



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription de Pharmacie



N° de thèse :

THESE

Présentée
à la Faculté de Pharmacie
de Dijon

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

soutenue publiquement le 18 novembre
2016

par

MICHON Aude

née le 08/12/1990 à le Creusot

**Etat des lieux sur les connaissances des femmes âgées de 18
à 45 ans sur l'allaitement maternel et rôle du pharmacien**

JURY : Mme Odile CHAMBIN (Président)
Mme Isabelle GEILER (Directrice)
Mme Elisabeth BERTOUX (Membre invité)



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription de Pharmacie



N° de thèse :

THESE

Présentée
à la Faculté de Pharmacie
de Dijon

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

soutenue publiquement le 18 novembre
2016

par

MICHON Aude

née le 08/12/1990 à le Creusot

**Etat des lieux sur les connaissances de femmes âgées de 18
à 45 ans sur l'allaitement maternel et rôle du pharmacien**

JURY : Mme Odile CHAMBIN (Président)
Mme Isabelle GEILER (Directrice)
Mme Elisabeth BERTOUX (Membre invité)

Professeurs

ARTUR Yves	Biochimie générale et clinique
CHAMBIN Odile	Pharmacotechnie
GROS Claude	Chimie organique
HEYDEL Jean-Marie	Biochimie, biologie moléculaire
LACAILLE-DUBOIS Marie-Aleth	Pharmacognosie
LESNIEWSKA Eric	Biophysique
MARIE Christine	Physiologie
OFFER Anne-Claire	Pharmacognosie
TAN Kimny	Chimie thérapeutique
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

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
GUELDRY Serge	Biologie cellulaire
LEMAITRE Jean-Paul	Bactériologie
NEIERS Fabrice	Biochimie, biologie moléculaire, enzymologie
ROCHELET Murielle	Chimie analytique
SEGUY Nathalie	Mycologie médicale, botanique
SEIGNEURIC Renaud	Biophysique

TABUTIAUX Agnès
VIENNEY Fabienne
WENDREMAIRE Maëva

Droit et Economie de la Santé
Biophysique
Toxicologie

MCU-PH

BOULIN Mathieu
FAGNONI Philippe
LIRUSSI Frédéric
SAUTOUR Marc
SCHMITT Antonin

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

PRCE

ROUXEL Virginie

Anglais

AHU

GOULARD DE CURRAIZE Claire
CRANSAC Amélie

Bactériologie
Pharmacie Clinique

PAST Officine

MACE Florent
MORVAN Laetitia

Enseignants Contractuels Officine

MICHIELS Yves
SOLARI Marie-Alexandra



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription de Pharmacie



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.

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.

REMERCIEMENTS

A Madame Odile CHAMBIN, professeur de Galénique à la Faculté de Pharmacie de Dijon, pour votre disponibilité et pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse.

A Madame Isabelle GEILER, pharmacien, pour votre accompagnement durant la réalisation de cette thèse, pour votre disponibilité et pour votre savoir.

A Madame Elisabeth BERTOUX, pharmacien, je vous remercie sincèrement de m'avoir accueillie tout au long de mon cursus. Merci pour votre écoute et votre gentillesse.

A toute l'équipe de la pharmacie BERTOUX, pour votre bonne humeur, votre aide précieuse et vos conseils tout au long de mes études.

A toute l'équipe de la pharmacie DORIDOT, pour votre accueil chaleureux et votre gentillesse.

A mes chers parents, pour tout ce que vous avez fait pour moi. Merci pour vos encouragements tout au long de mes études.

A Lionel, à mes côtés depuis maintenant six ans. Merci pour ton soutien durant toutes ces années.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	10
LISTE DES FIGURES	11
LISTE DES ABREVIATIONS	12
INTRODUCTION	14
1^{ère} partie : ALLAITEMENT MATERNEL ET GENERALITES	16
I. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA LACTATION	16
1. Anatomie du sein	16
a. Le mamelon	16
b. L'aréole	16
c. Les tissus de la glande mammaire.....	17
d. La vascularisation	18
e. L'innervation.....	18
2. Physiologie de lactation	19
a. Mammogenèse.....	20
b. Lactogenèse de stade I	21
c. Lactogenèse de stade II	21
d. La galactopoïèse	22
e. Involution	22
3. Régulation de la production de lait	22
a. Contrôle endocrine.....	23
b. Contrôle autocrine	25
II. LE LAIT MATERNEL : AVANTAGES ET CONTRE-INDICATIONS	26
1. Composition du lait maternel	26
a. Le colostrum	27
b. Le lait mature	27
2. Comparaison au lait de vache et au lait artificiel	31
3. Les avantages de l'allaitement maternel	34
a. Les avantages pour le nourrisson.....	34
b. Les avantages pour la mère.....	35
c. Les avantages socio-économiques et pratiques.....	35
4. Les contre-indications à l'allaitement maternel	36
III. CONDUITE A TENIR POUR UNE BONNE MISE EN ROUTE DE L'ALLAITEMENT	37
1. Première tétée et « peau à peau »	37

2.	Les 5 éléments indispensables pour une mise en route réussie de l'allaitement	38
a.	L'allaitement à l'éveil.....	38
b.	Choisir une bonne position pour le bébé	41
c.	Reconnaître une tétée efficace	44
d.	Eviter la prise de tétine ou de biberon.....	45
e.	Eviter les biberons de compléments	45
3.	Contraintes rencontrées lors de l'allaitement maternel	46
IV.	ACCOMPAGNEMENT DES MAMANS A LA SORTIE DE MATERNITE.....	47
1.	Alimentation et allaitement.....	48
2.	Les maux de la maman liés à l'allaitement	49
a.	Douleurs, lésions mammaires (crevasses, irritations).....	49
b.	Candidoses mammaires	52
c.	Engorgements	53
d.	Mastite	55
3.	Les accessoires de l'allaitement	56
a.	Les bouts de seins en silicone.....	56
b.	Les coupelles/coquilles recueil-lait	58
c.	Les coussinets d'allaitements	59
d.	Les protège-mamelons.....	60
4.	Allaitement et reprise de l'activité	60
a.	Les tire-laits	61
b.	La conservation du lait	64
5.	Allaitement et contraception	66
6.	Allaitement et médicaments.....	68
7.	Sevrage de l'allaitement	70
2^{ème} partie : Etude au sein d'une pharmacie de quartier, sur les connaissances des femmes âgées de 18 à 45 ans sur l'allaitement maternel.		
I.	CONTEXTE	73
II.	MATERIELS ET METHODES	74
1.	L'étude.....	74
2.	Population	74
3.	Recrutement des personnes cibles.....	74
4.	Questionnaire	75
5.	Fiche réponse.....	75
III.	RESULTATS.....	76
1.	Résultats généraux sur l'échantillon total.....	76

a.	Données générales	76
b.	Taux de connaissances des femmes en fonction de l'âge.....	77
c.	Taux de connaissances des femmes en fonction du lieu de résidence.....	78
2.	Résultats du groupe « femmes avec enfants ».....	78
3.	Résultats du groupe « femmes sans enfants ».....	81
4.	Résultats du questionnaire sur les connaissances en allaitement	82
IV.	DISCUSSION.....	86
	CONCLUSION.....	91
	BIBLIOGRAPHIE.....	93
	ANNEXE 1 : Les signes d'éveil du nourrisson	98
	ANNEXE 2 : Fiche conseil à remettre aux mamans.....	99
	ANNEXE 3 : Questionnaire proposé aux femmes âgées de 18 à 45 ans à l'officine	100
	ANNEXE 4 : Fiche réponse remise aux mamans	106
	ANNEXE 5 : Guide de l'allaitement de l'INPES.....	109
	ANNEXE 6 : Ensemble des réponses du questionnaire.....	110
	ANNEXE 7 : Nombre et pourcentage de bonnes réponses pour chaque question en fonction des groupes et sous-groupes	120

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1 : Comparaison des compositions du colostrum et du lait mature.....</i>	<i>28</i>
<i>Tableau 2 : Les principales différences entre le lait de vache et le lait maternel.....</i>	<i>32</i>
<i>Tableau 3 : Comparaison entre les compositions moyennes du lait maternel mature et du lait artificiel 1^{er} âge pour 100 Ml.....</i>	<i>33</i>
<i>Tableau 4 : Les stades de vigilances selon Prechtl.....</i>	<i>40</i>
<i>Tableau 5 : Tableau récapitulatif des durées de conservation du lait maternel.....</i>	<i>64</i>
<i>Tableau 6 : Résultats généraux du questionnaire sur l'allaitement maternel.....</i>	<i>77</i>
<i>Tableau 7 : Ensemble des réponses du questionnaire.....</i>	<i>77</i>
<i>Tableau 8 : Taux de connaissances des femmes en fonction de l'âge.....</i>	<i>78</i>
<i>Tableau 9 : Taux de connaissances des femmes en fonction du lieu de résidence.....</i>	<i>78</i>
<i>Tableau 10 : Données générales des femmes qui ont des enfants en fonction des deux sous-groupes.....</i>	<i>79</i>
<i>Tableau 11 : Taux de connaissances des femmes ayant des enfants en fonction des différents critères.....</i>	<i>80</i>
<i>Tableau 12 : Taux de connaissances des femmes sans enfants en fonction des différents critères.....</i>	<i>81</i>
<i>Tableau 13 : Nombre et pourcentage de bonnes réponses pour chaque question en fonction des groupes et sous-groupes.....</i>	<i>82</i>

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : ANATOMIE DU SEIN.....	17
FIGURE 2 : IMPACT DE L'ETAT DES JONCTIONS SERREES SUR LA COMPOSITION DU LAIT MATERNEL.....	19
FIGURE 3 : SCHEMA DE LA REGULATION DE LA LACTATION.....	23
FIGURE 4 : REGULATION DE LA PRODUCTION DE LAIT EN FONCTION DE L'ETAT DE VIDANGE.....	25
FIGURE 5 : LES SIGNES D'EVEIL DU NOURRISSON.....	39
FIGURE 6 : PRISE DU SEIN OPTIMALE SELON LE « GUIDE DE L'ALLAITEMENT » DE L'INPES.....	41
FIGURE 7 : POSITION DE LA MADONE INVERSEE.....	42
FIGURE 8 : POSITION DE LA MADONE.....	43
FIGURE 9 : POSITION ALLONGEE.....	43
FIGURE 10 : POSITION DU BALLON DE RUGBY.....	44
FIGURE 11 : FICHE CONSEIL.....	46
FIGURE 12 : LES DIFFERENTS STADES D'UNE CREVASSE DU MAMELON.....	49
FIGURE 13 : COMPRESSES D'HYDROGEL DE MEDELA.....	51
FIGURE 14 : RECUEIL MANUEL DE LAIT SELON LE « GUIDE DE L'ALLAITEMENT » DE L'INPES.....	54
FIGURE 15 : BOUTS DE SEIN EN SILICONE MEDELA.....	57
FIGURE 16 : COQUILLES D'ALLAITEMENT AVENT.....	58
FIGURE 17 : COUSSINETS D'ALLAITEMENT AVENT.....	59
FIGURE 18 : PROTEGE-MAMELON MEDELA.....	60
FIGURE 19 : TIRE LAIT MANUEL HARMONY MEDELA.....	62
FIGURE 20 : TIRE LAIT ELECTRIQUE DOUBLE POMPAGE SYMPHONY MEDELA.....	63
FIGURE 21 : TIRE-LAIT ELECTRIQUE SIMPLE POMPAGE SWING MEDELA.....	63
FIGURE 22 : REGLETTE POUR MESURER LE MAMELON.....	64
FIGURE 23 : ALGORITHME DE LA METHODE MAMA.....	67

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSA : Agence française de sécurité sanitaire des aliments

AGE : Acide gras essentiels

AGPI : Acides gras polyinsaturés

AGPI-LC : Acides gras polyinsaturés à longue chaîne

AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

C° : Concentration

CoFAM : Coordination française pour l'allaitement maternel

DHA : acide docosahexaénoïque

DIU : Dispositif intra-utérin

EGF : epidermal growth factor

EPA : acide eicosapentaénoïque

EPO : Erythropoïétine

FIL : Feedback inhibitor of lactation

FSH : Hormone folliculo-stimulante

GnRH : Gonadotropin Releasing Hormone

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

HTLV-1 : Virus T-lymphotropique humain

IgA : Immunoglobuline A

IgG : Immunoglobuline G

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

LH : Hormone lutéinisante

LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursables

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

UI : Unités Internationales

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) recommande depuis 2001 un allaitement maternel exclusif pendant 6 mois et une poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans et plus. Le lait maternel est l'aliment idéal qui répond à tous les besoins de l'enfant pendant les six premiers mois de sa vie (1).

La pratique de l'allaitement maternel à la naissance se développe en France. Malgré cela, la prévalence et la durée de l'allaitement maternel en France restent parmi les plus faibles d'Europe.

L'étude Epifane (2), portant sur l'alimentation des enfants au cours de leur première année de vie entre janvier et avril 2012, montre en effet un taux d'allaitement et une durée d'allaitement faibles par rapport à certains voisins européens. Sur 3365 enfants retenus, 2806 ont été suivis jusqu'à 12 mois. A la naissance, plus des deux tiers des enfants étaient allaités mais seulement 60% de façon exclusive. A 3 mois, 39% des enfants étaient encore allaités dont 10% de manière exclusive et à un an, un enfant sur 10 recevait encore du lait maternel en complément d'une diversification alimentaire.

En France comme dans de nombreux pays, la promotion de l'allaitement maternel est inscrite dans les programmes de santé publique grâce au programme national nutrition santé (PNNS). Mais certains pays comme le Danemark avec un taux d'allaitement maternel à la naissance de 95% ou la Suède (89%), semblent plus sensibilisés aux bienfaits du lait maternel (3). Les mères françaises allaitent moins que les mères des pays voisins européens et moins longtemps. Les raisons sont multiples, mais les plus importantes sont un manque de confiance des mères dans leur capacité à allaiter et à gérer l'allaitement et le manque d'informations de la part des professionnels de santé.

L'absence d'informations ou de mauvais conseils des professionnels de santé peut conduire à l'abandon de l'allaitement ou bien à dissuader les mères d'allaiter leurs futurs enfants (4).

L'allaitement maternel est donc un véritable enjeu de santé publique puisqu'il génère de réels bénéfices sur la santé de l'enfant et de la mère.

Dans ce contexte, une étude a été réalisée afin de recenser les connaissances des femmes âgées de 18 à 45 ans sur l'allaitement maternel.

Premièrement, des généralités sur l'allaitement maternel seront présentées. Il s'agira de développer l'anatomie et la physiologie de la lactation, les bénéfices de l'allaitement maternel, qu'ils soient pour l'enfant ou bien pour la mère, de citer les points clés pour une bonne mise en route de l'allaitement maternel ainsi que des conseils et des solutions à donner aux mamans lors de la sortie de maternité.

Puis en deuxième partie, la méthodologie de l'étude sera annoncée, les résultats présentés ce qui permettra dans la discussion de faire un état des lieux général sur les connaissances des femmes (âgées de 18 à 45 ans) sur l'allaitement maternel.

1^{ère} partie : ALLAITEMENT MATERNEL ET GENERALITES

I. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA LACTATION

1. Anatomie du sein

a. Le mamelon

Le mamelon est un petit relief de forme cylindrique, flexible et malléable. Il contient plusieurs pores par lesquels le lait est excrété. Il contient également des fibres musculaires lisses. Il est hautement innervé et devient érectile suite à une stimulation. Il y a des récepteurs à la douleur sur la peau du mamelon, ce qui le rend très sensible à la friction (5).

b. L'aréole

L'aréole entoure le mamelon. C'est une partie circulaire pigmentée dont la couleur et la taille varient d'une femme à l'autre. Sa surface est parsemée de petits reliefs constitués de glandes sébacées, nommés tubercules de Montgomery sécrétant une substance lubrifiante ayant un rôle protecteur lors des suctions répétées (6). Cette substance dégage une odeur qui permet de guider l'enfant dans sa recherche du sein. On note également la présence de récepteurs à l'étirement au niveau de l'aréole, stimulés lors de la tétée du bébé. Ceci induira la sécrétion des hormones de lactation par l'hypothalamus (7).

La *figure 1*, ci-dessous, montre les nouvelles découvertes sur l'anatomie du sein.

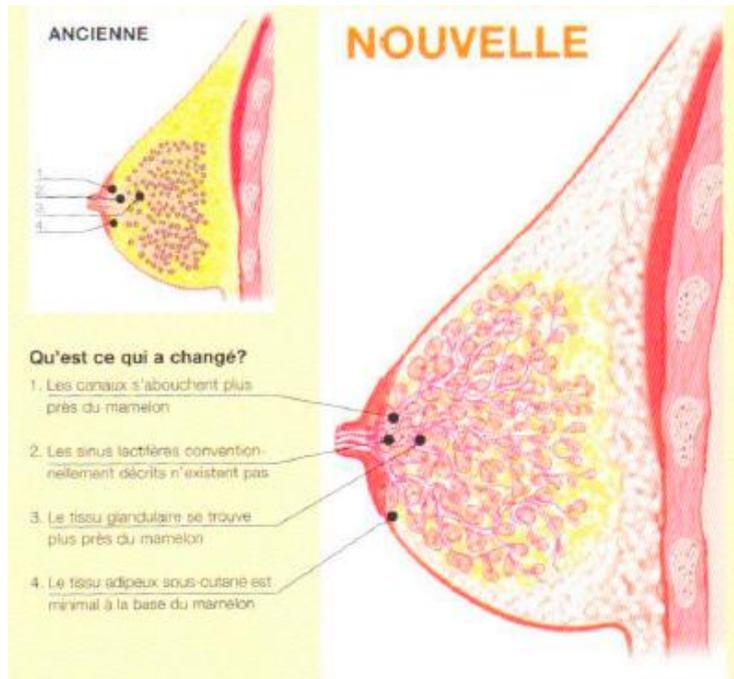


Figure 1 : Anatomie du sein (8)

c. Les tissus de la glande mammaire

✓ Le tissu glandulaire et adipeux

Les seins des femmes sont constitués en moyenne de 62% de tissu glandulaire et de 38% de tissu adipeux. Ces deux tissus sont inséparables et intimement liés. C'est principalement la quantité de tissu adipeux qui détermine la grosseur et la forme des seins mais il n'a pas de rôle comme tel dans la fabrication du lait. Puisque ce tissu ne contribue pas à la fabrication ni au transport du lait, la grosseur des seins n'est pas un indicateur de la capacité d'une femme à allaiter (9).

La glande mammaire est organisée en 15-20 lobes eux-mêmes constitués de lobules et d'acini. Les acini se regroupent autour d'un canal alvéolaire ; plusieurs de ces canaux se regroupent et forment ainsi le canal lobulaire drainant le lobule. Les canaux lobulaires se regroupent en canal galactophore qui lui, draine un lobe glandulaire. Chaque canal galactophore converge vers le mamelon et s'ouvre à l'extérieur par des pores (7) (10).

Chaque lobe, avec son canal galactophore s'ouvrant vers l'extérieur, constitue une glande mammaire ; ce que l'on appelle glande mammaire est en réalité le groupement de 15 à 20 glande (5).

✓ Tissu conjonctif

Les seins sont soutenus par des bandes de tissu conjonctif, les ligaments de Cooper. Le tissu conjonctif comme le tissu adipeux, enveloppe et protège les acini et les canaux. Le tissu conjonctif a un rôle de soutien pour les différentes structures fonctionnelles du sein (7).

d. La vascularisation

Le sein est un organe hautement vascularisé. Les capillaires, à la paroi très fine, sont un lieu d'échange avec les acini permettant ainsi d'apporter les nutriments nécessaires à la fabrication du lait. La vascularisation des seins est faite à 60% par l'artère mammaire interne. La distribution artérielle est très variable en fonction des femmes et n'a pas de symétrie d'un sein à l'autre. Pendant la grossesse et l'allaitement, la circulation sanguine dans le sein s'accroît considérablement. On estime que 500 litres de sang sont nécessaires pour fabriquer 1 litre de lait maternel (7) (10).

e. L'innervation

L'innervation sensitive a un rôle très important pour assurer le bon fonctionnement de l'activité sécrétoire du sein. Les différents tissus du sein contiennent de nombreux récepteurs cutanés. Le mamelon et l'aréole, par exemple, sont principalement innervés par le 4^{ème} nerf intercostal. Lorsque le bébé tète, la succion stimule les terminaisons nerveuses. Un message est alors envoyé au cerveau, qui permet la sécrétion des hormones de la lactation par l'hypothalamus. Une stimulation adéquate du sein est donc une composante essentielle du maintien de la lactation (11).

2. Physiologie de lactation

La glande mammaire, glande exocrine du derme, se développe sous influence hormonale. Le volume des seins augmente progressivement au cours de la grossesse puis pendant l'allaitement. Le lait qu'elle produit contient des éléments nutritifs provenant des capillaires sanguins. Le débit sanguin dans les seins est augmenté lors de la grossesse et l'allaitement, permettant de fournir de grandes quantités de substrats nécessaires à la synthèse du lait. La lactation utilise environ 30 % des ressources d'énergie de l'organisme. La fabrication du lait maternel fait intervenir plusieurs voies métaboliques : synthèse et sécrétion de protéines, de lactose, de lipides, transport des molécules venant de l'espace interstitiel, transport d'éléments à travers la membrane apicale et la voie paracellulaire faisant intervenir les jonctions serrées.

Les jonctions serrées ont un rôle de connexions entre les cellules au niveau des alvéoles (acini). Leur statut « ouvert » ou « fermé » détermine la composition du lait.

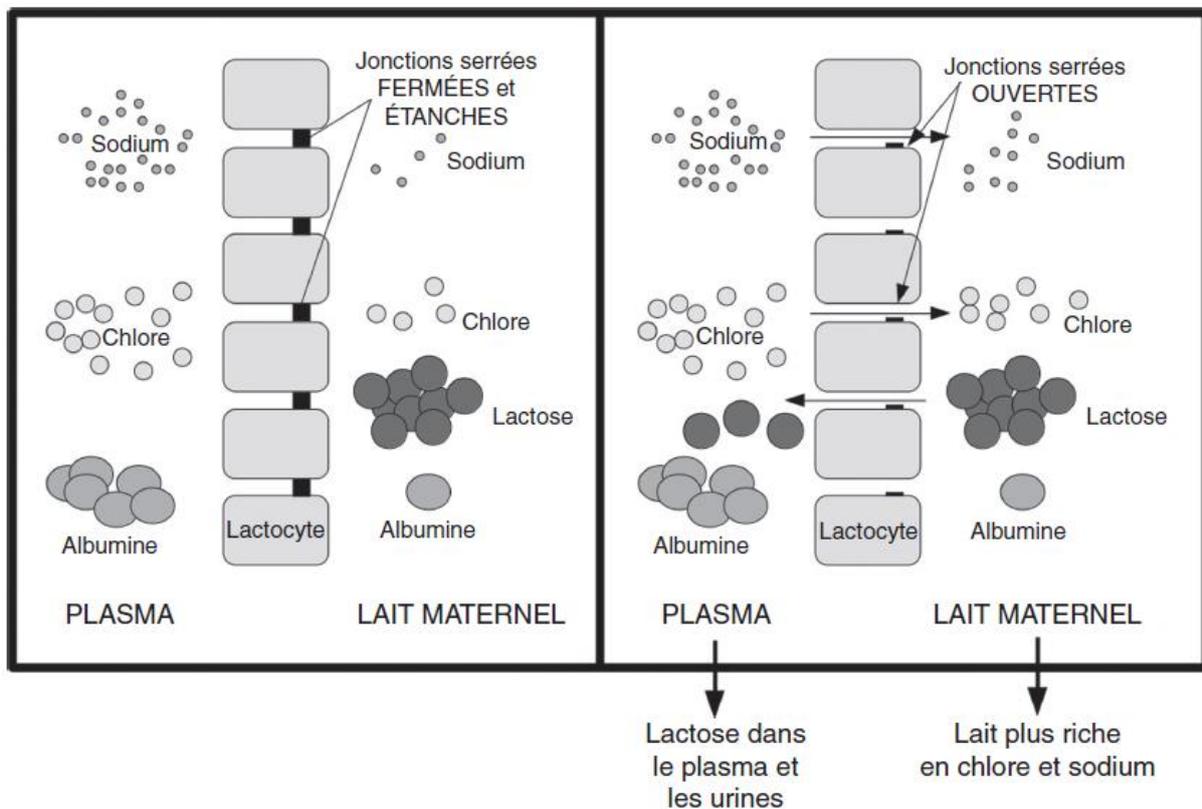


Figure 2 : Impact de l'état des jonctions serrées sur la composition du lait maternel (10)

Comme le montre la *figure 2*, lorsque les jonctions sont ouvertes, les composants peuvent circuler dans les deux sens entre le plasma de la mère et le lait fabriqué. La concentration des composants va s'équilibrer.

