

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 04 Juillet 2016
Par Mme ROHART Pauline**

**LA PLACE DU PHARMACIEN DANS
L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FEMME ALLAITANTE
Enquête officinale dans le Nord-Pas-de-Calais**

Membres du jury :

Président : M. DINE Thierry, Praticien hospitalier en Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie, Université Lille 2

Assesseur : Mme HANNOTHIAUX Marie-Hélène, Maître de conférences en Toxicologie, Faculté de Pharmacie, Université Lille 2

Membre extérieur : Mme FOURDINIER Hélène, Docteur en pharmacie, Boulogne-sur-Mer



**Faculté des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques de Lille**

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>



Université Lille 2 – Droit et Santé

Président : Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE
Vice- présidents : Professeur Alain DUROCHER
Professeur Régis BORDET
Professeur Eric KERCKHOVE
Professeur Eric BOULANGER
Professeur Frédéric LOBEZ
Professeur Damien CUNY
Professeur Benoit DEPREZ
Professeur Murielle GARCIN
Monsieur Pierre RAVAUX
Monsieur Larbi AIT-HENNANI
Monsieur Antoine HENRY

Directeur Général des Services : Monsieur Pierre-Marie ROBERT

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen : Professeur Damien CUNY
Vice-Doyen, 1^{er} assesseur : Professeur Bertrand DECAUDIN
Assesseur en charge de la pédagogie Dr. Annie Standaert
Assesseur en charge de la recherche Pr. Patricia Melnyk
Assesseur délégué à la scolarité Dr. Christophe Bochu
Assesseur délégué en charge des relations internationales Pr. Philippe Chavatte
Assesseur délégué en charge de la vie étudiante M. Thomas Morgenroth

Chef des services administratifs : Monsieur Cyrille PORTA

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
Mme	CAPRON	Monique	Immunologie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DINE	Thierry	Pharmacie Clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	DUTHILLEUL	Patrick	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie

M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie Clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	Chimie Organique (ICPAL)

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Chimie Thérapeutique 1
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie Clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	Chimie Thérapeutique 2
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences Végétales et Fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences Végétales et Fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie Générale
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie Générale
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences Végétales et Fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
Mme	GRAS	Hélène	Chimie Thérapeutique 3
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie Thérapeutique 2
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY – MAILLOLS	Anne Catherine	Droit et économie Pharmaceutique
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHÉRAERT	Eric	Droit et économie Pharmaceutique
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire
M.	TARTAR	André	Chimie Organique
M.	VACCHER	Claude	Chimie Analytique
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie Organique
M.	MILLET	Régis	Chimie Thérapeutique (ICPAL)

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique

Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

Liste des Maitres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	AGOURIDAS	Laurence	Chimie Thérapeutique 2
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie (90%)
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie Cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie Industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie Cellulaire (80%)
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie (80%)
Mme	CHARTON	Julie	Chimie Organique (80%)
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie (80%)
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie Cellulaire
M.	FARCE	Amaury	Chimie Thérapeutique 2
Mme	FLIPO	Marion	Chimie Organique
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacologie Galénique
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie Thérapeutique 1
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie Pharmaceutique

Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	NEUT	Christel	Bactériologie
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	WILLEMAGNE	Baptiste	Chimie Organique
M.	WELTI	Stéphane	Sciences Végétales et Fongiques
M.	YOUS	Saïd	Chimie Thérapeutique 1
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

M.	FURMAN	Christophe	Pharmacobiochimie (ICPAL)
Mme	GOOSSENS	Laurence	Chimie Organique (ICPAL)
Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL

Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie Pharmaceutique

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie Pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BERTOUX	Elisabeth	Pharmacie Clinique - Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
M.	CUCCHI	Malgorzata	Information Médicale
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	GILLOT	François	Droit et économie Pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DEKYNDT	Bérengère	Pharmacie Galénique
M.	PEREZ	Maxime	Pharmacie Galénique

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements

A Monsieur Thierry Dine, qui m'a fait l'honneur d'être président du jury. Merci pour sa disponibilité et son enseignement durant ces années de faculté.

A ma conseillère de thèse, Madame Marie-Hélène Hannotiaux, qui a fait preuve de patience. Merci pour son soutien et ses nombreux conseils tout au long de la réalisation de cette thèse.

A Hélène, bien plus qu'une ancienne collègue, qui m'a fait un grand plaisir en acceptant de faire partie de mon jury. Merci également à sa binôme, Marie, de m'avoir aidée à réaliser cette enquête. Travailler durant deux années à vos côtés a été une superbe expérience. Vous avez été essentielles à ma formation et m'avez appris énormément de choses.

Un grand merci à ma jumelle, Sarah, qui a été mon plus grand soutien, qui a su m'encourager quand je ralentissais le rythme et me rassurer quand je doutais. Merci d'avoir passé de très nombreuses heures à relire et corriger ce travail. Ton avis a toujours compté pour moi et je ne pourrai jamais avancer sans.

Merci à mon Thomas, sur qui j'ai relâché mes nerfs de nombreuses fois. Malgré ça, tu as accepté de partager ta vie avec moi et je ferai tout pour qu'elle soit meilleure que ces derniers mois...

Merci également à mes parents pour leur soutien et leur amour. A mon papa, qui accepte encore d'héberger sa grande fille et qui à jouer l'imprimeur professionnel pour cette thèse. A ma maman, qui continue de me gâter au quotidien, et qui reste ma plus grande confidente.

Pour finir, merci à tous mes proches, familles et amis, qui m'apportent beaucoup de bonheur.

Table des matières

Introduction	15
1^{ère} partie : L'allaitement maternel en France et dans le monde	17
1. Promotion de soutien de l'allaitement maternel	18
1.1. Historique de la promotion internationale de l'allaitement	18
1.1.1. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981)	18
1.1.2. Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF (1989).....	19
1.1.3. Déclaration Innocenti (1990).....	19
1.1.4. IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébé (1991).....	20
1.1.5. Les résolutions de l'AMS concernant l'alimentation des jeunes enfants (1985-2005).....	20
1.1.6. Rapport du réseau de l'IBFAN (2004).....	21
1.2. Historique de la promotion de l'allaitement en France.....	22
1.2.1. Les mesures prises en France.....	22
1.2.2. Programme national nutrition santé (PNNS).....	23
1.2.3. Plan d'action rédigé par le Dr Dominique TURCK (2010)	23
1.2.4. Les « associations »	24
2. Situation de l'allaitement maternel.....	25
2.1. Situation de l'allaitement maternel en France.....	25
2.1.1. Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2010.....	25
2.1.2. Etude Epifane (2012-2013).....	26
2.2. Situation de l'allaitement maternel dans le reste du monde	29
2.2.1. L'Europe.....	29
2.2.2. Dans le Monde.....	31
3. Comment expliquer la situation de l'allaitement en France ?	32
3.1. Le rôle des nourrices	33
3.1.1. Les nourrices : un phénomène ancien	33
3.1.2. Les nourrices : un phénomène français	33
3.2. La révolution du lait en poudre	34
3.2.1. La découverte du lait en poudre.....	34
3.2.2. La pression publicitaire	34
3.3. La Révolution Féminine.....	35
3.3.1. Au XX ^e siècle.....	35
3.3.2. De nos jours.....	36
3.4. Manque d'informations	37
3.4.1. Sur les bonnes pratiques	37
3.4.2. Des professionnels de santé.....	38

2ème partie : Les secrets et bienfaits de l'allaitement maternel	40
1. Anatomie et physiologie de la lactation	41
1.1. Anatomie de la glande mammaire	41
1.1.1. Anatomie externe	41
1.1.2. Anatomie interne du sein lactant.....	42
1.1.3. Evolution de la glande mammaire.....	43
1.1.4. Anomalies de développement mammaire : cas de l'hypoplasie mammaire	44
1.2. Production de lait.....	45
1.2.1. Lactogénèse de type I.....	45
1.2.2. Lactogénèse de type II.....	45
1.3. La régulation de la lactation.....	46
1.3.1. La production de lait.....	46
1.3.2. Capacité de stockage	47
1.3.3. Éjection et transfert du lait : rôle de l'ocytocine	47
2. Composition du lait maternel	48
2.1. Composition du lait maternel mature en comparaison au lait de vache	48
2.1.1. Protéines.....	49
2.1.2. Lipides	50
2.1.3. Glucides.....	50
2.1.4. Sels minéraux	51
2.1.5. Vitamines	51
2.2. Evolution de la composition du lait maternel	53
2.2.1. Au cours du temps.....	53
2.2.2. Au cours d'une tétée	54
2.2.3. En fonction de l'état nutritionnel de la mère	55
3. Les bienfaits de l'allaitement.....	55
3.1. Les bienfaits pour la santé du bébé.....	55
3.1.1. Prévention des infections.....	56
3.1.2. Prévention de l'allergie.....	57
3.1.3. Prévention du risque de surpoids et d'obésité	57
3.1.4. Prévention du risque vasculaire	58
3.1.5. Prévention du diabète de type I	59
3.1.6. Développement neurocognitif et psychoaffectif.....	59
3.1.7. Autres effets plus controversés.....	59
3.1.8. Cas particulier de l'enfant prématuré	60
3.2. Les bienfaits pour la santé de la mère.....	60
3.2.1. Bénéfices du post-partum	60
3.2.2. Prévention des cancers gynécologiques.....	61
3.2.3. Prévention des maladies cardiovasculaires	61
3.2.4. Protection contre l'ostéoporose.....	61

4.	Modalités pratiques de l'allaitement.....	62
4.1.	Les contre-indications à l'allaitement maternel : le vrai du faux.....	62
4.1.1.	Les vraies contre-indications	62
4.1.2.	Les contre-indications temporaires	64
4.1.3.	Le cas par cas.....	64
4.1.4.	Fausse contre-indications	66
4.2.	La première tétée	67
4.3.	Les bonnes positions pour allaiter	67
4.3.1.	Prise correcte du sein	68
4.3.2.	Positions pour les tétées.....	68
4.4.	Allaitement à la demande	69
4.5.	Signes d'un allaitement efficace	70
4.6.	Le sevrage.....	70
3ème partie : Le rôle du pharmacien dans l'accompagnement de la femme allaitante.....		72
1.	Présentation du questionnaire.....	73
1.1.	Objectifs du questionnaire	73
1.1.1.	Objectifs généraux.....	73
1.1.2.	Objectifs personnels	73
1.2.	Méthode	74
1.2.1.	Déroulement des interrogatoires.....	74
1.2.2.	Biais dans l'étude.....	74
2.	Analyse du questionnaire	74
2.1.	Allaitement maternel : des disparités sociales ?.....	74
2.1.1.	Situation générale	75
2.1.2.	Situation socioprofessionnelle	76
2.1.3.	Conclusions	80
2.2.	Informations reçues sur l'allaitement maternel	80
2.2.1.	Différentes sources d'information.....	80
2.2.2.	La place du professionnel de santé	82
2.2.3.	La place du pharmacien.....	82
2.2.4.	Conclusions	83
2.3.	La décision d'allaiter ou non	84
2.3.1.	« Je veux allaiter mon enfant »	84
2.3.2.	« Je ne veux pas allaiter mon enfant »	85
2.3.3.	« J'ai allaité mon enfant »	86
2.3.4.	Conclusions	87
3.	Le rôle du pharmacien dans l'accompagnement de la femme allaitante	87
3.1.	La place du pharmacien dans la démarche de soin	87
3.1.1.	Avant la naissance.....	87
3.1.2.	Le retour à la maison	90

3.2. La place du pharmacien face aux difficultés rencontrées	90
3.2.1. Douleurs et lésions des mamelons	90
3.2.2. Engorgements et mastites	94
3.2.3. Canal lactifère bouché	95
3.2.4. Insuffisance de lait	96
3.2.5. Réflexe d'éjection fort.....	97
3.2.6. Hyperlactation	98
3.2.7. Synthèse des difficultés : les cas de comptoir	98
3.3. Matériel pour l'allaitement.....	99
3.3.1. Tire-lait et tétérèlle	99
3.3.2. Divers accessoires.....	102
3.3.3. Les aides spéciales.....	103
3.4. Allaitement et médicaments	104
3.4.1. Critères à prendre en compte dans le choix d'un médicament pour une femme allaitante	104
3.4.2. Que conseiller à une femme qui allaite à l'officine ?	106
3.4.3. Les médicaments contre-indiqués ou vivement déconseillés	107
3.4.4. Conclusion	108
Conclusion	109
Annexes	110
Bibliographie	121

Liste des cartes et affiches

Carte 1 : Taux d'initiation à l'allaitement dans 21 pays de l'OCDE en 2008

Affiches 1-3 : Publicités sur la supériorité du lait infantile

Affiche 4 : Soutenir l'allaitement : ce que les papas peuvent faire

Affiche 5 : « Allaiter et travailler ... C'est possible ! »

Liste des figures :

Figure 1 : Les dix conditions pour le succès de l'allaitement (OMS/UNICEF-1989)

Figure 2 : Taux d'allaitement nationaux en Europe à 3 ou 4 mois et à 6 mois

Figure 3 : Évolution des différentes étiquettes du lait Guigoz (1908, 1914, 1950-60, de nos jours)

Figure 4 : Structure du sein

Figure 5 : La glande mammaire

Figure 6 : Evolution de la glande mammaire de la grossesse au sevrage

Figure 7 : Position du bébé au sein

Figure 8 : Choix du mode d'alimentation en fonction de l'âge de la mère

Figure 9 : Choix du mode d'alimentation en fonction de la situation personnelle de la mère

Figure 10 (1) : Niveau de scolarité des femmes n'ayant pas allaité / Figure 10 (2) : ayant allaité

Figure 11 : Choix du mode d'alimentation en fonction du niveau de scolarité de la mère

Figure 12 : Choix du mode d'alimentation en fonction de la situation professionnelle de la mère

Figure 13 : Choix d'alimentation en fonction du niveau de renseignement

Figure 14 : Les différentes sources d'informations utilisées sur l'allaitement

Figure 15 : « Avec quel(s) professionnel(s) de santé avez-vous parlé de votre décision d'allaiter ou non ? »

Figure 16 : « Pensez-vous que votre pharmacien a les compétences pour répondre à vos questions au sujet de l'allaitement ? »

Figure 17 : « Votre pharmacien a-t-il abordé le sujet avec vous ? »

Figure 18 : « Auriez-vous aimé qu'il le fasse ? »

Figure 19 : Temps d'allaitement par rapport au souhait initial

Figure 20 : Causes des douleurs et des lésions aux mamelons

Figure 21 : Expression manuelle

Figure 22 : L'assouplissement par contre-pression

Figure 23 : Coupelle d'allaitement

Figure 24 : Forme-mamelons

Figure 25 : Bouts de sein en silicone

Figure 26 : Le dispositif d'aide à la lactation

Figure 27 : Biberon de Haberman

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Comparaison régionale : Allaitement au sein exclusif ou partiel

Tableau 2 : Définition des quatre modalités de l'allaitement maternel

Tableau 3 : Évolution de l'allaitement maternel de la naissance à 12 mois en fonction des quatre modalités d'allaitement

Tableau 4 : Utilisation des préparations pour nourrissons en association ou non avec l'allaitement maternel

Tableau 5 : Composition moyenne comparative du lait maternel, du lait de vache et des préparations pour nourrissons

Tableau 6 : Composition moyenne comparative en vitamines du lait maternel, du lait de vache demi-écrémé et du lait artificiel

Tableau 7 : Comparaison des compositions du colostrum et du lait mature

Tableau 8 : Les facteurs « anti-infectieux » du lait de femme

Tableau 9 : Signes d'un transfert efficace de lait

Tableau 10 : Caractéristiques de quelques tire-lait disponibles à l'officine

Tableau 11 : Médicaments conseil chez la femme allaitante

Tableau 12 : Médicaments contre-indiqués ou vivement déconseillés chez la femme allaitante

Liste des abréviations

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

UNICEF = Fonds des Nations Unies pour l'enfant

IHAB = Initiative Hôpital Ami des Bébés

AMS = Assemblée mondiale de la Santé

IBFAN = International Baby Food Action Network

InVS = Institut de veille sanitaire

OCDE = Organisation de Coopération et de Développement Economiques

VIH = Virus de l'immunodéficience humaine

CREFAM = Centre de Recherche d'Evaluation et de Formation à l'Allaitement Maternel

ACPL = Association des consultations en Lactation Professionnels de santé

CRAT = Centre de référence sur les Agents Tératogènes

OIT = Organisation Internationale du Travail

INPES = Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

AINS = Anti-inflammatoires non stéroïdiens

ANSES = Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

Introduction

Depuis les années 2000, les parents s'orientent à nouveau de plus en plus vers l'allaitement maternel. Bien plus qu'un simple effet de mode, il est reconnu par l'OMS comme la meilleure alimentation pour les nourrissons et les jeunes enfants. Malgré l'amélioration de la qualité des laits infantiles, la composition nutritionnelle et l'apport en substances biologiques du lait maternel ne peuvent être reproduits. Aucun autre lait que celui d'une mère ne peut s'adapter de façon permanente aux besoins du nourrisson en croissance. L'effet bénéfique pour la santé du nourrisson, largement reconnu dans les pays où les conditions économiques et d'hygiène demeurent précaires, est également démontré pour les pays industrialisés.

Le choix d'allaiter ou non reste un sujet sensible à travers lequel les jeunes parents se confrontent aux jugements des autres. Chaque individu possède une vision de la parentalité qui lui est propre et qui est fonction de son vécu personnel, de son environnement familial, de ses conditions socio-économiques, de sa religion, de sa culture... Que la décision soit d'allaiter ou non, elle fera malheureusement l'objet de critiques. Les femmes qui ne désirent pas allaiter se sentent victimes d'une pression sociale en faveur de l'allaitement maternel et ressentent de la culpabilité lorsqu'il leur est reproché de « *ne pas donner le meilleur à leur enfant* ». A l'inverse, certaines seront jugées d'avoir prolongé leur allaitement et s'entendent dire que « *leur enfant est trop grand pour prendre le sein !* ». Sans oublier également celles qui essayent l'allaitement mais qui à la moindre difficulté se voient proposer un lait infantile. Chaque femme a des besoins et envies différents mais toutes ont besoin d'une même chose : d'écoute et de soutien.

Pour les pouvoirs publics, l'allaitement maternel est devenu un véritable enjeu de santé publique. A ce titre, et dans le respect des convictions de chaque femme, il est de la responsabilité des professionnels de santé de donner une information claire et objective sur la pratique de l'allaitement maternel et sur ses bénéfices. Mais encore faut-il qu'ils aient reçu une formation suffisante sur le sujet. Le pharmacien d'officine dispose de nombreux atouts pour intervenir dans l'éducation pour la santé, comme sa proximité et sa disponibilité, mais reste très peu formé pour conseiller dans le domaine de l'allaitement.

Le travail proposé sur « Le rôle du pharmacien dans l'accompagnement de la femme allaitante » a pour but de m'aider à répondre au mieux aux attentes d'une femme allaitante franchissant la porte de l'officine mais également de sensibiliser mes collègues sur le sujet.

La première partie est consacrée à la situation de l'allaitement maternel dans notre pays et dans le reste du monde. Nous verrons, à travers certains points historiques, comment le biberon est devenu la norme pour l'alimentation du nourrisson au milieu du 20^{ème} siècle en France. Depuis, de nombreuses mesures de promotion de l'allaitement ont vu le jour et peuvent être injustement perçues comme une pression sociale des agences sanitaires et des professionnels de santé.

La deuxième partie permet ensuite de poser une base solide de connaissances indispensables pour répondre aux questions et inquiétudes des femmes qui viennent à l'officine. En détaillant l'anatomie et la physiologie de la lactation, mais aussi la composition du lait maternel, nous comprendrons pourquoi l'allaitement est considéré comme supérieur au lait artificiel et quelles en sont les modalités pratiques en chassant les trop nombreuses idées reçues.

La dernière partie est consacrée au rôle du pharmacien d'officine. Pour mieux le comprendre, je suis entrée directement en contact avec les jeunes mamans à travers la réalisation d'un questionnaire. L'expérience du terrain m'a permis de réaliser qu'il n'était pas toujours facile d'ouvrir le dialogue sur le sujet. Une démarche éducative doit être mise en place et nécessite une formation des professionnels de santé.

Pour finir, à partir des problèmes les plus souvent rencontrés au cours de l'allaitement, j'ai réalisé une synthèse sous forme de fiches pour aider les officinaux dans la prise en charge de ces difficultés.

1^{ère} partie : L'allaitement maternel en France et dans le monde

1. Promotion de soutien de l'allaitement maternel

1.1. Historique de la promotion internationale de l'allaitement

1.1.1. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981)

Depuis de nombreuses années, l'OMS et l'UNICEF place l'allaitement maternel comme une priorité en ce qui concerne la nutrition et la santé infantiles.

