HAS. FAVORISER L'ALLAITEMENT MATERNEL Processus - Évaluation [Internet]. 2006. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/doc.chem.al_22-11-07.pdf

50. HAS. Commission de la Transparence - Avis [Internet]. 2016 [cité 25 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-13791_AROLAC_PIS_RI_Avis1_CT13791.pdf
51. ANSM. Bromocriptine (Parlodel® et Bromocriptine Zentiva®): le rapport bénéfique/risque n'est plus favorable dans l'inhibition de la lactation - Point d'information [Internet]. 2013 [cité 25 mai 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Bromocriptine-Parlodel-R-et-Bromocriptine-Zentiva-R-le-rapport-benefice-risque-n-est-plus-favorable-dans-l-inhibition-de-la-lactation-Point-d-information>
52. Hôpital Armand-Trousseau. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://lecrat.fr/sommaireFR.php>
53. TOXNET DATABASE. Drugs and Lactation Database (LactMed) [Internet]. Disponible sur: <https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>
54. Centre Midi-Pyrénées de Pharmacovigilance et d'Information sur le Médicament, BARNIOL, DAMASE-MICHEL. Le conseil pharmaceutique médicamenteux à la femme allaitante [Internet]. 2010 [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/Fiches_conseil_allaitement.pdf
55. ANSM. Rappel sur le bon usage des décongestionnants de la sphère ORL contenant un vasoconstricteur utilisés par voie orale [Internet]. 2017 [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/4a69af61cc009c6412ca8f4c2e671efc.pdf
56. ALJAZAF K, HALE T, ILETT K, et al. Pseudoephedrine : effects on milk production in women and estimation of infant exposure via breastmilk. Br J Clin Pharmacol. 2003;56:18-24.
57. HAS. Fiche mémo - Contraception chez la femme en post-partum [Internet]. 2017 [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf
58. La contraception après un accouchement [Internet]. choisirsacontraception.fr. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.choisirsacontraception.fr/trouver-la-bonne-contraception/la-contraception-apres-un-accouchement.htm>
59. HAS. Document de synthèse - Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2017 [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

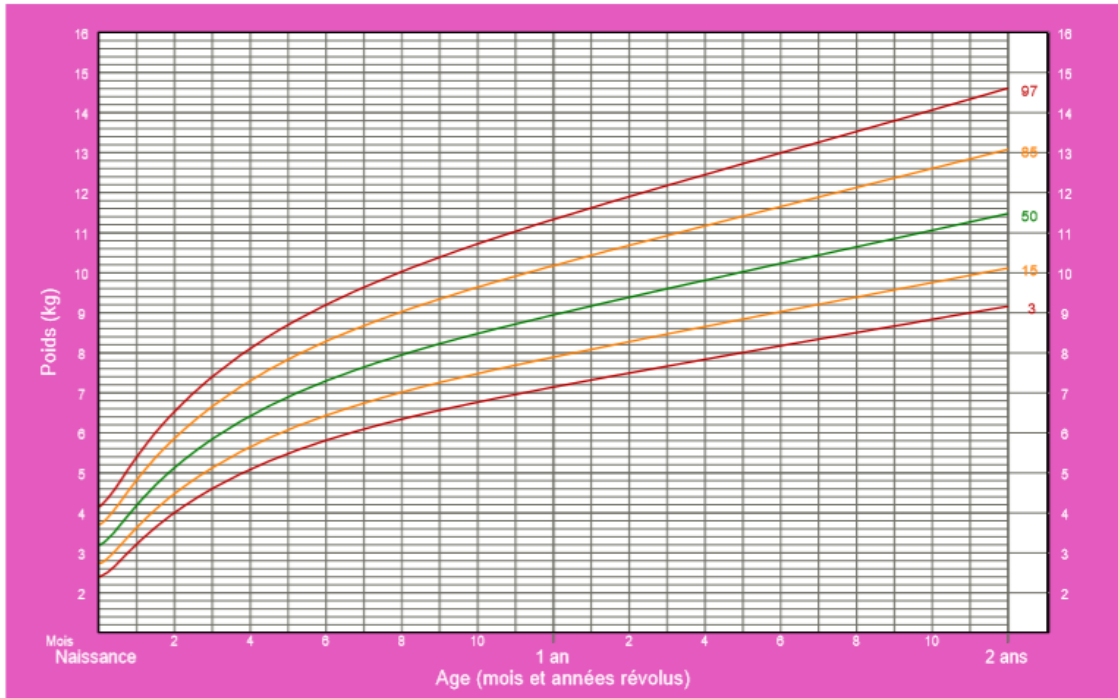
60. LLL France. Allaitement et régulation des naissances. Dossiers de l'allaitement [Internet]. 2004;(60). Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/1343-da-60-allaitement-regulation-naissance>
61. FERREIRA E, et al. La contraception en post-partum. Québec Pharmacie. janv 2007;54(1):11.
62. CoFAM [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.coordination-allaitement.org/>
63. Ordre national des pharmaciens. Cartes régionales - Officine [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Cartes/Cartes-regionales-Officine/Nombre-d-officines#>
64. Ordre national des pharmaciens. Démographie des pharmaciens - Panorama au 1er janvier 2018 [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/399974/1888607/version/1/file/brochure-la-demographie-+2018.pdf>
65. Réseau de périnatalité OMBREL. pharmallait.fr [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://www.decllic.ph/allaitement/>
66. Organisation Mamans Bébé de la REgion Lilloise - Le réseau périnatal autour de Lille [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.ombrel.fr/>
67. Organisation Mondiale de la Santé. Normes de croissance de l'enfant [Internet]. Disponible sur: https://www.who.int/childgrowth/standards/weight_for_age/fr/