On pourra noter :

- Un lait plus riche en sodium, en chlore et éventuellement en médicaments.
- Présence de lactose dans le plasma maternel et dans les urines
- Un risque accru de passage des virus (exemple : VIH)

Les jonctions serrées ont des statuts « ouvert » ou « fermé » à des périodes précises.

Les jonctions serrées sont ouvertes pendant :

- La lactogénèse de stade I (autrement dit, jusqu'à la montée de lait)
- Le sevrage
- Les périodes de stase lactée (exemple : mastite, d'où l'importance de soigner rapidement).

Les jonctions serrées fermées, quant à elles, sont très étanches. Elles se ferment lors du passage de la lactogénèse de stade I à la lactogénèse de stade II (10).

La lactation est une fonction physiologique de la femme qui se traduit par la production et la sécrétion de lait par les glandes mammaires après la grossesse. La lactation est un phénomène hormono-dépendant. Son déclenchement et sa mise en place passent par différentes phases :

a. Mammogénèse

Le développement du sein, également appelé mammogénèse, est lent et passe par quatre phases : la naissance, de la puberté à la grossesse, la grossesse et la sénescence. Elle commence vers la 4^{ème} semaine de vie embryonnaire. Les canaux collecteurs apparaissent chez l'embryon vers le 7^{ème} mois de grossesse et s'ouvrent au niveau d'une invagination cutanée vers le 9^{ème} mois. L'inversion de cette invagination formera alors le mamelon.

Au cours de la mammogenèse, le tissu glandulaire se développe sous influence hormonale.

b. Lactogenèse de stade I

La lactogenèse de stade I, également appelée phase d'initiation sécrétoire ou phase colostrale commence pendant la grossesse (environ douze semaines avant l'accouchement) et se termine deux à trois jours après la naissance de l'enfant, au moment de la montée laiteuse. Au cours de la grossesse, le taux élevé de progestérone freine la sécrétion de prolactine au niveau mammaire et inhibe l'action de cette dernière sur les cellules sécrétrices du sein et sur la production de certaines protéines composantes du lait. Grâce à la progestérone, les jonctions serrées au niveau des alvéoles permettant la connexion entre les cellules, sont ouvertes. Le lait que l'on pourrait exprimer du sein (premier lait ou colostrum), se caractérise par une forte concentration de sodium, de chlore, et de substances protectrices telles que les immunoglobulines.

Dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, un petit volume de colostrum est produit (environ 7,5 ml par tétée et 100 ml par jour à J1) et apporte au nourrisson des éléments provenant du sang maternel, comme l'eau, les sels minéraux et les immunoglobulines qui vont ainsi protéger sa muqueuse digestive (12).

c. Lactogenèse de stade II

Cette phase, également appelée phase d'activation sécrétoire ou phase lactée, fait suite à la lactogenèse de stade I. A ce stade, les jonctions serrées se ferment. Après l'accouchement, l'expulsion du placenta engendre une chute du taux de progestérone, déclenchant l'arrivée abondante de lait vers le troisième jour grâce à la prolactine qui exerce son action galactogène. On parle alors d'un phénomène bien connu, « la montée de lait ». Les femmes ressentent la montée de lait comme une tension mammaire importante plus ou moins douloureuse. Cette tension est liée à l'augmentation simultanée du débit sanguin dans les seins et du volume de lait produit.

d. La galactopoïèse

La galactopoïèse correspond à la phase d'entretien de la sécrétion lactée. Elle se maintient aussi longtemps que du lait est prélevé du sein sur une base régulière. Ce processus dépend principalement de deux hormones : la prolactine, pour maintenir la sécrétion du lait, et l'ocytocine, pour produire le réflexe d'éjection. Ce réflexe permet au bébé de retirer le lait de la glande mammaire. La fréquence et l'efficacité des tétées favorisent la stimulation optimale de la glande mammaire, ce qui assure le maintien de la lactation. Plus le sein est sollicité, plus sa production de lait est élevée. A l'inverse, une baisse de la stimulation des seins entraîne une diminution de la production lactée. La production lactée suit en fait le principe de l'offre et de la demande (7).

e. Involution

L'arrêt de la lactation se fait naturellement lorsque cesse sa stimulation principale : la tétée. Une diminution progressive du nombre des tétées ou un arrêt brutal provoquent une stase lactée et une distension alvéolaire. Les jonctions serrées s'ouvrent et la sécrétion de lait s'arrête. On a ainsi une involution mammaire ; les seins restant un peu plus fermes qu'avant l'allaitement.

3. Régulation de la production de lait

La production de lait va augmenter pour s'adapter aux besoins de l'enfant. Le contrôle de la synthèse, de la sécrétion et de l'éjection du lait implique deux mécanismes de régulation : un contrôle endocrine (mécanisme central correspondant à la capacité de production de lait) et un contrôle autocrine (mécanisme local correspondant à l'adaptation du volume de lait produit en fonction de la demande du nourrisson). Ces mécanismes sont fonctions de la stimulation du complexe mamelon-aréole. Deux hormones principales interviennent dans la régulation de la production de lait : la prolactine et l'ocytocine (13), comme l'explique la *figure 3*.

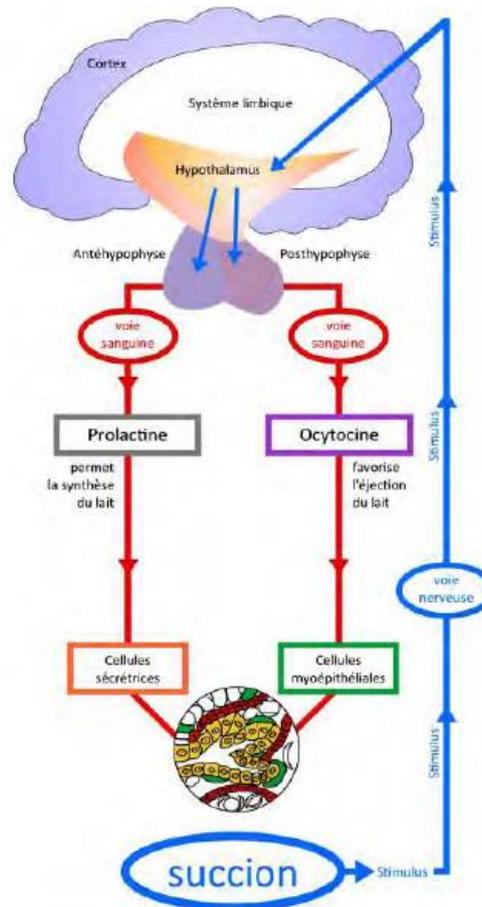


Figure 3 : Schéma de la régulation de la lactation (14)

a. Contrôle endocrine

✓ La prolactine

La prolactine est une hormone synthétisée par les cellules lactotropes de l'antéhypophyse. Elle est sécrétée de façon pulsatile et circadienne c'est-à-dire avec des variations au cours de la journée : la sécrétion est plus importante en fin de nuit et est diminuée la journée. Elle a, parmi ses nombreuses actions, deux rôles très importants dans la lactation. Elle intervient dans le développement de la glande mammaire (au cours de la grossesse et à la puberté) et dans la lactogénèse.

Elle agit en se liant à des récepteurs exerçant ainsi une régulation positive ou négative sur ceux-ci. Un taux sérique élevé de prolactine stimule le développement de ses récepteurs et inversement. On parle de rétrocontrôle positif ou négatif.

L'hypothalamus peut exercer un contrôle inhibiteur sur la sécrétion de prolactine grâce à la dopamine (15).

Pendant la grossesse, le taux sérique de prolactine augmente progressivement. Suite à l'accouchement et en l'absence d'allaitement, le taux sérique de prolactine redevient normal en 2 à 3 semaines. Si la maman allaite, l'inhibition causée par la dopamine est levée. La succion déclenche des pics de sécrétion dont l'amplitude est directement liée à l'intensité de la stimulation. Ces pics de prolactine s'ajoutent au taux de base déjà élevé (10).

La prolactine a un rôle uniquement sur la synthèse de lait. Elle ne permet pas de réguler le volume de lait produit (16) (17).

✓ L'ocytocine

L'ocytocine est une hormone synthétisée par les noyaux supra-optiques et paraventriculaires de l'hypothalamus. Elle est sécrétée suite à la stimulation tactile du complexe aérolo-mamelonnaire via des récepteurs à l'étirements localisés sur l'aréole. D'autres stimuli visuels ou olfactifs (photo, odeur, ...) peuvent entraîner la sécrétion de l'ocytocine. A l'inverse, certains facteurs peuvent inhiber la libération de cette hormone : stress, médicaments opiacés, alcool....

L'ocytocine est l'hormone d'éjection du lait : elle agit sur les récepteurs des cellules myoépithéliales alvéolaires en provoquant leur contraction et sur les canaux lactifères en les dilatant et permettant ainsi l'éjection de lait par des canaux excréteurs.

Chez certaines femmes, il existe un temps de latence (0 à 15 minutes) entre la stimulation du sein et le début de la synthèse d'ocytocine, c'est-à-dire le début de l'éjection du lait. Il est conseillé de laisser le nouveau-né au sein, même si le lait ne sort pas dans les premières minutes (18) (19).

b. Contrôle autocrine

Il s'agit d'un mécanisme de régulation locale, dont les deux déterminants majeurs sont la fréquence et l'efficacité des tétées. Le volume de lait produit est proportionnel aux besoins variables de l'enfant. Lorsque le volume de lait résiduel dans les seins est suffisant il y a une inhibition de la synthèse de lait.

Ce rétrocontrôle négatif met en jeu deux éléments :

- Le FIL (Feed-back Inhibitor of Lactation) : petite protéine synthétisée en même temps que les autres composants du lait et s'accumulant dans le lait lorsque les alvéoles sont pleines. Il inhibe plusieurs mécanismes sécrétoires et réduit le nombre de récepteurs à la prolactine.
- La prolactine du lait maternel : elle présente des mouvements cycliques au niveau des lactocytes. Quand les alvéoles sont vides, elle entre massivement dans les cellules et inversement.

De ce fait, il est indispensable de traiter toute stase lactée (exemple : engorgement) avec un tire-lait ou en augmentant la fréquence des tétées efficaces afin d'éviter une baisse de la production de lait. La *figure 4*, montre l'impact du degré de vidange alvéolaire sur la production de lait maternel.

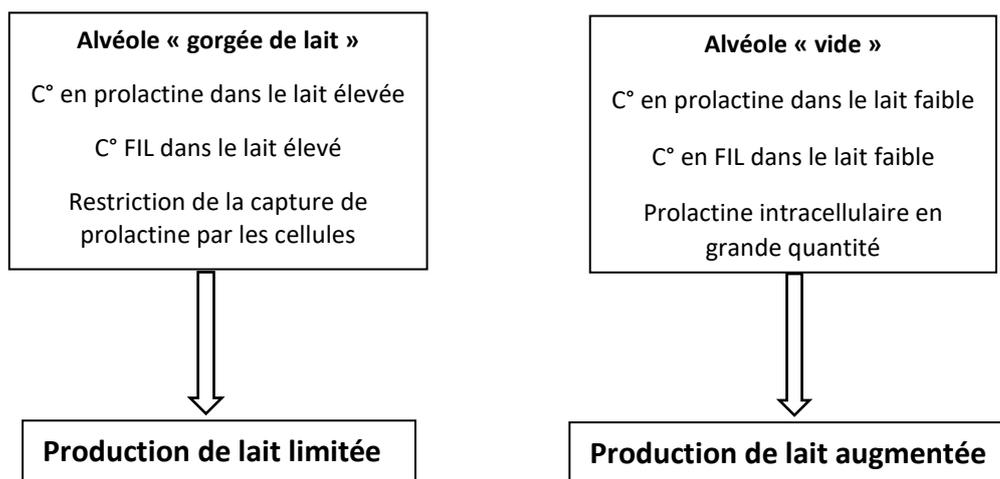


Figure 4 : Régulation de la production de lait en fonction de l'état de vidange (10)

Le professeur Hartmann et son équipe, grâce à un système de modélisation informatique, ont montré que la vitesse de synthèse du lait varie considérablement au cours du temps (5 à 90 mL par heure) et qu'elle diffère d'un sein à l'autre. La vitesse de synthèse du lait est inversement proportionnelle au degré de remplissage des alvéoles. Plus la quantité de lait prélevée lors de la tétée est importante, plus la vitesse de fabrication du lait est élevée. Tous les facteurs réduisant l'extraction de lait sont à éviter : tétées trop espacées ou pas assez longues, tétées inefficaces, engorgement... (20).

Les résultats de leur étude ont également montré que chaque femme a sa propre capacité de stockage de lait (80 à 600 mL au total), et peut varier d'un sein à l'autre.

Cette capacité de stockage correspond au volume maximal de lait que les seins d'une femme peuvent contenir.

Cette notion de capacité de stockage du lait est à différencier de la capacité à produire du lait. Le nombre de tétées demandées par le nourrisson dépend donc principalement de la capacité de stockage de la maman.

Ainsi une mère ayant de faible capacité de stockage de lait aura besoin de donner le sein plus souvent que les autres femmes pour subvenir aux besoins de l'enfant.

Les femmes à faible capacité de stockage doivent donc être bien informées sur les conduites optimales de l'allaitement car elles présentent un risque élevé d'arrêt de la synthèse du lait (21).

II. LE LAIT MATERNEL : AVANTAGES ET CONTRE-INDICATIONS

1. Composition du lait maternel

Le lait maternel est un aliment « parfait », impossible à reproduire artificiellement et de composition variable en fonction de l'âge et des besoins de l'enfant.

Il s'agit d'un liquide biologique vivant possédant de nombreux avantages par rapport aux laits artificiels.

a. Le colostrum

Le colostrum est un liquide épais de couleur jaune/orangée, produit en petite quantité lors des trois jours qui suivent l'accouchement. Il est sécrété dès la fin du 5^{ème} mois de grossesse et sa composition est différente du lait mature. Ses propriétés nutritionnelles sont particulièrement bien adaptées aux besoins du nouveau-né à sa naissance :

- Acides aminés libres, oligosaccharides et protéines solubles (IgA, lactoferrines, facteurs de croissance, ...) sont présents en plus grande quantité. Les IgA, par exemple sont essentielles car elles protègent la muqueuse intestinale des micro-organismes
- Présence de l'EGF (facteur de croissance), favorisant maturation du tube digestif
- Protéines et sels minéraux plus nombreux que dans le lait mature, permettant au nourrisson d'avoir une bonne hydratation.
- Lipides, caséine et lactose moins important que dans le lait mature. Certains organes immatures tels que le foie ou les reins, sont ainsi peu sollicités.
- Implantation de bifidobactéries favorisée

b. Le lait mature

La montée de lait a lieu vers le 3^{ème} jour qui suit l'accouchement, moment où le lait mature prend place progressivement et remplace le colostrum. Il existe une augmentation du volume de lait sécrété, souvent ressentie comme une tension au niveau des seins pouvant être accompagnée d'un œdème et/ou d'une douleur (22).

Globalement, ce lait est plus riche en lipides et en lactose alors que les protéines et les immunoglobulines diminuent.

Le *tableau 1*, permet de comparer les compositions du colostrum et du lait mature.

	Colostrum	Lait mature
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	1,0
IgG (g/L)	0,5	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	0,4

Tableau 1 : Comparaison des compositions du colostrum et du lait mature (10)

- Les protéines

Elles sont bien moins nombreuses que dans le lait de vache, et leur nature explique la digestibilité du lait maternel.

Les caséines, par exemple représentent 40% des protéines du lait maternel. Les micelles qu'elles forment sont plus petits que ceux du lait de vache, permettant une vidange gastrique plus rapide et donc une meilleure digestibilité (23).

Les protéines solubles :

La protéine soluble majoritaire dans le lait maternel est l'alpha lactalbumine. Elle est moins allergisante que celle retrouvée dans le lait de vache (24).

Parmi ces protéines solubles, certaines ont un rôle fonctionnel essentiel :

- Les immunoglobulines, en particulier les IgA de type sécrétoire ont une action protectrice sur les muqueuses digestives
- Les lactoferrines ont une haute affinité pour le fer et sont bactéricides
- Le lysozyme a également une action bactéricide
- α -lactalbumine, permet la synthèse du lactose par la glande mammaire
- Des enzymes (comme la lipase), des facteurs de croissance, EPO,...

Ces protéines solubles empêchent l'implantation de germes pathogènes dans l'intestin (25).

▪ Les lipides

Leur concentration dans le lait maternel est d'environ 35g/L et représentent le 3^{ème} composant du lait après l'eau et le lactose.

La teneur en lipides du lait maternel et du lait de vache sont quasiment équivalentes mais leur composition et leur qualité diffèrent.

Le coefficient d'absorption des graisses du lait maternel est supérieur grâce à une lipase active dans le tube digestif de l'enfant.

Sur le qualitatif, les lipides du lait maternel se constituent de :

- Triglycérides à 98-99%
- Phospholipides
- Cholestérol : rôle dans la structure des membranes en tant que précurseur hormonal, et dans le développement cérébral (25)
- Lécithine
- Acides gras libres
- Acides gras essentiels (AGE) et acides gras polyinsaturés à longue chaîne (AGPI-LC) : acide linoléique, arachidonique, docosahexaénoïque (DHA), eicosapentaénoïque (EPA) : rôle dans le développement des membranes des cellules cérébrales et

rétiniennes. La teneur de ces AGPI dans le lait maternel dépend des apports en graisses de la mère (26) (27).

▪ Les glucides

Le lait maternel contient 75g/L de glucides. Le sucre majeur entrant dans la composition du lait maternel est le lactose (65 à 70g). Le lait maternel contient des oligosaccharides en quantité moindre, 10 à 15g (28).

Le lactose : c'est le 2^{ème} constituant le plus important dans le lait maternel. Il a plusieurs intérêts :

- Il permet un apport énergétique grâce à la molécule qu'il contient, le glucose
- Il augmente l'absorption intestinale du calcium

Les oligosaccharides sont peu digérés au niveau de l'intestin grêle, arrivent dans le côlon où ils sont utilisés par les bifidobactéries permettant leur croissance. Ces bifidobactéries vont synthétiser de l'acide lactique et de l'acide acétique faisant ainsi baisser le pH intestinal (29). L'acidité des selles du nourrisson empêche l'implantation de bactéries pathogènes. Les oligosaccharides ont également une action protectrice vis-à-vis de certaines infections digestives en diminuant l'adhésion des microorganismes sur les cellules épithéliales intestinales (30).

▪ Les vitamines

Le lait maternel répond totalement aux besoins du nourrisson en vitamines hydrosolubles (B et C). Leurs quantités présentes dans le lait maternel sont influencées par l'alimentation de la maman.

Concernant les vitamines liposolubles (A, D, E et K), le lait maternel ne permet pas de couvrir tous les besoins du nouveau-né (31).

La vitamine D : sa teneur dans le lait maternel est faible (40 UI/L) et dépend du statut vitaminique de la mère. En France, on recommande une supplémentation de 1000UI de vitamine D par jour.

La vitamine K : le lait maternel est pauvre en vitamine K, pourtant essentielle pour le nourrisson. Une supplémentation de 2 mg de vitamine K per os à la naissance puis de 2 mg hebdomadaire pendant la durée de l'allaitement exclusif permet de prévenir la maladie hémorragique du nourrisson (32).

Les teneurs en vitamine A et E sont faibles mais ne nécessitent pas de supplémentation chez un nourrisson sain.

- Les oligoéléments et les minéraux

Le lait de femme est 3 à 4 fois moins riche en sels minéraux que le lait de vache mais ils sont mieux absorbés par le tractus intestinal. Le calcium, par exemple, est absorbé à 75%. La teneur en oligoéléments dans le lait maternel diffère totalement de celle des autres laits de mammifères. Les oligoéléments et les minéraux du lait maternel ont une meilleure biodisponibilité.

- L'eau

Le lait maternel contient environ 85% d'eau. Lorsque l'enfant tète à la demande, ses besoins hydriques sont totalement couverts par le lait maternel. Il est inutile de supplémenter en eau.

2. Comparaison au lait de vache et au lait artificiel

Les différences entre le lait maternel et le lait de vache sont nombreuses. Le *tableau 2*, présente les principales caractéristiques du lait mature en comparaison avec le lait de vache.

Particularités du lait maternel mature par rapport au lait de vache	
Protéines	<ul style="list-style-type: none"> ○ Moins de caséines, mais plus digestes que dans le lait de vache ○ IgA, protégeant la muqueuse digestive ○ Lactoferrine assurant une meilleure biodisponibilité du fer du lait maternel et un effet bactériostatique ○ Lysozyme, rôle bactéricide ○ Enzymes : lipase augmentant l'absorption des graisses
Lipides	<ul style="list-style-type: none"> ○ Quantité similaire mais qualité très différente par rapport au lait de vache ○ Digestibilité très supérieure ○ Riche en AGE et AGPI-LC ayant des rôles dans le développement des cellules du cerveau et de la rétine
Glucides	<ul style="list-style-type: none"> ○ Riche en lactose ○ Présence d'oligosaccharides, absents du lait de vache. Ils ont un rôle prébiotique
Oligoéléments et minéraux	<ul style="list-style-type: none"> ○ Peu nombreux mais meilleure biodisponibilité

Tableau 2 : Les principales différences entre le lait de vache et le lait maternel (10)

Le lait maternel mature et le lait artificiel présentent également un grand nombre de différences sur leur composition. Le *tableau 3*, compare la composition moyenne du lait maternel mature et du lait artificiel 1^{er} âge, pour 100 mL.