C'est en 1974, lors de la 27^{ème} Assemblée mondiale de la Santé que fut abordé pour la première fois le déclin général de l'allaitement maternel dans le monde. Ce constat est directement mis en relation avec des facteurs socioculturels mais aussi avec les promotions faites sur les produits de remplacement du lait maternel. Après plusieurs années de réunions et discussions sur la question d'édicter un code de pratiques publicitaires, ce n'est qu'en 1981 qu'il fut adopté sous la forme d'une recommandation et non d'un règlement. [1]

L'objectif de ce Code est de protéger l'allaitement maternel de la promotion commerciale en recommandant la restriction de la vente des substituts du lait maternel, des biberons et des tétines. L'usage abusif de publicité pour encourager l'utilisation de ces produits a affecté de façon significative les mères mais également les professionnels de santé et les systèmes de soins. Il est ainsi rappelé que l'allaitement maternel reste la nutrition la plus sûre et la plus adéquate pour le nourrisson.

Le Code aborde plusieurs grandes thématiques comme la qualité des produits de substitutions, leur étiquetage, le rôle des systèmes de soins et des professionnels de santé [1]...

Voici quelques exemples de recommandations :

- l'interdiction de la promotion des laits artificiels, tétines ou biberons au grand public,
- l'interdiction de donner des échantillons gratuits aux familles et aux mères,
- l'interdiction de distribuer des cadeaux et des échantillons personnels aux professionnels de santé,
- l'interdiction d'utiliser du personnel payé par les fabricants pour contacter ou donner des conseils aux mères,
- l'interdiction de la promotion de ces produits dans les systèmes de soins de santé,
- pas d'image de nourrissons ou autres représentations de nature à idéaliser l'utilisation des préparations pour nourrissons sur l'étiquette des produits,
- l'étiquette doit mentionner la supériorité de l'allaitement maternel ainsi qu'une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.

Depuis la publication du Code, de nombreux pays du monde ont intégré ces recommandations au sein de leur législation.

1.1.2. Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF (1989)

En 1989, la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF propose les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » [Figure 1] [2]. Ces critères serviront par la suite à donner le label « IHAB » aux maternités qui soutiennent l'allaitement maternel.

<p style="text-align: center;">Dix conditions pour le succès de l'allaitement</p> <p><i>Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et de soins aux nouveau-nés devraient :</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.2. Donner à tous les personnels soignants la formation et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique.4. Mettre les nouveau-nés en contact peau-à-peau avec leur mère immédiatement à la naissance et pendant au moins une heure, encourager les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter, et offrir de l'aide si nécessaire.5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.7. Laisser l'enfant avec sa mère 24h par jour.8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.
--

Figure 1 : Les dix conditions pour le succès de l'allaitement (OMS/UNICEF-1989)

1.1.3. Déclaration Innocenti (1990)

En 1990, les décideurs de quarante pays ont rédigé la Déclaration Innocenti qui demandait aux gouvernements de lancer des programmes pour protéger, promouvoir et encourager l'allaitement maternel. Il est alors déclaré que « *toutes les femmes devraient avoir la possibilité de pratiquer l'allaitement maternel exclusif et que tous les nourrissons devraient être nourris exclusivement au lait maternel de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois* ». Il est également précisé « *que les enfants devraient continuer à être nourris au sein, tout en recevant une alimentation de complément appropriée et adéquate jusqu'à l'âge de 2 ans ou au-delà* ». [3]

Pour mettre en œuvre ces programmes, des objectifs ont été élaborés et demandent : [3]

- de désigner un coordinateur national et de créer un comité national pour la promotion de l'allaitement maternel,
- de faire en sorte que les maternités respectent les dix conditions de 1989,
- de prendre des mesures pour mettre en œuvre le Code de 1981,
- de promulguer des lois protégeant le droit d'allaiter pour les femmes qui travaillent.

Ces objectifs ont été mis à jour lors du quinzième anniversaire de la Déclaration Innocenti en 2005 à Florence. [Annexe 1] [4].

1.1.4. IHAB : Initiative Hôpital Ami des BébéS (1991)

L'initiative « Hôpital Ami des BébéS » a été lancée en 1991 (3) d'après les dix conditions pour le succès de l'allaitement, la déclaration Innocenti et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'OMS et de l'UNICEF. Les centres de naissances reçoivent la désignation « Ami des bébéS » lorsqu'ils adhèrent aux dix conditions et respectent toutes les dispositions du Code international [5].

Dans les pays industrialisés, l'IHAB a débuté de façon très lente. Les coordinateurs de ces pays se sont retrouvés face à des réticences de la part des autorités de santé qui ne saisissaient pas l'utilité d'un tel label.

En France, la première attribution n'a eu lieu qu'en mai 2000. Depuis, 26 établissements ont été labellisés « Amis des bébéS » dont 6 qui se situent dans le département du Nord (CH Roubaix, CH Cambrai, CH Valenciennes, CH Tourcoing, GHICL Lille, CH Lille) [6].

Ce label « HAB », accordé pour une durée de quatre ans, concerne tous les nouveau-nés et leurs parents c'est-à-dire quel que soit le mode d'alimentation choisi. Il ne s'agit pas pour les établissements certifiés de prôner l'allaitement maternel comme seul et unique mode d'alimentation mais de transmettre une information claire, valide et pertinente qui permette aux mères de faire un choix éclairé.

1.1.5. Les résolutions de l'AMS concernant l'alimentation des jeunes enfants (1985-2005)

Tous les deux ans, l'AMS fait un bilan de la situation internationale alimentaire infantile et renforce l'action du Code par des résolutions. Ces dernières doivent être connues et suivies par les gouvernements, les fabricants et les agents de santé.

De 1985 à 2005, 11 nouvelles résolutions ont été adoptées pour clarifier et renforcer le Code, et pour fixer de nouveaux objectifs. Elles reprennent les points suivants [7] :

- les laits de suite ne sont pas nécessaires,

- ne donner aucun échantillon de substitut du lait maternel,
- accroître le rôle des gouvernements en faveur des professionnels de santé,
- améliorer le rôle du gouvernement dans la surveillance par un organisme indépendant de l'application du Code et des résolutions,
- s'assurer que la commercialisation des aliments de complément ne nuise pas à l'allaitement maternel exclusif et à sa promotion,
- recommander l'allaitement maternel exclusif pour une durée de 6 mois (et non plus de 4 à 6 mois),
- informer des possibles contaminations intrinsèques des laits en poudre.

Malgré l'importance de ce Code, peu de campagnes d'informations sont organisées et donc peu de personnes le connaissent.

Les gouvernements se sont engagés mais les industriels influents exercent des pressions contre son application. Face à ce pouvoir commercial, les gouvernements établissent tous les deux ans un rapport à l'OMS sur leurs progrès pour l'application du Code international. Les industriels sont censés surveiller leurs pratiques. Des associations comme l'IBFAN signalent les manquements aux gouvernements et à l'OMS.

1.1.6. Rapport du réseau de l'IBFAN (2004)

L'IBFAN fut fondé en 1979 suite à la réunion conjointe de l'OMS et de l'UNICEF sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. C'est un réseau international d'associations et de professionnels de santé soucieux d'apporter une meilleure santé et nutrition aux enfants en promouvant l'allaitement maternel. Il veille en particulier au respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel en dénonçant les infractions [8].

Le rapport de 2004 du réseau IBFAN examine les pratiques de promotions de 16 fabricants de lait pour bébés et de 14 fabricants de biberons et tétines entre janvier 2002 et avril 2004 à partir de 3000 constats établis dans 69 pays [9]. Le résultat est sans appel puisque de nombreuses violations persistent toujours. La promotion des substituts du lait maternel était toujours aussi abusive en 2005, soit 25 ans après la création du Code international.

Voici quelques exemples de violations :

- l'ajout d'additifs « justifié » par un prétendu apport nutritionnel (par exemple, des acides gras censés rendre l'enfant plus intelligent),
- la distribution d'échantillons gratuits,
- des informations délivrées sans aucune validité scientifique,
- le dénigrement de l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois,
- un démarchage auprès des services et professionnels de santé....

Tant que ces violations du Code ne seront pas correctement sanctionnées, elles continueront à persister malgré la mise en œuvre de nouvelles résolutions.

Appliquer le Code ne veut pas dire « interdire les biberons », ni même forcer les femmes à allaiter. C'est simplement protéger l'allaitement en interdisant la publicité non éthique pour le lait artificiel, et permettre ainsi aux nouveaux parents de faire un choix vraiment éclairé.

1.2. Historique de la promotion de l'allaitement en France

1.2.1. Les mesures prises en France

En mai 1991, la Commission Européenne adopte une directive qui reflète certaines dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (directive 91/321/EEC).

Quelques années plus tard, la France modifie sa législation pour suivre cette directive européenne. La loi n°94-442 du 3 Juin 1994 et le décret n°98-688 du 30 Juillet 1998 ont marqué les premiers pas du gouvernement français vers la mise en œuvre du Code international [10].

En résumé, ces mesures ne s'appliquent qu'au lait premier âge et mentionnent :

- qu'il ne faut aucune représentation du nourrisson sur l'étiquette et qu'il doit y être mentionné la supériorité de l'allaitement au sein,
- qu'aucune publicité ne doit apparaître dans les revues destinées au grand public, et que pour celles scientifiques l'annonce doit être limitée à des faits et des informations,
- qu'aucune distribution gratuite ne sera faite dans les maternités, centre PMI, cabinets médicaux. Seuls quelques organismes comme la Croix Rouge peuvent distribuer du lait premier âge gratuitement.
- Qu'enfin, on devra être obligatoirement informé de la supériorité du lait maternel.

Les mesures prises par le gouvernement ne concernent pas les laits deuxième âge, ni les biberons et tétines contrairement aux recommandations du Code international. Leurs distributions gratuites lors de manifestations ainsi que leurs publicités dans les magazines destinés aux familles sont donc tout à fait légales en France. Pour finir, les relations entre professionnels de santé et industries alimentaires infantiles ne sont pas traitées. [10]

Une directive européenne plus récente (directive 2006/141/CE) datant du 22 décembre 2006, concerne cette fois les préparations pour nourrissons (0-6 mois) ainsi que les préparations de suite (6-12 mois). Cette directive rappelle que « *dans le souci d'assurer une meilleure protection de la santé du nourrisson, il convient que les règles de composition, d'étiquetage et de publicité [...] soient conformes aux principes et buts formulés par le Code international* », et que, « *étant donné l'importance que revêt pour les femmes enceintes et les mères de nourrissons, dans*

le choix du type d'alimentation pour leur enfant, l'information diffusée sur l'alimentation infantile, il est nécessaire que les Etats membres prennent les mesures appropriées de manière à ce que l'information diffusée sur l'alimentation infantile [...] n'aille pas à l'encontre de l'allaitement maternel ».

Cette directive a été transcrite en droit français par l'arrêté du 11 avril 2008 [11].

1.2.2. Programme national nutrition santé (PNNS)

Ce programme a été lancé en janvier 2001. Il a pour objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses principaux facteurs: la nutrition. Le programme a été prolongé en 2006 puis en 2011.

La nutrition a un rôle clef qui n'est plus à prouver sur le plan de la santé. Le risque de développer de nombreuses maladies (cancer, maladies cardiovasculaires, obésité, diabète de type II, ostéoporose...) peut être réduit en suivant les recommandations nutritionnelles nationales.

Ce programme comporte quatre grands enjeux [12] :

- réduire l'obésité et le surpoids de la population,
- augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges,
- réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles,
- améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risques.

C'est dans ce dernier objectif qu'on va retrouver la promotion de l'allaitement maternel qui est devenu un réel enjeu de santé publique en France. Cependant, il n'existe à ce jour aucune sorte de «coordination nationale» sur ce thème. Sa promotion passe essentiellement par des organisations professionnelles et des associations.

C'est au travers de publications officielles que le ministère de la Santé s'adresse aux professionnels de santé avec la mise en place de recommandations, mais aussi au grand public avec l'édition de guides et brochures réalisés dans le cadre du PNNS.

1.2.3. Plan d'action rédigé par le Dr Dominique TURCK (2010)

Le Professeur Dominique TURCK est pédiatre à l'hôpital Jeanne de Flandres du CHRU de Lille. Il est responsable du comité de nutrition de la Société française de pédiatrie et membre du comité de pilotage du PNNS.

En 2010, il publie un rapport analysant les conditions d'amélioration de la promotion de l'allaitement maternel. Les propositions d'actions décrites abordent plusieurs thèmes : l'organisation nationale/régionale/locale ; la grossesse et les maternités ; le retour à domicile ; le travail ; l'information des femmes, de leur entourage et du public ; et les populations fragiles. [Annexe 2] [11].

1.2.4. Les « associations »

Les associations jouent un rôle essentiel dans la promotion, l'information et l'accompagnement de l'allaitement maternel. Elles constituent même la dixième condition pour le succès de l'allaitement maternel (OMS/UNICEF-1991) : « *Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique* ».

Voici une liste non exhaustive de quelques associations. [13]

1.2.4.1. La Leche League (LLL)

La Leche League France fut créée en 1979 et forme la plus importante association au service des mères qui allaitent. Ce soutien apporté aux parents passe par des réunions, une permanence téléphonique, par courriel, par un groupe facebook, par des congrès... Avec ses 385 groupes, l'association est présente dans presque tous les départements de France et d'Outremer.

1.2.4.2. Solidarilait

Solidarilait fut créé en 1981 au lactarium de l'Institut de puériculture de Paris. Ce réseau de solidarité a pour but d'aider et de soutenir les mères qui désirent allaiter en respectant leur projet quelle que soit la durée de leur allaitement. L'harmonie du couple et de la famille, ainsi que le respect des repères sensori-affectifs du nourrisson ont une place prépondérante dans les conseils apportés aux parents par l'association.

1.2.4.3. Coordination Française pour l'allaitement maternel (COFAM)

La COFAM fut créée en 2000 et rassemble plusieurs associations de soutien et d'informations sur l'allaitement, ainsi que des professionnels de santé qui agissent pour promouvoir l'allaitement.

Chaque année, la COFAM organise une Journée Nationale de l'Allaitement (JNA), et la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM) qui a lieu la 3ème semaine d'octobre. Elles permettent d'aller à la rencontre des familles et des professionnels de santé et sont relayées par les médias qui transmettent les informations et actualités sur ce sujet.

La COFAM propose également des groupes de travail qui sont chargés d'agir sur des thèmes précis comme sur l'allaitement et la reprise du travail, la formation initiale des professionnels de santé ou pour faire connaître le Code international.

1.2.4.4. Association IPA

L'association « Information pour l'Allaitement » a été fondée en 1996. Elle est gérée par des professionnels de santé spécialisés dans l'allaitement maternel. Elle

collecte des informations, notamment à travers le CERDAM (Centre Ressource Documentaire pour l'Allaitement Maternel), qui sont ensuite mises à disposition et diffusées auprès des professionnels mais aussi auprès du grand public.

1.2.4.5. La PMI : Protection Maternelle et Infantile

La PMI, créée en 1945, est un service public chargé de la protection médico-sociale des futures mères, des mères et enfants jusqu'à 6 ans. Ce service fonctionne avec des médecins, des sages-femmes, des puéricultrices, des psychologues, des assistantes sociales et travailleuses familiales. Chaque conseil général définit ensuite sa politique de promotion et soutien à l'allaitement maternel et réfléchit aux actions que le service de PMI peut mettre en place. Cette organisation joue un rôle de premier plan pour accompagner les familles, que celles-ci allaitent ou non leurs enfants, mais aussi pour renforcer les liens parents-enfants.

2. Situation de l'allaitement maternel

2.1. Situation de l'allaitement maternel en France

2.1.1. **Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2010**

Les ENP permettent de suivre l'évolution d'indicateurs relatifs à la santé de la mère et du nouveau-né, aux pratiques médicales pendant la grossesse et à l'accouchement, et aux facteurs de risque périnatal. Ils fournissent également des informations sur des questions particulières, pour aider à l'évaluation et à la décision des actions de santé. Quatre enquêtes ont eu lieu en 1995, 1998, 2003 et en 2010. La prochaine enquête est programmée en mars 2016.

2.1.1.1. Taux d'initiation de l'allaitement maternel au niveau national [14]

En 2010, l'ENP a été réalisée sur un échantillon de 15 418 enfants et 15 187 femmes. L'initiation à l'allaitement en maternité a augmenté de façon importante au cours des quinze dernières années. Si on retient comme indicateur « l'allaitement au sein exclusif », qui est la pratique recommandée par l'OMS, la proportion d'enfants nourris uniquement au sein est passée de 40,5% en 1995, 45% en 1998, 55,4% en 2003 à 60,2% en 2010. Cette augmentation est le résultat des mesures prises depuis la fin des années 90 en faveur de l'allaitement maternel.

2.1.1.2. Taux d'initiation de l'allaitement maternel au niveau régional [14]

La comparaison régionale du taux d'allaitement permet d'adapter les actions de promotion aux besoins de chaque région. Les disparités des résultats entre les régions ne datent pas d'hier. L'allaitement est plus pratiqué à l'Est qu'à l'Ouest et plus au Sud qu'au Nord. [Tableau 1]

	Effectifs	%
Métropole	14 176,00	67,39
Régions⁽¹⁾ :		
REGION PARISIENNE :	3 348,00	78,30
Paris	782,00	78,30
Petit-Couronne	1 303,00	80,40
Grande-Couronne	1 263,00	76,20
BASSIN PARISIEN	2 230,00	60,90
Ouest	1 242,00	62,50
Est	988,00	59,30
NORD	1 068,00	58,70
OUEST	1 791,00	58,80
EST	1 126,00	70,10
SUD-OUEST	1 283,00	67,10
CENTRE-EST	1 744,00	74,50
MEDITERRANEE	1 586,00	70,70
Godeloupe, Guyane, Réunion	481,00	83,80

(1) Les régions :

- Bassin parisien Ouest : Centre, Basse et Haute-Normandie
- Bassin parisien Est : Bourgogne, Champagne-Ardenne, Picardie
- Nord : Nord-Pas-de-Calais
- Ouest : Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes
- Est : Alsace, Franche-Comté, Lorraine
- Sud-Ouest : Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées
- Centre-Est : Auvergne, Rhône-Alpes
- Méditerranée : Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côtes d'Azur, Corse

Tableau 1 : Comparaison régionale : Allaitement au sein exclusif ou partiel [14]

Les ENP ne renseignent que sur la prévalence de l'initiation à l'allaitement et non sur sa durée. Il faut attendre octobre 2014 pour que l'InVS publie les résultats de l'étude Epifane sur « l'épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie ».

2.1.2. Etude Epifane (2012-2013)

L'étude Epifane de 2012-2013 [15] a permis d'estimer pour la première fois en France la durée de l'allaitement maternel ainsi que son degré d'exclusivité sur une année [tableau 3]. Cette étude a porté sur un échantillon aléatoire d'enfants nés au

premier trimestre 2012 dans 136 maternités tirées au sort en France métropolitaine. Les données sur l'alimentation de l'enfant ont été recueillies par interrogatoire à la maternité à 1, 4, 8 et 12 mois.

Pour déterminer l'évolution de l'alimentation lactée de chaque enfant au cours de sa première année de vie, quatre modalités d'allaitement ont été définies : l'allaitement maternel exclusif, prédominant, mixte, et l'allaitement avec diversification [tableau 2].

		Autorisé	Exclu
Allaitement maternel exclusif		SRO ⁽¹⁾ , Médicaments/Vitamines/Minéraux	Autres liquides (eau/jus de fruit/tisane), Autres aliments, PN ⁽²⁾
Allaitement maternel prédominant		SRO, Médicaments/Vitamines/Minéraux, Autres liquides (eau/jus de fruit/tisane)	Autres aliments, PN, Autres « liquides » à base d'aliments
Allaitement maternel en association	Allaitement mixte	SRO, Médicaments/Vitamines/Minéraux, Autres liquides (eau/jus de fruit/tisane) + PN	Aliment semi-solide ou solide, lait de vache, laits d'autres animaux et les laits « végétaux »
	Allaitement avec diversification	+/- PN, au moins un aliment semi-solide ou solide, du lait de vache ou autre animal ou lait « végétal »	

(1) SRO = Solution de Réhydratation Orale

(2) PN = préparations pour nourrissons du commerce

Tableau 2 : Définition des quatre modalités de l'allaitement maternel

	Allaitement exclusif (%)	Allaitement prédominant (%)	Allaitement en association (%)	% global de femmes allaitantes
A la maternité	Non renseigné			74 ⁽¹⁾
A 1 mois	28	7	19	54
A 3 mois	10	11	18	39
A 6 mois	1,5		21,5	23
A 12 mois	0		9	9

(1) tient compte de toutes les tentatives d'allaitement maternel, quelle que soit sa durée

Tableau 3 : Évolution de l'allaitement maternel de la naissance à 12 mois en fonction des quatre modalités d'allaitement

Parmi les mères ayant essayé d'allaiter à la maternité (74%), la moitié continuait encore à 15 semaines. La médiane de l'allaitement maternel¹ exclusif ou prédominant n'est cependant que de 24 jours. Près de 40 % des enfants étaient toujours allaités à 3 mois mais seulement 21% de façon exclusive ou prédominante.