ANNEXES

Annexe 1 : Courbes de poids en fonction de l'âge de l'OMS (67)

Poids-pour-l'âge FILLES

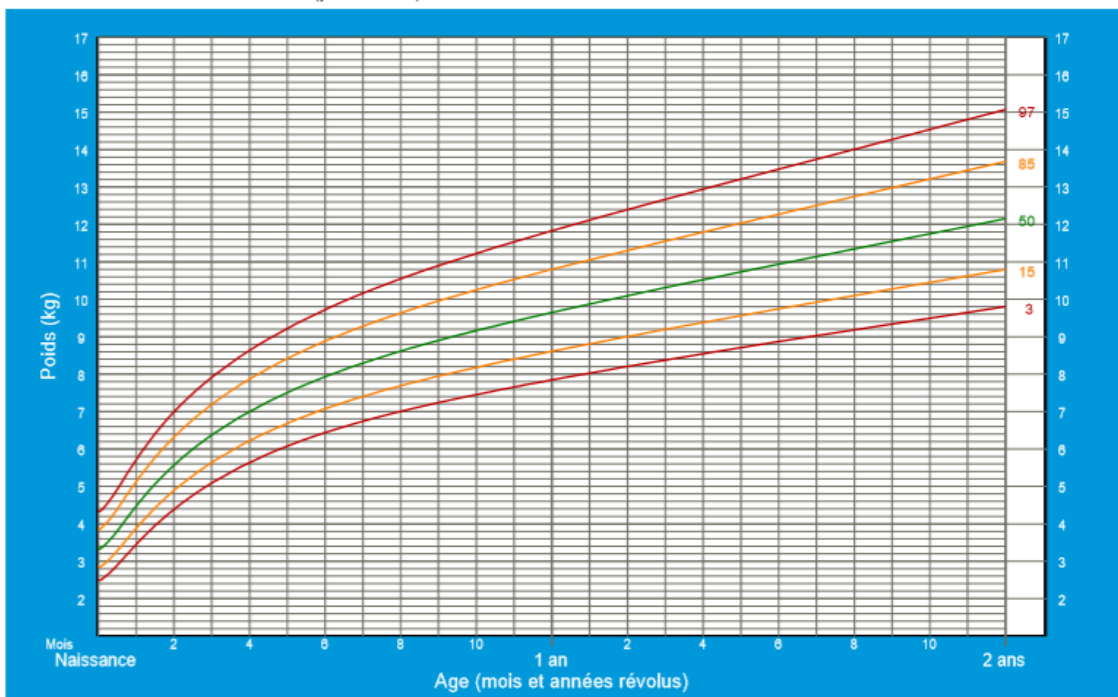
De la naissance à 2 ans (percentiles)