	Lait maternel mature	Lait artificiel 1 ^{er} âge (en moyenne)
Protides (g)	1,1	1,95
▪ <i>Caséines/protéines solubles (%)</i>	40/60	80/20
Lipides (g)	4,5	3,3
▪ <i>Acide linoléique (mg)</i>	346	360
Glucides (g)	6,8	7,7
▪ <i>Lactose (g)</i>	5,6	5,6
▪ <i>Dextrine-maltose (g)</i>	0	2,1
▪ <i>Saccharose (g)</i>	0	
▪ <i>Oligosaccharides (g)</i>	1,2	0
Energie (kcal)	72	68
Minéraux (mg)		
▪ <i>Calcium (mg)</i>	85	67
▪ <i>Phosphore (mg)</i>	14	49
▪ <i>Sodium (mmol)</i>	0,74	1,14
▪ <i>Potassium (mmol)</i>	1,3	2,19
▪ <i>Magnésium (mg)</i>	3,5	6,3
▪ <i>Fer (mg)</i>	0,03	0,5
▪ <i>Cuivre (mg)</i>	40	35
▪ <i>Zinc (mg)</i>	0,75	0,34
Vitamines		
▪ <i>A (UI)</i>	203	188
▪ <i>D (UI)</i>	2,2	0
▪ <i>E (mg)</i>	0,24	1
▪ <i>C (mg)</i>	5,2	5,7
▪ <i>B1 (mg)</i>	0,014	0,05
▪ <i>B2 (mg)</i>	0,037	0,08
▪ <i>B6 (mg)</i>	0,018	0,03
▪ <i>B12 (mg)</i>	0,03	0,09
▪ <i>Acide folique (mg)</i>	0,14	5,9

Tableau 3 : Comparaison entre les compositions moyennes du lait maternel mature et du lait artificiel 1^{er} âge pour 100 mL (10)

Les sels minéraux et les oligoéléments des préparations pour nourrissons ont une biodisponibilité inférieure à celle du lait maternel.

Les industriels doivent augmenter leurs concentrations pour compenser la moindre biodisponibilité entraînant une répercussion directe sur la fonction rénale du nourrisson.

3. Les avantages de l'allaitement maternel

Le mode d'alimentation du nourrisson a des répercussions sur sa santé et sur son développement. Le lait maternel présente des qualités nutritives remarquables par sa composition lui conférant ainsi de multiples bénéfices, qu'ils soient pour l'enfant, pour la mère ou bien de nature économique. Les effets bénéfiques de l'allaitement dépendent de son degré d'exclusivité et de sa durée (26).

L'allaitement est dit exclusif lorsque le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel (directement par le sein ou bien par l'intermédiaire de biberons par exemple). Les vitamines, minéraux et médicaments peuvent être donnés sans que le caractère exclusif de l'allaitement ne soit remis en question. L'eau, les laits artificiels, les autres liquides et les aliments solides sont à exclure.

Notons, qu'un enfant peut bénéficier du lait maternel d'une autre femme que la maman. L'allaitement reste exclusif s'il reçoit uniquement du lait maternel.

a. Les avantages pour le nourrisson

Le lait maternel présente de nombreux avantages immunitaires et nutritionnels pour l'enfant :

- Le lait maternel a une composition telle, qu'il couvre parfaitement les besoins du bébé. Elle évolue au fur et à mesure des semaines mais également pendant la tétée pour s'adapter aux besoins du bébé en croissance. Le lait maternel est l'aliment idéal qui répond aux besoins du nouveau-né pendant les six premiers mois de sa vie.
- L'allaitement maternel est associé à une baisse significative des infections bactériennes et virales. L'allaitement diminue le risque de diarrhée par 3 à 5, d'otites par 2 à 3, d'infections respiratoires par 3 (34) (35) (36).
- Sa faible osmolarité, son faible taux de protéines et de sels minéraux préservent le rein encore immature à la naissance. Certaines enzymes facilitent la digestion et sont adaptées à l'immaturation digestive.

- L'allaitement maternel prévient le risque d'obésité notamment du fait du faible taux de protéines du lait maternel. Une méta-analyse a montré une diminution du risque d'obésité de 20 à 25% pour les individus allaités. Il semblerait que cet effet soit dose-dépendant. Cet avantage s'expliquerait par différents éléments : faible taux de protéine du lait maternel, présence d'adipokines ayant un impact sur le niveau d'adiposité et la prise de poids, meilleure régulation de la sensation de satiété pour les enfants nourris au sein (38) (39).
- L'allaitement diminue le risque d'asthme et d'eczéma pendant les 2-3 premières années chez des enfants à risque (40).
- Selon certaines études, les enfants allaités auraient de meilleurs résultats aux tests de développement cognitif. C'est la présence d'AGPI-LC qui serait en partie responsable de cet effet. Un bénéfice certain sur le plan psychoaffectif est le lien fort que l'allaitement crée entre l'enfant et sa mère. L'allaitement maternel favorise la proximité mère/enfant grâce au contact peau à peau (35).
- Le risque de survenue de diabète de type 1 est diminué de 20 à 30% en fonction de la durée de l'allaitement. Pour le diabète de type 2, le risque serait diminué de 40% (41).

b. Les avantages pour la mère

Les avantages de l'allaitement pour la mère sont également nombreux :

- Il favorise l'involution de l'utérus grâce à l'ocytocine sécrétée à chaque tétée en augmentant les contractions utérines et diminue ainsi le risque de saignement en post-partum.
- Il favorise la perte de poids après l'accouchement (42) (43).
- Il diminue le risque de cancer du sein et de l'ovaire (44) (45).
- Il améliore la confiance des femmes, renforce les liens entre la mère et son enfant.
- Il diminue l'incidence du diabète de type 2, de manière proportionnelle à la durée de l'allaitement.

c. Les avantages socio-économiques et pratiques

Les avantages économiques, qu'ils soient pour les parents, pour la société ou pour la Sécurité Sociale ne sont pas à négliger.

Les familles font de réelles économies sur :

- Les laits artificiels
- Les biberons
- Le chauffe-biberon
- L'eau minérale

Pourtant, selon les statistiques, ce sont les familles les plus aisées et d'un niveau éducatif élevé qui allaitent.

Les avantages cités précédemment montrent que les enfants allaités sont moins malades. Cela entraîne moins de visites chez le médecin, d'hospitalisations, de consommation de médicaments ou de dépenses liées aux soins non remboursés.

L'allaitement maternel limite l'absentéisme parental au travail et il a des avantages écologiques (exemple : pas de déchets de métal ou de plastique des boîtes de lait artificiel).

D'un point de vue pratique, allaiter permet aux femmes de bénéficier de plusieurs avantages :

- Le lait maternel est disponible de suite, et à la bonne température
- L'enfant n'a pas besoin d'attendre que le biberon soit prêt
- La maman peut partir avec son enfant où elle veut sans avoir peur d'avoir oublié quelque chose (biberon, eau, lait, ...)
- La nuit, la mère n'aura pratiquement pas besoin de se lever. Elle peut rester allongée pour donner le sein surtout si l'enfant est à proximité des parents.

4. Les contre-indications à l'allaitement maternel

Les « vraies » contre-indications à l'allaitement maternel sont rares.

Pour la mère :

- Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : l'allaitement peut être un mode de transmission du virus chez l'enfant. Il existe plusieurs facteurs de risque liés à l'allaitement : la durée de l'allaitement, une virémie importante chez la mère, des lésions du sein (mastite, abcès, ...), une candidose chez le nouveau-né. Le risque de

transmission du VIH au cours de l'allaitement n'est pas minime (4 à 22%). En France, l'allaitement maternel est donc contre-indiqué en cas de séropositivité au VIH de la mère. Dans les pays pauvres, lorsque l'alimentation par du lait artificiel n'est pas possible dans de bonnes conditions, il est préférable de choisir un allaitement maternel mais sur une courte durée (46) (47).

- Virus T-lymphotropique humain (HTLV-1) : ce virus appartient à la famille des rétrovirus et on peut l'associer à plusieurs pathologies (leucémie T, myélopathie démyélinisante). Le risque de transmission est de 25 à 30 %, d'où la contre-indication de l'allaitement chez les femmes infectées par ce virus.
- Virus de l'herpès-varicelle-zona : le virus se transmet par contact direct et non par le lait maternel. L'allaitement maternel est contre-indiqué seulement s'il y a des lésions sur les seins de la mère.

Pour le nourrisson :

- Galactosémie congénitale : c'est une maladie génétique qui se caractérise par le déficit en galactose-1-phosphate-uridylyl-transférase nécessaire au métabolisme du galactose. Le lactose étant métabolisé en glucose et galactose, un régime sans lactose est indispensable pour éviter par exemple une cataracte, une malnutrition avec un retard de croissance, une cirrhose, ...
- Carence congénitale en lactase : c'est une maladie génétique très rare. L'absence de lactase empêche la métabolisation du lactose en glucose et galactose. Des signes d'intolérance alimentaire importants sont observés : diarrhée, déshydratation. L'allaitement est donc contre-indiqué et une alimentation sans lactose est nécessaire.

III. CONDUITE A TENIR POUR UNE BONNE MISE EN ROUTE DE L'ALLAITEMENT

1. Première tétée et « peau à peau »

Le « peau à peau » consiste à mettre le nourrisson en contact direct avec la peau de la maman. Idéalement, il doit être fait le plus rapidement possible ; il facilitera ainsi l'arrivée du nouveau-né dans la vie extra-utérine. Des publications scientifiques ont montré que le contact « peau à peau », précoce et prolongé facilitait l'allaitement maternel.

Cette méthode rassure l'enfant, l'apaise et favorise les interactions « mère/enfant ». Elle facilite ainsi un premier contact avec le sein. Le nouveau-né peut seul, trouver le sein grâce à une odeur particulière qui émane de l'aréole. C'est ce que l'on appelle le réflexe de fouissement. La tétée qui a lieu à ce moment, grâce au réflexe de succion est souvent appelée « tétée de bienvenue » ; c'est la première tétée. Elle est primordiale puisqu'elle peut être décisive dans la continuité ou non de l'allaitement.

2. Les 5 éléments indispensables pour une mise en route réussie de l'allaitement

Contrairement aux idées reçues, l'immense majorité des femmes peut produire suffisamment de lait pour nourrir leur enfant exclusivement pendant six mois. Les femmes souffrant d'une insuffisance primaire sont peu nombreuses mais un allaitement non exclusif est tout de même possible.

En revanche, les insuffisances secondaires sont plus fréquentes. Elles sont liées à une mauvaise conduite de l'allaitement et nécessitent la transmission de bonnes pratiques par les professionnels de santé (48).

Afin d'allaiter dans les meilleures conditions, il existe 5 éléments clés pour une mise en route réussie :

a. L'allaitement à l'éveil

Les mamans doivent apprendre à reconnaître les différents stades d'éveil du nouveau-né afin de reconnaître les moments où il est le plus apte à téter. Les pleurs sont le stade ultime pour montrer sa faim. Des signes doivent précéder ces pleurs : il tourne la tête, tire la langue, ouvre la bouche, cligne des yeux, bouge les mains, ... Si ces signes d'éveil, illustrés par la *figure 5*, ne sont pas vus, pas compris par la mère, le nourrisson va pleurer ; il sera dans un état d'éveil agité, parfois énervé et ne parviendra pas à téter correctement. Les pleurs sont une dépense d'énergie non négligeable, et peuvent conduire le nourrisson à se rendormir sans téter. Il va

sauter cette tétée, et si cela se produit trop souvent, il y aura une perte de poids du bébé et une diminution de la production lactée de la mère qui vont compromettre l'allaitement.



Figure 5 : Les signes d'éveil du nourrisson (49) (ANNEXE 1)

La production de lait répond au principe de l'offre et de la demande : plus le nourrisson tète souvent et efficacement, plus la vitesse de production de lait augmente et inversement.

Différentes attitudes peuvent être adoptées en fonction du stade de vigilance de l'enfant, comme le montre le *tableau 4*.

	Sommeil calme (I)	Sommeil actif agité (II)	Eveil calme (III)	Eveil agité sans pleurs (IV), avec pleurs (V)
Caractéristiques	Sommeil paisible profond Enfant mobile, sauf quelques sursauts Yeux fermés sans mouvements oculaires Respiration très régulière peu ample Coloration pâle	Sommeil léger interrompu par des mouvements corporels (étirements des doigts, des membres, tortillements du corps) Visage expressif, mimiques multiples Mouvements oculaires rapides Respiration irrégulière rapide Coloration rose	Moment d'éveil Enfant calme sans agitation Enfant attentif à son environnement Echanges riches	Mouvements multiples Recherche de stabilisation Grimaces, gémissements donnant une impression de malaise Peu attentif à son environnement, les yeux flottent, les paupières sont parfois demi-fermées Respiration irrégulière Echanges difficiles voire impossibles en cas de pleurs
Durée	Période d'environ 20 minutes se répétant par cycles tout au long des 24 heures	Période d'environ 10-45 minutes (25 min en moyenne), se répétant par cycles tout au long des 24 heures De 0 à 6 mois, l'enfant s'endort en sommeil agité		
Que faire ?	Etat de sommeil à privilégier. Sauf nécessité, il est préférable de ne pas le déranger	Etat où l'enfant peut être réveillé pour téter	Etat le plus propice à l'allaitement	Etat où l'enfant a besoin d'abord d'être apaisé, rassuré pour pouvoir téter efficacement et sereinement

Tableau 4 : les stades de vigilance selon Prechtl (50)

La durée des tétées est très variable ; elle dépend de l'enfant, de la mère, du moment de la journée. Si la tétée est efficace, le nourrisson peut parvenir à boire le lait dont il a besoin en seulement 10 minutes. Des succions inefficaces (mouvements de la bouche plus rapides, déglutition plus rare), ne sont pas nutritives et nécessitent une durée de tétée bien plus longue. C'est pourquoi une mère doit savoir repérer les signes d'une tétée efficace pour s'assurer que le transfert de lait ait bien lieu au cours de la tétée.

Lors d'un allaitement maternel, les tétées sont moins régulières (quantité de lait prélevée et intervalle des tétées) que lors d'une alimentation par le lait artificiel. En effet, on ne connaît pas la quantité de lait prise par le nouveau-né. Chaque bébé est différent ; il n'y a pas de limite pour le nombre de tétées qui peut d'ailleurs varier d'un jour à l'autre. D'une manière générale, une fourchette de 8 à 12 tétées par 24 heures est donnée (y compris la nuit). De même pour

la durée des tétées, il est impossible de donner un temps précis à respecter. Globalement, une tétée de moins de 10 minutes est un peu courte, et semble un peu longue si elle dure plus de 45 minutes.

b. Choisir une bonne position pour le bébé

Un grand nombre de problèmes rencontrés par les mères (crevasses, douleurs, ...), sont liés à une mauvaise position lors de l'allaitement.

Quelques conseils peuvent être donnés à la maman pour que l'enfant adopte une bonne prise du sein.

Le nourrisson doit :

- Avoir la tête inclinée vers l'arrière
- Avoir la bouche grande ouverte, lèvre inférieure retroussée, la langue en gouttière légèrement sortie
- Avoir le menton « dans le sein » et le nez dégagé
- Prendre le sein de façon asymétrique (partie inférieure du mamelon est davantage dans la bouche de l'enfant que la partie supérieure)
- Avoir le ventre tourné vers celui de sa mère
- Avoir l'oreille, l'épaule et la hanche alignés

La *figure 6*, illustre une bonne prise de sein par le nourrisson.



Figure 6 : Prise du sein optimale selon le « Guide de l'allaitement » de l'INPES (51)

Les différentes positions pour les tétées (51) :

La position de la Madone inversée : C'est la position idéale à adopter pour les premiers jours, car la mère voit son enfant et peut le guider correctement. La mère s'assied confortablement, les pieds surélevés. L'enfant est face à elle, nombril contre nombril et la tête du nouveau-né dans la main de sa mère. La description de cette position est illustrée par la *figure 7*.



Figure 7 : Position de la Madone inversée (51)

La position de la Madone ou la berceuse : Il s'agit de la position classique. La mère est assise sur un siège, comme le montre la *figure 8*, les pieds posés en hauteur sur un marchepied. Le nouveau-né est calé sur le ventre de sa mère ou sur un coussin afin qu'il soit à la hauteur du sein. Il est entièrement sur le côté, le nombril tourné vers celui de sa mère, les fesses soutenues par une main et la tête repose sur l'avant-bras de la mère. Elle ne doit pas le porter ; l'enfant repose simplement sur le bras de sa mère.



Figure 8 : Position de la Madone (51)

La position allongée : La mère est allongée sur le côté. Elle possède un coussin entre ses jambes et dans le dos afin que sa jambe supérieure soit repliée et ne bascule pas en avant. Elle peut appuyer sa tête sur un oreiller ou sur un de ses bras améliorant la vue de son enfant. Le nourrisson est allongé sur le côté face à elle (*figure 9*). On peut s'aider d'une serviette pour le mettre à la même hauteur que sa mère. Cette position est idéale la nuit ; la mère peut somnoler durant la tétée et se rendormir plus rapidement et plus facilement.



Figure 9 : Position allongée (51)

La position du ballon de rugby : Le nourrisson est positionné sur le côté de sa mère, tout en étant soutenu par un coussin et par le bras de sa mère afin d'être à la bonne hauteur. Il est calé grâce au bras de sa mère (nuque dans le creux de la main), avec le visage face à elle. Cette position est particulièrement adaptée aux femmes ayant des seins volumineux, des crevasses ou une cicatrice de césarienne (figure 10).



Figure 10 : Position du ballon de rugby (51)

c. Reconnaître une tétée efficace

Il est important de reconnaître si les tétées du nouveau-né sont nutritives ou non afin de savoir si l'enfant s'est correctement nourri ou non.

Parmi les signes d'une tétée efficace, il y a des mouvements de succion amples, réguliers faisant de longues salves de suctions entrecoupées de courtes pauses tout en gardant le sein dans la bouche. Sous le menton, de grosses gorgées sont régulièrement dégluties. Quand la fin de la tétée approche, le débit se ralentit, les déglutitions sont moins nombreuses, l'enfant ne tète plus efficacement, puis s'endort. La maman pourra alors proposer l'autre sein, que le nourrisson prendra ou non en fonction de sa satiété. Il est judicieux d'alterner les seins d'une tétée à l'autre.

D'autres signes témoignent de l'efficacité de l'allaitement :

- urines : elles doivent être fréquentes et abondamment mouillées (6 couches abondamment mouillées par jour).

- selles : les premiers jours, les selles sont très noires et collantes. Il s'agit du méconium. Il provient de la digestion du liquide amniotique que le bébé a ingéré in utero. Les propriétés laxatives du colostrum permettent une évacuation rapide du méconium chez les enfants allaités. Les selles sont par la suite jaune d'or (jaune-brun), plutôt de consistance molle voire liquide. Au cours des quatre premières semaines, le nourrisson devrait émettre au minimum 3 ou 4 grosses selles par jour.

- prise de poids du nourrisson. C'est un indicateur intéressant mais les mamans se demandent souvent si leur enfant prend assez de poids, conduisant parfois même à l'obsession. Après la sortie de la maternité il est conseillé de peser l'enfant au bout de 8 à 10 jours. Par la suite, une pesée par mois est suffisante, si la maman vérifie les autres indicateurs (selles, urines). Le poids de naissance est en général repris vers le dixième jour.

d. Eviter la prise de tétine ou de biberon

Le fait de donner du lait au biberon chez un enfant allaité, peut être délétère pour la poursuite de l'allaitement. En effet, les techniques d'alimentation au sein ou au biberon sont très différentes ; la position de la langue n'est pas la même en fonction de la méthode choisie, et l'alternance entre les deux perturbent le nourrisson. Le débit de lait au biberon est immédiat et ne nécessite pas de gros efforts de la part du bébé. Lors du retour au sein, des difficultés à téter peuvent s'observer, notamment chez des enfants prématurés ou hypotoniques (10).

e. Eviter les biberons de compléments

La majorité des femmes sont capables de produire assez de lait pour nourrir leur enfant au sein pendant 6 mois.

L'introduction de biberons de compléments est inutile et aurait un impact négatif sur la lactation. Cela provoquerait une diminution de la fréquence des tétées et pourrait compromettre le bon déroulement de l'allaitement.

Une fiche conseil résumant les éléments clé pour la réussite de l'allaitement peut être remise aux mamans (figure 11).



Figure 11 : Fiche conseil (52) (ANNEXE 2)

3. Contraintes rencontrées lors de l'allaitement maternel

Pour le nourrisson :

- Supplémentation en oligoéléments et vitamines : l'ANSM recommande une supplémentation en fluor pour tous les nourrissons, en vitamine D, en vitamine K pour éviter la maladie hémorragique du nouveau-né et en vitamine B12 pour les mères végétaliennes pour éviter des signes neurologiques ou cognitifs chez l'enfant.
- Ictère du nourrisson : l'ictère physiologique est présent chez 50% des nouveaux nés, qu'ils soient allaités ou non. Mais il existe deux hyperbilirubinémies en lien avec

l'allaitement : l'ictère de « jeûne », lié à une mauvaise conduite de l'allaitement et donc un défaut d'apport lacté et l'ictère secondaire à l'allaitement.

Pour la mère :

- Fuites de lait entre les tétées.
- Port d'un soutien-gorge nuit et jour : il est conseillé d'utiliser des soutien-gorge souples, confortables, en coton. De nombreux modèles peuvent être vendus en pharmacie.
- Douleurs lombaires : principalement dues à une mauvaise position lors de l'allaitement. La mère peut utiliser un marchepied pour surélever ses pieds, un coussin d'allaitement pour que le nourrisson soit à la hauteur du mamelon.
- Sécheresse vaginale : fréquemment observée pendant l'allaitement et liée au climat hormonal. On conseillera alors d'utiliser un lubrifiant pour améliorer le confort.
- Incompréhension de l'entourage : en effet, les proches ne sont pas toujours favorables à l'allaitement, parfois même totalement opposés à cette pratique. Des remarques peuvent blesser, contrarier la maman et la décourager d'allaiter.
- Pudeur : certaines femmes sont intéressées et motivées pour allaiter leur enfant mais se sentent trop pudiques pour franchir le pas. On peut lui conseiller de toujours emmener un foulard, lui permettant d'être à l'abri des regards, de porter des vêtements amples, ou avec des boutons, pour se déshabiller le moins possible.
- Séparation mère/enfant difficile : chez ces couples, la séparation est plus compliquée. Tout d'abord d'un point de vue affectif puisque la mère et l'enfant sont très proches, puis la mère doit s'organiser autrement (tirer le lait, conserver le lait, gérer la reprise du travail).

IV. ACCOMPAGNEMENT DES MAMANS A LA SORTIE DE MATERNITE

La sortie de maternité est une étape critique que certaines femmes redoutent. Le pharmacien est le professionnel de santé le plus accessible pour la mère. Il doit être à l'écoute et répondre aux besoins et aux attentes des jeunes mamans.

1. Alimentation et allaitement

La femme allaitante ne doit pas suivre de régime alimentaire spécifique. Une nutrition saine, variée et équilibrée recommandée durant la grossesse, l'est également tout au long de l'allaitement.

Les suppléments ne sont pas nécessaires sauf chez les mères présentant de grosse carence (mères dénutries, végétaliennes). Une supplémentation en vitamine B12, en fer, en zinc, en iode, en calcium et en vitamine D est alors recommandée.

Quelques règles sont à suivre :

- Manger de tout mais pas plus qu'avant
- Boire de l'eau selon sa soif
- Eviter l'alcool. Si une consommation occasionnelle a lieu, ne pas dépasser 2 verres et boire après la tétée
- Ne pas faire de régime amaigrissant pendant l'allaitement
- Manger des aliments riches en fer (viande, poisson, boudin noir, lentilles, ...)
- Eviter la consommation de boissons riches en caféine. L'élimination de la caféine est lente chez le nouveau-né. Au-delà de 3 tasses par jour, un risque d'hyperexcitabilité transitoire est possible. Il est conseillé de se limiter à 2 ou 3 tasses de café (ou boissons contenant de fortes doses de caféine) par jour.
- Consommer du poisson deux fois par semaine ; riches en acides gras polyinsaturés (DHA et EPA), ils permettent un bon développement cérébral et rétinien.
- Consommer trois produits laitiers par jour pour l'apport de calcium et vitamine D (53).

Notons également, que la nicotine passe dans le lait maternel. Il est donc recommandé d'arrêter de fumer au cours de la grossesse et de l'allaitement. Si cette option n'est pas envisagée par la mère, il est conseillé de limiter sa consommation et de fumer après les tétées (54).