¹ Médiane d'allaitement maternel = âge auquel la moitié des enfants étaient encore allaités.

A 6 mois, le taux d'allaitement exclusif ou prédominant chute à 1,5% et moins d'un enfant sur quatre était encore allaité.

Type d'alimentation lactée	Maternité	3 mois	6 mois	12 mois
PN ⁽¹⁾ et AM ⁽²⁾	15,0	17,8	12,0	4,6
PN sans AM	23,3	60,8	77,0	83,5
% global d'enfants recevant des PN	41,3	78,6	89,0	88,1

(1) Préparations pour nourrissons du commerce

(2) Allaitement maternel, quel que soit son degré d'exclusivité (exclusif, prédominant, mixte ou avec diversification)

Tableau 4 : Utilisation des préparations pour nourrissons en association ou non avec l'allaitement maternel

Le tableau 4 décrit l'utilisation des préparations pour nourrissons en association ou non avec l'allaitement. On constate que 41% des enfants recevaient déjà des préparations pour nourrissons à la maternité. Ce taux passe à 79% à 3 mois et est quasiment de 90% à 6 mois.

L'étude Epifane montre qu'on est très loin des recommandations internationales qui préconisent l'allaitement maternel de façon exclusive jusqu'à 6 mois. L'instauration précoce de préparations pour nourrissons est associée négativement avec la durée de l'allaitement et conduit le plus souvent à un sevrage précoce.

Le taux d'allaitement à la naissance, à 3, 6 et 12 mois est également analysé selon les caractéristiques des mères et de l'accouchement. Celui-ci est plus élevé avec l'âge, le fait d'être mariée, d'avoir un niveau d'études supérieur au baccalauréat, d'être née à l'étranger, de ne pas avoir fumé pendant sa grossesse, d'avoir suivi des cours de préparation à l'accouchement, d'avoir été en contact peau-à-peau avec son enfant dans l'heure suivant l'accouchement et de savoir que son conjoint avait une perception positive de la femme qui allaite. [15]

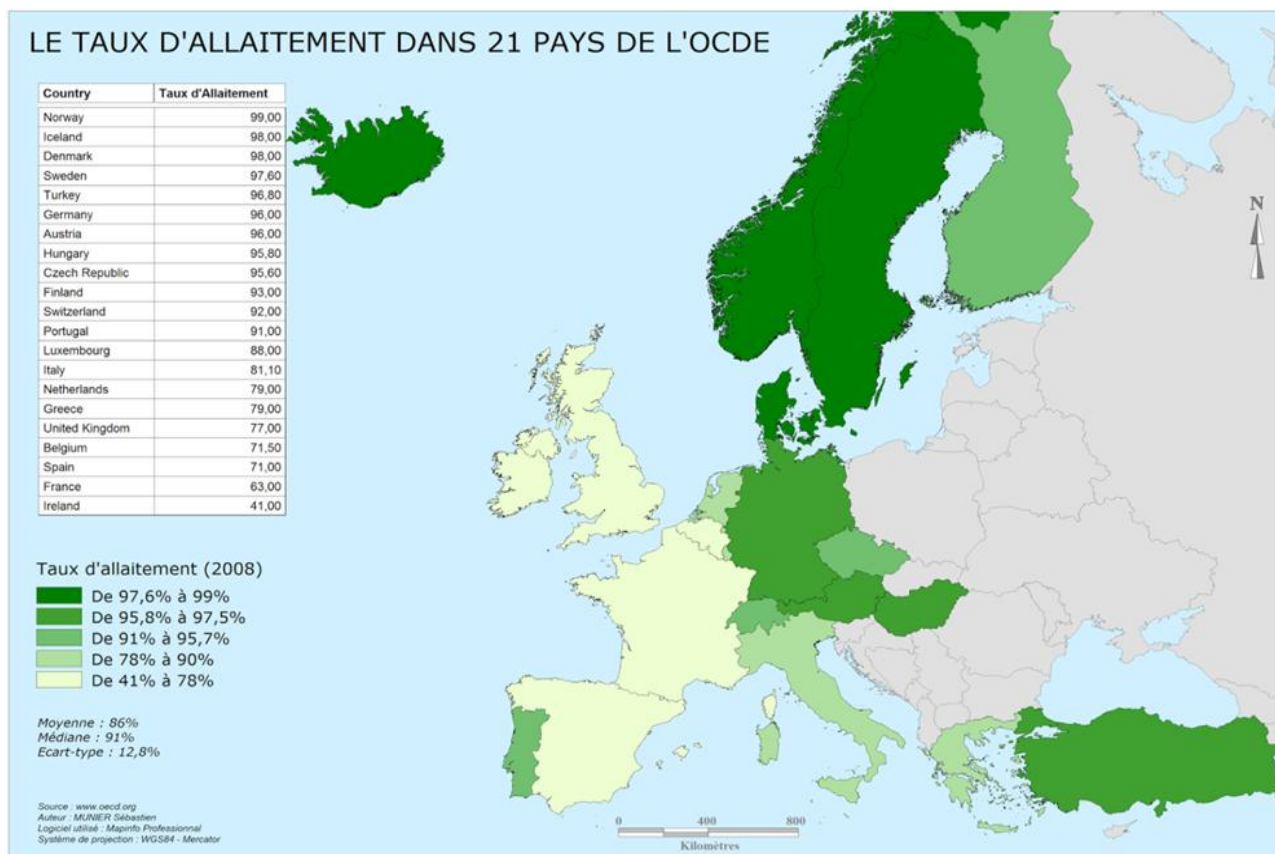
Ces facteurs sont associés de façon significative à l'allaitement maternel jusque l'âge de 3 mois (excepté pour le niveau d'étude et le contact peau-à-peau qui sont significatifs jusque 6 mois). Les critères identifiés dans cette étude fournissent des pistes d'intervention sur les populations à davantage sensibiliser.

La faible durée d'allaitement en France est également liée au soutien insuffisant des futurs parents au cours de la grossesse. La promotion de l'allaitement maternel passe nécessairement par une information plus importante mais doit aussi faire l'objet d'une formation renforcée des professionnels de santé.

2.2. Situation de l'allaitement maternel dans le reste du monde

2.2.1. L'Europe

Même si le taux d'allaitement en France est en constante augmentation depuis plusieurs années, il reste l'un des plus faibles d'Europe.



Carte 1 : Taux d'initiation à l'allaitement dans 21 pays de l'OCDE en 2008 [16]

La Carte 1 nous montre les pays où l'allaitement maternel est le plus souvent initié. La grande majorité des pays ont un taux supérieur à 80% avec en tête des pays comme la Norvège, la Suède, le Danemark, mais également la Suisse, le Portugal ou l'Allemagne. La France, quant à elle, figure en bas du classement avec seulement 63% d'initiation à l'allaitement en 2008.

Même si la prévalence est plus forte chez nos voisins, la plupart des pays européens restent très éloignés des recommandations faites par l'OMS, c'est-à-dire de pratiquer l'allaitement exclusif pendant 6 mois [Figure2] [17]. Seuls les pays du Nord se démarquent des autres.

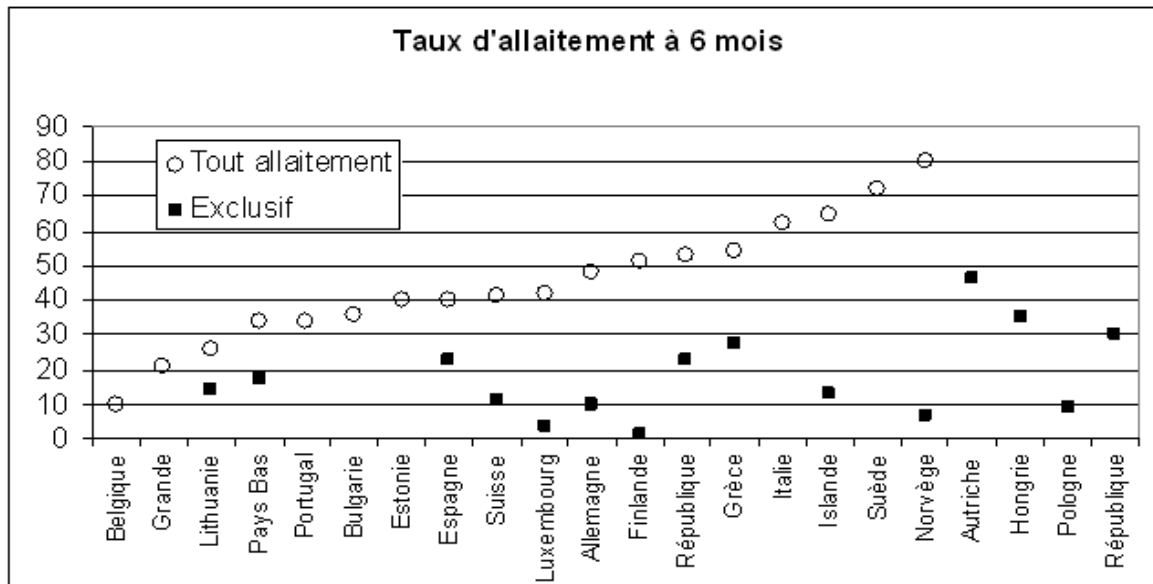
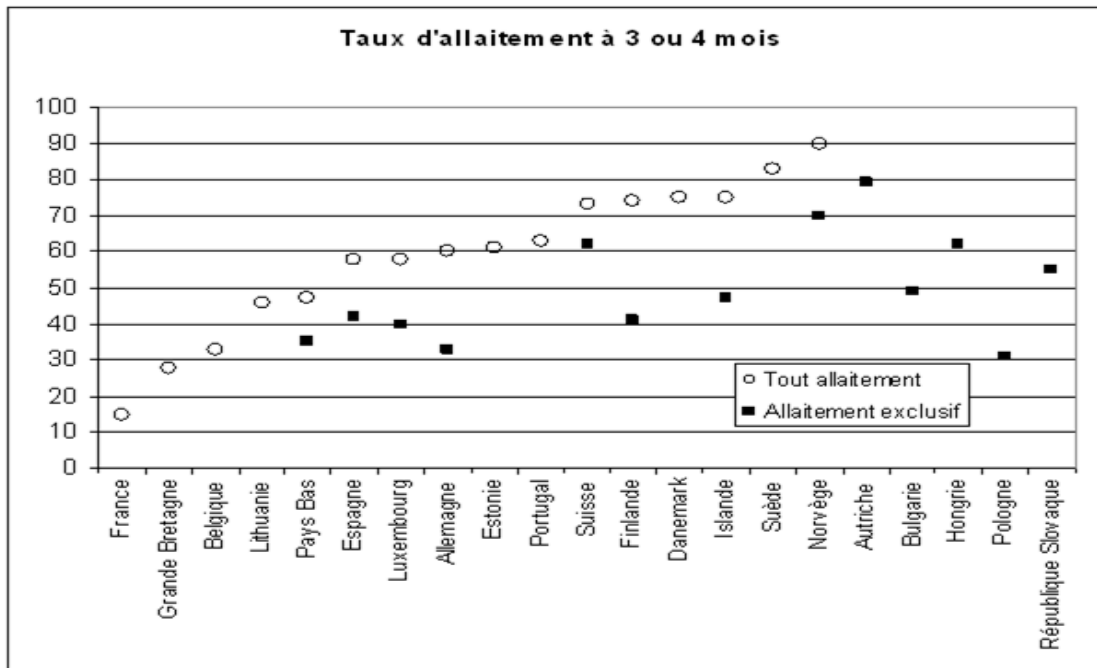


Figure 2 : Taux d'allaitement nationaux en Europe à 3 ou 4 mois et à 6 mois

Les pays scandinaves représentent un véritable idéal en ce qui concerne l'allaitement maternel, si bien qu'ils sont souvent pris en exemple par l'OMS pour promouvoir les avantages.

Au milieu des années 70 en France, à l'époque de la révolution féminine, l'allaitement maternel était considéré comme le devoir d'une femme au foyer et ne reflétait pas l'image d'une femme moderne active. Dans les pays du Nord, ce mouvement a donné une autre vision à l'allaitement et l'a revendiqué comme un droit. Beaucoup de choses ont alors été instaurées pour le faire valoir. L'IHAB a été mise en place dès 1993 et la Suède comptait déjà 58 hôpitaux labellisés en 1996. De nos jours, la volonté politique de ces pays y est toujours forte et est soutenue par des associations très actives.

2.2.2. Dans le Monde

J'ai choisi de détailler deux situations du Monde. Dans un premier temps, le Brésil, qui mise sur une politique de promotion forte et ensuite, le tiers-monde, où l'allaitement peut être une question de survie.

2.2.2.1. Brésil : l'allaitement au cœur de sa politique de santé publique

Le Brésil est un exemple mondial pour la mise en œuvre d'une stratégie politique pour l'allaitement. Tout commence en 1981 avec le lancement de son « Programme de soutien à l'allaitement maternel ». Il comprend des campagnes dans les médias, la formation des professionnels de santé, des conseils individualisés, l'élaboration et la mise à disposition de matériels éducatifs, la création de groupes d'appui dans les communautés, l'instauration de lois de protection de l'allaitement, et le contrôle du marketing des laits artificiels. [18]

En 2008, la « deuxième enquête de prévalence de l'allaitement maternel » indique que la durée médiane de l'allaitement maternel est de 11,2 mois et que celle pour l'allaitement exclusif est de 1,8 mois (54,1 jours). Elle montre également que la prévalence de l'allaitement exclusif est de 51,2 % pour les enfants de moins de 4 mois. [19]

Le gouvernement brésilien a joué un rôle déterminant dans l'augmentation de ces taux. Une cellule technique de la santé de l'enfant et de l'allaitement maternel a été fondée au sein de son ministère de la santé.

Le pays a été l'un des premiers à avoir adopté dans son intégralité le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Il détient ensuite le plus grand réseau de banque de lait humain au monde. Ce dernier collecte, traite et distribue le lait maternel mais aide également les femmes allaitantes dont les enfants sont hospitalisés ou qui rencontrent une difficulté avec l'allaitement. En 2003, a été d'ailleurs créée la journée nationale de donation de lait qui a lieu tous les 1er octobre. Des mesures ont aussi été prises pour concilier allaitement et travail. En 2008, le congé maternité passait de 4 à 6 mois. Pour finir, les pouvoirs publics favorisent la création de salle sur le lieu de travail pour permettre aux salariées de recueillir et conserver leur lait pendant la journée. [18]

Malgré les efforts déployés, le Brésil reste aussi en dessous des recommandations internationales. Les fortes disparités régionales, la pression des industriels, le maintien de la « culture du biberon » ainsi que le manque de ressources humaines qualifiées font partie des obstacles à la réussite de l'allaitement.

Le rôle du professionnel de santé et l'amélioration de sa formation sont donc indispensables pour pouvoir atteindre un jour les recommandations internationales.

2.2.2.2. Tiers-monde : l'allaitement pour lutter contre la mortalité infantile

Les pays du tiers-monde connaissent un taux important de morbidité et mortalité infantiles. L'allaitement maternel sauve chaque année des milliers de vies notamment là où l'accès à l'eau potable et à l'assainissement est faible. Il protège des décès dus aux diarrhées et aux infections respiratoires en particulier pendant les premiers mois de la vie. Cependant, les femmes vivant dans ces régions sont confrontées à un dilemme quant au choix de l'alimentation de leur nourrisson puisque le taux d'infection par le VIH y est le plus élevé. L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH constitue un enjeu de premier ordre pour l'OMS et l'UNICEF en raison du risque de transmission du virus via le lait maternel. [20]

Sans interventions, environ 35% des femmes enceintes séropositives transmettent l'infection à leur bébé soit pendant la grossesse ou l'accouchement, soit pendant l'allaitement. Sans mesures préventives, environ 10 à 20% des nourrissons nés de mères infectées contracteront le virus via le lait maternel s'ils sont nourris au sein pendant deux ans [21]. Ce pourcentage est divisé environ par 3 si l'allaitement ne dure que 6 mois. Ne pas allaiter élimine le risque de transmission du virus mais, dans ces régions, la mortalité infantile liée à l'alimentation artificielle et aux conditions de vie est supérieure au risque de contracter le virus... De plus, l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois présente un risque de transmission au VIH trois à quatre fois moins important par rapport à l'alimentation mixte. En effet, on pense que les autres aliments, jus de fruit et eau, donnés au nourrisson, parallèlement au lait maternel, pourraient endommager la paroi intestinale et favoriser la transmission du virus.

En 2010, les recommandations sur le VIH et l'alimentation des nourrissons ont été revues par les Nations Unies après quelques années de recherches [20]. Il a été prouvé que l'administration d'un traitement antiviral chez le nourrisson exposé au VIH peut significativement réduire le risque de transmission post-natale du VIH par l'allaitement. Ces recommandations indiquent que le risque global de transmission du virus de la mère à l'enfant peut être abaissé à moins de 5% avec l'utilisation de ces antirétroviraux (contre précédemment 35%).

La balance bénéfice/risque reste en faveur de l'allaitement maternel même en cas de séropositivité.

3. Comment expliquer la situation de l'allaitement en France ?

La France n'a jamais été portée sur l'allaitement, et ce, depuis des siècles. La place et l'évolution de la femme dans la société ont été un frein à cette pratique. A cela s'ajoute un manque d'informations et de soutien pour les jeunes parents.

3.1. Le rôle des nourrices

3.1.1. Les nourrices : un phénomène ancien

L'allaitement a été pendant des millénaires le seul moyen de nourrir son enfant puisqu'il n'existait pas d'alternatives possibles au lait de femme. Le lait était considéré comme la continuité de la grossesse. Le fœtus était nourri dans le ventre de sa mère grâce au placenta. Après l'accouchement, on pensait que le sang « montait » jusqu'aux seins et se transformait, après une « coction », en lait. Il était donc considéré comme du sang cuit et blanchi. [22]

Le recours aux nourrices² date de plusieurs siècles avant Jésus-Christ. A cette époque, elles n'étaient appelées qu'en cas de stricte nécessité, comme lors du décès de la mère, de grossesses multiples, d'une pathologie ou d'un manque de lait provenant de la mère. Ce n'est que bien plus tard, au début de l'Antiquité gréco-romaine, que les premières raisons sociales apparaissent. Il n'était pas digne d'une femme de la haute société d'allaiter son enfant soi-même. On croyait également qu'il y avait une incompatibilité entre les rapports sexuels et le fait d'allaiter. Si l'intérêt du mari ou de la famille exige que la femme reprenne sa liberté par rapport à ce qui peut être comme une contrainte, l'acte d'allaiter devait alors être délégué par une nourricière. L'allaitement avait une valeur inférieure au rôle social de la femme. Avoir recours à une nourrice était un privilège réservé aux riches parents. [22]

3.1.2. Les nourrices : un phénomène français

En France, « l'industrie nourricière » prend un réel engouement au XIX^e siècle pendant la Révolution industrielle. L'activité économique de la mère devient d'une importance cruciale pour la famille et justifie le placement des enfants en nourrice. Les enfants étaient plus ou moins expatriés loin de chez eux pendant les premiers mois de vie. Les familles les plus aisées pouvaient embaucher une nourrice à domicile mais la plupart des enfants étaient envoyés en campagne. Environ un enfant sur dix était envoyé en nourrice à cette époque.

Les conditions de voyage et la famine étaient responsables d'une forte mortalité pour les enfants déplacés. C'est pourquoi, dès le début du XIX^e siècle, les nourrices ont été interdites dans tous les pays d'Europe sauf en France... Les familles françaises ont recouru aux nourrices plus tardivement et massivement qu'ailleurs en Europe. [22]

Ce n'est qu'en 1874, face à une importante mortalité infantile, que les parlementaires français décident d'adopter une loi sur « *la protection des enfants du premier âge* » qui prévoit la surveillance des nourrices et de tous les enfants de

² Nourrice = femme qui allaite l'enfant d'une autre.

moins de deux ans « placés, moyennant salaire, en nourrice, en sevrage et en garde ». [22]

Dans le même temps, les travaux de Pasteur ont apporté une meilleure hygiène aux biberons permettant une baisse de la mortalité. L'allaitement par la nourrice est alors plus ou moins consciemment associé à la mortalité alors que le biberon assure la vie.