Normes OMS de croissance de l'enfant

Poids-pour-l'âge GARÇONS

De la naissance à 2 ans (percentiles)



Normes OMS de croissance de l'enfant

Annexe 2 : Illustration de la position de l'enfant au sein (33)



Annexe 3 : Enquête réalisée auprès des officines en Bourgogne

Questionnaire allaitement maternel

Actuellement en 6ème année de pharmacie, filière officine, je réalise ma thèse sur le thème de l'allaitement.

Cette thèse a pour but principal de faire un état des lieux sur les connaissances des pharmaciens et préparateurs en pharmacie en Bourgogne, en ce qui concerne la prise en charge de la femme allaitante.

Cet état des lieux sera ensuite comparé aux attentes réelles de ces femmes (qui seront interrogées elles-aussi) ce qui permettra de voir si, globalement, le personnel officinal est assez formé dans ce domaine.

Les résultats obtenus permettront de réfléchir à des outils de formation ou d'information pouvant optimiser la prise en charge de la femme allaitante à l'officine.

Je vous sollicite donc pour répondre à ce questionnaire le plus honnêtement possible avec vos connaissances actuelles sur le sujet, afin de mener à bien mon projet.

Le questionnaire est totalement anonyme.

N'hésitez pas à le faire circuler au sein de votre équipe.

En vous remerciant par avance du temps consacré.

*Obligatoire

PARTIE 1

Informations générales vous concernant

1.

Votre officine se situe : *

Une seule réponse possible.

Milieu urbain

Milieu rural

2.

Vous êtes : *

Une seule réponse possible.

Pharmacien

Préparateur en pharmacie

3.

Vous êtes : *

Une seule réponse possible.

Une femme

Un homme

4.

Quel âge avez-vous ? *

Une seule réponse possible.

< 30 ans

30-50 ans

> 50 ans

5.

Lors de votre cursus, avez-vous été formé sur le sujet de l'allaitement ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

6.

Avez-vous été formé sur le sujet après votre cursus ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

7.

Si vous avez répondu oui à la question précédente, via quelle formation ?

8.

En moyenne, à quelle fréquence avez-vous des demandes de la part de femmes allaitantes ? *

Une seule réponse possible.

Une fois par an

Une fois par trimestre

Une fois par mois

Une fois par semaine

Plusieurs fois par semaine

9. **D'après vous et selon vos connaissances actuelles, dans quel(s) domaine(s) pourriez-vous aider une femme allaitante ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Avantages de l'allaitement
- Médicaments conseils indiqués et contre-indiqués avec l'allaitement
- Sevrage de l'allaitement
- Contraception
- Explications et démonstration concernant l'utilisation d'un tire-lait
- Recueil et conservation du lait
- Alimentation de la femme allaitante
- Accessoires associés à l'allaitement (bouts de sein, coussinets...)
- Conseils lors de complications pathologiques au niveau du sein (crevasse, mastite, engorgement...)
- Information sur les associations locales et nationales pour le soutien de l'allaitement maternel
- Autre : _____

PARTIE 2

Quizz concernant l'allaitement, selon vos connaissances

10. **L'allaitement maternel diminue pour le bébé l'incidence (Plusieurs réponses possibles) ***

Plusieurs réponses possibles.

- Du diabète
- De MICI (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn)
- De l'obésité

11. **Les mères qui allaitent ont moins de risque d'avoir (Plusieurs réponses possibles) ***

Plusieurs réponses possibles.