2. Les maux de la maman liés à l'allaitement

La plupart des difficultés rencontrées au cours de l'allaitement peuvent être prévenues et ne doivent pas entraîner l'arrêt systématique de l'allaitement.

Les problèmes sont souvent causés par un mauvais positionnement du bébé lorsqu'il tète et peuvent donc être évités avec de bons conseils.

a. Douleurs, lésions mammaires (crevasses, irritations)

Au cours de la première semaine d'allaitement, les mamelons peuvent être sensibles. Cette hypersensibilité de quelques jours est considérée comme normale ; elle est due à un déséquilibre hormonal. Au niveau des symptômes, la mère a les seins chauds, pesants et hypersensibles au toucher. Généralement, ces douleurs disparaissent rapidement le temps que le nourrisson ait une tétée correcte. Les crevasses apparaissent le plus souvent les premières semaines voire les premiers jours de l'allaitement. La crevasse est une lésion traumatique située sur l'extrémité ou sur le côté du mamelon et classée en différents stades selon sa gravité et sa profondeur.

Les crevasses sont à l'origine de douleurs intenses chez la mère, notamment en début de tétée et qui disparaissent souvent à l'éjection du lait. Elles peuvent s'accompagner d'un écoulement de sang ou de pus en cas d'infection. Les différents stades possibles d'une crevasse sont représentés sur la *figure 12*.

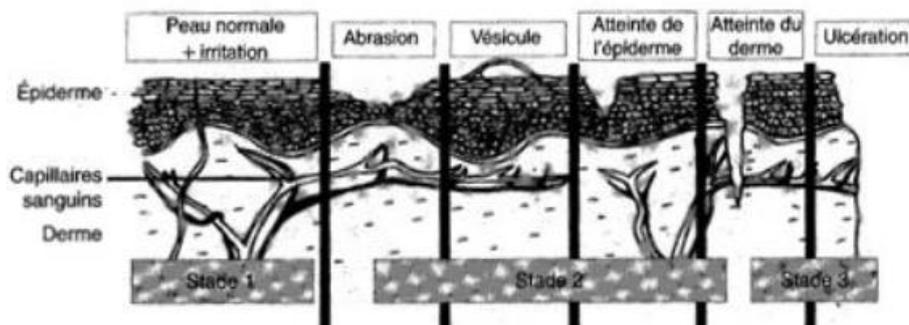


Figure 12 : Les différents stades d'une crevasse du mamelon (10)

Dans la majorité des cas de douleurs ou irritations du mamelon, une mauvaise position au cours de l'allaitement est en cause.

La friction anormale entre le mamelon et une partie de la bouche du nourrisson (langue, gencives, ...) a plusieurs causes possibles. La plus fréquente est la mauvaise prise du sein par le nourrisson. Elle est responsable de 95% des cas de crevasses. Elles sont facilement évitables en corrigeant le positionnement de la mère et de l'enfant au cours de la tétée.

Une anomalie physique de l'enfant telle qu'un frein de la langue court, un torticolis, un palais ogival peut également être responsable de l'apparition de crevasses.

Il est indispensable de calmer la douleur des mères pour éviter la diminution du nombre de tétées, la production de lait et donc l'arrêt de l'allaitement.

Le pharmacien peut conseiller à la mère de prendre 1 gramme de paracétamol toutes les 6 heures en alternance avec 400 mg d'ibuprofène trois fois par jour pendant le repas. D'un point de vue pratique, la mère peut commencer la tétée par le sein le moins douloureux, et peut varier les positions pour trouver la plus supportable. Le fait de déclencher manuellement le réflexe d'éjection avant la tétée du nourrisson est moins douloureux que la succion du bébé.

En homéopathie, le pharmacien peut conseiller :

- *Graphites 15 CH* : 5 granules 3 fois par jour si le fond de la crevasse est évasé avec un aspect jaunâtre
- *Nitricum acidum 5 CH* : 5 granules avant chaque tétée si la crevasse est nette à fond rouge avec sensation de « coup de canif ».

Une bonne hydratation doit être maintenue en utilisant par exemple :

- De la lanoline purifiée, chauffée dans les mains. (Exemple : LANSINOH®, crème apaisante, sans odeur, sans goût, non toxique et comestible. Elle ne nécessite pas un lavage des mamelons avant la tétée).
- Des compresses d'hydrogel (*figure 13*) (contre indiquées si candidose mammaire, infection de la crevasse, vasospasme mamelonnaire) : elles doivent être placées le côté avec le gel directement sur le mamelon. Pour allaiter, retirer la compresse, la poser sur une surface propre et laver le sein à l'eau tiède. L'enfant peut ainsi être mis au sein. La

compresse est ensuite réutilisable pendant 24 heures. Elle peut être mise au réfrigérateur pour une sensation plus rafraichissante ou bien rincée à l'eau froide du côté du gel, puis secouer pour éliminer l'excédent afin d'améliorer l'effet apaisant ; il faut ensuite attendre deux minutes avant de la réappliquer sur le sein. Il ne faut pas la rincer plus de deux fois dans les 24 heures, ne pas utiliser de savons ou détergents pour la nettoyer, ne pas l'utiliser si elle devient trouble ou si le sachet individuel était déjà ouvert.



Figure 13 : Compresse d'hydrogel de MEDELA®

- Des compresses imbibées de lait maternel, à appliquer sur le mamelon à la fin de chaque tétée.

L'utilisation de coquilles protège-mamelons ou de bouts de seins en silicone est possible pour soulager la mère.

L'hygiène quotidienne à l'eau et au savon est suffisante. Il n'est pas recommandé de nettoyer le mamelon avant et après chaque tétée qui pourrait accentuer la douleur des mamelons.

L'application de crème à base de vaseline est déconseillée (Castor Equi®, Bepanthen®). Ces crèmes ne sont pas comestibles et nécessitent un nettoyage du mamelon avant chaque tétée qui retarderait la cicatrisation en cas de crevasses (10).

En cas de douleurs persistantes malgré le respect des bonnes pratiques, il est préférable de consulter le médecin. Il peut s'agir d'une surinfection bactérienne associée ou non à une candidose.

b. Candidoses mammaires

La candidose du sein est une cause fréquente de douleurs des mamelons ; elle peut toucher les seins de la mère et la bouche du nourrisson. Elle est principalement due à *Candida albicans*, présent naturellement sur la peau, le tube digestif et les muqueuses mais qui devient pathogène lors d'une baisse d'immunité, lésion de la peau ou des muqueuses, d'un déséquilibre de la flore. La transmission se fait par le contact direct des sécrétions orales ou vaginales. Ainsi, un nourrisson atteint de muguet peut contaminer les seins de sa mère et entraîner une candidose mammaire. De même, à la naissance le nouveau-né peut être contaminé par sa mère atteinte d'une candidose vaginale.

La douleur d'une candidose est continue pendant toute la tétée, même lorsque l'enfant est parfaitement mis au sein et que sa succion est correcte ; elle est même souvent plus intense à la fin de la tétée, persiste entre les tétées, et peut être insupportable jusqu'au simple contact des vêtements.

Les symptômes sont une douleur du mamelon à type de brûlure. La mère décrit souvent une sensation d'élançements rayonnants, d'acide qui brûle la peau. La douleur peut irradier vers le dos et les épaules. Les mamelons sont rose-vif, souvent crevassés, avec un aspect lisse et luisant. Les démangeaisons sont fréquentes (19).

Le bébé peut avoir un muguet ou un érythème fessier, qui sont les signes d'une mycose.

Les traitements des mycoses superficielles cutanées sont nombreux. Le but du traitement n'est pas de supprimer le germe *Candida* puisqu'il est présent naturellement chez l'homme. Le traitement doit lui permettre de reprendre sa fonction « normale » au niveau de notre flore. La mère et l'enfant (même asymptomatiques) doivent être traités simultanément et sur une même période afin d'éviter la réinfection de la mère.

Pour limiter les récurrences, les médecins recommandent un traitement long, jusqu'à deux semaines après la disparition de tous les symptômes. Le traitement le plus simple est l'application locale d'un antifongique tel que la FUNGIZONE® ou MYCOSTATINE® sur les seins de la mère et dans la bouche du nourrisson avec le doigt ou à l'aide d'un coton tige, après chaque tétée et toutes les 3 heures.

D'autres traitements peuvent être utilisés :

- Des crèmes à base d'antifongiques azolés (kétoconazole, itraconazole, miconazole)
- La mupirocine (MUPIDERM®), antibactérien local, également actif sur *Candida*
- Solution aqueuse de violet de gentiane à 0,5-1%, à appliquer une fois par jour pendant 3 ou 4 jours. L'intérieur de la bouche du bébé et les seins sont badigeonnés à l'aide d'un coton tige. L'application d'un antifongique local après les tétées doit être associée à ce traitement, et poursuivi durant deux semaines. Avant le début du traitement, il est judicieux de s'assurer de la bonne tolérance du produit. A noter que le violet de gentiane tache les vêtements (55).

Pour une candidose mammaire invasive, un traitement oral par fluconazole peut être prescrit.

Pour éviter les récurrences, certaines mesures d'hygiène sont indispensables :

- Stériliser quotidiennement le matériel en contact direct avec le sein (tire-lait) ou avec la bouche du bébé (sucette)
- Se laver les mains après avoir touché la zone infectée, et laver les mains du nourrisson
- Jeter les coussinets d'allaitements après chaque tétée
- Changer de soutien-gorge tous les jours, laver le linge à haute température
- Si la mère tire son lait durant sa candidose, et qu'elle congèle le lait, ce lait doit être donné à l'enfant pendant le traitement car le germe *Candida albicans* n'est pas tué par la congélation.

c. Engorgements

L'engorgement se caractérise par une accumulation de liquides (lait, lymphe, sang, exsudats) dans le sein avec des difficultés d'évacuation. Ce phénomène est fréquent, et souvent secondaire à une insuffisance de prélèvement de lait.

Le sein est gonflé, douloureux, brillant et rouge. La tension mammaire est telle que l'aréole est difficile à prendre par le nourrisson ce qui aggrave la situation. De plus, la douleur intense ressentie par la mère l'incite à moins donner le sein (1).

La stase lactée est importante, et est associée à une stase vasculaire, une inflammation et des œdèmes. L'écoulement de lait est retardé et difficile et une fièvre peut être associée à ces symptômes.

En premier lieu, le traitement efficace de l'engorgement consiste à faire écouler le lait par différents moyens : une tétée, un tire-lait, ou un massage aréolaire permettant le recueil manuel du lait, comme l'indique la *figure 14*.

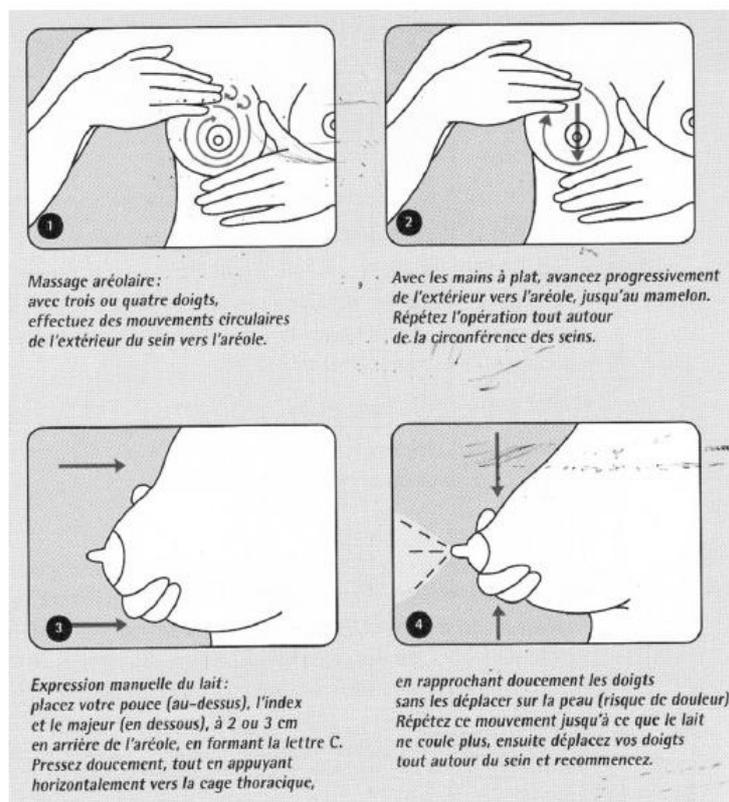


Figure 14 : Recueil manuel du lait selon le « guide de l'allaitement » de l'INPES (51)

Le traitement de l'engorgement repose sur plusieurs points distincts :

- Aider le lait à s'écouler : tétées à l'éveil, sans restriction sur leur fréquence et leur durée, application de chaleur avant les tétées, recueil du lait par un tire lait ou de façon manuelle.
- Favoriser la circulation sanguine de retour : en appliquant du froid après les tétées pendant maximum 10 minutes ce qui limite l'arrivée de sang et donc améliore le retour

veineux, en se reposant allongé dans un lit, en effectuant des mouvements d'épaules et des massages du dos pour améliorer la circulation sanguine.

- Diminuer l'inflammation et la douleur : la mère pourra prendre 1 g de paracétamol toutes les six heures en alternance avec 400 mg d'ibuprofène, un anti-inflammatoire non stéroïdien. En homéopathie, on peut conseiller, *Phytolacca 9CH*, *Bryonia 9CH* et *Apis mellifica 9CH*, 5 granules de chaque toutes les demi-heures puis espacer en fonction de l'amélioration des symptômes (56).
- Prévenir les surinfections : surveiller l'état des mamelons et consulter le médecin en cas d'apparition de crevasses.
- A noter : de nombreux professionnels conseillent l'application de feuilles de choux vert non frisé dans le soutien-gorge. Le mécanisme d'action n'est pas connu à ce jour, mais la plupart des femmes ressentent un grand soulagement par cette pratique.

d. Mastite

La mastite est une affection fréquente puisqu'elle touche 10 à 20 % des femmes qui allaitent. Il s'agit d'une réaction inflammatoire en réponse à un mauvais drainage du sein, observée principalement pendant les six premières semaines de l'allaitement (10).

La stase lactée engendre une augmentation de la perméabilité alvéolo-capillaire avec une réouverture des jonctions serrées. Ce phénomène entraîne le passage d'immunoprotéines et de sodium dans le lait ; à l'inverse, du lactose passe vers le plasma pour être ensuite éliminé dans les urines de la mère. Le lait maternel est ainsi enrichi en sodium et en chlore et appauvri en lactose modifiant son goût. Le lait reste malgré cela comestible, et ne présente aucune toxicité pour l'enfant.

Un syndrome grippal (fièvre, frissons, douleurs musculaires) est associé à la mastite du fait du passage de cytokines pro-inflammatoires.

Le traitement d'une mastite consiste à

- Consulter un médecin rapidement.
- Continuer l'allaitement.

- Avoir une bonne pratique de l'allaitement : position, fréquence et durée des tétées, efficacité des tétées.
- Améliorer la circulation sanguine grâce à des massages du dos et des épaules et au repos en s'allongeant.
- Réduire l'inflammation et calmer la douleur grâce à la prise de paracétamol et/ou d'AINS.
- En homéopathie, il est conseillé de prendre 5 granules trois fois par jour de *Belladonna 5CH* (contre douleur, rougeur, chaleur), de *Lachesis mutus 15CH* et d'*Hepar sulfur 15CH* (52).
- Surveiller l'état de ses mamelons pour éviter la surinfection.

En effet une mastite peut se surinfecter, suite à une lésion du mamelon qui devient la porte d'entrée pour les bactéries, à un foyer infectieux chez la mère ou chez un membre de l'entourage. L'agent pathogène responsable de la majorité des surinfections est le *Staphylocoque doré* mais d'autres bactéries peuvent être mises en évidence (*Streptocoque*, *Escherichia coli*, ...). Le traitement d'une mastite surinfectée est le même qu'une mastite inflammatoire en y ajoutant un antibiotique, généralement une pénicilline telle que l'oxacilline ou cloxacilline (57).

3. Les accessoires de l'allaitement

a. Les bouts de seins en silicone

Ces accessoires en silicone ont la forme d'un bout de sein (*figure 15*). Ils sont utilisés pour éviter le frottement direct entre le mamelon et la bouche du nourrisson. Selon une étude, le transfert de lait et les réponses hormonales durant les tétées sont identiques qu'il y ait ou non l'usage d'un bout de sein (58).

Les bouts de sein peuvent être utilisées dans diverses situations :

- Mamelons douloureux : la présence de bouts de sein diminue ainsi les frictions directes entre la bouche de bébé et le sein.

- Mamelons plats ou rétractés : les bouts de sein permettent d'augmenter la longueur du mamelon et d'avoir une meilleure prise du mamelon.
- Excès de dépression intra-buccale. Les bouts de sein normalisent les niveaux de dépression faits par le bébé.



Figure 15 : Bouts de seins en silicone MEDELA®

A l'officine, lors de la vente de bouts de sein, il est important d'apporter quelques conseils afin d'optimiser l'utilisation de l'accessoire.

Tout d'abord, il faut s'assurer d'une utilisation justifiée et d'un rapport bénéfice/risque favorable à l'usage de bout de sein.

Les risques liés à cet usage sont à prendre en compte. Par exemple, l'aggravation du problème rencontré liée à une mauvaise qualité ou à une taille inadaptée, une dépendance au bout de sein, ou une difficulté de prise du sein par l'enfant.

Le pharmacien se doit de proposer des bouts de sein de bonne qualité, en silicone ultrafine, avec un goût neutre, adaptés à la taille des seins et découpés sur le haut pour permettre le contact olfactif entre la mère et son enfant.

La mise en place du bout de sein nécessite quelques précisions : retourner les bords du bout de sein et humidifier-les légèrement afin d'obtenir une meilleure adhésion au niveau du sein. Le bout de sein est ensuite placé sur le mamelon en orientant la découpe au niveau du nez de l'enfant, puis rabattre les bords. Après utilisation, les bouts de sein doivent être lavés puis stérilisés pendant 3 à 5 minutes.

b. Les coupelles/coquilles recueil-lait

Les coupelles/coquilles recueil-lait permettent de recueillir le lait pendant ou entre les tétées. Elles sont souples et souvent munies d'un bec verseur. Leur ouverture doit être large afin de limiter le risque de couder les canaux lactifères et provoquer une stase lactée (*figure 16*).

Elles empêchent le phénomène d'engorgement en favorisant l'écoulement de lait. Les coquilles appuient sur l'aréole et stimulent l'éjection de lait. Au cours des tétées elles permettent de recueillir l'écoulement de lait controlatéral.



Figure 16 : Coquilles d'allaitement AVENT®

Quelques conseils sur leur utilisation peuvent être donnés en cas de vente à l'officine :

- Vider les coquilles recueil-lait, et bien sécher les seins toutes les 2 à 3 heures afin d'éviter la macération.
- Mettre les coupelles dans le soutien-gorge et orienter le bec verseur vers le haut.
- Jeter le lait recueilli dans les coquilles, s'il n'est pas donné dans les 30 minutes.
- Ne pas porter les coupelles la nuit.

c. Les coussinets d'allaitements

Il s'agit de coussinets placés dans le soutien-gorge pour absorber les fuites de lait entre chaque tétée. Généralement, ils sont munis d'une bande adhésive assurant le bon maintien du coussinet au niveau de la poitrine (*figure 17*).

Il existe deux catégories de coussinets : les coussinets lavables réutilisables et les coussinets à usage unique (jetables). Les coussinets réutilisables sont souvent dépourvus de pellicule plastique à l'intérieur favorisant une bonne circulation de l'air autour des mamelons.

Les coussinets apportent un certain confort aux femmes qui allaitent notamment quand elles sortent. Leur perte de lait entre les tétées est masquée grâce aux coussinets absorbants. Certaines femmes les utilisent comme « compresses », en les imbibant de lait maternel et en les appliquant sur les seins crevassés pour accélérer la cicatrisation. En cas de crevasse surinfectée, cette pratique est à proscrire.



Figure 17 : Coussinets d'allaitement AVENT®

d. Les protège-mamelons

Les protège-mamelons sont en silicone avec de petits trous d'aération pour laisser l'air circuler (*figure 18*). En cas de crevasses ou de mamelons douloureux, ils limitent le contact avec le soutien-gorge. Néanmoins, ils ne permettent pas la cicatrisation des crevasses ; nous avons un milieu sec avec les protège-mamelons alors qu'un milieu humide est recommandé pour une bonne cicatrisation des crevasses.

Les coquilles protège-mamelons peuvent être portées entre les tétées mais pas la nuit. Elles doivent être rincées à l'eau froide, savonnées, rincées à l'eau chaude et stérilisées une fois par jour. Lors de leur mise en place, il faut vérifier que les trous d'aération soient vers le haut.

Les femmes qui perdent beaucoup de lait peuvent opter pour des coquilles munies de garnitures absorbantes évitant les écoulements de lait.



Figure 18 : Protège-mamelon MEDELA®

4. Allaitement et reprise de l'activité

La reprise du travail ne doit pas signifier arrêt de l'allaitement. De nos jours, il existe du matériel de bonne qualité et tout à fait adapté à la reprise de l'activité permettant ainsi aux femmes qui le souhaitent de concilier allaitement et travail. Lorsqu'une mère souhaite allaiter,

l'équipe officinale peut lui présenter les solutions possibles pour continuer d'allaiter tout en travaillant. La maman aura ainsi le temps d'y réfléchir durant son congé maternité.

La loi prévoit dans le Code du travail, la possibilité de bénéficier d'une heure de disponibilité par jour sur le temps de travail pour permettre à la maman de tirer son lait ou d'allaiter son enfant. Cette loi est valable jusqu'au premier anniversaire de l'enfant et l'heure mise à disposition est non rémunérée.

La mère peut prévoir avant la reprise du travail un stock de lait qu'elle congèlera et donnera à la nourrice au moment voulu. Dans le cas d'un allaitement maternel, il est difficile de connaître la quantité de lait prise par l'enfant au cours d'une journée. Grâce à la règle d'Appert, la mère calculera la quantité de lait nécessaire pendant la garde de l'enfant.

La règle d'Appert, présentée ci-dessous, permet de calculer la ration journalière théorique de lait artificiel ou maternel en grammes d'un enfant en fonction de son poids (poids < 6kg soit environ 5 mois).

$$\text{Ration journalière (volume de lait nécessaire (mL) par jour)} = \text{poids du nourrisson (g)} / 10 + 250$$

Exemple : pour un enfant de 4,5 kg, sa ration journalière est de : $(4500/10) + 250 = 700 \text{ mL}$

a. Les tire-laits

De nombreux modèles sont disponibles avec des différences plus ou moins importantes. Le pharmacien doit bien cerner les attentes de la mère pour l'orienter vers le meilleur modèle, et le plus adapté à ses besoins.

Une femme qui arrête momentanément d'allaiter à cause de douleurs dues à des crevasses aura besoin d'un tire-lait confortable et efficace. Une femme qui reprend le travail, voudra en plus que le tire-lait soit petit, facile à transporter et silencieux.

Il existe deux grandes catégories de tire-lait ; les tire-laits électriques et les tire-laits manuels. Ces derniers sont peu encombrants, ne sont disponibles qu'à l'achat et sont très peu pris en

charge par la Sécurité Sociale. Les tire-laits manuels (*figure 19*), sont plutôt destinés à un usage occasionnel car ils sont fatigants et nécessitent plus de temps pour tirer le lait.



Figure 19 : Tire-lait manuel Harmony MEDELA®

Les tire-laits électriques présentent l'avantage de reproduire le même rythme de succion que le nourrisson au sein. Selon les modèles, différents paramètres sont réglables (réglage de la dépression sur tous les modèles et réglage de la cadence pour les modèles récents de tire-lait).