3.2. La révolution du lait en poudre

3.2.1. La découverte du lait en poudre

A la fin du XIX^e les nourrices deviennent de moins en moins nombreuses. Les femmes qui décident de ne pas allaiter nourrissent alors leur enfant avec du lait de vache sucré. Mais ce substitut au lait maternel ne convient pas aux nourrissons.

En Europe, un pharmacien suisse, Henri Nestlé, cherche un moyen de lutter contre la mortalité infantile et la malnutrition. En 1860, il élabore une farine lactée à base de lait de vache et de céréales.

Quelques décennies après, en 1908, un autre suisse, Maurice Guigoz invente le premier lait infantile grâce au procédé de dessiccation qui consiste à chauffer le lait sous vide à basse température. La poudre obtenue est ensuite ajoutée à de l'eau pour reconstituer le lait. Le produit sort sous le nom de « Crémo » et connaît un succès immédiat. C'est en 1927 que la marque fera son apparition dans les pharmacies françaises et connaîtra le même engouement auprès des jeunes mamans. [23]

En 1937, Guigoz sera l'un des premiers à utiliser le procédé d'Upérisation à Haute Température (UHT) pour stériliser le lait. Désormais, le lait infantile peut se conserver plusieurs mois tout en gardant son goût et ses qualités nutritives. [23]

A la fin des années 1980, les laits artificiels, vendus jusqu'à présent uniquement dans les pharmacies, se retrouvent dans les rayons des grandes surfaces. Les parents ne passent plus forcément chez leur pharmacien pour demander des conseils sur l'alimentation de leur enfant. Seuls quelques laits, dits « thérapeutiques », sont encore vendus uniquement en pharmacie comme les laits anti-régurgitations.

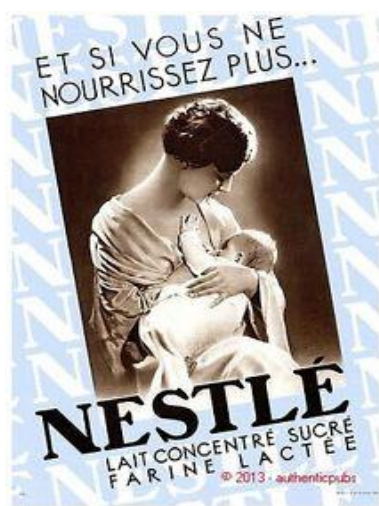
3.2.2. La pression publicitaire

Figure 3 : Évolution des différentes étiquettes du lait Guigoz (1908, 1914, 1950-60, de nos jours)



La réglementation sur la commercialisation des substituts du lait a fait un grand pas en avant ces dernières années. Conformément à la directive européenne 91/321/EEC, et comme nous pouvons le constater sur les conditionnements récents, aucune représentation de nourrissons n'idéalise le produit. Auparavant, la publicité ainsi que les étiquettes sur les boîtes étaient libres. Aucune mention ne figurait quant à la supériorité du lait maternel. La publicité a exercé une pression forte et a contribué au déclin de l'allaitement durant le siècle dernier. Les préparations pour nourrisson étaient présentées comme le meilleur choix pour la croissance et le bon développement de l'enfant mais aussi pour améliorer son sommeil [Affiches 2 et 3]. Certaines publicités sous-entendaient même la nécessité de ces substituts face à l'insuffisance du lait maternel [Affiche 1].

Affiche 1



Affiches 2 et 3



3.3. La Révolution Féminine

3.3.1. Au XX^e siècle

Durant la première guerre mondiale, les femmes ont acquis une place nouvelle dans la société. Elles se sont rendues indispensables pendant cette période en remplaçant leur mari dans les champs, les usines, les bureaux ou les écoles. Elles ont appris à être autonomes et ont prouvé qu'elles pouvaient être l'égal de l'homme. Le travail de la femme à l'extérieur ainsi que la découverte de la stérilisation et du lait en poudre marquent la « modernité », alors que l'allaitement est perçu comme un modèle ancien et dépassé.

Durant la deuxième guerre mondiale sous le gouvernement de Vichy, un retour de « la femme au foyer » est prôné. Le travail des femmes est découragé, l'avortement est sévèrement réprimé, et le gouvernement favorise les familles nombreuses aux dépens des hommes/femmes célibataires ou des couples sans enfant... A la fin des années 1960, face à l'image régressive du rôle de la femme dans la société, un mouvement féministe voit le jour notamment sous l'influence de Simone de Beauvoir. Le point culminant est atteint dans les années 1970 avec la maîtrise de la contraception mais aussi avec l'idée que la maternité est un

« esclavage » et un moyen de domination. Cette pensée est d'autant plus forte pour les femmes qui ont vécu sous le gouvernement de Vichy et qui ont connu ces atteintes à leurs libertés. Un conflit naît entre la « mère » et la « femme ». [24]

3.3.2. De nos jours

L'allaitement maternel suscite toujours de nombreux débats et questionne encore sur la liberté des femmes comme l'ont montré les récentes prises de positions à l'occasion de la publication de l'ouvrage d'Elisabeth Badinter. [25]

Surtout connue pour ses réflexions philosophiques sur le féminisme et la place des femmes dans la société, elle publie un livre en 2010 intitulé « *Le conflit : la femme et la mère* ». Elle y défend tout ce qui peut s'opposer au naturalisme qui constitue pour elle le pire danger pour l'émancipation des femmes et l'égalité des sexes. L'idée d'écrire ce livre s'est faite en 1998 à la suite de l'annonce de Bernard Kouchner, ministre de la santé de l'époque. Il décide de signer un décret, conformément à la directive européenne, interdisant la publicité des laits en poudre dans les maternités publiques ainsi que les dons. [26]

Pour Elisabeth Badinter, le choix de la maternité et ensuite de l'allaitement n'est pas libre et les femmes sont contraintes moralement par la société. Elle dénonce le retour à une maternité « naturaliste » avec le retour aux couches lavables, le refus de la péridurale, l'allaitement prolongé... Dans sa critique, elle juge responsable de ce mouvement la Leche League, qui selon elle, défend des idées parfois extrêmes.

Elle cite à plusieurs reprises dans ses interviews [26] les pays scandinaves comme un exemple à ne pas suivre et qui illustre la régression de la condition féminine. Dans ces pays, « *il est mal vu de reprendre une activité professionnelle avant la fin de ses congés maternités qui durent plus d'un an* » mais que « *pour de nombreuses femmes, le tête-à-tête exclusif avec son enfant peut se révéler une source d'aliénation* ».

De par son histoire, la France n'a pas la même vision que ces pays sur le rôle de la mère. Les familles françaises ont toujours fait appel à des nourrices pour s'occuper de leur enfant, alors que dans les pays scandinaves, le confier à une personne étrangère est souvent mal perçu.

L'une des principales causes d'arrêt de l'allaitement en France est la reprise du travail. Le congé maternité n'est que de 16 semaines, 6 avant l'accouchement et 10 après. Est-il possible de concilier reprise du travail et allaitement ? Les avis sont partagés. Le Code du travail prévoit qu' « *une salariée peut allaiter son enfant (ou tirer son lait) durant les heures de travail, pendant 1 an à compter de la naissance de l'enfant. Elle bénéficie dans ce cas d'une réduction de son temps de travail* ». Cette heure est répartie à raison de 30 minutes le matin et de 30 minutes l'après-midi et elle n'est pas rémunérée. On peut se demander alors si pour pouvoir allaiter son enfant il n'est pas plus simple de prendre un congé maternité. Cette idée est, à juste titre, perçue comme une régression vers les idées de Vichy et vers le maintien de la

femme à la maison. On ne devrait pas avoir à faire un choix entre son rôle de « femme » et son rôle « de mère ». L'allaitement doit rester un droit que le gouvernement français devrait rendre accessible. Les inégalités hommes/femmes au sein du travail et de la maternité sont encore au cœur de nombreux débats.

L'allaitement maternel ne devrait pas être vu comme un retour au naturalisme et se placer en opposition par rapport aux intérêts sociaux de la mère. Elisabeth Badinter accuse certains professionnels de santé « d'imposer moralement aux femmes d'allaiter ». Notre rôle n'est pas de convaincre, ni de culpabiliser mais d'écouter et accompagner les familles dans ce qu'elles considèrent être le meilleur choix pour leur enfant mais aussi pour elles-mêmes.

3.4. Manque d'informations

3.4.1. Sur les bonnes pratiques

La société dans laquelle nous vivons est dictée par des codes et des recommandations. L'alimentation du nourrisson a longtemps fait l'objet de « règles » comme sur le jeûne des premières heures, les premières tétées et même sur la proximité « mère-enfant ». Tout cela va à l'encontre de ce que l'on sait aujourd'hui sur l'allaitement maternel et a donc conduit à son échec.

3.4.1.1. Les premières tétées

Dès le XVII^e siècle, un débat s'installe autour de la première tétée entre les partisans d'un jeûne de quelques heures/jours et ceux qui préconisent la mise au sein rapide. A l'époque, on pensait que le premier lait de la mère (le colostrum) était mauvais pour le nourrisson puisqu'il y aurait une incompatibilité entre les écoulements de sang et de lait. Il fallait dans un premier temps purger l'estomac du bébé encombré du méconium³. Il était donc nourri avec de l'eau sucrée pendant un ou plusieurs jours. [22]

Malgré de nombreuses recherches scientifiques contestant cette pratique, elle restera dans les mœurs jusqu'au lendemain de la deuxième guerre mondiale.

3.4.1.2. L'intervalle entre les tétées

C'est à la fin du XIX^e siècle que des horaires stricts de tétées ont été fixés pour le bien-être du nourrisson.

Au départ, cette recommandation part d'une étude sur le temps de digestion du lait animal. A partir de cela il est décidé d'imposer un temps entre chaque tétée

³ Méconium = matière visqueuse verdâtre ou noirâtre accumulée dans l'intestin du bébé avant la naissance. Il est évacué dans les selles des premiers jours de vie. Il est composé de liquide amniotique, d'eau, de sécrétions intestinales, de desquamations cellulaires et de sang.

pour que la précédente soit bien digérée. Cependant, le lait animal est très différent du lait maternel qui est plus rapidement assimilé par le nourrisson. [22]

Cette pratique avait également pour but de « dresser » l'enfant. Il fallait qu'il apprenne à contrôler ses besoins mais aussi à obéir. Ce n'était pas à lui de décider, par ses cris, de l'heure des tétées. L'heure, l'intervalle, ainsi que la durée des tétées étaient ainsi réglementés.

Allaiter selon un horaire c'est prendre le risque à plus ou moins long terme de ne pas avoir assez de lait pour répondre aux besoins du bébé. Les professionnels de la petite enfance recommandent maintenant « l'allaitement à la demande » qui permet de répondre aux besoins du bébé et de respecter la physiologie de la lactation.

3.4.1.3. La proximité « mère-enfant »

Une certaine vision de l'éducation des nourrissons préconise de les laisser à « l'écart ». On entend souvent qu'il ne faut pas trop porter les enfants de peur qu'ils ne prennent de mauvaises habitudes ou qu'ils ne deviennent capricieux. L'éloignement du bébé est vu comme nécessaire pour le repos de la mère et pour la survie du couple. Or, dans ce cas, c'est surtout les pleurs qui signalent les besoins de l'enfant. Mais les pleurs ne sont pas le seul moyen d'expression pour le tout petit. Il existe des signaux qui indiquent qu'il est prêt à téter : il tâte ses poings, il salive, il fait des mouvements de succion. Seule une certaine proximité avec son enfant permet de détecter ces premiers signes. L'allaitement sera plus serein et plus simple pour la mère si le bébé ne pleure pas au moment de la mise au sein. Allaiter à la demande ne veut pas dire « allaiter aux pleurs ».

La méconnaissance du rythme des bébés et de la nécessité d'une proximité ont souvent conduit à un échec de l'allaitement maternel. Le manque de soutien, que ce soit de l'entourage du couple ou des professionnels de santé est également responsable du faible taux d'allaitement en France.

3.4.2. Des professionnels de santé

Un grand nombre de nouveaux parents sont issus des « générations biberons » et ne peuvent donc pas apprendre de leurs aînés. En cas de doute, ils se tournent donc vers les professionnels de santé.

L'OMS recommande 20 heures de cours sur le sujet. Cependant, il y a peu de formations initiales pour les médecins et les pharmaciens, et elles restent insuffisantes pour les sages-femmes et les puéricultrices.

Il existe néanmoins des formations pour les professionnels de santé souhaitant améliorer leurs compétences sur le sujet. Deux filières existent en France : le DIULHAM (Diplôme Inter Universitaire Lactation Humaine et Allaitement Maternel) qui est enseigné à tour de rôle à Lille, Brest, Grenoble et Toulouse ; et la

formation initiale de consultant en lactation (IBCLC). Deux organismes de formation (le CREFAM et l'ACLP) assurent la formation initiale des consultants en lactation en France et la préparation à l'examen. [13]

Les professionnels de santé, souvent peu formés et informés, font donc appel à leur culture familiale et à leurs valeurs personnelles. La parentalité est un domaine où les émotions et les représentations interfèrent beaucoup avec la pratique professionnelle. L'une des principales difficultés est donc de pouvoir être à l'écoute des familles, de s'adapter à leur situation sans imposer son point de vue.

2ème partie : Les secrets et bienfaits de l'allaitement maternel

1. Anatomie et physiologie de la lactation

La décision d'allaiter peut être favorisée par une information précoce des parents pendant la grossesse. Comprendre le fonctionnement de la lactation permet de mieux répondre aux interrogations de la mère et de lui donner tous les moyens pour réussir son allaitement.

1.1. Anatomie de la glande mammaire

1.1.1. Anatomie externe

La partie externe du sein est constituée du mamelon et de l'aréole et forme une unité appelée plaque aréolo-mamelonnaire.

1.1.1.1. Le mamelon

L'extrémité du mamelon contient une multitude de « petites ouvertures » permettant au lait de s'écouler au cours de l'allaitement. Il s'agit des canaux galactophores. En période de repos, c'est-à-dire hors grossesse et allaitement, ils sont souvent comblés de kératine [27].

Il existe plusieurs anomalies de forme du mamelon : plat ou court, invaginé mais érectile lors de la contraction du muscle aréolaire, ou ombiliqué mais non érectile.

Le plus souvent, la forme du mamelon n'a pas d'impact sur l'allaitement. Le mamelon plat engendre rarement des problèmes de prise du sein par le nourrisson. Une vigilance est simplement recommandée si le nouveau-né est hypotonique, petit ou prématuré. Si la prise au sein reste malgré tout difficile, l'utilisation d'un forme-mamelon ou d'un bout de sein pourra être proposée pour augmenter la longueur du mamelon. En ce qui concerne les seins ombiliqués, les mises au sein peuvent être plus compliquées. Ce phénomène est dû à un raccourcissement des canaux galactophores ce qui provoque un enfouissement du mamelon. [28]

1.1.1.2. L'aréole

L'aréole est la zone pigmentée autour du mamelon, sa taille et sa couleur varient selon les femmes. Elle est recouverte par des glandes appelées tubercules de Morgagni. Ces derniers augmentent de volume et de nombre pendant la grossesse et deviennent alors les tubercules de Montgomery. Ils vont sécréter une substance odorante qui lubrifie le mamelon et l'aréole. [27]

1.1.2. Anatomie interne du sein lactant

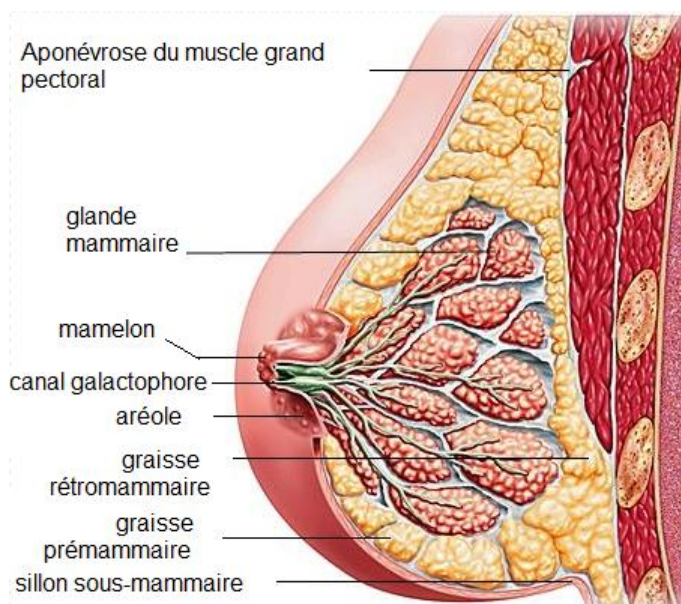


Figure 4 : Structure du sein [29]

Le sein, essentiellement formé de tissu adipeux, se compose également de glandes mammaires appelées lobules. Ce sont eux qui produisent le lait. Les lobules sont reliés au mamelon par l'intermédiaire d'un réseau de petits canaux appelés galactophores ou canaux lactifères [Figure 4].

Les tissus adipeux et glandulaires sont inséparables et intimement liés entre eux. La chirurgie de réduction mammaire ne peut donc retirer uniquement du tissu adipeux. Les glandes mammaires seront touchées et endommagées ce qui impactera sur la production de lait.

1.1.2.1. Le tissu conjonctif et adipeux

La quantité de tissu conjonctif et adipeux est en grande partie responsable du volume des seins. Ce dernier n'a donc aucun rapport avec la capacité de production du lait. La glande mammaire a sensiblement le même volume chez toutes les femmes et c'est elle qui fabrique le lait. Une femme qui a des seins de petite taille peut donc sans aucun problème allaiter.

Il existe deux couches graisseuses. La couche antérieure pré-glandulaire est cloisonnée par des travées de tissu conjonctif appelées ligaments de Cooper. Ce premier tissu graisseux n'apparaît pas au niveau de la plaque aréolo-mamelonnaire. Il existe ensuite une deuxième couche dite postérieure ou rétromammaire qui est séparée de l'aponévrose du grand pectoral par du tissu conjonctif.

1.1.2.2. La glande mammaire

La glande mammaire est organisée en 10 à 20 lobes indépendants. Chaque lobe est ensuite divisé en lobules et possède un canal lactifère. Le lobule constitue l'unité de sécrétion du lait et est formé de 10 à 100 alvéoles ou acini [Figure 5].

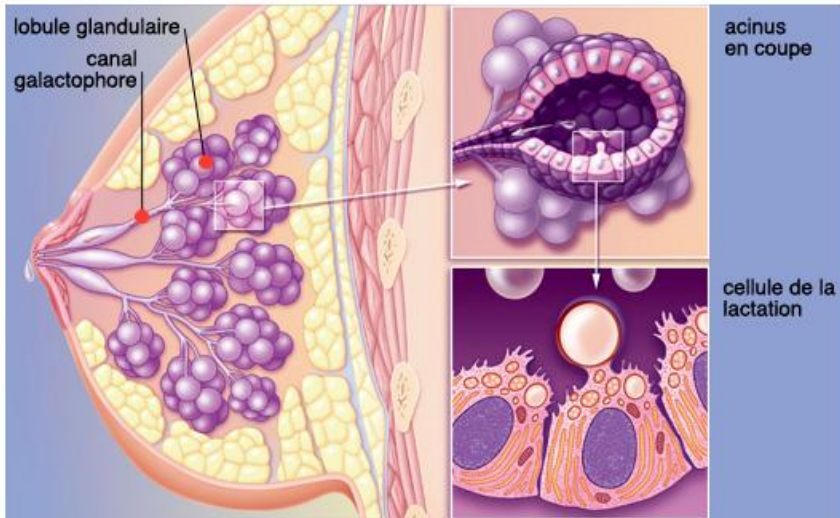


Figure 5 : La glande mammaire [30]

Le sein produit du lait à partir de l'eau et des nutriments qu'il récupère dans la circulation sanguine. Le lait est ensuite stocké dans les lobules jusqu'à ce que la libération d'une hormone, l'ocytocine, stimule la contraction de petits muscles autour des lobules et permet la libération de lait par l'intermédiaire des canaux. C'est le réflexe d'éjection du lait.

1.1.3. Evolution de la glande mammaire

Le sein est un organe complexe qui se modifie tout au long de la vie de la femme [27]. La glande mammaire n'est fonctionnelle qu'au moment de la lactation.

1.1.3.1. A la naissance

In utero, il existe une ébauche de la glande mammaire pour les deux sexes. Chez le garçon, cette évolution sera bloquée par la testostérone.

A la naissance, une petite sécrétion lactée peut apparaître au niveau des mamelons de certains nourrissons. Cela est due à l'action des hormones lactogènes placentaires⁴ de la mère et ne dure que quatre semaines au maximum.

1.1.3.2. De la puberté à la grossesse

Chez la jeune fille à l'âge de la puberté la croissance s'accélère sous l'influence des hormones. Les seins commencent à se développer dès les premiers cycles menstruels : le tissu épithélial glandulaire augmente progressivement ainsi que le tissu adipeux.