- Un cancer du sein pré-ménopausique
- Un cancer de l'ovaire
- De l'ostéoporose

12. **La mère d'un bébé de 2 mois vient à la pharmacie car son bébé qu'elle allaite n'a pas eu de selles depuis 72 heures. Que lui conseillez-vous ? ***

Une seule réponse possible.

- De consulter un médecin
- Que cela peut-être tout à fait normal

13. **Une mère sort de la maternité et vous questionne sur le rythme des tétées lors des premières semaines. Que lui conseillez-vous ? ***

Une seule réponse possible.

- 4 à 6 fois/jour
 8 à 12 fois/jour
 Seulement quand le bébé réclame

14. **Une mère qui allaite doit faire très attention à ce qu'elle mange ***

Une seule réponse possible.

- Vrai
 Faux

15. **Une mère se rend dans votre pharmacie car elle a une crevasse au niveau du mamelon. Que lui conseillez-vous ? (Plusieurs réponses possibles) ***

Plusieurs réponses possibles.

- De stopper l'allaitement
 De mettre un bout de sein
 D'appliquer une crème cicatrisante (à base de lanoline par exemple)
 De vérifier la position de la bouche de son bébé lors de la tétée
 Autre : _____

16. **Une mère se rend dans votre pharmacie car elle a un engorgement et se sent fébrile. Que lui conseillez-vous ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- De stopper l'allaitement
 D'augmenter le nombre de tétée si possible
 Autre : _____

17. **Une femme souhaite sevrer son allaitement au bout de 6 mois. Est-ce possible sans médicament ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

18. **Une fois le lait recueilli par un tire-lait, combien de temps peut-on le conserver au réfrigérateur ? ***

Une seule réponse possible.

- 4 heures
 24 heures
 48 heures

19. **Quels sont les moyens de contraception compatibles avec l'allaitement ? (Plusieurs réponses possibles) ***

Plusieurs réponses possibles.

- Pilule oestroprogestative
 Pilule microprogestative
 Méthode MAMA
 Préservatif
 Dispositif intra-utérin

PARTIE 3

20. **En cas de doutes concernant la prise d'un médicament par une femme allaitante, par quel(s) moyen(s) cherchez-vous une réponse ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Le site du CRAT
 Le VIDAL
 Livres spécifiques
 Internet
 Autre : _____

21. **Si vous utilisez des livres spécifiques, lesquels ?**

22. **Face à une situation pour laquelle vous n'avez pas de réponse ou qui vous semble grave, vers qui orientez-vous la femme allaitante ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Médecin généraliste
 Sage-femme
 Pédiatre
 Consultante en lactation
 Autre : _____

23. **Êtes-vous convaincu du rôle de l'équipe officinale dans le soutien de l'allaitement maternel ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

24. **Aimeriez-vous être mieux formés sur le sujet de l'allaitement ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

25. **De quel(s) type(s) de support aimeriez-vous disposer pour améliorer votre prise en charge lorsqu'il s'agit de demandes d'une femme allaitante : ***

Plusieurs réponses possibles.

- Supports de formation (e-learning, fiches conseils...)
 Supports d'information pour les patientes (brochures, tracts...)
 Autre : _____

26. **Connaissez-vous l'existence d'une formation sur l'allaitement maternel au niveau de l'UMDPC (unité mixte de développement continu) de l'université de Bourgogne ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Annexe 4 : Enquête réalisée auprès des femmes allaitantes

Questionnaire allaitement maternel

Actuellement en 6ème année de pharmacie, je réalise ma thèse sur le thème de l'allaitement.

Cette thèse a pour but principal d'évaluer les attentes des femmes allaitantes lorsqu'elles se rendent en pharmacie et de les comparer aux connaissances des pharmaciens et préparateurs en pharmacie en Bourgogne.

Cette comparaison permettra de voir si, globalement, le personnel officinal est assez formé dans ce domaine.