A l'officine, la plupart des tire-laits sont délivrés à la location. C'est pourquoi il est indispensable de nettoyer et de désinfecter correctement le matériel, afin qu'il n'y ait pas de risque de contamination des tire-laits proposés.

On distingue les tire-laits à simple pompage (un sein après l'autre) comme le montre la *figure 20*, et à double pompage (les deux seins en même temps). Le tire-lait à double pompage, illustré *figure 21*, présente plusieurs avantages. Il permet un gain de temps puisque l'on tire le lait des deux seins en même temps. Le temps nécessaire à l'extraction du lait est deux fois moins important qu'un tire-lait simple pompage. Le volume de lait obtenu est supérieur, et la production de prolactine est plus importante (59).



Figure 20 : Tire-lait électrique Symphony MEDELA®



Figure 21 : Tire-lait électrique simple pompage Swing MEDELA®

Certains tire-laits sont disponibles à la location, d'autres uniquement à l'achat. La Sécurité Sociale rembourse la location d'un tire-lait, au tarif LPPR de 12,07€ par semaine, et les sets de pompage à 6,04€ pour un simple et 12,08€ pour un double pompage pour le premier mois. A partir du deuxième mois, le remboursement est de 65% du tarif de base soit 7,85€.

Selon le modèle choisi par la mère, des frais supplémentaires peuvent rester à sa charge ; soit sur la location du tire-lait soit sur l'achat des tétérelles.

Les tétérelles doivent être de taille adaptée pour éviter un inconfort, des douleurs, des lésions du mamelon, Il est conseillé d'avoir un écart d'un millimètre entre le mamelon et la tétérelle que l'on peut mesurer avec une règle, comme l'indique la *figure 22*.

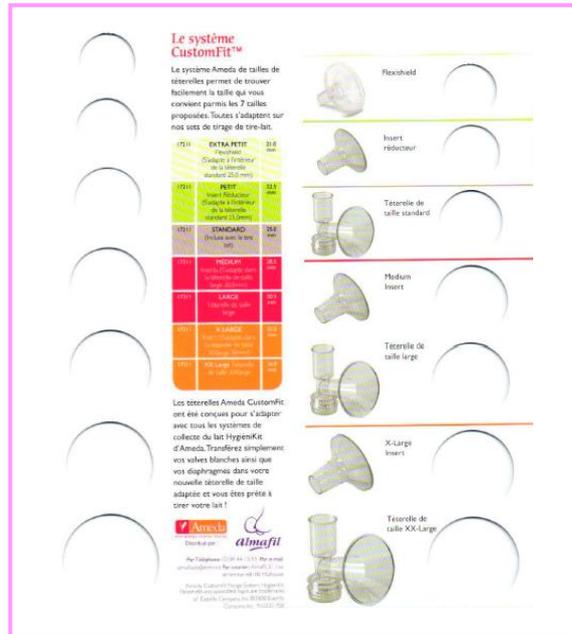


Figure 22 : Réglette pour mesurer le mamelon AMEDA®

b. La conservation du lait

Lors de toute location ou vente d'un tire-lait, le pharmacien doit aborder le sujet de la conservation du lait. Il est même recommandé de remettre systématiquement aux mères, une fiche récapitulative sur la conservation du lait.

Les recommandations qui doivent être retenues et données à l'officine sont celles de l'AFSSA, reprises dans le *tableau 5* (60).

Température	Durée de conservation du lait maternel
Ambiante (25°C maximum)	4 HEURES
Réfrigérateur (0 à 4 °C)	48 HEURES
Congélateur (- 20°C)	4 MOIS

Tableau 5 : Tableau récapitulatif des durées de conservation du lait maternel

Quelques notions sont à préciser par le pharmacien :

Les temps de conservation du lait maternel ne sont pas cumulatifs. Par exemple, on ne peut pas le garder 4 heures à température ambiante puis le mettre 48 heures au réfrigérateur, puis le congeler.

Le lait destiné à la congélation doit être préalablement refroidi sous le robinet puis mis environ trente minutes au réfrigérateur pour limiter les différences de température avant d'être congelé.

Le lait issu des tirages de la journée peut être congelé dans le même biberon. Le lait dernièrement recueilli doit être refroidi, puis mélangé au lait des recueils précédents. L'heure retenue pour la durée de conservation est celle du premier recueil.

Les récipients mis au congélateur doivent être étiquetés avec la date et la quantité de lait recueilli. Notons que le lait congelé se conserve quatre mois au congélateur, mais les besoins du nourrisson et la composition du lait changent au cours du temps. Il est donc préférable de ne pas laisser le lait trop longtemps au congélateur, afin que sa composition soit toujours adaptée aux besoins de l'enfant (en fonction de son âge).

Après une période de réfrigération ou de congélation, il est nécessaire de réhomogénéiser le lait avant l'administration au bébé.

Le lait placé au réfrigérateur doit être mis au milieu du réfrigérateur et non dans la porte car la température n'y est pas stable.

Le lait maternel décongelé peut dégager une odeur désagréable de rance due à la lipolyse du lait mais elle n'a pas d'impact sur sa qualité et peut donc être donné en toute sécurité à l'enfant.

Le lait ne doit pas être réchauffé au micro-onde car il détruit certains composants supprimant ainsi leurs bienfaits. De plus, le lait n'est pas chauffé de façon homogène entraînant un risque de brûlure du nourrisson.

Le lait réfrigéré peut être réchauffé au bain-marie ou grâce à un chauffe biberon.

S'il s'agit de lait congelé, il est préférable de le laisser décongeler la nuit ou au minimum 6 heures dans le réfrigérateur avant de le consommer. Une fois décongelé, le lait doit être

conservé au réfrigérateur et consommé dans les 24 heures, sinon il sera jeté. On ne recongèle pas un lait décongelé et on ne mélange pas un lait frais et un lait décongelé.

5. Allaitement et contraception

Après l'accouchement, beaucoup de femmes ne souhaitent pas une nouvelle grossesse pour s'occuper pleinement de leur nouveau-né et lui consacrer un maximum de temps.

La question de la contraception après la naissance de l'enfant est souvent dans les esprits des parents et les professionnels de santé doivent les informer sur les méthodes contraceptives.

Chez la femme allaitante, la contraception peut être simple et naturelle. Il s'agit de la méthode MAMA, c'est-à-dire la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée. Le taux élevé de prolactine pendant l'allaitement maternel est responsable d'une aménorrhée et d'une anovulation. La prolactinémie élevée, freine la sécrétion de GnRH par l'hypothalamus, exerçant un rétrocontrôle négatif sur les taux de FSH et LH. Le pic de LH nécessaire à l'ovulation ne peut pas avoir lieu.

La réussite de la méthode MAMA est basée sur trois conditions (1) :

- Allaitement maternel exclusif jour et nuit comprenant 6 tétées longues ou 10 tétées courtes par 24 heures, avec un intervalle de 6 heures maximum entre deux tétées. On exclut les sucettes et les compléments de lait artificiel.
- Aménorrhée.
- Accouchement datant de moins de 6 mois.

Si les trois conditions sont respectées, le taux de grossesse est inférieur à 1%. On peut conseiller une contraception mécanique telle que le préservatif en complément de la méthode MAMA dont les principes sont repris dans la *figure 23*.

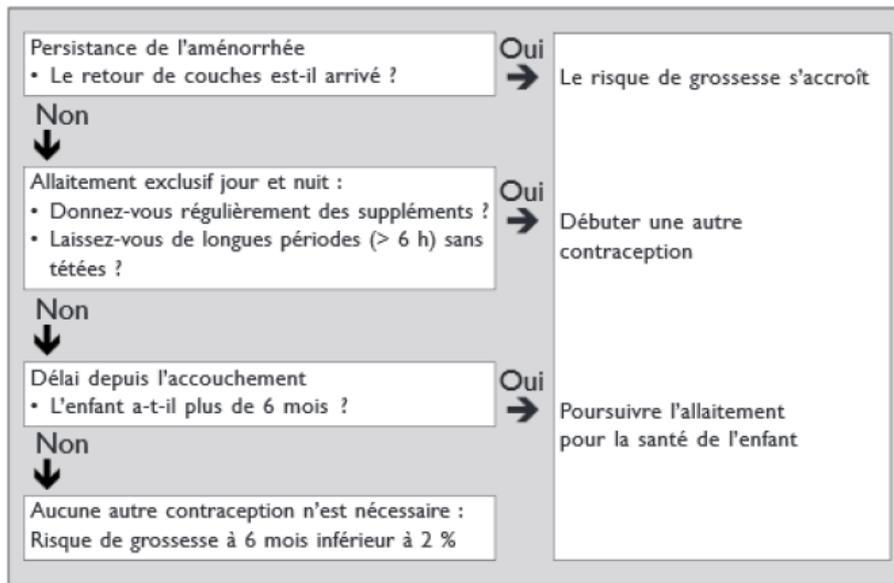


Figure 23 : Algorithme de la méthode MAMA (61)

Les progestatifs peuvent être utilisés chez la femme en post-partum si elle ne présente pas de contre-indications (risque thromboembolique, saignements génitaux inexpliqués, cancer du sein ou de l'ovaire, ...). Une contraception à base de progestatifs seuls, peut débuter dès le 21^{ème} jour après l'accouchement (62).

Les contraceptifs à base de progestatifs existent sous différentes voies d'administrations :

- Pilule microprogestative : par voie orale, deux pilules sont disponibles, lévonorgestrel MICROVAL® et désogestrel CERAZETTE®. Elle doit être prise tous les jours à la même heure. Un oubli ne doit pas dépasser 3 heures pour MICROVAL®, 12 heures pour CERAZETTE® par rapport à l'heure habituelle.
- Implant à l'étonogestrel NEXPLANON®, voie sous-cutanée. Il est efficace pendant 3 ans.
- Injections d'acétate de médroxyprogestérone tous les 3 mois. Très peu utilisée, cette méthode contraceptive est réservée au cas où il n'est pas possible d'utiliser d'autres contraceptifs.

Les oestroprogestatifs ne sont pas recommandés chez les femmes qui allaitent. Ils passent légèrement dans le lait maternel et induisent une diminution de la sécrétion lactée.

Le dispositif intra-utérin (DIU), qu'il soit hormonal ou non est utilisable chez la femme allaitante, et peut être mis en place 4 semaines après l'accouchement.

- DIU non hormonal, au cuivre.
- DIU hormonal à base de lévonorgestrel MIRENA®.

L'utilisation d'une contraception locale comme les préservatifs ou les spermicides est possible.

6. Allaitement et médicaments

Cette partie ne sera pas très détaillée et on n'évoquera pas les classes de médicaments. Il s'agit plutôt de donner des bases sur le sujet, chaque situation étant à prendre au cas par cas et à adapter en fonction des réels besoins et du rapport bénéfices/risques.

Selon une publication datant de 2010 à l'occasion de la semaine mondiale de l'allaitement, la CoFAM annonçait que 20 à 30% des allaitements étaient arrêtés pour prescription médicamenteuse. La majorité étant injustifiés.

Plusieurs facteurs sont à prendre en compte lors de la prise éventuelle de médicaments.

- Les facteurs liés à la mère : notamment la capacité d'élimination rénale et hépatique qui ont une influence sur la concentration plasmatique du médicament donc sur le passage dans le lait maternel.
- Les facteurs liés à l'enfant : l'âge, le poids, l'état de santé. En cas d'allaitement exclusif, la dose de médicament reçue par l'enfant sera plus importante que dans le cas d'un allaitement partiel. Selon l'âge de l'enfant, certaines fonctions peuvent être immatures (métabolisation, élimination, absorption, ...). L'état de santé du nourrisson est également à prendre en compte. Par exemple, le déficit en vitamine K augmente la toxicité de certains médicaments.

- Les facteurs liés à la conduite de l'allaitement : la composition du lait maternel (teneur en lipides), stade de la lactation (le pH varie selon le stade de la lactation et a un impact sur le transfert des médicaments).
- Les facteurs liés aux médicaments : les molécules libres diffusent du sang de la mère (compartiment le plus concentré) vers le lait maternel (compartiment le moins concentré).
 - Poids moléculaire : les médicaments à poids moléculaire élevé diffusent très peu dans le lait maternel.
 - Liaison aux protéines plasmatiques : seule la fraction des médicaments non liée aux protéines plasmatiques peut diffuser du plasma vers le lait.
 - Le caractère acido-basique : les molécules non ionisées circulent selon le gradient de concentration. Le lait étant plus acide que le plasma, les bases faibles ont tendance à diffuser du plasma vers le lait maternel.
 - Liposolubilité : le lait est riche en lipides d'où un passage important des molécules lipophiles dans le lait maternel.
 - Demi-vie d'élimination : c'est un critère essentiel pour le choix d'un médicament chez la femme allaitante. On considère qu'il faut 5 à 7 demi-vie pour éliminer totalement le médicament du plasma maternel. Si un médicament a une demi-vie de 15 minutes, au bout de 1h45 le médicament sera totalement éliminé. Il est donc conseillé de prendre le médicament juste après une tétée, pour qu'à la tétée suivante le médicament ne soit plus retrouvé dans le lait maternel.

Avant la prescription médicale chez une femme enceinte, il faut évaluer le réel besoin afin de limiter tout risque inutile. Il est important de se documenter avec des sources fiables pour avoir un maximum d'informations sur l'éventuel médicament prescrit.

Pour résumer, le médicament idéal doit être :

- Utilisé en pédiatrie
- De poids moléculaire élevé
- Hydrosoluble
- Faiblement absorbé par voie orale
- Fortement lié aux protéines plasmatiques
- De demi-vie d'élimination courte
- Sans métabolite actif
- Dépourvu d'effet iatrogène

7. Sevrage de l'allaitement

La montée de lait fait partie des processus physiologiques. Lorsque la maman ne souhaite pas allaiter, la lactation s'interrompt naturellement en une à deux semaines. Certaines femmes peuvent ressentir des tensions ou douleurs mammaires transitoires durant cette période.

L'arrêt de la lactation ne nécessite pas obligatoirement une prise de médicament. L'ANSM, rappelle en effet, que l'utilisation de médicaments inhibant la lactation est réservée à des cas où l'arrêt est souhaité pour raison médicale. Malgré cette recommandation, l'emploi de ces médicaments est encore utilisé notamment pour prévenir ou traiter l'engorgement lors de la montée laiteuse (63).

La méthode de sevrage naturelle, consiste à diminuer et à espacer progressivement les tétées en remplaçant une tétée au sein par un biberon. Cette période de sevrage se fait sur deux ou trois semaines. Globalement, il faut prévoir un temps équivalent à trois fois le nombre de tétées. Pour un nourrisson qui a 6 tétées par jour, le sevrage nécessitera au moins 18 jours. Il est donc conseillé aux parents d'anticiper le moment de sevrage. Il doit être progressif surtout pour éviter l'engorgement mammaire mais également pour habituer l'enfant petit à petit.

Cette méthode naturelle consiste à supprimer une tétée tous les trois jours en la remplaçant par un biberon de lait artificiel. La tétée supprimée provoque une accumulation de lait dans les alvéoles. Il y a ainsi une diminution de la production lactée grâce au contrôle autocrine et au FIL.

Le sevrage est une étape délicate pour la mère et son enfant. L'équipe officinale peut apporter quelques conseils pour que le sevrage se passe dans les meilleures conditions :

- Anticiper la période de sevrage, pour disposer d'un temps suffisant
- Retirer une seule tétée à la fois et attendre quelques jours pour en supprimer une autre
- Ne pas brusquer l'enfant en se précipitant
- Eviter le bandage des seins, qui peut entraîner un inconfort
- La restriction hydrique n'est pas recommandée (risque de déshydratation)
- En cas d'engorgement, un antalgique ou un anti-inflammatoire peut être utilisé.
- Porter un soutien-gorge confortable assurant un bon maintien

Le schéma suivant peut-être proposé : tout d'abord retrait de la tétée de fin d'après-midi, puis petit à petit, retrait des autres tétées de la journée. Garder le rythme des tétées matin et soir pendant quelques temps, puis supprimer la tétée du soir et enfin celle du matin.

La méthode médicamenteuse est également utilisée. En allopathie, on peut citer plusieurs médicaments.

Les dérivés de l'ergot de seigle ont une action agoniste dopaminergique inhibant la prolactine et donc la production de lait :

- La bromocriptine BROMOKIN[®], PARLODEL[®]. Son utilisation dans l'inhibition ou la prévention de la lactation a été réévaluée par l'ANSM sur son rapport bénéfices/risques. Des effets indésirables rares mais graves ont été rapportés tels que des problèmes cardiovasculaires, neurologiques et psychiatriques. Cette molécule ne doit donc plus être utilisée dans le sevrage de l'allaitement.
- La cabergoline DOSTINEX[®] dosée à 0,5 mg, est utilisée hors AMM en France. La posologie est de deux comprimés en une seule prise lorsqu'il s'agit d'empêcher la lactation. Pour l'arrêt de la lactation déjà en place, la posologie est d'un demi comprimé toutes les douze heures pendant deux jours.

- La dihydroergocriptine VASOBRAL[®], est sous forme buvable et n'a pas d'autorisation de mise sur le marché en France pour cette indication mais elle est utilisée dans d'autres pays.

Les agonistes dopaminergiques dérivés de l'ergot de seigle doivent être utilisés avec prudence notamment en cas de mères fumeuses, obèses ou ayant plus de 35 ans, où leur emploi n'est pas recommandé.

D'autres agonistes dopaminergiques non dérivés de l'ergot de seigle sont utilisés hors AMM dans l'inhibition de la lactation. Par exemple le lisuride AROLAC[®] 0,2 mg à raison de deux comprimés par jour pendant 14 jours dans les 24 premières heures qui suivent l'accouchement.

La méthode dite « naturelle » est donc à privilégier tant qu'il ne s'agit pas d'un arrêt de lactation pour raison médicale.

Un traitement homéopathique peut être conseillé pour gérer la montée laiteuse et les douleurs (64)(65)(66). A l'officine, le pharmacien peut proposer :

- *Apis melifica* 9 CH
- *Bryonia* 9 CH
- *Lac caninum* 30 CH

5 granules de chaque toutes les 2 heures puis espacer à 3 fois par jour lors de l'amélioration des symptômes
--

- *Ricinus* 30 CH, une dose 3 matins de suite.

2^{ème} partie : Etude au sein d'une pharmacie de quartier, sur les connaissances des femmes âgées de 18 à 45 ans sur l'allaitement maternel.

I. CONTEXTE

L'enquête Epifane (citée en première partie), a récemment donné les derniers chiffres de l'allaitement maternel en France. Le taux d'allaitement en France est parmi les plus bas d'Europe, pourtant l'allaitement maternel est reconnu comme le mode d'alimentation le plus adapté au nouveau-né. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise un allaitement maternel exclusif de six mois.

Le manque d'informations et de connaissances des femmes sur l'allaitement est un facteur non favorable à l'allaitement maternel, reconnu par la littérature. Les informations doivent être apportées lors du suivi de la grossesse par les médecins, sages-femmes, gynécologues mais également par le pharmacien lorsqu'une femme enceinte se présente au comptoir.

L'étude réalisée porte donc sur les connaissances des femmes sur l'allaitement maternel.

Objectifs :

- Faire l'état des lieux sur les connaissances des femmes de 18 à 45 ans sur l'allaitement maternel. Le critère de jugement principal est le taux de connaissances global des femmes interrogées.
- Enrichir le savoir des femmes en allaitement maternel, grâce à une fiche réponse remise aux femmes.
- Comparer les connaissances des femmes nullipares et des femmes ayant déjà des enfants.
- Décrire l'influence de certains facteurs sur les connaissances des femmes. (Âge, lieu de résidence, informations avant l'accouchement, ...).

II. MATERIELS ET METHODES

1. L'étude

Il s'agit d'une étude réalisée au sein de la pharmacie dans laquelle je travaille, à Blanzay, en Saône et Loire. Elle s'est étalée sur un peu plus de deux mois, du 2 février au 23 avril 2016.

2. Population

Cette étude vise à décrire les connaissances sur l'allaitement maternel des femmes âgées de 18 à 45 ans.

La population concernée est l'ensemble des femmes se trouvant dans la tranche d'âge 18-45 ans, se présentant à la pharmacie pour une raison « x ».

Etaient exclues de l'enquête :

- Les femmes qui n'appartenaient pas à la tranche d'âge 18-45 ans.
- Les femmes présentant un handicap mental.
- Les femmes ne parlant pas et ne comprenant pas le français.

3. Recrutement des personnes cibles

Qui : il a été défini avant le début de l'enquête que chaque membre de l'officine pouvait proposer le questionnaire à une personne cible. L'équipe officinale a bénéficié d'une explication sur le déroulement de l'enquête et des conditions pour proposer le questionnaire.

Quand : lorsqu'une femme se présente à l'officine (ordonnance, demande spontanée, conseils), que l'on devine ou non une grossesse. Il est également indispensable de vérifier son âge. Si elle n'appartient pas à la tranche d'âge cible, son questionnaire doit être refusé et non comptabilisé pour l'analyse des données.

Où : le questionnaire est rempli à la pharmacie, au comptoir ou dans un espace de confidentialité si la personne le souhaite. Les patientes n’emmènent pas le questionnaire à la maison, pour éviter les tricheries ou les oublis.

Comment : lorsqu’un membre de l’équipe officinale sert une patiente qui semble correspondre aux critères d’inclusion, il lui propose de participer à une enquête sur les connaissances en allaitement maternel. Il est judicieux de lui rappeler que le questionnaire est anonyme ce qui peut la rassurer et la mettre en confiance du fait qu’elle ne sera pas jugée au moment de la correction du questionnaire.

4. Questionnaire

Le questionnaire proposé aux femmes âgées de 18 à 45 ans (*ANNEXE 3*) comporte six pages.

La première page explique le but de l’étude, indique la population ciblée par cette enquête et précise le caractère anonyme du questionnaire.

Le questionnaire se divise ensuite en deux parties :

- Une première partie qui porte sur les informations générales (âge, lieu de résidence, ...).
- La deuxième partie est quant à elle, dédiée aux connaissances des femmes sur l’allaitement maternel. Elle comporte vingt questions de type fermées pour d’une part faciliter les patientes à répondre et d’autre part faciliter l’analyse et le recueil des données. Pour toutes les questions concernant les connaissances sur l’allaitement maternel, le choix de réponse était « oui » ou « non ».

5. Fiche réponse

Lorsque la patiente a terminé de remplir le questionnaire, un feuillet contenant les réponses au questionnaire préalablement rempli est remis aux femmes (*ANNEXE 4*).

Cette fiche réponse a pour but d'améliorer ou de confirmer le savoir et les connaissances des femmes sur l'allaitement maternel et peut-être d'envisager un allaitement maternel.

La fiche réponse reprend chaque question de la partie « Connaissances sur l'allaitement », et apporte les réponses en y ajoutant parfois une explication afin de mieux renseigner la patiente.

A la fin de ce feuillet, il est conseillé aux femmes de demander le « Guide de l'allaitement » (ANNEXE 5) à leur pharmacien qu'il peut commander gratuitement sur le site « Cespharm ».

III. RESULTATS

1. Résultats généraux sur l'échantillon total

L'enquête a été proposée à 64 femmes correspondant aux critères décrits. Parmi elles, une seule n'a pas souhaité participer, ce qui porte le nombre de questionnaires distribués et remplis à 63.

On distingue 2 groupes de femmes dans notre échantillon :

- Femmes sans enfants
- Femmes avec enfants, lui-même divisé en 2 sous-groupes :
 - Femmes qui ont allaité
 - Femmes qui n'ont pas allaité

a. Données générales

Le *tableau 6*, ci-dessous annonce les résultats généraux de l'enquête.