Par la suite, lors de chaque deuxième moitié de cycle, il y aura une croissance des canaux ainsi qu'une multiplication des alvéoles. Ces dernières régressent partiellement s'il n'y a pas de grossesse.

⁴ Hormone lactogène placentaire = hormone produite par le placenta au cours de la grossesse. Son action physiologique est encore mal élucidée. Elle assure un apport énergétique suffisant et constant au fœtus sous forme de glucose et possède une activité mammatrope.

1.1.3.3. De la grossesse au sevrage

Dès le début de la grossesse, les seins se préparent pour l'allaitement grâce à l'augmentation de la production de certaines hormones. Les œstrogènes vont stimuler la multiplication des canaux et la progestérone la croissance lobulo-alvéolaire. Les seins augmentent de volume, le mamelon devient saillant et l'aréole se pigmente et prend un aspect grenu avec l'apparition des tubercules de Montgomery. Le sein est prêt vers le 5^{ème} mois de grossesse.

Pendant la lactation, le volume des seins augmente du fait de l'augmentation du volume sanguin et du tissu glandulaire [Figure 6].

A l'arrêt de la lactation, les alvéoles involuent, le tissu glandulaire s'atrophie et est remplacé par du tissu conjonctif. La glande mammaire ne retrouvera toutefois pas son état antérieur puisque beaucoup d'alvéoles formées pendant la grossesse persisteront. La glande va se mettre au repos en attendant une éventuelle autre grossesse.

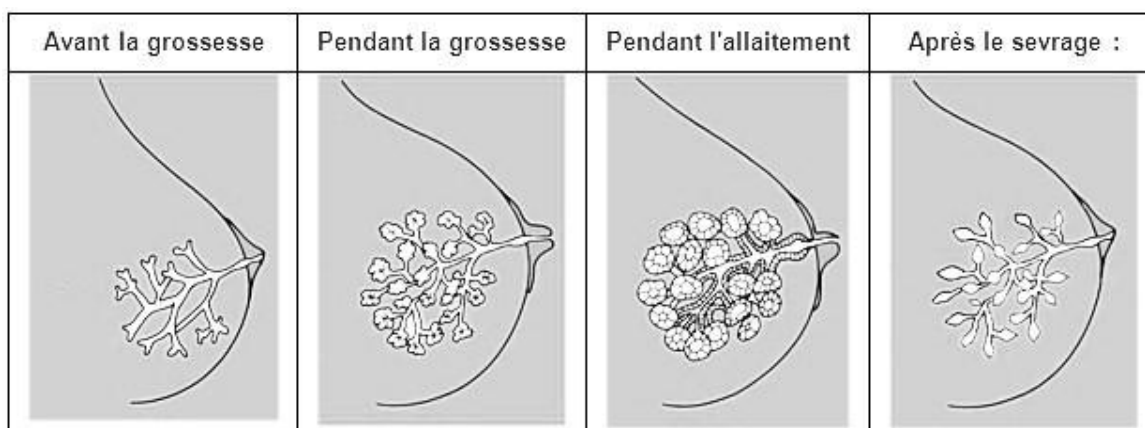


Figure 6 : Evolution de la glande mammaire de la grossesse au sevrage

1.1.3.4. A la ménopause

La ménopause est marquée par une chute en œstrogène et progestérone. Cette carence va provoquer une modification de l'anatomie interne du sein. Les tissus glandulaires et conjonctifs vont s'atrophier et vont être remplacés par du tissu graisseux.

1.1.4. Anomalies de développement mammaire : cas de l'hypoplasie mammaire

L'hypoplasie mammaire est aussi connue sous le nom de seins tubéreux. Il s'agit d'une anomalie de la base d'implantation du sein. Elle est classée en 3 grades différents. Il existe le plus souvent une anomalie de la plaque aréolo-mamelonnaire. Dans 50% des cas, l'aréole sera en relief et élargie, ce qui pourra provoquer des difficultés de succion pour le nouveau-né. Certaines femmes pourront également avoir une anomalie du volume mammaire avec un tissu glandulaire en faible

quantité. [28]. Selon le grade, la production de lait pourra donc être insuffisante pour répondre aux besoins du nourrisson. Dans tous les cas, il est important d'encourager les femmes qui souhaitent allaiter car certaines réussissent à le faire de façon exclusive malgré leur hypoplasie.

1.2. Production de lait

[28] [31]

1.2.1. Lactogénèse de type I

En fin de grossesse, les cellules épithéliales se différencient et acquièrent toutes les caractéristiques d'une cellule sécrétoire. La lactogénèse de stade I ou phase colostrale débute pendant la grossesse et se termine 2-3 jours après la naissance. La glande mammaire est suffisamment mature pour la fabrication du lait mais celle-ci est freinée par les hormones placentaires, notamment la progestérone, et ne commencera réellement qu'après l'accouchement. Il est toutefois possible que certaines femmes remarquent déjà un écoulement de colostrum pendant leur grossesse.

Au niveau des alvéoles, il existe des connexions entre les cellules qui sont assurées par des jonctions serrées. Ces dernières, selon qu'elles soient « ouvertes » ou « fermées » vont modifier la composition du lait mais peuvent aussi faciliter le passage de virus ou de médicaments par exemple. La progestérone agit sur la perméabilité des jonctions serrées et va provoquer leur ouverture. Divers composés vont alors circuler librement du sang de la mère vers le lait, et inversement, du lait vers le sang de la mère. Le lait va s'enrichir en sodium et en chlore et les virus et médicaments contenus dans le sang de la mère passeront plus facilement.

Les jonctions serrées sont ouvertes pendant cette première phase de la lactogénèse, pendant le sevrage et pendant les périodes de stase lactée comme la mastite. C'est pour cette raison que le risque de transmission du VIH est accru dans cette situation.

A la naissance, un faible volume de colostrum est produit et est adapté à la petite taille de l'estomac du nouveau-né. Il se présente sous l'aspect d'un liquide épais de couleur orangée et a un rôle essentiel de protection et d'immunité. En effet, il est plus riche que le lait maternel mature en cellules immunocompétentes, en oligosaccharides, en protéines solubles, en sels minéraux (grâce aux jonctions ouvertes) et favorise l'implantation de bifidobactéries.

1.2.2. Lactogénèse de type II

Deux à quatre jours en moyenne après la naissance, c'est la phase II de la lactogénèse qui commence. Cette phase, plus couramment appelée la « montée de lait », est déclenchée par la chute des hormones placentaires notamment la

progestérone. Les jonctions serrées vont se fermer et la sécrétion lactée va être modifiée et augmentée.

Le taux élevé de prolactine et la succion de l'enfant stimulent dans le même temps la production de lait. Son aspect change et il devient plus blanc et plus fluide. Les seins augmentent de volume et la mère ressent comme une tension mammaire importante mais non douloureuse.

La production de lait va ensuite s'adapter aux besoins de l'enfant et va s'équilibrer entre 4 et 6 semaines après l'accouchement. Elle dépend aussi de l'efficacité et de la fréquence des tétées.

La montée de lait peut être retardée chez certaines femmes. Cela peut se produire en cas de stress important, de rétention placentaire⁵ (la chute du taux de progestérone est alors modifiée), de diabète maternel, d'hémorragie durant le travail ou d'obésité.

1.3. La régulation de la lactation

Le lait est synthétisé par les cellules épithéliales mammaires. Il est sécrété en continu dans la lumière des alvéoles où il est stocké jusqu'à son expulsion dans les canaux galactophores. Le contrôle de la synthèse, de la sécrétion, et de l'éjection du lait est complexe et multifactoriel. Nous verrons qu'il existe deux niveaux de régulation : celui de la synthèse et de l'éjection, et deux niveaux de contrôle : un central dit endocrine et l'autre local dit autocrine.

1.3.1. La production de lait

1.3.1.1. Contrôle endocrine : rôle de la prolactine [32]

Le contrôle endocrine de la production de lait fait intervenir comme principale hormone la prolactine. Elle est sécrétée par les cellules lactotropes de l'antéhypophyse de façon pulsatile et circadienne avec des pics pendant le sommeil. L'hypothalamus exerce un contrôle inhibiteur sur la sécrétion de prolactine grâce à la dopamine.

Le taux de prolactine sérique augmente progressivement pendant la grossesse. Lors d'accouchements prématurés, ce taux est plus faible entraînant ainsi des conséquences sur la lactation.

Après l'accouchement et en l'absence d'allaitement, le taux sérique de prolactine redevient normal en quelques semaines. Si au contraire, il y a allaitement, la succion ou la stimulation de l'aréole vont déclencher des pics de prolactine qui vont s'ajouter aux taux sériques de base.

Ce contrôle hormonal n'explique pas totalement la régulation du volume de lait produit. En effet, une femme qui allaite préférentiellement d'un seul sein a une

⁵ Rétention placentaire = absence d'expulsion du placenta dans un délai normal après l'accouchement.

production de lait qui va s'épuiser progressivement sur l'autre sein. Pourtant, les deux seins reçoivent les mêmes stimulations hormonales. La prolactine ne constitue pas l'unique mécanisme de régulation. Il n'existe d'ailleurs aucune corrélation entre la quantité de lait produit et le taux sanguin de prolactine.

1.3.1.2. Contrôle autocrine [32]

Il existe localement un mécanisme de rétrocontrôle négatif faisant intervenir le *feedback inhibitor of lactation* (FIL). C'est une glycoprotéine du lactosérum qui freine la synthèse au fur et à mesure que les alvéoles se remplissent et jusqu'à ce que le lait s'évacue au cours de la vidange alvéolaire. Plus les alvéoles se remplissent de lait et plus la synthèse est ralentie. Ainsi, plus l'enfant tète souvent et efficacement, plus la vitesse de production augmente.

Ce système autocrine est indépendant d'un sein à l'autre et a plusieurs conséquences. Tout d'abord, la production de lait s'ajuste aux variations de consommation de lait d'une tétée à l'autre et répond donc aux besoins variables du nourrisson. Si la demande ou la quantité de lait prélevée lors d'une tétée diminue, la production va alors diminuer. Cette baisse n'est pas due à une incapacité de la mère à produire du lait en quantité suffisante mais est la conséquence d'un transfert inefficace ou insuffisant de lait à l'enfant. C'est le cas, par exemple, quand le bébé prend mal le sein et tète mal, si le nombre de tétées est insuffisant, ou si des compléments de lait artificiel sont utilisés. Ceci explique également qu'un engorgement peut entraîner une diminution de la production de lait.

Le volume de lait produit est le reflet de la consommation de lait par l'enfant. Il a besoin de téter souvent pour entretenir la production de lait.

1.3.2. **Capacité de stockage**

Il s'agit de la capacité des alvéoles à stocker du lait disponible pour l'enfant. Elle est variable d'un sein à l'autre et ne dépend pas de leur taille.

Cela peut avoir une influence sur le nombre de tétées et sur le devenir de la lactation. Les nourrissons dont les mères ont une faible capacité de stockage ont tendance à téter plus souvent. Ces femmes peuvent avoir l'impression d'être désavantagées et en particulier parce que leur bébé « ne fait pas ses nuits ». Mais il est important d'expliquer aux mères que leur bébé a besoin de téter souvent pour entretenir la production de lait, et non pas parce qu'elles ne produisent pas assez de lait. Une faible capacité de stockage ne signifie pas une faible capacité de production. De plus, beaucoup de nourrissons têtent la nuit quelle que soit la capacité de stockage de leur mère. [32]

1.3.3. **Éjection et transfert du lait : rôle de l'ocytocine**

Le réflexe d'éjection du lait est assuré par l'ocytocine. Cette hormone est synthétisée par l'hypothalamus et stockée dans la post-hypophyse. Elle agit

principalement sur les muscles lisses de l'utérus et des glandes mammaires. Elle va d'abord favoriser les contractions de l'utérus au cours de l'accouchement et l'expulsion du placenta. Elle sera ensuite davantage synthétisée après stimulation des mamelons pour permettre l'éjection du lait. Ce dernier a une tendance à adhérer aux membranes plasmiques et a besoin d'être expulsé activement hors des alvéoles par le réflexe d'éjection. L'ocytocine va provoquer la contraction des cellules myoépithéliales, le raccourcissement et la dilatation des canaux. [32]

La sécrétion d'ocytocine est pulsatile et il existe généralement plusieurs éjections de lait au cours d'une tétée. Le volume de lait consommé par l'enfant est fonction du nombre d'éjections. Ce dernier peut être très variable d'une femme à l'autre. Certaines n'auront qu'une seule éjection de lait mais qui durera significativement plus longtemps que la moyenne.

Il existe plusieurs facteurs qui peuvent inhiber l'action de l'ocytocine. C'est par exemple le cas lors d'une situation de stress ou de fatigue chez la maman, d'une prise de médicaments opiacées, ou si il y a eu ingestion d'alcool ou de tabac en excès.

Comme nous venons de le voir, les deux principales hormones responsables de la lactation (la prolactine et l'ocytocine) sont synthétisées par l'hypothalamus ou l'hypophyse et leur production augmente lors de la stimulation du mamelon par le nourrisson. Elles ne sont donc pas uniquement liées à la grossesse ou à l'accouchement. Tout ceci explique qu'il est possible de déclencher une lactation chez une femme qui n'a pas eu de grossesse (mère adoptive, nourrice...). C'est la lactation induite.

2. Composition du lait maternel

2.1. Composition du lait maternel mature en comparaison au lait de vache

[Tableau 5] [28] [33]

La quantité et la qualité nutritionnelle du lait maternel constituent une véritable crainte chez les futurs parents et est souvent à l'origine d'un sevrage précoce. « *Vais-je fabriquer assez de lait ? Mon lait est-il assez nourrissant ?* ». En tant que professionnels de santé, notre rôle est de chasser les idées reçues. Les insuffisances de lait sont rares et sont souvent la conséquence d'une mauvaise conduite de l'allaitement. Sa composition est parfaitement adaptée aux besoins du nourrisson et va évoluer au cours d'une tétée et au cours du temps.

2.1.1. Protéines

Les protéines ont un rôle à la fois structural, en permettant le développement des nouveaux tissus, et protecteur en participant à l'élaboration des immunoglobulines. Elles participent également à de nombreux processus physiologiques, par exemple, sous la forme de molécules de transport, d'enzymes digestives, d'hémoglobines ou de récepteurs. Elles constituent par ailleurs la seule source d'azote de l'organisme.

Le lait de femme contient moins de protéines que celui des autres mammifères. Ce taux est néanmoins adapté aux besoins du nourrisson et la nature des protéines, très spécifique, explique en grande partie la meilleure absorption et digestibilité du lait maternel. Ce faible apport protéique du lait maternel pourrait être un avantage à long terme. En effet, les enfants recevant trop de protéines pendant les deux premières années de leur vie auraient un rebond d'adiposité précoce et donc un risque d'obésité ultérieur. Les fabricants de préparations pour nourrissons ont compris cette notion et ont diminué ces dernières années, les quantités de protéines dans leurs produits. [34]

Le lait maternel a d'abord un taux plus faible en caséines, qui sont différentes de celles contenues dans le lait de vache. Les caséines du lait de femme sont plus petites. Il s'agit surtout de la caséine β , dont l'hydrolyse conduit à des peptides à propriétés opioïdes ; et de la caséine κ hautement glycosylée, dont la fraction C terminale a des effets bifidogènes⁶. Des protéines solubles ne précipitant pas avec les caséines sont ensuite retrouvées à des taux élevés. Cette proportion en caséines de petites tailles et en protéines solubles explique que la vidange gastrique soit plus rapide et que le lait maternel soit mieux assimilé.

Parmi les protéines solubles, on retrouve :

- des immunoglobulines de type A qui vont protéger la muqueuse digestive,
- des lactoferrines qui permettent une meilleure biodisponibilité du fer et donc un effet bactériostatique,
- des lysozymes qui ont un effet bactéricide,
- des enzymes comme la lipase qui, activée par les sels biliaires du nourrisson, augmente l'absorption des graisses,
- des facteurs de croissance et différentes cytokines anti-inflammatoires.

Pour finir, le lait maternel contient une α -lactalbumine alors que le lait de vache contient une β -lactalbumine et c'est cette dernière qui est à l'origine des allergies aux protéines du lait de vache.

⁶ Effet bifidogène = augmentation des bifidobactéries au niveau de la flore intestinale. Les bifidobactéries exercent un rôle protecteur vis-à-vis des infections exogènes.

2.1.2. Lipides

Les teneurs en lipides du lait maternel et du lait de vache sont équivalentes mais de qualité différente. La digestibilité et le coefficient d'absorption des graisses du lait de femme sont très supérieurs par rapport au lait de vache (80% contre 60% dans les premiers jours, atteignant rapidement 95% contre 80% à 3 mois). Cette différence est due à la présence d'une lipase contenue dans le lait maternel qui sera activée par les acides biliaires du nouveau-né. Cette dernière permet également de compenser l'insuffisance des lipases pancréatiques chez le nouveau-né.

La qualité des graisses du lait maternel joue un rôle dans la maturation cérébrale et rétinienne. Les acides gras essentiels et les acides gras polyinsaturés à longues chaînes comme l'acide linoléique, l'acide α -linoléique, l'acide arachidonique, l'acide docosahexaénoïque et l'acide eicosapentaénoïque ont démontré leurs rôles dans ce processus. L'alimentation de la mère aura un impact sur la qualité des graisses de son lait.

Pour finir, le cholestérol est présent à des taux plus importants dans le lait maternel et il est ici indépendant de l'alimentation de la mère. Il joue un rôle dans la structure des membranes, dans le développement cérébral et comme précurseur hormonal.

2.1.3. Glucides

Le lait de femme contient du lactose et des oligosaccharides alors que le lait de vache ne contient que du lactose. Ces oligosaccharides ne sont pas absorbés et vont donc participer à la mise en place de l'écosystème bactérien intestinal et former de véritables prébiotiques. Ils vont servir de « nutriments » pour les bifidobactéries et les lactobacilles et favoriser leur croissance pour assurer une protection vis-à-vis des infections digestives.

Le lactose représente le deuxième composant le plus important du lait de femme. Il permet notamment d'augmenter l'absorption intestinale de calcium. Grâce aux bifidobactéries et lactobacilles, le lactose va se transformer en acide lactique et en acide acétique. Le pH intestinal va devenir plus acide permettant une meilleure solubilisation des sels calciques. Cette acidité empêche également l'implantation de bactéries pathogènes au niveau du tube digestif.

Pour finir, le lactose sera hydrolysé en galactose nécessaire à la synthèse cérébrale puisqu'il entre dans la composition des cérébrosides⁷.

⁷ Cérébrosides = lipides membranaires appartenant à la classe des shingolipides. Ils sont présents dans le tissu nerveux et cérébral et participent notamment à la composition de la gaine de myéline.

2.1.4. Sels minéraux

Les apports en minéraux du lait maternel sont faibles et permettent de préserver l'immaturation rénale du nourrisson en diminuant la charge osmotique. Cette faible charge constitue une sécurité en cas de pertes hydriques excessives chez le nourrisson.

Les oligoéléments et les minéraux sont également mieux absorbés. A titre d'exemple, l'absorption du calcium est d'environ 75% et la biodisponibilité du fer est très élevée, de l'ordre de 70% (contre 10 à 30% pour le lait de vache). Cela est notamment dû à la présence de ligands dans le lait de femme qui facilite leur absorption.

Le lait maternel contient moins de fer que les formules lactées mais il sera beaucoup mieux assimilé par le bébé. Une supplémentation n'est pas recommandée en cas d'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois. Au-delà, l'introduction d'aliments riches en fer ne devra pas être retardée ou une supplémentation sera nécessaire.

	Lait maternel mature	Lait de vache	Préparations pour nourrissons
PROTIDES	1	3,7	1,5-1,9
Caséines (%)	40	80	60-80 ¹ ou 44-55 ²
Protéines solubles (%)	60	20	
LIPIDES (g)	3,5	3,5	2,6-3,8
Acide linoléique (mg)	350	90	350-740
Acide α -linoléique (mg)	37	Traces	30-100
GLUCIDES (g)	7,5	4,5	6,7-9,5
Lactose (%)	85	100	47-100
Dextrine-maltose (g)	0	0	1,1-2,6
Autres sucres	Oligosaccharides	Aucun	Amidon, Glucose, Fructose, Saccharose
SELS MINÉRAUX (mg)	210	900	250-500
Sodium (mg)	16	48	16-28
Calcium (mg)	33	125	43-93
Calcium/Phosphore	2	1,25	1,2-1,9
Fer (mg)	0,05	0,03	0,7-1

¹Préparations à protéines non modifiées

²Préparations à protéines adaptées

Tableau 5 : Composition moyenne comparative du lait maternel, du lait de vache et des préparations pour nourrissons [33]

2.1.5. Vitamines

La vitamine D et la vitamine K ne sont pas présentes en quantité suffisante dans le lait maternel.