Je vous sollicite donc pour répondre à ce questionnaire le plus honnêtement possible, afin de mener à bien mon projet.

Ce questionnaire est totalement anonyme.

En vous remerciant par avance du temps consacré.

*Obligatoire

Question 1

1. **Votre résidence principale se situe : ***

Une seule réponse possible.

- Milieu urbain
 Milieu rural

Question 2

2. **Votre âge : ***

Question 3

3. **Concernant votre allaitement : ***

Une seule réponse possible.

- Vous allaitez en ce moment *Passez à la question 4.*
 Vous avez allaité dans les 3 années précédentes *Passez à la question 5.*

Vous allaitez en ce moment

4. **Depuis combien de temps allaitez-vous ?**

Passez à la question 6.

Vous avez allaité

5. Combien de temps avez-vous allaité ?

Question 4

6. Avez-vous déjà questionné votre pharmacien ou préparateur en pharmacie concernant votre allaitement ? (Médicaments, location tire-lait, contraception...)

*
Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 7.*
 Non *Passez à la question 10.*

7. Parmi les domaines suivant, pour lesquels avez-vous déjà sollicité l'équipe officinale ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Avantages de l'allaitement
 Médicaments conseils indiqués avec l'allaitement
 Sevrage de l'allaitement et relai avec un lait en poudre
 Contraception
 Explications concernant l'utilisation d'un tire-lait et des accessoires associés
 Location d'un tire-lait
 Recueil et conservation du lait
 Nutrition de la femme allaitante
 Autres accessoires associés à l'allaitement (bouts de sein, coussinets...)
 Conseils lors de complications pathologiques au niveau du sein (crevasse, mastite, engorgement...)
 Information sur les associations locales et nationales pour le soutien de l'allaitement maternel
 Autre : _____

8. Avez-vous été satisfaite des réponses données ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Insuffisamment
 Non

9.

Pourquoi vous-êtes vous tournée vers votre pharmacie ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Proximité
- Disponibilité
- Rapidité
- Simplicité
- Autre : _____

Arrêtez de remplir ce formulaire.

10.

Pourquoi n'avez-vous jamais sollicité votre équipe officinale ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Vous n'y avez pas pensé
- Vous avez préféré contacter un autre professionnel de santé
- Vous avez recherché des informations sur internet
- Vous avez recherché des conseils auprès de votre entourage
- Autre : _____

11.

Si vous avez contacté un autre professionnel de santé, lequel ?

Plusieurs réponses possibles.

- Médecin généraliste
- Sage-femme
- Pédiatre
- Consultante en lactation
- Autre : _____

Fourni par

 Google Forms

TITRE DE LA THÈSE : ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ASSOCIÉES À L'ALLAITEMENT AUPRÈS DES OFFICINES EN BOURGOGNE : COMPARAISON AUX ATTENTES DES FEMMES ALLAITANTES

AUTEUR : Mme Marion **BERRODIER**

RESUMÉ :

L'allaitement maternel est un véritable enjeu de santé publique dans lequel les professionnels de santé et notamment les pharmaciens et préparateurs en pharmacie ont un rôle fondamental.

Le soutien et la promotion de l'allaitement maternel nécessitent d'avoir des connaissances précises et solides afin de pouvoir aider au mieux les femmes et de ne pas compromettre leur allaitement par de mauvais conseils.

Une étude menée en Bourgogne, lors de ce travail, nous a permis de faire un véritable état des lieux des connaissances des équipes officinales et d'évaluer les attentes des femmes allaitantes. Les résultats montrent que les équipes officinales manquent de connaissances approfondies sur le sujet bien qu'elles soient régulièrement sollicitées par les femmes allaitantes.

Cette étude nous permet de discuter et d'envisager des solutions permettant d'améliorer la communication et la formation sur ce sujet, notamment en travaillant en collaboration avec le réseau périnatal de Bourgogne.

MOTS-CLÉS : allaitement maternel, enquête, connaissances, officine, attentes, formation