	Echantillon total	Femmes avec enfants	Femmes sans enfants
Nombre (%)	63 (100%)	38 (60%)	25 (40%)
Moyenne d'âge	30,5 ans	33,6 ans	25,9 ans
Lieu de résidence :			
<i>Rural</i>	30,2%	31,6%	28%
<i>Semi-urbain</i>	33,3%	42,1%	20%
<i>Urbain</i>	36,5%	26,3%	52%
Pourcentage de mauvaises réponses sur le questionnaire	41,4%	40%	43,6%
Pourcentage de bonnes réponses sur le questionnaire	58,6%	60%	56,4%

Tableau 6 : Résultats généraux du questionnaire sur l'allaitement maternel

Les femmes ayant répondu au questionnaire sont majoritairement des femmes qui ont des enfants (60%). La moyenne d'âge des femmes ayant des enfants est bien supérieure (33,6 ans) à celle des femmes qui n'ont pas d'enfants (25,9 ans). Sur l'échantillon total, nous pouvons dire qu'un tiers des femmes habite en milieu rural, un tiers en milieu semi-urbain et le dernier tiers en milieu urbain.

Les femmes ayant des enfants ont un meilleur taux de connaissances que les femmes sans enfants.

L'ensemble des résultats portant sur les deux parties du questionnaire est présenté dans le *tableau 7 (ANNEXE 6)*.

b. Taux de connaissances des femmes en fonction de l'âge

L'âge des femmes s'étale sur un intervalle de 20 à 44 ans. Le *tableau 8*, ci-contre indique le taux de connaissances des femmes en fonction de l'âge.

Age en années	Bonnes réponses	Mauvaises réponses
Femmes moins de 25 ans	56,5%	43,5%
Femmes [25-30[	62,1%	37,9%
Femmes [30-35[	59,2%	40,8%
Femmes [35-40[	58%	42%
Femmes [40-45[	55%	45%

Tableau 8 : Taux de connaissances des femmes en fonction de l'âge

Les femmes de la tranche [25-30[ont le meilleur taux de connaissances en allaitement et les femmes les plus âgées sont celles qui ont commis le plus grand nombre d'erreurs.

c. Taux de connaissances des femmes en fonction du lieu de résidence

Nous avons vu ci-dessus, que les femmes venaient d'un milieu urbain, semi-urbain, et rural de façon équitable. Le *tableau 9*, présenté ci-dessous montre l'influence du lieu de résidence sur le taux de connaissances des femmes.

	Bonnes réponses	Mauvaises réponses
Milieu urbain	58,3%	41,7%
Milieu semi-urbain	57,65%	42,35%
Milieu rural	60%	40%

Tableau 9 : Taux de connaissances des femmes en fonction du lieu de résidence

Globalement, sur l'échantillon total, nous pouvons dire que les femmes du milieu rural ont un meilleur taux de connaissances ; l'écart avec les deux autres lieux de résidence est cependant peu significatif.

2. Résultats du groupe « femmes avec enfants »

Elles représentent 60% de l'échantillon total. Parmi elles, 65% ont allaité leur(s) enfant(s) soient 25 femmes.

Les femmes qui ont des enfants ont bénéficié d'informations sur l'allaitement maternel dans 68% des cas, 60% ont eu un avis favorable vis-à-vis de l'allaitement maternel et l'entourage a

eu une influence sur le choix d'allaiter pour 15% d'entre elles. Les professionnels de santé ayant apporté des informations aux patientes sont principalement des sages-femmes (plus de 50% des cas) et aucune femme n'a cité le pharmacien.

Dans la catégorie des femmes avec enfants, on distingue les femmes qui ont allaité leur(s) enfant(s) et les femmes qui n'ont pas allaité. Le *tableau 10*, ci-dessous, représente les données générales de ces deux sous-groupes.

	Femmes ayant des enfants	
	Femmes ayant allaité leur(s) enfant(s)	Femmes n'ayant pas allaité leur(s) enfant(s)
Nombre (% des femmes avec enfants)	25 (65%)	13 (35%)
Moyenne d'âge	33,7 ans	33,4 ans
Age minimum	23 ans	25 ans
Age maximum	44 ans	42 ans
Lieu de résidence :		
- Rural	36%	23,1%
- Semi urbain	40%	30,8%
- Urbain	24%	46,1%
Informations sur l'allaitement :		
- Oui	64%	85%
- Non	36%	15%
Influence de l'entourage :		
- Oui	20%	7,7%
- Non	80%	92,3%
Avis de l'entourage :		
- Favorable	76%	30,8%
- Défavorable	0%	7,7%
- Aucun avis	16%	53,8%
- 2 avis	8%	7,7%
% de mauvaises réponses	35,4%	48,8%
% de bonnes réponses	64,6%	51,2%

Tableau 10 : Données générales des femmes qui ont des enfants en fonction des deux sous-groupes

Les femmes qui ont allaité ont un taux de connaissances bien supérieur à celles qui n'ont pas allaité. La moyenne d'âge des deux sous-groupes est similaire. Parmi celles qui ont allaité, les trois quarts ont eu un avis favorable de la part de leur entourage contre environ un tiers pour celles qui n'ont pas allaité. Les femmes qui ont allaité viennent principalement d'un milieu semi-urbain (40%) alors que les femmes qui n'ont pas allaité viennent majoritairement d'un milieu urbain (46,1%). Les femmes qui n'ont pas allaité ont bénéficié d'informations sur l'allaitement dans plus de 8 cas sur 10. L'influence de l'entourage sur le choix d'allaiter est très peu marqué que ce soit pour les femmes qui ont allaité ou non.

Le *tableau 11* ci-contre, montre le taux de connaissances du groupe « femmes avec enfants » et de ses deux groupes en fonction de divers critères.

	Femmes avec enfants	Femmes avec enfants qui ont allaité	Femmes avec enfants qui n'ont pas allaité
Age (années)			
[20-30[	65%	65%	53%
[30-35[	63%	72%	51%
[35-45[	57%	61%	50%
Lieu de résidence :			
Urbain	58%	60%	55%
Semi-urbain	59%	63%	54%
Rural	63%	70%	42%
Informations sur l'allaitement			
Oui	59%	66%	50%
Non	62%	63%	58%

Tableau 11 : Taux de connaissances des femmes ayant des enfants en fonction des différents critères

Les femmes ayant reçu des informations sur l'allaitement maternel ont de meilleurs résultats lorsqu'elles ont allaité.

Dans cette catégorie, les femmes ayant allaité leur(s) enfant(s) et venant d'un milieu rural obtiennent le meilleur taux de connaissances avec 70% de bonnes réponses, soit 14 bonnes

réponses sur les 20 questions. Pour chaque item, les femmes qui ont allaité récoltent de meilleurs taux de connaissances que les femmes qui n'ont pas allaité. Pour la catégorie des femmes qui ont allaité, ce sont les femmes de [30-35[qui ont le meilleur taux avec 72% de bonnes réponses (soit plus de 14 bonnes réponses sur 20). Le taux de connaissances des femmes avec enfants, selon leur âge et selon qu'elles aient allaité ou non est égal ou supérieur à 50%.

3. Résultats du groupe « femmes sans enfants »

On compte 25 femmes sans enfants dans notre échantillon soit 40% de l'ensemble des femmes ayant répondu au questionnaire. Dans le tableau ci-dessus nous avons présenté les données générales des femmes sans enfants. Le *tableau 12*, ci-dessous, annonce le taux de connaissances des femmes sans enfants sur l'allaitement (c'est-à-dire le pourcentage de bonnes réponses), en fonction des divers critères.

	Taux de bonnes réponses des femmes sans enfants
Age (années)	
[20-30[	59%
[30-35[	51%
[35-45[	48%
Lieu de résidence	
Urbain	59%
Semi-urbain	52%
Rural	56%

Tableau 12 : Taux de connaissances des femmes sans enfants en fonction des différents critères

Les femmes sans enfants de la tranche [20-30[, sont celles qui ont commis le moins d'erreurs (8 mauvaises réponses sur les 20 questions). Les femmes de la tranche [35-45[, ont donné une mauvaise réponse à plus d'une question sur deux. Le groupe des femmes sans enfants, obtient un meilleur taux de connaissances lorsqu'elles viennent d'un milieu urbain.

4. Résultats du questionnaire sur les connaissances en allaitement

L'ensemble des réponses au questionnaire est répertorié dans le *tableau 13 (ANNEXE 7)*. On y retrouve le nombre total de bonnes réponses pour chaque question (avec le pourcentage que cela représente), le nombre de bonnes réponses de chacun des groupes et sous-groupes. Pour les groupes (avec ou sans enfants), le pourcentage représente le nombre de femmes appartenant à ce groupe ayant donné la bonne réponse par rapport au nombre total de femmes appartenant à ce groupe, ce qui permet de comparer le taux de bonnes réponses selon qu'elles aient ou non des enfants. Pour les sous-groupes (allaitement ou non), le pourcentage représente le nombre de femmes appartenant à ce sous-groupe ayant donné la bonne réponse par rapport au nombre total de femmes appartenant à ce sous-groupe. Ce qui permet de comparer le taux de connaissances des femmes selon qu'elles aient allaité ou non leur(s) enfant(s).

Les résultats de chaque question ne seront pas évoqués. Il paraissait plus important de donner les résultats des questions pour lesquelles il y a eu un nombre d'erreurs important.

Dans cette étude, nous pouvons considérer comme acquises, les questions pour lesquelles trois quarts des femmes ont donné la bonne réponse ; c'est-à-dire des questions ayant eu un pourcentage de bonnes réponses égal ou supérieur à 75%.

Sur les vingt questions de la partie connaissances sur l'allaitement, six ont récolté 75% et plus de bonnes réponses (questions 2, 4, 7, 10, 17, 19). Par exemple, 80% des femmes interrogées semblent connaître les bienfaits de l'allaitement maternel pour le bébé et savent que les contre-indications à l'allaitement sont très rares.

Trois personnes (5% de l'échantillon) ont commis treize erreurs (soit 65% de mauvaises réponses), dont deux qui avaient des enfants mais qui n'avaient pas allaité.

Sept femmes (11% de l'échantillon) ont fait moins de 5 erreurs sur le questionnaire dont deux qui n'avaient pas d'enfants. Parmi les 5 patientes qui ont des enfants, 4 ont allaité et 4 ont eu des informations sur l'allaitement pendant leur grossesse.

Une patiente a commis une seule erreur, et n'avait pas d'enfants.

Plus de 65% des femmes (43 patientes) ont commis moins de 10 erreurs, dont près de la moitié avaient allaité.

Sept questions ont eu entre 50% et 75% de bonnes réponses, sept ont eu moins de 50% de bonnes réponses dont trois moins de 30%.

Nous allons aborder les questions qui ont obtenu les plus faibles taux de connaissances et donc les sujets les moins connus par les femmes. Les erreurs peuvent être liées à un manque d'informations des femmes mais également à des idées reçues qu'ont les femmes.

- **Question 1 : les recommandations de l'OMS sur la durée d'un allaitement exclusif**

Les femmes sans enfants ont largement mieux répondu à cette question (72% de bonnes réponses) que les femmes avec enfants (52%).

Les femmes qui ont allaité n'ont pas mieux répondu que celles qui n'ont pas allaité. Parmi les femmes qui ont des enfants, une sur deux a donné une bonne réponse.

Les femmes plus jeunes, (20 à 30 ans), ont un taux de connaissances bien supérieur (70% de bonnes réponses) à celui des femmes âgées de 30 ans et plus (48%).

- **Question 3 : les avantages de l'allaitement maternel pour la mère**

Parmi les femmes qui ont des enfants, 76% ont donné la bonne réponse, 96% pour celles qui ont allaité (1 femme sur les 25 qui ont allaité n'a pas donné la bonne réponse) et 38% pour celles qui n'ont pas allaité. Pour les femmes qui n'ont pas d'enfants, la moitié a répondu correctement.

- **Question 5 : certaines femmes ont un lait trop peu nourrissant**

Globalement, une femme sur deux a répondu correctement à cette question. Deux tiers des femmes qui ont allaité ont répondu correctement. Les femmes qui ont des enfants mais qui n'ont pas allaité ont fait plus d'erreurs (30% de bonnes réponses) que les femmes qui n'avaient pas d'enfants (44% de bonnes réponses). Notons également que 67% des femmes qui ont allaité de façon exclusive ont donné la bonne réponse.

- **Question 6 : allaitement en cas de mère fumeuse**

Cette question a obtenu seulement 25% de bonnes réponses (soit une femme sur quatre qui a donné la bonne réponse). Les femmes qui ont allaité sont de loin celles qui ont eu le meilleur taux de bonnes réponses avec 44%. Pour les femmes sans enfants, moins de deux femmes sur dix ont donné la bonne réponse (16% de bonnes réponses).

- **Question 8 : l'allaitement nécessite un régime alimentaire**

Les femmes sans enfants obtiennent un taux de connaissances bien supérieur (84%) à celui des femmes qui ont des enfants (58%) tout comme les femmes qui ont allaité (72%), en comparaison aux femmes qui n'ont pas allaité (31%). Les femmes qui ont allaité de manière exclusive ont donné la bonne réponse dans 83% des cas.

- **Question 9 : l'allaitement maternel abîme la poitrine**

Cette question obtient 65% de bonnes réponses. Le taux de bonnes réponses diffère très peu d'un groupe à l'autre, et d'un sous-groupe à un autre. Cependant, les femmes qui ont allaité de manière exclusive obtiennent 75% de bonnes réponses.

- **Question 11 : il est recommandé de laver les mamelons avant chaque tétée**

Un quart des femmes ont répondu correctement à cette question. Il n'y a pas de différence significative d'un groupe à l'autre mais les femmes n'ayant pas allaité obtiennent un taux de connaissances bien inférieur (8%) à celui des femmes qui ont allaité (32%) ou qui n'ont pas eu d'enfants (28%).

- **Question 12 : le nouveau-né doit téter aussi souvent qu'il le souhaite**

Plus d'une femme sur deux a répondu correctement. Pour cette question, les femmes qui ont allaité et les femmes sans enfants obtiennent les meilleurs taux de bonnes réponses, respectivement 68% et 60% bonnes réponses. En revanche, les femmes n'ayant pas allaité ont donné la mauvaise réponse dans 60% des cas.

- **Question 13 : proposition d'une tétine pour calmer l'enfant**

Sur les 20 questions, cette question a rassemblé le plus grand nombre de mauvaises réponses (plus de 85% d'erreurs) et ce sont les femmes sans enfants et les femmes n'ayant pas allaité qui récoltent le meilleur taux de connaissances.

- **Question 14 : la tétée est efficace si elle dure au minimum 15 minutes**

Pour cette question, plus d'une femme sur trois a donné la bonne réponse. Les femmes avec des enfants mais qui n'ont pas allaité obtiennent 54% de bonnes réponses. Les femmes sans enfants ont donné la bonne réponse dans 28% des cas.

- **Question 15 : les recommandations concernant la fréquence des pesées**

Près d'une femme sur deux a donné la bonne réponse, quel que soit le groupe ou le sous-groupe étudié.

- **Question 16 : proposition des deux seins lors de la tétée**

Plus d'une femme sur deux a donné la bonne réponse à cette question. On n'observe pas de différence significative entre les femmes qui ont allaité de manière exclusive ou non. Mais les femmes n'ayant pas allaité obtiennent presque 70% de bonnes réponses.

- **Question 18 : le lait maternel peut être congelé**

Deux tiers des femmes a répondu correctement. Les femmes qui ont allaité font presque un sans-faute, avec 96% de bonnes réponses tout comme celles qui ont allaité exclusivement leur enfant (92%). Les femmes qui n'ont pas d'enfants ou qui n'ont pas allaité récoltent de moins bons résultats avec respectivement 40% et 61% de bonnes réponses.

- **Question 20 : le tire-lait à double pompage permet de gagner du temps et d'augmenter le volume de lait recueilli**

Les résultats obtenus d'un groupe à l'autre sont similaires. De façon globale, une femme sur deux a donné la bonne réponse.

IV. DISCUSSION

La participation à cette enquête a été relativement importante par rapport à la fréquentation de l'officine et au nombre de patientes cibles. En effet, il s'agit d'une pharmacie de quartier avec une patientèle plutôt âgée. Une seule des patientes correspondant aux critères d'inclusion a refusé de répondre au questionnaire par manque de temps.

Nous avons donc récolté 63 questionnaires remplis. Les femmes qui ont des enfants représentent 60% de l'échantillon total et deux tiers d'entre elles ont allaité. Les femmes sans enfants sont moins nombreuses et représentent 40% de l'échantillon total.

Globalement les femmes ont obtenu un taux de connaissances de 58,6%, un taux un peu supérieur pour les femmes qui ont des enfants et un peu inférieur pour celles qui n'ont pas d'enfants mais sans remarquer une différence significative.

Les femmes âgées de [25 à 30[ans sont celles qui ont commis le moins d'erreurs. Cela peut ne pas paraître évident puisque plus les femmes sont âgées, plus elles sont susceptibles d'avoir un ou plusieurs enfants, plus elles sont susceptibles d'avoir allaité et donc plus elles ont de chance d'avoir reçu des informations sur l'allaitement.

Parmi les femmes qui n'ont pas allaité, 85% ont bénéficié d'informations sur l'allaitement contre 64% pour celles qui ont allaité. Pourtant, les femmes qui ont allaité obtiennent un taux de bonnes réponses supérieur (66%) à celui des femmes qui n'ont pas allaité (50%). Cela peut s'expliquer par plusieurs éléments. Les professionnels de santé chargés d'informer les futures mamans sur l'allaitement maternel ne sont peut-être pas suffisamment formés et donc n'ont pas transmis de bonnes connaissances aux mères. D'autre part, certains professionnels de santé ne sont pas en faveur de l'allaitement et n'orientent pas les mamans vers un allaitement maternel. Un soutien doit être apporté au cours de la grossesse et après l'accouchement. Un

programme international a été mis en place il y a quelques années, le label IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébés). Ce programme a été lancé en 1992 par l'OMS et l'UNICEF et est destiné aux professionnels de santé des services de maternité et néonatalogie. Il favorise l'accompagnement optimal des parents à la naissance et durant le séjour dans le service. L'IHAB est fondée sur le soutien, l'encouragement et la protection de l'allaitement maternel. Le label IHAB est constitué de douze recommandations avec des critères précis à satisfaire pour l'obtention du label. En France en décembre 2015, on compte 26 établissements labellisés IHAB, et on souhaite en labelliser de nouveaux dans les années à venir.

Les chiffres cités ci-dessus montrent également que le fait d'allaiter son enfant enrichit son savoir. En effet, pour la majorité des questions les mères qui ont allaité obtiennent un taux de connaissances supérieur à celui des femmes qui n'ont pas allaité.

L'avis de l'entourage est important pour les futures mères, puisque 76% des femmes qui ont allaité avaient eu un avis favorable de l'entourage contre 30% pour les femmes qui n'ont pas allaité. Il paraît donc essentiel de réaliser des campagnes destinées à toute la population et pas seulement aux futurs parents. L'avis de l'entourage semble être décisif pour les parents dans le choix d'allaiter ou non. Les organisations qui font la promotion de l'allaitement doivent s'adresser à tout le monde pour chasser les idées reçues souvent responsables d'avis défavorable, ou d'un refus d'allaiter.

Les participantes à l'enquête n'ont jamais cité le pharmacien comme professionnels de santé ayant apporté des informations sur l'allaitement. Pourtant, c'est un professionnel de santé de proximité, disponible de suite et facilement accessible pour la patiente. En effet, le pharmacien reçoit régulièrement des femmes enceintes au comptoir, et pourrait leur proposer gratuitement des ateliers, des formations, des brochures pour informer les futures mamans des bienfaits de l'allaitement mais également aborder d'autres sujets plus pratiques. Au-delà de son rôle en tant que professionnel de santé, cela permettrait de fidéliser sa clientèle et probablement d'augmenter ses ventes.

Parmi les femmes qui ont des enfants, celles qui ont allaité et qui sont âgées de 30 à 35 ans ont le meilleur taux de connaissances avec 72% de bonnes réponses contre 51% pour cette même tranche d'âge chez les femmes qui n'ont pas allaité.

Dans la catégorie des femmes qui n'ont pas d'enfants, les 20-30 ans ont 59% de bonnes réponses contre 48% pour les 35-45 ans. Ces résultats peuvent peut-être s'expliquer par le fait que les femmes de plus de 35 ans qui n'ont pas d'enfants, ne souhaitent pas en avoir, et donc ne s'intéressent pas à l'environnement de l'enfant, la grossesse, et donc l'allaitement.

Parmi les questions sur les connaissances de l'allaitement, plus de la moitié des questions ont récolté 60% de bonnes réponses et plus.

Les femmes semblent plus renseignées sur les bienfaits de l'allaitement pour le nouveau-né que les avantages pour elles-mêmes. La question 2 qui porte sur les avantages de l'allaitement pour l'enfant récolte plus de 80% de bonnes réponses alors que la question 3 qui porte sur les avantages pour la mère obtient 67% de bonnes réponses. Ce pourcentage est en réalité plus bas du fait de la réponse des femmes sans enfants qui ont répondu correctement seulement dans 52% des cas. Si on regarde le groupe des femmes avec enfants, leur taux de bonnes réponses pour les questions 2 et 3 est similaire. Les femmes qui ont allaité sont mieux informées des bienfaits pour elles-mêmes que pour l'enfant. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elles ont vécu et ressenti certains bénéfices de l'allaitement.

Il est fréquent d'entendre au cours d'une conversation que telle personne n'a pas assez de lait ou bien un lait pas assez riche pour nourrir son enfant au sein. Effectivement, une femme sur deux pense que dans certains cas les femmes ne peuvent pas allaiter à cause d'un lait trop peu nourrissant. Il est donc important de rappeler aux femmes que de tels cas sont rares, et que la composition du lait est adaptée aux besoins de l'enfant au fur et à mesure qu'il grandit.

Une femme sur quatre pense que les mères fumeuses ne doivent pas allaiter. Là encore, il est nécessaire de rappeler que les bénéfices apportés par le lait maternel sont supérieurs aux risques engendrés par la nicotine, et il y a des conseils à apporter aux mamans pour minimiser ces risques, notamment ne pas fumer juste avant une tétée.

Une autre idée reçue concernant le lavage des mamelons avant la tétée. En effet, trois quarts des femmes ont donné une mauvaise réponse, et pensent qu'il faut laver les mamelons avant de donner le sein.

La question qui obtient le plus grand nombre d'erreurs, porte sur la possibilité ou non de donner une tétine. Seulement 9 femmes sur l'échantillon total (63), ont donné la bonne réponse (soit 14%). Les femmes semblent peu informées sur les effets néfastes de l'utilisation

d'une tétine et sur le fait que cela peut grandement compromettre la poursuite de l'allaitement. Paradoxalement, les femmes sans enfants ont largement mieux répondu à cette question (20% de bonnes réponses) que les femmes avec enfants (10%). Cependant, ce sujet reste très mal connu par la population et doit faire l'objet de précision.

Concernant plusieurs questions pratiques (questions 14, 15, 17, 18 et 20), abordant la durée des tétées, la fréquence de pesée du nouveau-né, l'apparition de crevasses, la congélation du lait, l'utilisation d'un tire-lait double pompage, les femmes sans enfants ont commis un grand nombre d'erreurs. Pour ces différents thèmes, les femmes sans enfants ont obtenu un taux de connaissances moyen de 45% alors que les femmes avec enfants ont eu 60% de bonnes réponses. On n'observe pas de différence majeure entre les femmes qui ont allaité et celles qui n'ont pas allaité. Ces constats peuvent signifier que les sujets cités ci-dessus sont abordés par les professionnels de santé lors du suivi de la grossesse. Toutefois, les résultats montrent que les informations données sur ces sujets doivent être complétées et enrichies.