Les bébés ont particulièrement besoin de vitamine D puisque c'est durant la petite enfance que la solidité des os s'acquiert. Elle favorise l'absorption et la fixation du calcium, essentiel à une bonne minéralisation. Elle est synthétisée à partir d'un

dérivé du cholestérol sous l'action des UVB de la lumière. Le manque de rayonnements tout au long de l'année, ainsi que la meilleure prévention contre les effets néfastes du soleil font que les mères et leurs enfants sont moins exposés qu'auparavant.

La supplémentation est donc nécessaire et est fonction du mode d'alimentation de l'enfant et de la pigmentation de la peau : [37]

- pour un nourrisson allaité : ajouter 1000 à 1200 UI/J,
- pour les enfants de moins de 18 mois recevant du lait artificiel (enrichi en vitamine D) : ajouter 600 à 800 UI/J,
- pour les enfants à peau pigmentée : ajouter 1200 à 1800 UI/J (selon le mode d'alimentation).

La vitamine K intervient dans la coagulation sanguine mais aussi dans le métabolisme des os et d'autres tissus. Elle provient essentiellement de l'alimentation (pour la K1) et de la synthèse intestinale par la flore bactérienne (pour la K2).

La flore intestinale de l'enfant allaité est essentiellement composée de bifidobactéries et de lactobacilles qui ne peuvent pas fabriquer de vitamine K2 [35]. A cela s'ajoute un taux faible de la vitamine K1 dans le lait maternel. Depuis 2014, les recommandations pour la supplémentation en vitamine K ont changé. Chez un nouveau-né allaité, né à terme et sans risques particuliers, une première dose est administrée à la naissance, puis une deuxième entre le 4ème et 7ème jour et une dernière 1 mois après la naissance. Pour les enfants nourris avec des laits infantiles la supplémentaire n'est pas nécessaire puisque ces derniers sont enrichis en vitamine K.

Pour les autres vitamines, il n'y a pas de raison de supplémenter le nourrisson allaité s'il est en bonne santé et si la mère a une alimentation satisfaisante. Toutefois, des précautions sont à prendre chez les femmes qui seraient végétaliennes strictes depuis plusieurs années. Il existe dans ce cas un risque de carence en vitamine B12 qui entraînerait chez l'enfant allaité des troubles neurologiques et cognitifs.

Vitamines	Lait maternel mature	Lait de vache demi-écrémé	Lait artificiel 1 ^{er} âge
A (UI)	203	46	188
D (UI)	2,2	0,5	0
E (mg)	0,24	0,3	1
C (mg)	5,2	1,1	5,7
B1 (mg)	0,014	0,043	0,05
B2 (mg)	0,037	0,15	0,08
B6 (mg)	0,018	0,051	0,03
B 12 (mg)	0,03	0,66	0,09
Acide folique (mg)	0,14	0,13	5,9

Tableau 6 : Composition moyenne comparative en vitamines du lait maternel, du lait de vache demi-écrémé et du lait artificiel [36]

2.2. Evolution de la composition du lait maternel

2.2.1. Au cours du temps

Comme vu précédemment avec la physiologie de la lactation, la composition du lait va varier au cours du temps depuis le colostrum vers le lait dit mature. Au cours de cette transition, les jonctions serrées des alvéoles mammaires vont se fermer et la lactogénèse de type II va s'activer.

2.2.1.1. Le colostrum

Durant les 2-3 premiers jours de l'allaitement, la femme va sécréter un lait appelé colostrum. Il a un rôle essentiel de protection et d'immunité, ce qui lui vaut le surnom d'«or liquide» [39]. Il est sécrété dès la fin du 5ème mois de grossesse et se présente sous la forme d'un liquide épais de couleur orangée. Sa coloration est en rapport avec un taux très élevé de β -carotènes.

Il a une composition très différente du lait mature. Il est moins riche en lipides et en lactose, possède une densité énergétique plus faible mais est en revanche plus riche en cellules immunocompétentes, en oligosaccharides, en protéines et en vitamines [Tableau 7].

	COLOSTRUM	LAIT MATURE
DENSITE ENERGETIQUE (Kcal/L)	450-480	350-700
PROTEINES		
Alpha-lactalbumines (g/L)	3,4	1,8
Lactoferrine (g/L)	17	1,2
Ig A (g/L)	13	1
Ig G (g/L)	0,5	0,06
Lysozyme (mg/L)	140	100
LIPIDES	20	37
GLUCIDES		
Glucose	<20	350
Lactose	23	70

Tableau 7 : Comparaison des compositions du colostrum et du lait mature [36]

Le colostrum est un lait avec un profil protéique particulier. En effet, il contient moins de caséines mais davantage de protéines solubles avec notamment des propriétés anti-infectieuses. Il s'agit des immunoglobulines comme les Ig A, des lactoferrines, des lysozymes ou encore des lactoperoxydases. Il est composé également d'un certain nombre de cytokines et de facteurs de croissance qui vont favoriser la maturation du tube digestif. Les cytokines auraient également un rôle immunosuppresseur en protégeant l'enfant de réactions inflammatoires indésirables et en induisant une tolérance vis-à-vis de la flore bactérienne commensale ou des

antigènes alimentaires. Ce caractère immunomodulateur du colostrum reste encore mal compris. [39]

Ce premier lait n'a pas uniquement pour but de faire grossir le nourrisson mais aussi de l'immuniser grâce aux immunoglobulines transmises par la mère. Il va également l'aider à se purger et à éliminer le méconium encore présent dans ses intestins.

2.2.1.2. Le lait de transition

Le lait de transition apparaît au moment de la montée de lait et est produit au cours des 15 jours suivants. Sa composition évolue vers celle du lait mature avec une augmentation progressive de la teneur en lipides et en lactose et une diminution de la teneur en protéines. Il est également plus abondant, plus fluide et plus blanc que le colostrum.

Il va s'adapter aux besoins progressifs de l'enfant en croissance, au développement du système nerveux central et à la maturation de ses défenses immunitaires.

2.2.1.3. Le lait mature

Voir : 2.1. Composition du lait maternel mature en comparaison au lait de vache

Le lait mature garde une composition très stable tout au long de l'allaitement et sera parfaitement adapté à la maturité du tube digestif du nourrisson.

2.2.2. Au cours d'une tétée

La composition du lait de femme varie aussi au cours d'une tétée avec une augmentation de la teneur en graisse et en micelle de caséines.

La concentration en graisse augmente au fur et à mesure de la tétée proportionnellement à la vidange des alvéoles. Mais le début ou la fin d'une tétée ne correspond pas nécessairement au début ou à la fin du drainage des alvéoles [32]. Un enfant peut démarrer une tétée sur un sein déjà partiellement drainé : la concentration en graisse peut d'emblée être élevée au début de cette tétée. Cette notion ne justifie donc pas de conseiller aux mères de laisser l'enfant téter un sein jusqu'au bout pour profiter d'un apport calorique maximum.

La capacité de stockage a aussi une influence sur la teneur en graisse. Chez les mères qui ont une forte capacité de stockage, le début ou la fin d'une tétée ne correspond pas forcément au début ou à la fin de la vidange alvéolaire. Chez les mères qui ont une capacité plus faible, il y a moins de variations entre les tétées.

L'enfant va réguler ses besoins selon son appétit et il n'est donc pas conseillé de s'occuper du problème de « lait de début/fin de tétée ». La croissance de l'enfant

sera davantage fonction de la quantité de lait absorbé que de sa teneur en calories. Il faut ainsi éviter de conseiller aux mères de ne donner qu'un seul sein par tétée pour bénéficier des graisses de fin de tétée, cela n'est pas toujours vrai. De plus, certains nourrissons ont besoin de téter les deux seins et risquent de ne pas consommer assez de lait en suivant ce conseil.

2.2.3. En fonction de l'état nutritionnel de la mère

L'alimentation de la mère n'a pas d'impact sur la production de lait. Une femme qui allaite à la demande est capable de produire assez de lait pour son bébé, indépendamment de ce qu'elle mange. La production de lait représente un coût énergétique pour la mère qui est en grande partie couvert par la mobilisation des graisses accumulées lors de la grossesse. [33]

L'alimentation va essentiellement influencer sur la qualité des lipides. Il est conseillé de privilégier les graisses insaturées, elles apportent des acides gras essentiels qui ont un rôle structural fondamental dans l'élaboration des cellules nerveuses du bébé. On les retrouve notamment dans les poissons gras (saumon, anguille, sardine, maquereau) et dans les huiles végétales (colza, olive, soja, noix).

3. Les bienfaits de l'allaitement

3.1. Les bienfaits pour la santé du bébé

Les bénéfices pour la santé de l'enfant vont être essentiellement fonction de la durée de l'allaitement mais également de son degré d'exclusivité. De nos jours de nombreuses études ont été menées sur le rôle de l'allaitement dans la prévention de certaines pathologies. De nombreux bénéfices sont supposés mais il est impossible d'en attester de façon indiscutable. Pour des raisons tout d'abord éthiques, des études prospectives randomisées qui compareraient l'allaitement maternel avec l'alimentation au biberon avec des laits artificiels ne peuvent être réalisées. De plus, de nombreux autres facteurs peuvent influencer ces études, comme le milieu socioculturel des parents, leur terrain génétique, l'environnement...

L'allaitement maternel reste l'aliment idéal pour les nouveau-nés et nourrissons surtout dans les pays défavorisés. Ils protègent les enfants contre des maladies courantes comme la diarrhée et la pneumonie qui sont les deux premières causes de mortalité infantile dans le monde. Dans les pays industrialisés, les progrès sanitaires, la vaccination, ainsi que la qualité des laits artificiels ne rendent pas l'allaitement vital mais ses bénéfices restent néanmoins indiscutables.

3.1.1. Prévention des infections

Selon l'OMS, l'allaitement maternel est associé à une baisse significative des taux d'infections bactériennes et virales dans le monde, ainsi qu'à une baisse significative de la mortalité infantile dans les pays en voie de développement.

Au début du 20ème siècle, un pédiatre français, Henri Tissier, constate que les enfants qui souffrent de diarrhées ont moins de bifides retrouvés dans leurs selles. Il observe également que les enfants allaités possèdent plus de ces germes que ceux non allaités et qu'ils souffrent moins de diarrhées. Il est le premier à émettre l'idée que l'allaitement protégerait d'infections grâce au développement de certains germes dans l'intestin.

Depuis, de nombreux autres facteurs de protection contre les infections ont été identifiés dans le lait de femme [Tableau 8]. Ces substances, par leur action directe ou indirecte, vont contribuer à la prévention des infections chez les jeunes enfants. L'allaitement maternel aura un effet bénéfique sur les diarrhées, les infections ORL⁸ comme l'otite et sur les infections respiratoires sévères. [40]

Facteurs	Rôles
Hormones gastro-intestinales	Effet bénéfique sur la trophicité épithéliale, sur la sécrétion et la composition des mucines
Cortisol	Modifie le profil de la glycosylation des microvillosités intestinales, et a une action bénéfique sur la maturation des cellules muqueuses
Facteurs de croissance	Agissent sur la croissance et la différenciation intestinales
Cytokines	Luttent contre les infections
Lactoferrine	Effet bactéricide
Nucléotides	Stimulent le développement du tissu lymphoïde associé au tube digestif
Oligosaccharides	Agents prébiotiques permettant le développement et l'implantation des bifidobactéries
Lysozymes	Action bactéricide (hydrolysent les liaisons moléculaires des parois bactériennes)
K caséines glycosylés	Action bifidogène
α -lactalbumine	Action anti-microbienne
IgA, IgM, IgG	Anticorps antibactérien, viral et fongique
Cellules immunitaires	Participent à la destruction des micro-organismes agresseurs (phagocytose)

Tableau 8 : Les facteurs « anti-infectieux » du lait de femme [40]

Pour que ces effets bénéfiques soient significatifs, l'allaitement doit être exclusif et durer plus de 3 mois. L'effet préventif s'estompe à l'arrêt de l'allaitement et diminue dans tous les cas après 6 mois.

⁸ Infections ORL = qui touchent le nez, la gorge et les oreilles.

Cette action est à l'heure actuelle la seule scientifiquement prouvée. L'allaitement diminue l'incidence et la sévérité des diarrhées aiguës bactériennes ou virales, notamment à rotavirus. A titre d'exemple, l'étude de *Chen et al.* conclue qu'il y a un risque multiplié par 2,8 en cas d'allaitement artificiel [41], et l'étude *PROBIT* un risque multiplié par 1,7 [42]. Ces valeurs sont différentes car elles dépendent aussi d'autres facteurs, mais les conclusions sont identiques.

En ce qui concerne la prévention des infections ORL, cela concerne essentiellement les otites moyennes aiguës dont l'incidence est beaucoup plus faible lors de la première année de vie chez les enfants allaités [40].

Pour finir, l'allaitement n'a pas d'effets protecteurs démontrés sur les infections respiratoires basses mais permet de réduire d'un tiers le nombre d'hospitalisation pour infection respiratoire sévère chez les enfants de moins d'un an [43]. Cet effet est néanmoins plus controversé.

3.1.2. Prévention de l'allergie

La vie intra-utérine et la petite enfance sont des périodes critiques de sensibilisation envers les allergènes. Le rôle de l'allaitement maternel dans la prévention de l'allergie est très controversé : il a un effet protecteur mais il est modéré et transitoire. L'allaitement est associé à un moindre risque d'asthme et de dermatite atopique pendant les 2-3 premières années de vie si l'allaitement est exclusif au moins 3 mois et uniquement chez les enfants à risque d'allergies. [44]

Une récente étude française [45] a démontré que l'allaitement protégeait de l'asthme et a mis en avant une première preuve immunologique. L'étude, réalisée sur des souris, prouve que le passage dans le lait maternel d'un allergène respiratoire diminue de 60% la réponse allergique. Cette tolérance serait liée à la production de cellules immunitaires spécifiques chez le nouveau-né et au TGF-bêta. C'est un immunosuppresseur retrouvé en abondance dans le lait maternel et qui permet de réduire la réponse immunitaire responsable des symptômes.

En ce qui concerne la prévention des allergies alimentaires chez le nouveau-né, il est recommandé de suivre un régime d'éviction pour la femme allaitante seulement si des signes pathologiques apparaissent chez l'enfant [40]. Après ingestion par la mère, son lait peut contenir des allergènes (lait de vache, œufs, arachides, poissons, noix...). Un enfant à risque allergique peut développer une sensibilisation à IgE en rencontrant un de ces allergènes. Cela se manifeste par des colites, de l'eczéma ou par des réactions d'anaphylaxies (très rares). Environ 6% des enfants à risque peuvent développer l'une de ces réactions.

3.1.3. Prévention du risque de surpoids et d'obésité

De nombreuses études ont été publiées sur le sujet et elles vont toutes dans le même sens : l'allaitement maternel est associé à une réduction du risque de

surpoids et d'obésité pendant l'enfance et l'adolescence [46]. Cet effet n'est pas retrouvé à l'âge adulte. Il semble également exister un « effet-dose », avec une réduction du risque plus importante si l'allaitement est plus long [47].

De nombreux facteurs sont évoqués mais les mécanismes restent encore inconnus :

- les enfants nourris au sein réguleraient mieux la quantité de lait à ingérer et donc plus tard leurs apports énergétiques,
- les enfants nourris avec des préparations pour nourrissons ont une insulinémie plus élevée, ce qui pourrait faciliter l'adipogenèse,
- le lait maternel contient des adipokines dont la leptine et l'adiponectine qui interviennent dans la régulation de l'appétit et des réserves en lipides,
- les enfants nourris au sein semblent mieux apprécier par la suite les nouvelles saveurs, ce qui pourrait faciliter la diversification alimentaire.

L'effet bénéfique de l'allaitement pourrait être aussi lié à une croissance plus lente des enfants allaités lors de la première année de vie. Une croissance rapide est associée à un risque ultérieur de surpoids et d'obésité.

3.1.4. Prévention du risque vasculaire

Selon une méta-analyse⁹ de l'OMS en 2007 [46], l'allaitement diminuerait la pression artérielle systolique à l'âge adulte de 1,21 mmHg et la pression artérielle diastolique de 0,49 mmHg. L'intérêt de cette diminution n'est pas valable à l'échelle d'un individu mais probablement à l'échelle de la population. Cela pourrait réduire chez l'adulte la prévalence de l'hypertension artérielle et le risque de pathologies coronariennes et d'accidents vasculaires cérébraux.

Deux hypothèses ont été retenues pour expliquer cet effet bénéfique de l'allaitement sur la baisse de la tension artérielle :

- la teneur élevée en acides gras polyinsaturés qui ont un effet structural sur les membranes cellulaires de l'endothélium vasculaire,
- et la faible teneur en sodium du lait maternel.

Deuxièmement, une méta-analyse de 37 études [48] décrit les effets du mode d'alimentation infantile sur la cholestérolémie. Les résultats montrent que les nourrissons allaités ont une cholestérolémie plus élevée ; qu'à l'enfance et à l'adolescence il n'y a pas de différence significative ; mais qu'à l'âge adulte la cholestérolémie de ceux qui ont été allaités est plus basse. L'hypothèse serait qu'un taux élevé en cholestérol en période néonatale constituerait un stimulus qui favoriserait la régulation de l'HMGCoA réductase¹⁰. Il ne faut néanmoins pas exclure certains facteurs comme l'alimentation du nourrisson au moment de la diversification.

L'allaitement maternel n'est pas directement associé à une diminution de la morbidité et de la mortalité cardiovasculaire chez l'adulte. Il a probablement un effet

⁹ Méta-analyse = démarche statistique combinant les résultats d'une série d'études indépendantes sur un problème de santé.

¹⁰ HMGCoA réductase = enzyme clef dans la synthèse du cholestérol.

sur la diminution de la tension artérielle et sur la cholestérolémie et donc un rôle préventif à long terme sur le risque vasculaire.

3.1.5. Prévention du diabète de type I

Des facteurs génétiques ont été identifiés dans la survenue de cette pathologie auto-immune mais aussi des facteurs environnementaux comme l'hygiène, la vaccination ou les pratiques alimentaires. Deux méta-analyses [44] [46], montrent une diminution de 20% du risque de diabète de type I si les enfants ont été allaités au moins 3 mois.

En l'absence d'allaitement, l'hypothèse évoquée serait une immunisation contre certaines protéines du lait vache. Une similitude de structure entre ces protéines et les antigènes situés sur les îlots de Langerhans serait à l'origine d'une réaction croisée auto-immune avec les cellules endocrines du pancréas. L'allaitement, de par son action anti-infectieuse, pourrait également diminuer l'incidence d'infections virales ayant pour cible le pancréas (les coxsackies et les rotavirus) et qui sont considérées comme des facteurs de risque de diabète de type I.

3.1.6. Développement neurocognitif et psychoaffectif

En 1999, une méta-analyse a mis en évidence que les enfants allaités avaient de meilleurs résultats aux tests de développement cognitif que les enfants nourris au sein [49]. Ce bénéfice de 3-4 points sur le quotient intellectuel augmente avec la durée de l'allaitement et est plus important chez les enfants de petit poids de naissance. Ces résultats sont controversés puisque de nombreuses études ne retrouvent pas de bénéfices mais elles ne sont cependant jamais en défaveur de l'allaitement.

Plusieurs facteurs pourraient être à l'origine de ces effets. Tout d'abord, la teneur élevée du lait de femme en certains nutriments comme l'acide docosahexaénoïque et l'acide sialique. Ces derniers interviennent dans la maturation de la rétine et du cortex cérébral et dans la synthèse des sphingolipides. Cette différence pourrait également tenir de l'environnement du nourrisson. Les femmes qui nourrissent leur enfant développent un environnement affectif différent et une stimulation cognitive plus grande.

Il ne faut toutefois pas conclure trop vite sur ces recherches et rassurer les parents des enfants non allaités : le lait maternel ne rend pas les enfants plus intelligents ! Il favoriserait simplement un développement plus rapide et harmonieux des facultés neurologiques et intellectuelles.

3.1.7. Autres effets plus controversés

De nombreuses études ont essayé de démontrer l'effet protecteur de l'allaitement maternel sur la maladie cœliaque et sur les maladies inflammatoires

chroniques de l'intestin. Il est prouvé qu'il existe une réduction du risque d'apparition de ces maladies pendant les premiers mois de vie du nouveau-né. Cependant, même si les effets bénéfiques ont été prouvés à court terme, il ne faut exclure qu'il ne s'agisse que d'un retard à l'apparition des symptômes. [33]

3.1.8. Cas particulier de l'enfant prématuré

Le lait de femme est essentiel pour l'enfant né prématurément pour trois raisons : [40]

- il réduit le risque d'infections et notamment d'entérococoliques ulcéronécrosantes,
- il est plus adapté à l'immaturité du tube digestif de l'enfant,
- il permet un meilleur développement cognitif et visuel.