➤ Les limites de l'étude

Toutes les questions et informations de l'ensemble du questionnaire n'ont pas pu être exploitées. L'étude comporte des limites.

Tous les membres de l'officine n'étaient pas impliqués dans la démarche de ce questionnaire et donc ne proposaient pas aux femmes cibles de participer à l'enquête. La taille de notre échantillon aurait pu être plus important et donc plus représentatif. L'étude a été réalisée au sein d'une petite pharmacie de quartier dont la clientèle est âgée. Le nombre de patientes potentielles à inclure dans l'étude était moindre.

La répartition des femmes est inégale. On compte plus de femmes avec enfants et moins de femmes sans enfants. Les comparaisons faites ne sont pas tout à fait égales, même si l'on a pris des pourcentages et non des quantités.

Plusieurs renseignements demandés lors du questionnaire n'ont pas été utilisés pour l'exploitation des résultats. Les causes sont multiples : absence de données, mauvaise compréhension de certains termes, ...

Actuellement en France et dans de nombreux pays, plusieurs organisations, associations ainsi que les pouvoirs publics s'associent afin de promouvoir les bénéfices de l'allaitement maternel. Les recommandations de l'OMS sont reprises par plusieurs organismes et tendent vers un allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois.

Thèse soutenue par Mme MICHON Aude

CONCLUSION

L'allaitement maternel est une expérience unique pour une mère lui permettant d'établir un lien privilégié avec son enfant. Au-delà du bénéfice affectif qu'il procure, l'allaitement maternel présente de nombreux avantages. Il est totalement adapté aux besoins du nourrisson et sa composition varie avec l'âge du nourrisson.

Comme nous l'avons déjà vu, l'étude Epifane en 2012 fait l'état de la situation actuelle de l'allaitement maternel en France et nous place bien loin derrière nos pays voisins tels que la Norvège ou la Suède qui dépassent les 90% d'allaitement à la naissance (67).

Les idées reçues sur ce sujet sont nombreuses, et sont en partie responsables d'un refus d'allaiter ou d'un arrêt précoce. Il est donc important de chasser ses idées reçues et de promouvoir l'allaitement maternel. Au-delà d'un choix personnel et d'un choix de couple, l'allaitement maternel est un enjeu de santé publique.

Le personnel des maternités a un grand rôle à jouer puisqu'il est en première ligne lors de l'initiation de l'allaitement mais d'autres professionnels de santé sont au cœur du sujet ; tout au long de la grossesse, à la maternité, après la naissance, les sages-femmes, médecins, gynécologues et pharmaciens doivent informer, renseigner et conseiller les mamans ou futures mamans.

Les femmes enceintes doivent être informées dès le début de grossesse, pour réfléchir, poser des questions, et envisager l'allaitement. Il est important également que les professionnels de santé qu'elles rencontrent soient compétents, afin que les connaissances transmises ne soient pas erronées.

Le questionnaire réalisé pour cette étude a permis de cibler certains points à éclaircir et dont il est nécessaire d'apporter des précisions. D'autres thèmes, en revanche, semblent être acquis pour la majorité des femmes mais un rappel n'est jamais inutile. Par l'intermédiaire d'une fiche réponse, les patientes ont reçu les réponses aux questions leur permettant d'enrichir ou de confirmer leurs connaissances.

Le pharmacien, professionnel de santé accessible pour tous est à disposition de la population pour aider et rassurer les mères qui rencontrent des problèmes au cours de l'allaitement, son rôle étant aussi de promouvoir et favoriser l'allaitement maternel dans l'intérêt du nourrisson, de la mère et de la société. Suite à la loi HPST de juillet 2009, le pharmacien voit son rôle s'élargir. Sa mission dans l'éducation et l'accompagnement du patient prend davantage d'importance.

Afin de chasser les idées reçues et de transmettre des connaissances aux femmes, le pharmacien peut proposer des fiches conseil, des réunions en groupe ou bien des entretiens plus personnalisés, qui font entièrement partis de ses nouvelles missions.

Le Directeur de thèse,



Le Président,



**Vu pour l'autorisation de
Soutenance**

Dijon, le 13/10/2016

Le Vice-Doyen,



BIBLIOGRAPHIE

- (1) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Paris : ANAES ; 2002.
- (2) INVS. Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°27. 2014. Dernière consultation le 27 août 2016. Disponible sur http://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2014/27/pdf/2014_27.pdf.
- (3) Haut conseil de la santé publique. La santé en France et en Europe: Convergences et contrastes. Avis et rapports. Paris: hcSP; 2012. 265p.
- (4) Manz F, Van't Hof MA, Haschke F. The mother-infant relationship : who controls breastfeeding frequency ? Euro-Growth Study Group. Lancet 1999 ; 353 (9159) : 1152
- (5) Massé P, Mériot C. La lactation, inhibition et rôle du pharmacien. Actualités pharmaceutiques ; 2007 ; 469 : 9-20
- (6) Livret Allaitement Maternel Réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire ; Janvier 2009
- (7) Beaudry M, Chiasson S, Lauzière J, Latham Michael C. Biologie de l'allaitement [texte imprimé] : le sein, le lait, le geste. s.l. : Presses de l'Université du Québec ; 2006.
- (8) MEDELA. Produits d'allaitement maternel destinés aux hôpitaux et aux professionnels. 2014. (Dernière consultation le 10 septembre 2016). Disponible sur : http://www.medela.com/CH/dms/ch/.../broch_professional_200_4937_ch_fr_low.pdf
- (9) Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding : A guide for the Medical Profession, 6e éd. Philadelphie : Elsevier Mosby ; 2005.
- (10) Geiler I, Fouassier I. Le conseil en allaitement à l'officine ; Rueil-Malmaison : Le Moniteur des pharmacies : Wolters Kluwer France , Collection Pro-officina ; 2013.
- (11) Brettes JP, Mathelin C, Gairard B, Bellocq JP. Cancer du sein. s.l. : MASSON ; 2007.
- (12) Neville M. Physiology of human lactation. Clinics in Perinatology 1999;26:251-279.
- (13) Thirion M. L'allaitement, de la naissance au sevrage. Edition Albin Michel ; 2004.
- (14) Pubert C. Le lait de vache dans l'alimentation du nourrisson, avantages et inconvénients. Th : Pharmacie : Angers ; 2013.
- (15) Gremmo-Feger G. Lactation humaine : nouvelles données anatomophysiologiques et implications cliniques. Médecine et Enfance. Novembre 2006.
- (16) Touraine P, Goffin V. Physiologie de la prolactine. EMC Endocrinologie ; 2005 ; 2 : 50-76
- (17) Le point sur la prolactine Dossiers de l'Allaitement n°62 ; Janvier- février- mars 2005.

- (18) Tauber M, Feigerlova E. L'ocytocine et le système nerveux central. Archives de Pédiatrie ; 2007 ;14 : 593-595.
- (19) Le moniteur des pharmacies cahier II N°2856 27 novembre 2010 - L'allaitement.
- (20) Daly S, Owens R, Hartmann P. The short-term synthesis and infant-regulated removal of milk in lactating women. Exp Physiol. 1993;78:209-20.
- (21) Cregan M, Hartmann P. Computerized breast measurement from conception to weaning : clinic implications. J Hum Lact. 1999; 15:89-96.
- (22) Guilbault L. Formation de base en allaitement maternel. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008.
- (23) Tremblin AL. Nutrition de l'enfant sain né à terme de la naissance à trois ans : de l'alimentation lactée exclusive à la diversification alimentaire. Th : Pharmacie : Angers ;2009. 141 p.
- (24) Lokombé Léké A, Mullié C. Nutrition du nourrisson et diversification alimentaire. Cahier de Nutrition Diététique ; 2004.
- (25) Arsan A, Vermeil G, Dartois AM. Alimentation de l'enfant de la naissance à 3 ans. Rueil-Malmaison : Editions Doin, 2003. 198 p.
- (26) Collège des enseignants de nutrition. Nutrition. Issy-Les-Moulineaux : Editions Masson Abrégés, 2011. 393 p.
- (27) Guesnet P, Aihaud G, Delplanque B, Alessandri JM. Place des lipides dans l'alimentation du nourrisson. Cahiers de Nutrition et de Diététique, Septembre 2013, Volume 48 (4), p. 175-183.
- (28) Apfelbaum M, Romon M, Dubus M. Diététique et nutrition, 7ème édition. Issy-Les-Moulineaux : Editions Masson, 2009. 516 p.
- (29) Coppa GV, Zampini L, Galeazzi T, Gabrielli O. Prebiotics in human milk : a review. Digestive and Liver Disease. 2006, 38 suppl. 2.
- (30) Kunz C, Rudloff S. Health promoting aspects of milk oligosaccharides. International Dairy Journal. 2006, Vol. 19, p. 1341-1346.
- (31) Salle BL, Laborie S, Delbin E, Claris O. Vitamines liposolubles et allaitement. Journal de Pédiatrie et de Puériculture, Décembre 2002, Volume 15 (8), p. 454-462.
- (32) Zix-Kieffer I. Vitamine K orale chez les bébés allaités exclusivement : quelle dose, combien de temps ? Archives de Pédiatrie, Septembre 2008, Volume 15 (9), p. 1503-1506.

- (33) Autret E, Jonville-Bera AP. Actualités sur la vitamine K chez le nouveau-né ; Journal de Pédiatrie et de Puériculture, Octobre 1995, Volume 8, p. 477-479.
- (34) Dommergues MA. Infections à rotavirus du nouveau-né. Médecine Thérapeutique Pédiatrie, Septembre 2006, Volume 9, p. 21-24.
- (35) Turck D. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère Archives de Pédiatrie ; 2005 ; 12 ; 3 : 145-165.
- (36) Cuningham et al. Breastfeeding and health in the 1980s : a global epidemiological review, 1991;118:659-66.
- (37) Picaud JC. Allaitement maternel et lait maternel : quels bénéfices pour la santé de l'enfant. Nutrition Clinique et Métabolisme. Elsevier Masson, 2008.
- (38) Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, Von Mutius E, Barnet D, Grunert T V et al. Breast feeding and obesity : cross sectional study. BMJ 1999 ; 319 (7203) : 147-50.
- (39) Ponthier C, Marin B, Aubard Y, Lienhardt-Roussie A. SFP-23 – Diabétologie, endocrinologie – Allaitement maternel et surpoids dans la petite enfance : effet protecteur ? Archives de Pédiatrie, Juin 2008, Volume 15 (5), p.930.
- (40) Bidat E. Prévention primaire et secondaire des maladies allergiques. Médecine thérapeutique Pédiatrie, Janvier-Février 2007, Volume 10 (1), p. 54-59.
- (41) Comité de nutrition de la Société française de Pédiatrie, Beaufrere B., Bresson JL, Briend A, Ghisolfi J, Goulet O et al. La promotion de l'allaitement maternel : c'est aussi l'affaire des pédiatres. Archives de Pédiatrie, Volume 7 (11), p. 1149-1153.
- (42) Société Française de Pédiatrie, Allaitement maternel, Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère, Programme National Nutrition Santé, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille ; février 2005.
- (43) Didierjean-Jouveau C, L'allaitement, c'est bon pour la santé...des femmes aussi !, Allaiter aujourd'hui n°25, La Leche League France.
- (44) Mathelin C, Youssef C, Brettes JP, Rio MC. Effets paradoxaux de la grossesse sur le cancer du sein. Gynécologie Obstétrique et Fertilité, Mai 2007, Volume 35 (5), p. 449-456.
- (45) Argento M, Hoffman P, Gauchez AS. Le cancer de l'ovaire et les perspectives d'amélioration de la précocité du diagnostic. Immuno-analyse et biologie spécialisée. Elsevier Masson, 2008, 23, 251-259.
- (46) Read JS, American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric AIDS. Human milk, breastfeeding and transmission of human immunodeficiency virus type 1 in the United States. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric AIDS. Pediatrics 2003 ; 112 : 1196-1205.

- (47) WHO. HIV and infant feeding : framework for priority action. Geneva : WHO, 2003.
- (48) Nenman, J, Pittman T. 2000. Dr Jack Newman's guide to Breastfeeding, Ontario, Harper Collins Publishers Ltd.
- (49) La Leche League. Allaitement à la demande, allaitement aux signes d'éveil. 2009. (Dernière consultation le 18 septembre 2016). Disponible sur <http://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/feuilletts-de-lll-france/998-allaitement-aux-signes-deveil-allaitement-a-la-demande>.
- (50) Mazurier E, Christol M. Allaitement maternel – Précis de pratique clinique. Montpellier : Editions Sauramps médical, 2010.
- (51) INPES. Le guide de l'allaitement maternel. Paris : INPES, 2009.
- (52) Polverini M. Mise en place à l'officine, d'entretiens personnalisés pour la femme enceinte, selon une démarche qualité. Th : Pharmacie : Dijon ; 2015.
- (53) AFSSA. La santé vient en mangeant et en bougeant. Le guide nutrition pendant et après la grossesse. Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé. PNNS, septembre 2007.
- (54) Gremmo-Feger G. L'allaitement maternel en 36 questions. Brochure IPA, avril 2000.
- (55) La leche league. La candidose mammaire. 2004. Dernière consultation le 30 août 2016. Disponible sur <http://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/feuilletts-des-referents-medicaux/1320-candidose-mammaire>.
- (56) Le moniteur des pharmacies cahier II N°3064 du 24 janvier 2015 - Homéopathie et grossesse.
- (57) La leche league. Mastite aiguë ou lymphangite, Mastites chroniques et récidivantes, Abscesses du sein. Dernière consultation le 02 septembre 2016. Disponible sur <http://www.lllfrance.org/1486-mastite-aigue-ou-lymphangite-mastites-chroniques-et-ricidivantes-abces-du-sein>.
- (58) Chertok I, Luo J, Culp S, Mullett M. Intent to breastfeed : a population-based perspective. Breastfeed Med 2011 ; 6 (3) : 125-9.
- (59) Neville M. Physiology of human lactation. Clinics in Perinatology, 1999;26:251-279.
- (60) AFSSA. Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons ; juillet 2005.
- (61) Algorithme de la MAMA : Comment déterminer la nécessité d'une autre contraception pendant l'allaitement d'après Kennedy 1996 629, Vekemans 1997 610, Lobbok 1997 616.

(62) Haute autorité de santé. Fiche mémo contraception chez la femme en post-partum. Juillet 2013 – mise à jour janvier 2015.

(63) Compte rendu de la séance n° 2 du 30 avril 2013 de la commission du suivi du rapport bénéfique/risque des produits de santé – ANSM.

(64) Boiron M, Roux F. Homéopathie et Prescription Officinale. 42 situations cliniques. Ed Similia 2008. 45p.

(65) Berrebi A, Parant O, Ferval F, Thene M, Ayoubi JM, Connan L, Belon P. Traitement de la douleur de la montée laiteuse non souhaitée par homéopathie dans le post-partum immédiat, J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001 ; 30 : 353-357.

(66) Masson JL. L'homéopathie de A à Z : mieux connaitre l'homéopathie pour bien l'utiliser au quotidien ». Marabout ; 2013.

(67) Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Promotion of Breastfeeding in Europe projec, Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation, Public Health Nutr, février 2005, 8(1):39-46.

ANNEXE 1 : Les signes d'éveil du nourrisson

Signes qui montrent que le bébé a envie de téter

Developed by Women's and Newborn Services
Royal Brisbane and Women's Hospital



PREMIERS SIGNES - "J'ai faim"



• S'étire



• Ouvre la bouche



• Tourne la tête
• Recherche/Fouissement

SIGNES INTERMEDIAIRES - "J'ai vraiment faim"



• S'étire



• Rouge plus



• Porte les mains à la bouche

SIGNES TARDIFS - "Calmez-moi puis faites-moi téter"



• Pleure



• S'agite beaucoup



• Le teint vire au rouge

Pour calmer un bébé qui pleure :

- le bercer
- le mettre en peau à peau
- lui parler
- le caresser



WBAU-0210-080-2019 (Revised)

L'ALLAITEMENT MATERNEL



Le lait maternel est l'aliment idéal pour votre enfant : il couvre tous ses besoins pendant les 6 premiers mois de sa vie.

Entourez-vous de personnes ayant une expérience positive de l'allaitement, comme une amie, un professionnel de santé ou une association. Ils pourront vous soutenir en cas de difficultés ou de doutes. N'hésitez pas à nous demander conseil, notre équipe est là pour vous aider.

Les éléments clés pour un allaitement réussi :

1 Proposer le sein à l'éveil

- Repérer les signes d'éveil (bébé cligne des yeux, bouge les mains, est légèrement agité...).
- 8 à 12 tétées par 24 heures.
- Tétées à la demande, sans restriction même la nuit.

2 Se positionner correctement pendant les tétées



- Bouche grande ouverte et lèvre inférieure retroussée.
- Tête inclinée vers l'arrière.
- Menton contre le sein.
- Nez bien dégagé.
- Prise du sein asymétrique (partie inférieure du mamelon davantage dans la bouche que la partie supérieure).
- Ventre de l'enfant dirigé contre le vôtre.

3 Reconnaître une tétée efficace

- Mouvements de succion amples, réguliers, faits de longues salves de suctions, entrecoupées de courtes pauses.
- Vous pouvez parfois entendre les déglutitions.

4 Éviter les tétines et biberons

- Ils peuvent mettre en danger la poursuite de l'allaitement en diminuant le nombre de tétées et en habituant l'enfant à autre chose que le sein.

5 Éviter les compléments de lait artificiel

- L'allaitement fonctionnant sur le principe de l'offre et de la demande, les biberons de complément entraînent une diminution de la fréquence des tétées et donc une diminution de la lactation.

ANNEXE 3 : Questionnaire proposé aux femmes âgées de 18 à 45 ans à l'officine

*Dans le cadre de ma thèse de Docteur en pharmacie,
je propose un questionnaire sur l'allaitement maternel.*

*Ce questionnaire est destiné aux femmes de 18 à 45 ans et
est divisé en deux parties.*

*Il a pour but de faire l'état des lieux sur les connaissances
des femmes sur l'allaitement maternel.*

*Ce questionnaire est anonyme. Une fiche contenant les
réponses aux questions vous sera remise afin de confirmer ou
d'améliorer vos connaissances sur l'allaitement maternel.*



Merci pour votre participation

L'ALLAITEMENT MATERNEL

INFORMATIONS GENERALES :

- 1) Quel est votre âge ?
- 2) Quel est votre lieu de résidence ?
 - o Département :
 - o Milieu urbain (ville)
 - o Milieu semi urbain
 - o Milieu rural (campagne)
- 3) Avez-vous des enfants ?
 - o Oui
 - o Non
- 4) Si vous avez répondu oui à la dernière question, répondez aux questions suivantes, sinon passez à la partie connaissances sur l'allaitement :
 - o Avez-vous allaité vos enfants ?



	Allaitement maternel	Durée de l'allaitement	Allaitement exclusif
1 ^{er} enfant	<ul style="list-style-type: none">o Ouio Non		<ul style="list-style-type: none">o Ouio Non
2 ^{ème} enfant	<ul style="list-style-type: none">o Ouio Non		<ul style="list-style-type: none">o Ouio Non
3 ^{ème} enfant	<ul style="list-style-type: none">o Ouio Non		<ul style="list-style-type: none">o Ouio Non
4 ^{ème} enfant	<ul style="list-style-type: none">o Ouio Non		<ul style="list-style-type: none">o Ouio Non
5 ^{ème} enfant	<ul style="list-style-type: none">o Ouio Non		<ul style="list-style-type: none">o Ouio Non

5) Durant votre grossesse avez-vous eu des informations sur l'allaitement de la part d'un professionnel de santé ?

- Oui
- Non

Si oui, quel professionnel de santé ?

6) Votre entourage a-t-il eu une influence sur votre choix d'allaiter ?

- Oui
- Non

Si oui, quel membre de votre entourage ?

Votre entourage était-il favorable ou défavorable à l'allaitement maternel ?

CONNAISSANCES SUR L'ALLAITEMENT :

1) L'OMS (Organisation mondiale de la santé) recommande 6 mois d'allaitement maternel exclusif :

- Oui
- Non

2) L'allaitement maternel diminue le risque de diarrhées graves, d'otites, et le risque d'hospitalisations pour infections respiratoires graves chez le bébé :

- Oui
- Non

3) L'allaitement maternel diminue le risque de cancer du sein et de l'ovaire avant la ménopause, diminue l'incidence de diabète de type 2, et favorise la perte de poids :

- Oui
- Non

- 4) Les contre-indications à l'allaitement maternel sont très rares :
 - o Oui
 - o Non

- 5) Certaines femmes ont un lait trop peu nourrissant ce qui les empêche d'allaiter :
 - o Oui
 - o Non

- 6) Si une mère est fumeuse et qu'elle ne souhaite pas arrêter de fumer, il est préférable qu'elle n'allait pas son bébé :
 - o Oui
 - o Non

- 7) Plus l'enfant tète souvent et efficacement, plus la production de lait de la mère sera abondante :
 - o Oui
 - o Non

- 8) L'allaitement maternel nécessite un régime alimentaire spécial :
 - o Oui
 - o Non

- 9) L'allaitement maternel abîme la poitrine :
 - o Oui
 - o Non

- 10) Il faut donner le sein à son enfant dès qu'il pleure :
 - o Oui
 - o Non

- 11) Il est recommandé de laver les mamelons avant chaque tétée :
- o Oui
 - o Non
- 12) Le nouveau-né doit téter aussi souvent qu'il le souhaite :
- o Oui
 - o Non
- 13) Si un enfant demande le sein trop souvent, la mère peut lui proposer une tétine pour le calmer et le faire patienter
- o Oui
 - o Non
- 14) Une tétée est efficace si elle dure au minimum 15 minutes :
- o Oui
 - o Non
- 15) Après la sortie de la maternité, les recommandations concernant la fréquence des pesées est d'environ deux fois par semaine :
- o Oui
 - o Non
- 16) Lors d'une tétée, il est recommandé de proposer systématiquement les deux seins :
- o Oui
 - o Non
- 17) Lorsqu'une femme allaite, l'apparition de crevasses à un moment donné est inévitable :
- o Oui
 - o Non

18) Le lait maternel peut être congelé :

- Oui
- Non

19) Le lait maternel se conserve 4 heures à température ambiante et 48h au réfrigérateur :

- Oui
- Non

20) Un tire-lait à double pompage (c'est-à-dire qui extrait le lait des deux seins en même temps), permet de gagner du temps et d'augmenter le volume de lait recueilli

- Oui
- Non

L'ALLAITEMENT MATERNEL

REPONSES :

- 1) L'OMS (Organisation mondiale de la santé) recommande 6 mois d'allaitement maternel exclusif :
 - **Oui**

- 2) L'allaitement maternel diminue le risque de diarrhées graves, d'otites, et le risque d'hospitalisations pour infections respiratoires graves chez le bébé :
 - **Oui**

- 3) L'allaitement maternel diminue le risque de cancer du sein et de l'ovaire avant la ménopause, diminue l'incidence de diabète de type 2, et favorise la perte de poids :
 - **Oui**

- 4) Les contre-indications à l'allaitement maternel sont très rares :
 - **Oui. Exemples : galactosémie congénitale du nourrisson, séropositivité au VIH de la mère.**

- 5) Certaines femmes ont un lait trop peu nourrissant ce qui les empêche d'allaiter :
 - **Non. Le lait maternel est parfaitement adapté aux besoins qualitatifs du nouveau-né.**

- 6) Si une mère est fumeuse et qu'elle ne souhaite pas arrêter de fumer, il est préférable qu'elle n'allait pas son bébé :
 - **Non. Malgré les risques liés à l'exposition du tabac, les données actuelles recommandent aux mères fumeuses d'allaiter leur enfant.**

- 7) Plus l'enfant tète souvent et efficacement, plus la production de lait de la mère sera abondante :
 - **Oui**

- 8) L'allaitement maternel nécessite un régime alimentaire spécial :

- Non. Il est conseillé d'avoir une alimentation équilibrée, de manger à sa faim mais sans excès.
- 9) L'allaitement maternel abîme la poitrine :
- Non. Ce sont les modifications hormonales liées à la grossesse et non l'allaitement qui peuvent avoir un impact sur l'aspect de la poitrine.
- 10) Il faut donner le sein à son enfant dès qu'il pleure :
- Non. Il est conseillé de donner le sein dès les premiers signes d'éveil (l'enfant tourne la tête, tire la langue). Les pleurs sont le stade ultime de la faim du nouveau-né ; il est souvent trop agité et trop énervé pour réussir à téter correctement.
- 11) Il est recommandé de laver les mamelons avant chaque tétée :
- Non.
- 12) Le nouveau-né doit téter aussi souvent qu'il le souhaite :
- Oui. Il est recommandé de donner le sein à la demande, c'est-à-dire dès les premiers signes d'éveil.
- 13) Si un enfant demande le sein trop souvent, la mère peut lui proposer une tétine pour le calmer et le faire patienter
- Non. Tout d'abord, si le nourrisson demande le sein, c'est parce qu'il a faim. D'autre part, lui donner une tétine peut faire diminuer le nombre de tétées au quotidien et donc la production de lait.
- 14) Une tétée est efficace si elle dure au minimum 15 minutes :
- Non. La durée de la tétée n'est pas un indicateur fiable. Il faut apprendre à repérer les signes d'une tétée efficace pour s'assurer que la tétée est nutritive : observer la fréquence des suctions, la fréquence des déglutitions du bébé, surveiller le nombre selles quotidiennes... De façon plus générale, nous pouvons dire qu'une durée de 10 minutes est un peu courte et 45 minutes un peu longue.
- 15) Après la sortie de la maternité, les recommandations concernant la fréquence des pesées est d'environ deux fois par semaine :
- Non. Il est recommandé d'effectuer une pesée à J10 puis environ 1 fois par mois minimum, tout en surveillant entre 2 pesées la fréquence des selles (au moins 4 grosses selles par jour les 6 premières semaines de vies).