A ce stade, la composition du lait chez les mères qui accouchent avant terme est différente, la production de lait est moins importante et la montée de lait est retardée. Pour mettre correctement en place leur lactation, les mères devront tirer leur lait très souvent, jusqu'à 8 fois par jour, y compris la nuit.

Dans un premier temps, le lait maternel sera administré par sonde gastrique. Il sera plus ou moins enrichi en protéines, vitamines et minéraux pour atteindre une qualité nutritionnelle optimale. Le peau-à-peau sera alors essentiel pour que le nourrisson se familiarise avec le sein de sa mère et apprenne progressivement à téter.

Si le lait de la mère n'est pas disponible de suite ou si les mères ne veulent ou ne peuvent pas allaiter, le nouveau-né prématuré pourra être nourri par du lait de lactarium¹¹.

3.2. Les bienfaits pour la santé de la mère

3.2.1. Bénéfices du post-partum

L'allaitement est tout d'abord un créateur de liens entre la mère et son enfant, et permet d'instaurer un climat de proximité.

Il facilite ensuite les suites de couches. En effet, l'ocytocine favorise les contractions utérines et donc la rétraction de l'utérus qui reprend sa place plus rapidement. Allaiter permettrait également de limiter les dépressions du post-partum en procurant de la détente et du bien-être.

¹¹ Lactarium = service de collecte et de distribution du lait maternel à destination des nouveau-nés n'ayant pas la possibilité d'être allaités.

Pour finir, la perte de poids pendant les 6 premiers mois sera facilitée. L'allaitement requiert de l'énergie et va donc aider la mère à perdre plus rapidement les kilos pris pendant la grossesse.

3.2.2. Prévention des cancers gynécologiques

Avoir des enfants est un élément protecteur vis-à-vis du cancer du sein.

En 2002, une méta-analyse de 47 études a analysé l'impact de l'allaitement sur ce sujet [50]. Le risque de cancer du sein pré-ménopausique baisse de 7% pour chaque nouvelle grossesse menée à terme, et de 4,3% pour chaque année d'allaitement. Plus la durée totale d'allaitement dans la vie d'une femme est longue, et plus le risque de cancer du sein baisse.

De même, l'allaitement maternel semble diminuer le risque de cancer de l'ovaire. Une méta-analyse [51] a mis en évidence que le risque était multiplié par 1,3 chez les femmes n'ayant pas allaité par rapport à celle qui ont allaité minimum 18 mois.

3.2.3. Prévention des maladies cardiovasculaires

Plusieurs études ont mis en évidence les bénéfices de l'allaitement sur la prévention à long terme des maladies cardiovasculaires. Une étude datant de 2009 [52] montre que l'augmentation de la durée de la lactation est associée à une plus faible prévalence :

- de l'hypertension (42,1% contre 38,6% pour les femmes qui ont allaité plus de 12 mois),
- du diabète (5,3% contre 4,3% pour les femmes qui ont allaité),
- de l'hyperlipidémie (14,8% contre 12,3% pour les femmes qui ont allaité),
- des maladies cardiovasculaires post-ménopausiques (9,9 % contre 9,1% pour les femmes qui ont allaité).

3.2.4. Protection contre l'ostéoporose

Durant des années, à l'époque où la mesure de la densité minérale osseuse (DMO) n'existait pas, l'ostéoporose était très souvent associée à la grossesse et à l'allaitement. La découverte de la mesure de la DMO et un certain nombre d'observations plus récentes ont permis de contrebalancer ces conclusions [53]. Il existe en effet une perte osseuse au cours du dernier trimestre de grossesse qui se poursuit de manière croissante tout au long de l'allaitement. Ces variations physiologiques sont sans conséquences sauf s'il existe une ostéopénie ou une ostéoporose sous-jacente.

L'allaitement a même été décrit dans de nombreux ouvrages comme un facteur de protection à long terme de l'ostéoporose. Des chercheurs ont mis en

évidence que le taux d'ocytocine serait responsable de cette protection. Ils ont constaté que les femmes ostéoporotiques et ménopausées avaient un taux diminué en ocytocine circulant par comparaison aux femmes non ostéoporotiques du même âge. Or, pendant l'allaitement le taux d'ocytocine augmente... Il est cependant impossible d'affirmer que ce mécanisme soit à l'origine d'une diminution du risque d'ostéoporose chez les femmes allaitantes [54].

4. Modalités pratiques de l'allaitement

4.1. Les contre-indications à l'allaitement maternel : le vrai du faux

4.1.1. Les vraies contre-indications

4.1.1.1. VIH chez la mère

Le risque de transmission du VIH au cours de l'allaitement est important (entre 4 et 22%) et dépend de plusieurs facteurs de risque comme la durée de l'allaitement, la virémie de la mère, certaines lésions du sein ou une candidose buccale chez le nourrisson. Comme déjà cité précédemment, une étude a montré que le taux de transmission du VIH était plus faible quand les mères allaient exclusivement au sein que lorsque l'enfant recevait une alimentation mixte. Dans les pays pauvres où une alimentation par du lait artificiel n'est pas possible dans de bonnes conditions, un allaitement exclusif est préférable mais sur une courte durée (3 à 6 mois) [20] [21]. Lors de la journée mondiale de lutte contre le SIDA en 2015, le risque de transmission du virus par le lait maternel a même été réduit à presque 0% sous plusieurs conditions. Les femmes devront notamment avoir reçu un traitement antirétroviral complet pendant et après leur grossesse, et leur bébé une prophylaxie antirétrovirale pendant plusieurs semaines. [55]

Dans les pays riches comme la France, compte tenu de la qualité des laits de substitutions et des mesures d'hygiène strictes, l'allaitement sera formellement contre-indiqué en cas de séropositivité au VIH par la mère.

4.1.1.2. HTLV-1 chez la mère (Virus T-Lymphotrope I Humain) [56]

Le HTLV-1 est un virus qui se transmet par le sang, les rapports sexuels et l'allaitement. 1 à 5 % des humains infectés développent une leucémie à lymphocytes T et des lymphomes qui sont, la plupart du temps, mortels. Environ 30% des bébés exclusivement allaités, nés de mères porteuses du HTLV-1, ont été infectés. Dans les pays développés, l'allaitement est contre-indiqué lorsque la mère est porteuse du virus.

Des études ont cependant montré que le virus est détruit lorsque le lait maternel est congelé à -20°C.

4.1.1.3. Prise de médicaments chez la mère

Seul un petit nombre de médicaments est contre-indiqué pendant la grossesse (*Voir 3ème partie, 3.4. Allaitement et médicaments*). C'est le cas par exemple des substances toxiques utilisées pour traiter les cancers. En cas de chimiothérapie, le sevrage sera nécessaire. En dehors de quelques situations exceptionnelles, il est possible de trouver, parmi une classe pharmacologique donnée, un produit compatible avec l'allaitement. Le médicament sera choisi en fonction du recul que l'on a dessus mais également de sa biodisponibilité, de sa liaison aux protéines plasmatiques, de son poids moléculaire et de sa demi-vie.

En ce qui concerne l'administration de vaccins chez la mère allaitante, il n'existe pas de contre-indication et ils sont tous possibles, qu'ils soient inactivés ou vivants atténués.

Il existe néanmoins une précaution à prendre avec le vaccin de la fièvre jaune. Le CRAT décrit trois cas de nouveau-nés, nourris exclusivement au sein, qui ont présenté une encéphalite d'origine vaccinale entre 8 jours et 1 mois après vaccination de leur mère contre la fièvre jaune. En conséquence, il est préférable de suspendre l'allaitement maternel pendant une quinzaine de jours après la vaccination, en particulier si l'enfant a moins de 9 mois. [57]

4.1.1.4. Galactosémie congénitale du nourrisson [28] [56]

La galactosémie est une maladie rare du métabolisme. Elle fait partie des maladies dépistées quelques jours après la naissance. Les enfants qui en sont atteints sont déficients en l'enzyme nécessaire au métabolisme du galactose. Une trop grande quantité de galactose dans l'organisme du bébé peut d'abord provoquer des vomissements et diarrhées et ensuite causer un retard de croissance, de la malnutrition, des problèmes au foie et un retard mental. Puisque le lait est riche en lactose (le précurseur du galactose), l'allaitement maternel sera contre-indiqué en cas de galactosémie.

4.1.1.5. Carence congénitale en lactase chez le nourrisson [28]

C'est une maladie génétique très rare qui conduit à une non métabolisation du lactose en galactose et glucose. L'allaitement maternel sera contre indiqué et devra être remplacé par du lait sans lactose.

4.1.2. Les contre-indications temporaires

4.1.2.1. La tuberculose [28] [56]

L'allaitement est autorisé car le lait maternel ne contient pas de mycobactéries (sauf en cas de mastite). En revanche, la bactérie peut être transmise par voie orale via les salives et sécrétions nasales. Si la tuberculose se trouve dans une phase active dans les poumons de la mère, cette dernière devra être séparée de son nouveau-né jusqu'à ce qu'elle ne soit plus contagieuse, soit deux semaines après le début du traitement. La mère pourra tirer son lait et il sera donné au nourrisson.

4.1.2.2. Herpès/Zona sur les seins [28] [56]

L'allaitement peut être poursuivi à condition que le bébé ne touche pas la zone infectée. Toute plaie doit être couverte. Si la lésion est située sur la zone aréolo-mamelonnaire, la mère doit cesser d'allaiter du sein touché mais doit continuer d'exprimer son lait¹² pour entretenir la lactation. Une précaution est à prendre s'il s'agit d'une infection par le virus du zona ou de la varicelle en période périnatale (cinq jours avant et jusque deux jours après l'accouchement) : l'enfant devra alors être séparé de sa mère jusqu'à la fin de la contagion de la mère.

4.1.2.3. Examens d'exploration médicale [57]

Il n'existe quasiment aucune donnée sur le passage dans le lait des produits de contraste. En ce qui concerne les produits iodés, seul Omnipaque® a été étudié sur un petit effectif et il n'est pas nécessaire de suspendre l'allaitement après une administration. Pour les autres produits de contraste iodés hydrosolubles (Hexabrix®, Telebrix®, Xenetic®, Visipaque®, Iomeron®, Optiject®,...), l'allaitement devra être suspendu pendant quatre heures après l'injection uniquement s'il est injecté par voie intraveineuse.

Pour les produits à base de gadolinium, seul le Magnévist® a fait l'objet de publications qui ont montré qu'il était compatible avec l'allaitement. Pour les autres (Dotarem®, Gadovist®, Multihance®,...), l'allaitement sera suspendu pendant environ trois à quatre heures après l'injection.

4.1.3. Le cas par cas

4.1.3.1. Tabac, alcool et drogues [28] [56]

La nicotine et les autres toxiques contenus dans le tabac passent dans le lait maternel et peuvent donc être retrouvés chez l'enfant allaité. La fréquence des pathologies respiratoires est augmentée chez les enfants exposés à la fumée de tabac mais de façon moindre chez les enfants allaités. L'allaitement n'est donc pas contre indiqué si la mère fume mais des mesures seront à prendre pour éviter au

¹² Expression du lait = extraction du lait maternel à l'aide d'un tire-lait ou d'une méthode manuelle.

maximum l'imprégnation tabagique de l'enfant. Il est d'abord conseillé de diminuer la consommation de tabac si l'abstinence est impossible, de ne pas fumer en présence de son enfant et de ne pas allaiter son nourrisson immédiatement après une cigarette. Certains professionnels recommandent d'attendre au moins deux heures après avoir fumé pour donner le sein. Il faut néanmoins savoir que l'excès de tabac peut diminuer le taux de prolactine chez la mère et avoir un impact négatif sur le réflexe d'éjection.

En ce qui concerne l'alcool, il passe également par le lait et atteint son taux maximal environ 30 à 90 minutes après sa consommation. A fur et à mesure que l'alcoolémie de la mère diminue, l'alcool retourne du lait maternel vers le sang. Des quantités importantes d'alcool inhibent le réflexe d'éjection et contribuent à une prise de poids lente du bébé et peut affecter son développement moteur. En pratique, en cas de consommation exceptionnelle d'alcool, il faut conseiller d'attendre au moins deux heures avant de donner une tétée.

Pour finir, il faut absolument éviter la prise de drogues. La cocaïne va par exemple entraîner chez l'enfant allaité des effets secondaires comme des diarrhées, de l'hypertension, de la tachycardie ou de l'irritabilité. Le cannabis va avoir un effet négatif sur la production d'ocytocine et de prolactine, et avoir un effet somnolent chez l'enfant. Les drogues ont aussi un impact sur la capacité de la mère à s'occuper de son nourrisson. Les traitements substitutifs de la dépendance aux opiacés comme la Buprénorphine® ou la Méthadone® sont compatibles avec l'allaitement. [57]

4.1.3.2. Hépatites chez la mère [28] [56] [58]

Au 6ème mois de grossesse, un dépistage des antigènes Hbs est obligatoire puisqu'il existe un fort risque de transmission du virus lors le l'accouchement. L'allaitement ne sera pas contre-indiqué. Une mère porteuse du virus de l'hépatite B pourra allaiter son enfant si celui-ci reçoit dès les premières heures de vie une injection de gamma-globulines spécifiques et s'il est vacciné. Une première dose du vaccin sera donnée juste après l'accouchement, une deuxième à 1 mois et une troisième à 6 mois.

Il est toutefois recommandé de ne pas donner le sein si la mère a une crevasse ou une lésion suintante au niveau du mamelon. L'enfant sera alors allaité du sein non atteint jusqu'à guérison de la lésion.

Pour les autres hépatites, C et A, l'allaitement n'est pas contre-indiqué.

4.1.3.3. CMV chez le prématuré

Le cytomégalovirus passe dans le lait des mères porteuses du virus. Pour un enfant né à terme, la contamination est généralement asymptomatique et lui permet de s'immuniser. Le risque est plus grand si la primo-infection a lieu alors que la mère allaite un bébé prématuré, malade ou souffrant d'un déficit immunitaire. Dans ce cas, elle peut induire des signes cliniques graves, notamment au niveau pulmonaire. L'allaitement ne sera pas contre-indiqué pour un enfant à terme mais des

précautions sont à prendre en cas de prématurés. Des études ont montré que la pasteurisation du lait détruit le virus. [28]

4.1.3.4. Chirurgie mammaire [28] [56]

Une mère peut tout à fait allaiter si elle a subi une intervention chirurgicale au niveau d'un sein, même en cas d'ablation. Un seul sein peut produire assez de lait pour le bébé.

En cas de réduction mammaire ou de pose d'implants, l'allaitement pourra être plus difficile et dépendra de l'intervention (plaque aréolo-mamelonnaire touchée, section des nerfs, des canaux galactophores, des vaisseaux sanguins...). Il est difficile de prédire à l'avance ce qu'il se passera lorsqu'une femme ayant subi une chirurgie mammaire décide d'allaiter. Il est important de la soutenir dans son choix tout en expliquant qu'elle rencontrera certainement plus de difficultés. Si la production de lait est insuffisante, que le nourrisson ne prend pas assez de poids, l'allaitement pourra être poursuivi avec l'ajout de compléments ou avec l'utilisation d'un DAL (dispositif d'aide à la lactation).

Pour finir, il faut également rassurer les parents sur la diffusion de silicone dans le lait maternel des femmes ayant des implants. Le taux de silicone est beaucoup plus élevé dans les préparations lactées pour nourrissons et le lait de vache que dans le lait des mères ayant des implants !

4.1.3.5. Phénylcétonurie chez le nourrisson [28] [56]

Le dépistage de la phénylcétonurie est réalisé par un test systématique à la naissance. C'est une maladie rare du métabolisme qui empêche le cerveau de se développer normalement. Elle se caractérise par un déficit enzymatique qui aboutit à une accumulation de phénylalanine notamment dans cette partie du corps. On pourra observer un retard mental, des troubles du comportement, des convulsions mais aussi des problèmes cutanés comme une dépigmentation ou de l'eczéma. Le traitement repose sur un régime pauvre en phénylalanine et il faut donc surveiller précisément les apports. L'allaitement est souvent contre-indiqué puisqu'il faudrait calculer les quantités exactes de lait maternel absorbé par le nourrisson pour connaître la quantité de phénylalanine reçue.

4.1.4. **Fausses contre-indications**

4.1.4.1. Allaitement et maladies aiguës

Une mère qui tombait malade s'est vue pendant longtemps contrainte de sevrer son enfant, essentiellement par méconnaissance et manque de soutien. Plusieurs raisons étaient souvent évoquées :

- allaiter fatigue et compromet donc la guérison de la mère,
- les médicaments que la mère reçoit sont incompatibles avec l'allaitement,
- la mère risque de transmettre sa maladie à l'enfant.

Or, l'arrêt de l'allaitement n'est pas justifié et doit à l'inverse être poursuivi dans l'intérêt de la mère et de l'enfant. L'allaitement va protéger l'enfant contre l'agent pathogène grâce au passage des IgA de la mère dans le lait maternel. De plus, un sevrage brutal pourrait avoir un impact psychologique plus ou moins important chez la mère mais également créer un risque d'engorgement. En ce qui concerne les médicaments, très peu sont vraiment incompatibles avec l'allaitement.

A l'officine, il faut rappeler ces notions à une maman souffrante qui viendrait chercher son traitement. Il est également important de préciser que pour limiter la transmission des agents pathogènes à son enfant, il faut surtout respecter des mesures strictes d'hygiène.

4.1.4.2. Seins de petites tailles

Précédemment évoqué dans une sous partie (*Voir 1.1.2.1. Le tissu conjonctif et adipeux*), la taille des seins n'est pas corrélée avec la capacité à allaiter. La glande mammaire a sensiblement le même volume chez toutes les femmes et c'est la proportion en tissu conjonctivo-graisseux qui change suivant la taille des seins.

4.1.4.3. Allaitement et jumeaux

Il est tout à fait possible d'allaiter des jumeaux. Il ne s'agit pas d'une contre-indication. Certaines mères ont même pu allaiter exclusivement des triplés. Pour rappel, plus les seins sont stimulés et plus la synthèse de lait augmente.

4.2. La première tétée

Aussi appelée tétée de bienvenue, la première tétée et le peau-à-peau sont bénéfiques pour la mère et son nouveau-né [59]. C'est tout d'abord rassurant pour le bébé qui va retrouver des stimuli sensoriels familiers comme les battements du cœur de la maman et une odeur familière dégagée par l'aréole mammaire. Un enfant posé sur le ventre de sa mère est capable de trouver le chemin du sein et de le prendre sans aucune aide. Il aura également un meilleur réflexe de succion dans l'heure suivant sa naissance. Si la tétée de bienvenue se passe bien, l'enfant réagira bien lors des mises au sein suivantes et l'allaitement sera facilité. Si ce premier moment est échoué, le réflexe de succion peut être moins fort pendant 24 à 48h.

4.3. Les bonnes positions pour allaiter

Comme nous le verrons dans une troisième partie, les problèmes les plus couramment rencontrés au cours de l'allaitement sont liés à une mauvaise position au sein.

4.3.1. Prise correcte du sein

Le visage de l'enfant doit être face au sein, et sa tête est dans l'axe de son corps avec l'oreille, l'épaule et la hanche sur une même ligne droite. Sa tête doit être légèrement inclinée en arrière et son menton est contre le sein. De cette façon, le nez est spontanément dégagé. Ses lèvres sont retroussées vers l'extérieur et sa bouche est grande ouverte. Sa langue est sortie et passe sous le mamelon. Il doit avoir tout le mamelon en bouche et une partie de l'aréole [60]. La prise du sein est asymétrique puisque la partie inférieure du mamelon est davantage dans la bouche de l'enfant que la partie supérieure. [Figure 7]

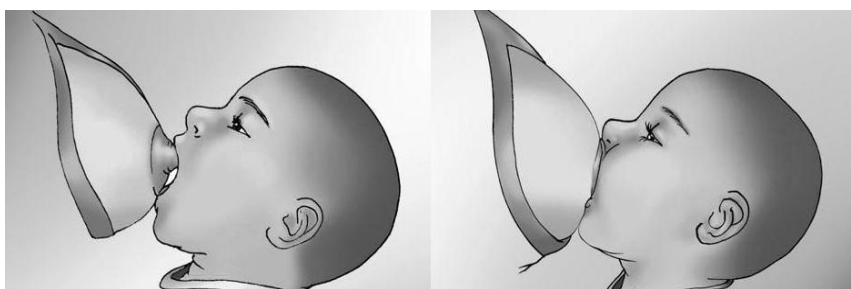


Figure 7 : Position du bébé au sein [61]

4.3.2. Positions pour les tétées

Voici une liste des positions les plus souvent utilisées pour allaiter [59] [61] :

1. La position de la berceuse ou « la madonne ». Il s'agit de la position la plus classique.



2. La berceuse modifiée ou « madonne inversée ». Cette position est bien adaptée pour les premiers jours. Elle permet de guider la tête du bébé et de soutenir sa nuque d'une main. L'autre main peut soutenir le sein si nécessaire.