- 16) Lors d'une tétée, il est recommandé de proposer systématiquement les deux seins :
- Oui
- 17) Lorsqu'une femme allaite, l'apparition de crevasses à un moment donné est inévitable :
- Non. Les crevasses peuvent être évitées car elles sont très souvent la conséquence d'une erreur de position pendant les tétées.
- 18) Le lait maternel peut être congelé :
- Oui. Il se conserve durant 4 mois au congélateur.
- 19) Le lait maternel se conserve 4 heures à température ambiante et 48h au réfrigérateur :
- Oui.
- 20) Un tire lait à double pompage (c'est-à-dire qui extrait le lait des deux seins en même temps), permet de gagner du temps et d'augmenter le volume de lait recueilli
- Oui.

*Pour plus de renseignements, demander votre guide de
l'allaitement à votre pharmacien :*



ANNEXE 5 : Guide de l'allaitement de l'INPES



ANNEXE 6 : Ensemble des réponses du questionnaire

Patiente	1	2	3	4	5	6
Age	28 ans	36 ans	26 ans	38 ans	37 ans	42 ans
Lieu de résidence	Semi-urbain	Urbain	Rural	Semi-urbain	Urbain	Semi-urbain
Enfants	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
AM	1 ^{er} enfant : 4mois et demi exclusif 2 ^{ème} : 3 mois exclusif 3 ^{ème} enfant : 2 mois exclusif	1 ^{er} enfant : 2 jours exclusif 2 ^{ème} enfant : non	1 ^{er} enfant : 15 jours non exclusif	Non	Non	Non
Informations sur AM	Oui, Sage-femme	Non	Oui, Sage-femme, gynécologue	Oui, Sage-femme	Oui, Sage-femme	Oui, maternité et médecins
Influence de l'entourage Sur le choix d'allaiter	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Avis favorable ou défavorable	Favorable	Favorable	Favorable	Pas d'avis	Favorable	Pas d'avis
Question 1	V	F	V	F	V	F
Question 2	V	V	V	V	V	V
Question 3	V	V	V	V	F	V
Question 4	V	F	V	V	F	V
Question 5	V	F	V	F	V	V
Question 6	F	F	F	F	F	F
Question 7	V	V	V	V	F	F
Question 8	V	V	V	F	F	F
Question 9	V	F	V	V	V	F
Question 10	V	V	F	V	V	V
Question 11	V	F	V	F	F	F
Question 12	V	F	V	F	F	F
Question 13	F	F	F	F	F	F
Question 14	F	F	F	V	F	V
Question 15	V	V	F	F	V	F
Question 16	F	V	V	V	F	V
Question 17	V	V	V	V	V	V
Question 18	V	V	V	F	F	V
Question 19	F	V	V	V	V	V
Question 20	F	V	V	F	V	V
Nombre d'erreurs	6	9	5	10	11	9
Pourcentage de bonnes réponses	70%	55%	75%	50%	45%	55%

Patiente	7	8	9	10	11	12	13
Age	25 ans	40 ans	31 ans	28 ans	43 ans	35 ans	29 ans
Lieu de résidence	Semi-urbain	Semi-urbain	Semi-urbain	Rural	Rural	Urbain	Urbain
Enfants	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
AM	Non	1 ^{er} enfant : oui 2 mois 2 ^{ème} enfant : non 3 ^{ème} enfant : oui 4 mois	1 ^{er} enfant : oui, 5 mois et demi mixte	1 ^{er} enfant : non	1 ^{er} enfant : 4 mois exclusif	1 ^{er} enfant : non 2 ^{ème} : 11 mois non exclusif	1 ^{er} enfant : oui 3 mois 2 ^{ème} enfant : 15 jours
Informations sur AM	Oui, Sage-femme	Non	Oui, Sage-femme	Oui, brochures	Oui, Sage-femme, gynécologue	Non	Oui, Sage-femme
Influence de l'entourage Sur le choix d'allaiter	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Avis favorable ou défavorable	Divers avis	Favorable	Deux avis	Pas d'avis	Favorable	Pas d'avis	Favorable
Question 1	V	V	V	F	F	F	F
Question 2	V	V	V	F	V	F	V
Question 3	F	V	V	F	V	V	V
Question 4	F	V	V	V	F	V	F
Question 5	F	V	V	F	V	V	F
Question 6	F	F	V	F	V	V	F
Question 7	F	V	V	V	V	V	V
Question 8	F	V	V	F	V	V	F
Question 9	V	V	V	F	V	V	F
Question 10	V	V	V	V	V	V	V
Question 11	F	F	V	F	F	F	F
Question 12	F	V	F	F	F	V	V
Question 13	F	F	F	F	F	V	F
Question 14	F	F	F	F	F	F	V
Question 15	V	F	F	V	F	V	V
Question 16	F	V	F	V	F	F	V
Question 17	V	V	V	V	V	V	F
Question 18	V	V	V	F	V	V	V
Question 19	V	F	V	V	V	V	V
Question 20	F	F	F	F	V	F	F
Nombre d'erreurs	12	7	6	13	8	6	10
Pourcentage de bonnes réponses	40%	65%	70%	35%	60%	70%	50%

Patiente	14	15	16	17	18
Age	36 ans	30 ans	30 ans	32 ans	39 ans
Lieu de résidence	Semi-urbain	Semi-urbain	Rural	Rural	Urbain
Enfants	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Allaitement maternel	Non	1 ^{er} enfant : 2 jours 2 ^{ème} enfant : colostrum 3 ^{ème} enfant : non	1 ^{er} enfant : 18 mois exclusif	1 ^{er} enfant : 4 mois exclusif 2 ^{ème} : 3 semaines exclusif	1 ^{er} enfant : 24 mois non exclusif
Informations sur AM	Oui	Non	Oui Sage-femme, infirmières	Oui, Sage-femme, gynécologue	Non
Influence de l'entourage	Oui Collègues	Non	Oui et non. Belle-mère, amies	Non	Non
Avis favorable/défavorable	Pas d'avis	Indifférent	2 avis	Favorable	Favorable
Question 1	F	V	F	F	V
Question 2	F	V	V	V	V
Question 3	F	V	V	V	V
Question 4	F	V	V	V	V
Question 5	V	V	V	V	V
Question 6	F	F	V	V	F
Question 7	F	V	V	V	V
Question 8	F	F	V	V	V
Question 9	V	F	V	V	V
Question 10	V	V	V	V	V
Question 11	F	F	V	V	F
Question 12	F	V	V	V	V
Question 13	V	F	F	F	F
Question 14	V	V	V	F	V
Question 15	F	F	V	F	V
Question 16	F	F	F	V	V
Question 17	F	V	V	V	V
Question 18	V	V	V	V	V
Question 19	V	V	F	V	V
Question 20	F	V	F	V	F
Nombre d'erreurs	13	7	5	4	4
Pourcentage de bonnes réponses	35%	65%	75%	80%	80%

Patiente	19	20	21	22	23	24
Age	44 ans	32 ans	29 ans	34 ans	23 ans	27ans
Lieu de résidence	Semi-urbain	Urbain	Semi-urbain	Urbain	Rural	Rural
Enfants	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Allaitement maternel	1 ^{er} enfant : 1 mois et demi non exclusif 2 ^{ème} enfant : 1 mois non exclusif	Non	1 ^{er} enfant : en cours, prévu 6 mois	Non	1 ^{er} enfant : 3 semaines exclusif	1 ^{er} enfant :5 mois exclusif
Informations sur AM	Oui, Sage-femme	Non	Oui, Sage-femme, maternité	Oui, Sage-femme	Oui, Sage-femme	Non
Influence de l'entourage	Non	Non	Oui, mère	Non	Non	Oui, maman et amis
Avis favorable /défavorable	Favorable	Pas d'avis	Favorable pour courte durée	Favorable	Favorable	Favorable
Question 1	F	V	V	F	F	V
Question 2	V	V	V	V	V	V
Question 3	V	F	V	V	V	V
Question 4	V	V	V	V	V	V
Question 5	V	F	V	F	F	V
Question 6	V	F	V	F	F	V
Question 7	V	V	V	F	V	V
Question 8	F	V	V	F	V	V
Question 9	F	V	V	F	F	V
Question 10	V	V	V	V	V	V
Question 11	F	F	F	F	V	F
Question 12	F	V	V	F	V	V
Question 13	F	F	F	F	F	F
Question 14	F	V	V	F	F	F
Question 15	V	V	V	V	F	V
Question 16	F	V	V	V	F	V
Question 17	V	V	V	F	F	F
Question 18	V	V	V	F	V	V
Question 19	V	V	V	V	V	V
Question 20	V	V	F	V	V	F
Nombre d'erreurs	8	5	3	12	9	5
Pourcentage de bonnes réponses	60%	75%	85%	40%	55%	75%

Patiente	25	26	27	28	29	30	31
Age	28 ans	36 ans	36 ans	35 ans	36ans	41 ans	25ans
Lieu de résidence	Semi-urbain	Semi-urbain	Rural	Urbain	Semi-urbain	Rural	Urbain
Enfants	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Allaitement maternel	1 ^{er} enfant : 7 jours exclusif 2 ^{ème} enfant : 7 jours exclusif	Non	1 ^{er} enfant :3 mois exclusif 2 ^{ème} enfant : 7 mois exclusif	Non	1 ^{er} enfant : 1 mois exclusif	1 ^{er} enfant : 1mois exclusif	1 ^{er} enfant : non 2 ^{ème} enfant : 1 mois
Informations sur AM	Non	Oui, Sage-femme	Oui	Oui	Oui, Sage-femme	Oui, Sage-femme	Non
Influence de l'entourage	Non	Non	Oui maman	Non	Non	Non	Non
Avis favorable/défavorable	Favorable	Défavorable	Pas d'avis	Favorable	Favorable	Favorable	Favorable
Question 1	V	V	V	V	V	F	V
Question 2	F	V	V	V	V	V	V
Question 3	V	F	V	V	V	V	V
Question 4	F	V	V	V	V	V	V
Question 5	V	F	V	F	F	V	F
Question 6	F	F	F	F	V	F	F
Question 7	V	V	V	F	V	V	V
Question 8	F	V	V	V	F	V	F
Question 9	F	V	V	V	V	V	V
Question 10	F	V	V	V	V	V	V
Question 11	F	F	V	F	F	F	F
Question 12	V	V	V	F	F	F	V
Question 13	F	F	F	F	F	F	F
Question 14	F	F	V	V	V	V	F
Question 15	F	V	V	F	F	F	F
Question 16	V	F	V	V	F	V	V
Question 17	V	F	V	V	V	V	V
Question 18	V	V	V	V	V	V	V
Question 19	F	F	V	V	V	V	V
Question 20	V	V	V	F	F	F	V
Nombre d'erreurs	11	9	2	8	8	7	7
Pourcentage de bonnes réponses	45%	55%	90%	60%	60%	65%	65%

Patiente	32	33	34	35	36	37	38
Age	40 ans	28 ans	38 ans	34 ans	30 ans	33 ans	42 ans
Lieu de résidence	Semi-urbain	Semi-urbain	Urbain	Semi-urbain	Rural	Rural	Rural
Enfants	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Allaitement maternel	1 ^{er} et 2 ^{ème} enfant : 2mois	Non	1 ^{er} enfant : 3 mois exclusif 2,3 4 ^{ème} enfant : non	1 ^{er} et 2 ^{ème} enfant : 6 mois exclusif	Non	Non	1 ^{er} enfant : 3 mois non exclusif 2 ^{ème} enfant : 1 mois et demi non exclusif
Informations sur AM	Non	Oui, Sage-femme	Oui, pédiatre	Non	Oui, Sage-femme	Non	Oui, Sage-femme
Influence de l'entourage	Oui, mère	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Avis favorable/défavorable	Favorable	Pas d'avis	Pas d'avis	Favorable	Favorable	Pas d'avis	Favorable
Question 1	V	V	F	F	V	F	F
Question 2	V	V	F	V	F	F	V
Question 3	V	V	F	V	F	F	V
Question 4	V	V	V	V	V	F	F
Question 5	F	F	F	F	F	V	F
Question 6	F	V	F	V	F	F	V
Question 7	V	V	F	V	F	V	V
Question 8	V	F	V	V	V	F	F
Question 9	F	F	F	V	V	F	F
Question 10	F	V	V	V	V	F	V
Question 11	F	V	F	V	F	F	F
Question 12	V	V	V	F	V	V	F
Question 13	F	V	F	F	F	V	F
Question 14	F	V	V	F	V	F	V
Question 15	F	V	F	V	F	F	F
Question 16	F	V	V	F	V	V	F
Question 17	F	V	V	V	V	V	V
Question 18	V	V	F	V	V	F	V
Question 19	F	V	V	V	F	V	V
Question 20	F	V	F	V	F	V	V
Nombre d'erreurs	12	3	12	6	10	12	10
Pourcentage de bonnes réponses	40%	85%	40%	70%	50%	40%	50%

Patiente	39	40	41	42	43	44	45	46
Age	30 ans	21 ans	35 ans	30 ans	21 ans	25 ans	25 ans	30ans
Lieu de résidence	Urbain	Rural	Semi-urbain	Urbain	Rural	Urbain	Semi-urbain	Urbain
Enfants	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Allaitement maternel								
Informations sur AM								
Influence de l'entourage								
Avis favorable/défavorable								
Question 1	V	V	V	F	F	V	V	V
Question 2	F	V	V	F	V	V	V	V
Question 3	F	F	F	F	F	F	V	V
Question 4	V	F	V	V	V	V	V	V
Question 5	V	V	F	F	F	F	V	V
Question 6	F	F	F	F	V	F	V	F
Question 7	F	V	V	V	F	V	V	V
Question 8	F	V	F	V	V	V	F	V
Question 9	F	V	V	F	V	F	F	V
Question 10	V	V	V	V	V	V	V	F
Question 11	F	F	F	F	V	V	F	V
Question 12	V	V	V	V	F	F	V	V
Question 13	F	F	F	F	F	V	F	V
Question 14	F	V	F	F	V	F	F	V
Question 15	F	V	V	V	V	F	F	V
Question 16	V	F	V	F	F	F	V	V
Question 17	V	F	V	V	V	F	F	V
Question 18	V	F	F	F	V	V	F	V
Question 19	V	V	V	V	F	V	V	F
Question 20	F	F	F	F	F	V	V	V
Nombre d'erreurs	11	9	9	12	9	9	8	3
Pourcentage de bonnes réponses	45%	55%	55%	40%	55%	55%	60%	85%

Patiente	47	48	49	50	51	52	53
Age	29 ans	24 ans	21 ans	20 ans	21 ans	24 ans	21 ans
Lieu de résidence	Urbain	Rural	Urbain	Urbain	Urbain	Urbain	Rural
Enfants	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Allaitement maternel							
Informations sur AM							
Influence de l'entourage							
Avis favorable/défavorable							
Question 1	F	F	F	F	V	V	V
Question 2	V	V	F	V	V	V	V
Question 3	V	V	V	V	V	V	F
Question 4	V	V	V	V	F	F	F
Question 5	V	V	F	V	F	F	F
Question 6	V	F	F	F	F	F	F
Question 7	V	V	V	V	V	V	V
Question 8	V	F	V	V	V	V	V
Question 9	V	F	V	V	V	V	V
Question 10	V	V	V	V	V	V	V
Question 11	V	F	F	V	F	F	F
Question 12	V	V	F	V	F	F	F
Question 13	F	F	F	V	F	F	F
Question 14	F	V	V	F	F	F	F
Question 15	F	F	F	F	F	V	V
Question 16	F	V	F	F	F	V	V
Question 17	V	F	V	V	V	V	V
Question 18	F	F	F	V	V	V	F
Question 19	F	V	V	V	F	F	V
Question 20	F	F	F	F	F	F	V
Nombre d'erreurs	9	10	11	6	11	9	9
Pourcentage de bonnes réponses	55%	50%	45%	70%	45%	55%	55%

Patiente	54	55	56	57	58	59	60
Age	21 ans	24 ans	34 ans	25 ans	26 ans	27 ans	25 ans
Lieu de résidence	Urbain	Rural	Semi-urbain	Urbain	Urbain	Semi-urbain	Semi-urbain
Enfants	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Allaitement maternel							
Informations sur AM							
Influence de l'entourage							
Avis favorable/défavorable							
Question 1	V	V	V	V	V	F	V
Question 2	F	V	V	V	V	F	V
Question 3	F	F	F	V	V	V	V
Question 4	V	V	V	V	V	V	V
Question 5	F	V	F	V	F	F	F
Question 6	F	F	F	V	F	F	F
Question 7	V	V	F	V	V	V	V
Question 8	V	V	V	V	V	V	V
Question 9	V	V	V	V	F	V	F
Question 10	V	V	V	V	V	V	V
Question 11	F	F	F	V	F	V	F
Question 12	V	F	F	V	V	F	V
Question 13	F	F	F	V	F	F	F
Question 14	V	F	F	V	F	F	F
Question 15	F	V	F	F	V	V	V
Question 16	V	V	F	V	V	F	F
Question 17	V	V	F	V	F	V	F
Question 18	F	V	F	V	F	F	F
Question 19	V	V	V	V	F	V	V
Question 20	F	V	F	V	V	V	V
Nombre d'erreurs	9	6	13	1	9	9	9
Pourcentage	55%	70%	35%	95%	55%	55%	55%

Patiente	61	62	63
Age	22 ans	24 ans	43 ans
Lieu de résidence	Rural	Urbain	Rural
Enfants	Non	Non	Non
Allaitement maternel			
Informations AM			
Influence de l'entourage			
Avis favorable/défavorable			
Question 1	V	V	V
Question 2	V	V	V
Question 3	V	F	F
Question 4	V	V	V
Question 5	V	V	F
Question 6	F	F	F
Question 7	V	V	F
Question 8	V	V	V
Question 9	V	F	V
Question 10	V	V	F
Question 11	F	F	F
Question 12	V	F	V
Question 13	F	V	F
Question 14	F	F	F
Question 15	F	V	F
Question 16	F	V	F
Question 17	F	V	F
Question 18	V	F	F
Question 19	V	V	V
Question 20	V	F	V
Nombre d'erreurs	7	8	12
Pourcentage de bonnes réponses	65%	60%	40%

ANNEXE 7 : Nombre et pourcentage de bonnes réponses pour chaque question en fonction des groupes et sous-groupes

Question N°	BONNES REPONSES				
	TOTAL Nombre/pourcentage	Femmes avec enfants	Femmes qui ont allaité	Femmes qui n'ont pas allaité	Femmes sans enfants
1	38 60,3%	20 52,6%	13 52%	7 53,8%	18 72%
2	51 81%	31 81,6%	22 88%	9 69%	20 80%
3	42 66,7%	29 76,3%	24 96%	5 38,5%	13 52%
4	50 80%	29 76,3%	20 80%	9 69,20%	21 84%
5	31 49%	20 52,6%	16 64%	4 30,8%	11 44%
6	16 25%	12 31,6%	11 44%	1 7,7%	4 16%
7	50 79%	30 78,9%	24 96%	6 46,15%	20 80%
8	43 68%	22 57,9%	18 72%	4 30,8%	21 84%
9	41 65%	24 63,1%	16 64%	8 61,5%	17 68%
10	57 90%	34 89,5%	22 88%	12 92,3%	23 92%
11	16 25%	9 23,6%	8 32%	1 7,7%	7 28%
12	37 59%	22 57,9%	17 68%	5 38,5%	15 60%
13	9 14%	4 10,5%	1 4%	3 23%	5 20%
14	24 38%	17 44,7%	10 40%	7 53,8%	7 28%
15	30 48%	18 47,4%	11 44%	7 53,8%	12 48%
16	34 54%	22 57,9%	13 52%	9 69,2%	12 48%
17	47 75%	31 81,6%	21 84%	10 76,9%	16 64%
18	42 67%	32 84,2%	24 96%	8 61,5%	10 40%
19	50 79%	31 81,6%	20 80%	11 84,6%	19 76%
20	30 47.6%	19 50%	12 48%	7 53,8%	11 44%



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription de Pharmacie



TITRE DE LA THESE : Etat des lieux sur les connaissances des femmes âgées de 18 à 45 ans sur l'allaitement maternel et rôle du pharmacien

AUTEUR : MICHON Aude

RESUME : L'allaitement maternel est actuellement un enjeu pour la société. Plusieurs organisations mondiales et associations en font la promotion et recommandent six mois d'allaitement exclusif. Des études ont montré que la France se trouvait bien loin derrière certains pays européens. Plusieurs causes peuvent expliquer ce retard, dont le manque de connaissances des femmes. Une étude a donc été réalisée au sein d'une officine de quartier, pour faire l'état des lieux des connaissances des femmes sur l'allaitement maternel. Globalement, les résultats de l'étude montrent que les femmes ont des connaissances et que les femmes qui ont allaité ont un meilleur savoir sur le sujet. Cependant, de nombreuses idées reçues sont encore dans les esprits des femmes, qu'elles aient ou non des enfants. L'étude a permis de cibler plusieurs idées reçues, qui pourront ainsi servir de support au pharmacien pour apporter des solutions et contrer ces mauvaises informations.

MOTS-CLES : allaitement maternel, recommandations, avantages de l'allaitement maternel, connaissances des femmes, idées reçues.