3. La position en « ballon de rugby ». Le bébé est sur le côté, à la hauteur de la taille. Il est soutenu par un coussin et est maintenu par le bras de la mère. Sa nuque repose dans le creux d'une main et l'autre main soutient le sein.





4. La position allongée. Le bébé est allongé face à la mère, sa bouche au niveau du mamelon. S'il n'est pas tout à fait à la bonne hauteur, on placera une serviette repliée pour le positionner bien au niveau du sein.

5. La position dite « *Biologic Nurturing* ». La mère est semi-allongée avec le dos bien détendu et les jambes relevées. L'enfant est sur la mère, dans le même sens.



4.4. Allaitement à la demande

Il ne doit pas y avoir de règles concernant la fréquence et la durée des tétées. Ces dernières varient beaucoup d'un enfant à l'autre et d'un jour à l'autre chez un même enfant. Le nourrisson adapte naturellement ses rations de lait à ses besoins nutritionnels réels. De plus, ce sont les tétées qui conditionnent la production de lait : plus l'enfant prend de lait et plus la mère en produit. [62]

La règle à suivre est donc l'allaitement à la demande, aussi souvent et aussi longtemps qu'il en a besoin, sans fixer d'intervalle minimum entre deux tétées ni de durée maximale pour chacune des tétées. La durée d'une tétée est en fait conditionnée par l'efficacité de la succion du nourrisson et par la concentration en graisse du lait qui provoque la satiété du nourrisson.

Pendant les premières semaines, les nourrissons réclament très souvent, parfois jusqu'à huit à douze tétées par jour. Cela ne doit pas être interprété comme un problème et surtout pas comme un manque de lait.

La plupart des nourrissons ont également besoin de téter la nuit pour réguler leurs besoins, surtout les premiers mois. C'est également essentiel pour maintenir la lactation chez la mère en évitant les intervalles de temps trop longs entre les tétées, et pour prévenir les risques d'engorgement. [59]

Allaiter à la demande ne veut pas dire « allaiter aux pleurs ». Les pleurs correspondent aux derniers stades, quand les premiers signes de faim n'ont pas été détectés par les parents [63]. De plus, il sera plus difficile pour la mère d'allaiter son enfant quand celui-ci est agité. Pendant les premières semaines de vie du nourrisson, on parle plutôt d'« allaitement à l'éveil » que d'allaitement à la demande. Par certains signes, le nouveau-né montre qu'il est prêt à téter :

- il ouvre la bouche et fait des mouvements de succion
- il salive
- il tâte ses poings ou ses doigts
- il fait des mouvements de recherche avec la tête

Pour détecter ces phases d'éveil et ces signaux, la proximité avec son nouveau-né est un élément clef. Elle permet d'établir un lien d'attachement et implique une familiarité affective et sensorielle avec son enfant. Cela va se traduire par un contact peau-à-peau, des regards, un portage... [63]

4.5. Signes d'un allaitement efficace

Les premières semaines d'allaitement correspondent à une période de calibrage au cours de laquelle la production de lait s'établit. A ce stade, tout ce qui va limiter la vidange des seins (comme un engorgement sévère, des tétées peu efficaces, un nombre ou une durée des tétées insuffisants,...) risque de compromettre la mise en route de la lactation et la poursuite de l'allaitement. Il existe des signes qui permettent à la jeune maman de juger si son allaitement est efficace ou non.

Un enfant qui tète bien est un enfant qui a les yeux et la bouche grands ouverts, le menton collé au sein et la tête légèrement en arrière. La succion est lente et régulière, avec parfois des bruits de déglutitions. A ce moment, les pauses sont rares et l'enfant ne lâche pas le sein. C'est la succion nutritive [59]. Elle est ensuite entrecoupée de périodes de succions non nutritives. Les mouvements de la bouche sont plus rapides et les déglutitions plus rares. On dit familièrement que l'enfant « tétouille ». Il cherche simplement à satisfaire son besoin de succion et un contact sécurisant auprès de sa mère.

Le nombre de couches mouillées, la fréquence et la couleur des selles sont aussi des signes qui permettent d'affirmer qu'un enfant reçoit une ration de lait suffisante. Un bébé bien nourri urine abondamment avec, chaque jour, au moins cinq à six couches bien mouillées. Il a des selles molles jaunes d'or qui sont fréquentes les premiers jours et qui deviennent très variables après le premier mois.

Pour finir, une prise de poids régulière confirmera que l'enfant se nourrit correctement. Il faudra cependant rassurer les parents sur le fait que la première semaine il est très fréquent que le bébé perde un peu de poids qu'il soit allaité ou non. Il n'est pas non plus nécessaire, sauf les premiers jours, de peser quotidiennement son enfant. Cela pourrait devenir une source d'angoisse chez les parents.

4.6. Le sevrage

Le sevrage doit se faire de façon progressive, l'idéal étant de supprimer une tétée tous les trois ou quatre jours, pour éviter tout risque d'engorgement. La première tétée à remplacer est celle où la production lactée est la moins abondante, généralement celle en fin d'après-midi. La suite du sevrage se fait de façon à ne garder que les tétées du matin et du soir. En mettant moins le bébé au sein, la

production va ralentir progressivement. Cependant, si un gonflement survient, il faut conseiller à la mère d'exprimer un peu de lait pour la soulager sans vider complètement les seins. C'est le cas également lorsque le sevrage doit se faire rapidement sur quelques jours. Plusieurs tétées peuvent être remplacées par un biberon la même journée mais l'expression de lait devra être poursuivie pour éviter les risques induits par une stase lactée. [56]

3ème partie : Le rôle du pharmacien dans l'accompagnement de la femme allaitante

1. Présentation du questionnaire

1.1. Objectifs du questionnaire

1.1.1. Objectifs généraux

Le questionnaire est divisé en trois parties. La première réunit des informations générales et permet d'analyser la fréquence du choix de l'allaitement en fonction de certains critères, comme l'âge, la catégorie socioprofessionnelle et la situation familiale [Annexe 3].

La deuxième partie est consacrée à l'information que ces femmes ont reçue sur l'allaitement au cours de leur grossesse. Nous verrons vers quelles sources d'information elles se tournent préférentiellement pour répondre à leurs questions au sujet de l'allaitement et pour faire leur choix. Une partie est ensuite consacrée à la place du professionnel de santé une fois la décision prise. En parlent-elles systématiquement avec un professionnel ? Leur choix est-il soutenu ?

Pour finir, nous verrons ce qu'elles pensent de la place du pharmacien : a-t-il vraiment un rôle à jouer ?

La dernière partie du questionnaire est fonction du mode d'alimentation qui a été choisi par les parents. Nous verrons ce qui a principalement motivé ce choix et quels problèmes ont été rencontrés.

1.1.2. Objectifs personnels

Pour mieux conseiller et accompagner les futurs parents dans leur parentalité et dans leur choix d'allaiter ou non leur enfant, il est indispensable d'avoir des connaissances issues à la fois de la littérature mais également du terrain. Bien que j'en sois encore à mes débuts professionnels, la réalisation de ce questionnaire fut un premier pas. Il a été le support idéal pour débiter un dialogue avec les futurs parents.

L'ensemble des personnes interrogées a compris qu'il n'était pas fait pour juger leur choix mais pour m'aider à le comprendre et ainsi mieux les conseiller. Aborder le sujet sans apporter son opinion n'est pas toujours facile puisqu'il s'agit d'un sujet qui touche tout le monde et sur lequel chacun a ses propres convictions. Accompagner les parents dans leur décision n'est pas quelque chose qui s'acquière sur les bancs de la faculté. Je me suis rendue compte avec ce questionnaire qu'il fallait apprendre à communiquer. Il ne faut pas parler d'allaitement seul mais l'inclure dans une vision globale de la parentalité.

1.2. Méthode

1.2.1. Déroulement des interrogatoires

Le questionnaire a été soumis à 41 femmes. Il n'y a eu aucun refus de participation. Il était destiné aux femmes enceintes ou ayant accouché depuis moins de 2 ans.

La majorité a été réalisée au cours de mon stage officinal de pratique professionnelle en 6ème année dans la pharmacie du Château à Wimille. Il s'agit d'une petite commune de l'agglomération du Boulonnais d'environ 4000 habitants. Je remplissais alors le questionnaire avec les mamans. Quelques uns ont également été donnés à une nourrice rencontrée au cours de ce stage. Les mamans des enfants dont elle s'occupait remplissaient les questionnaires seules.

J'ai ensuite distribué quelques questionnaires dans la pharmacie Jonquois où j'ai travaillé pendant les vacances scolaires. Elle est située dans un quartier défavorisé de Boulogne-sur-Mer d'environ 11000 habitants. Les questionnaires ont été réalisés avec l'aide des employés.

1.2.2. Biais dans l'étude

Aucun problème de remplissage n'a été relevé lors de la lecture de mes questionnaires. Je note cependant que les femmes décidant d'allaiter ont des réponses beaucoup plus complètes que celles qui ne le souhaitent pas. Elles sont davantage sensibilisées et informées sur le sujet. J'ai eu également plus de retour de questionnaires remplis par les femmes allaitantes que par celles non allaitantes.

Le petit échantillon de femmes interrogées ne suffit pas pour apporter des valeurs précises mais reste suffisant pour dégager certaines conclusions et reflète une tendance.

2. Analyse du questionnaire

2.1. Allaitement maternel : des disparités sociales ?

Sur les 41 personnes interrogées, 58,5% veulent allaiter ou ont essayé d'allaiter leur enfant. Pour rappel, les ENP réalisées ces dernières années ont montré une constante augmentation du taux d'initiation de l'allaitement maternel en France. En 2010, la proportion d'enfants nourris exclusivement au sein pendant leur séjour en maternité était de 60,2 % [14].

2.1.1. Situation générale

2.1.1.1. Âge des femmes interrogées

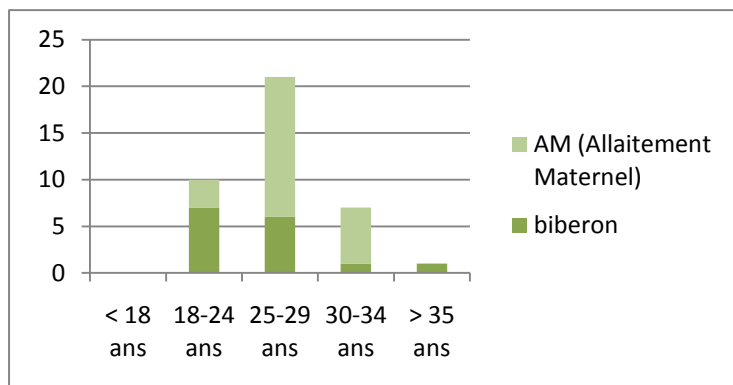


Figure 8 : Choix du mode d'alimentation en fonction de l'âge de la mère

L'allaitement maternel augmente avec l'âge de la mère et est certainement lié à sa maturité.

2.1.1.2. Situation personnelle

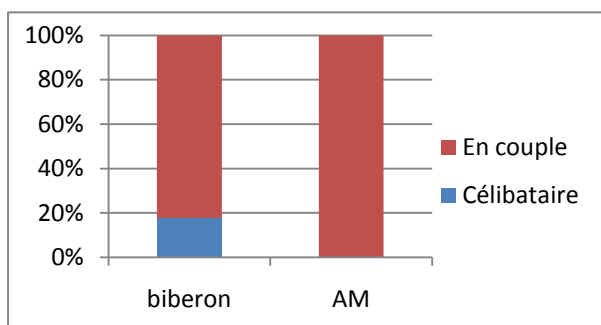


Figure 9 : Choix du mode d'alimentation en fonction de la situation personnelle de la mère

De même, l'allaitement maternel augmente avec le fait d'être en couple. Une mère célibataire ne pourra pas se décharger sur son compagnon en cas de fatigue et ne sera peut être pas aussi soutenue par son entourage. L'allaitement peut être vécu comme une épreuve angoissante en cas de difficultés. Les mamans ont besoin d'être entourée, confortée et rassurée sur leurs capacités à pouvoir nourrir leur enfant. La pression sociale et la pression de l'entourage peuvent avoir un impact psychologique plus fort chez ces mères qui élèvent seules leur enfant. Le choix d'allaiter ou non doit être au maximum respecté et soutenu, notamment en tant que professionnel de santé.

En ce qui concerne les mères en couple, il est important de ne pas oublier la place du père. La décision d'allaiter doit se prendre à deux. L'étude Epifane 2012-2013 [15] a montré qu'un faible taux d'allaitement était en corrélation avec une perception négative du conjoint sur le sujet. Le père a un rôle à jouer dans la réussite et la poursuite de l'allaitement. C'est un soutien émotionnel essentiel pour encourager et valoriser la mère.

Cependant, son rôle est parfois sous-estimé et beaucoup d'entre eux se sentent exclus dès la maternité. Il est nécessaire de les impliquer davantage. Les

professionnels de santé centrent souvent leur dialogue sur le couple «mère-enfant». Mais il faut également s'adresser aux futurs papas et leur transmettre des informations les ciblant spécifiquement [Affiche 4]. La plupart d'entre eux manque de connaissance sur la manière de soutenir leur compagne et éprouve des difficultés à se trouver une place au sein de ce « couple ».



Affiche 4 : Soutenir l'allaitement : ce que les papas peuvent faire [64]

Le jeune papa peut tout à fait participer à la vie de l'enfant dès son plus jeune âge. Donner le bain, faire des promenades notamment dans le porte-bébé, jouer avec, l'habiller... peuvent devenir leurs moments privilégiés. Le papa va interagir différemment de la mère avec son enfant, mais ces interactions seront toutes aussi essentielles et complémentaires pour son développement [65].

2.1.2. Situation socioprofessionnelle

2.1.2.1. Niveau de scolarité

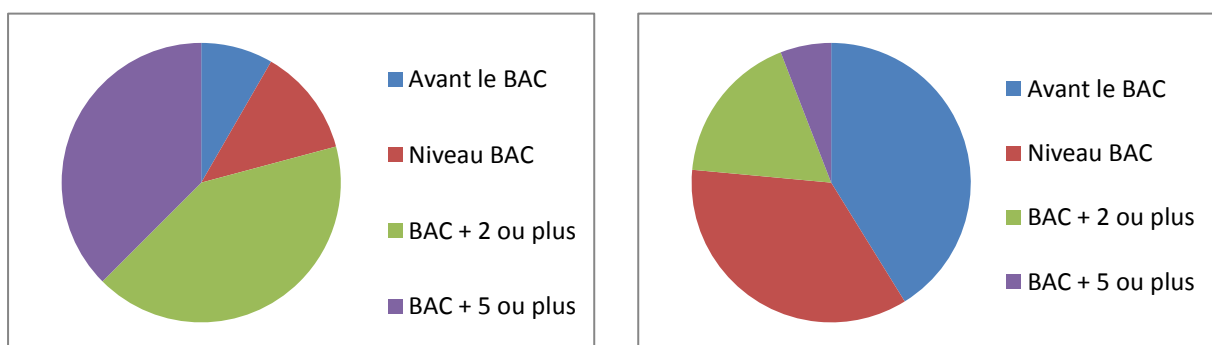


Figure 10 (1) : Niveau de scolarité des femmes ayant allaité / Figure 10 (2) : n'ayant pas allaité

Les femmes ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat allaitent plus facilement. Parmi les femmes interrogées, 76,5% ayant un niveau inférieur ou égal au baccalauréat ont décidé de ne pas allaiter. Inversement, 76,2% des femmes ayant minimum un Bac+2 ont décidé d'allaiter. La figure 11 illustre très bien ce changement de tendance en fonction du niveau de scolarité des mamans interrogées.

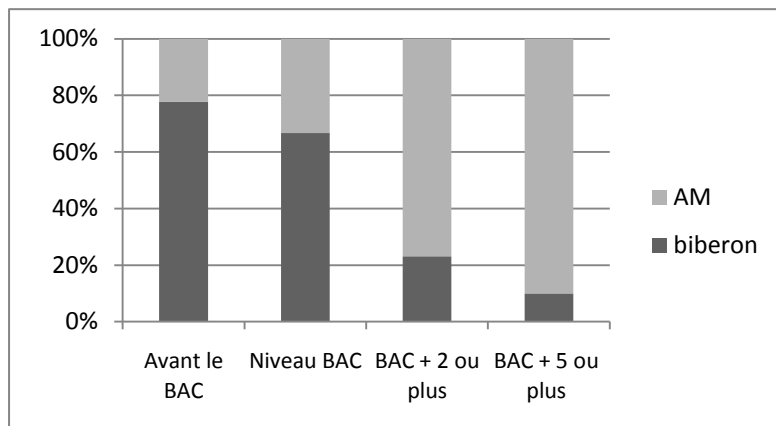


Figure 11 : Choix du mode d'alimentation en fonction du niveau de scolarité de la mère

Les femmes les plus diplômées sont plus sensibles aux arguments de la promotion de l'allaitement maternel qui reposent essentiellement sur la connaissance de la physiologie et des bonnes pratiques.

Les sources d'information ne sont peut-être pas les mêmes en fonction de l'âge de la patiente et de son niveau d'études. Celles issues de milieu socioprofessionnel supérieur s'adresseraient de manière préférentielle à des professionnels de santé et aux supports écrits. Tandis que celles issues de milieux beaucoup plus populaires s'adresseraient davantage à leurs mères et entourage. Il en est de même pour les mamans adolescentes. Les spécialistes sont plus favorables à l'allaitement que les femmes des générations précédentes qui font parties des générations « biberons ».

2.1.2.2. Situation professionnelle

75% des femmes interrogées qui allaitent ont une activité professionnelle [Figure 12]. Le travail n'est pas un frein à l'allaitement mais peut le devenir dans sa durée. Au delà de 3 mois d'allaitement, l'une des principales causes de sevrage reste la reprise du travail [66]...

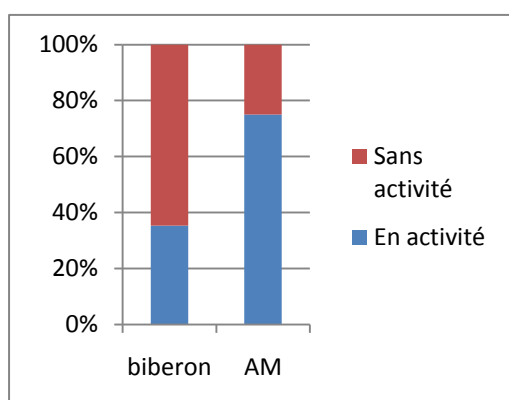


Figure 12 : Choix du mode d'alimentation en fonction de la situation professionnelle de la mère

Le Code du travail français prévoit différentes dispositions pour faciliter l'allaitement lors de la reprise du travail par les mères. Elles sont pour la plupart anciennes et pas toujours adaptées à la vie professionnelle. De plus, elles restent souvent méconnues de l'employeur. La loi L1 225-30 prévoit que « *pendant une année à compter du jour de la naissance, la salariée allaitant son enfant dispose à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail* ». Cette heure est divisée en deux périodes de 30 minutes réduites à vingt minutes si le local d'allaitement est à l'intérieur des locaux destinés au travail. A noter qu'elle n'est pas rémunérée (sauf si la convention collective le spécifie) !

Il n'est pas prévu non plus de congé maternité spécifique à l'allaitement. Ainsi, si vous allaitez votre bébé, le congé postnatal ne pourra pas être prolongé pour ce motif. Ce sont les conventions collectives qui peuvent, éventuellement, prévoir ce type de dispositions.

En octobre 2014, la COFAM lance une enquête sur le thème « Concilier allaitement et travail » [67]. 1833 femmes ont pu être interrogées. Les salariées d'entreprises privées et les fonctionnaires sont représentées à part égale (44%), 8% des mères appartiennent aux professions libérales et 1% sont étudiantes. Environ une femme sur deux a été informée de la possibilité d'allaiter et travailler, essentiellement par les professionnels de santé (17%), puis par des associations de parents (6%) ou des consultantes en lactation (6%). Les crèches, les syndicats ou la médecine du travail n'informent que très peu les mères sur le sujet (1%).

27% des mères ont demandé l'heure d'allaitement prévue par le Code du travail. Parmi elles, 21% ont pu en bénéficier sans problème, 6% ont pu en bénéficier mais ont eu des répercussions sur leur vie professionnelle, 2% ont eu un refus de leur employeur. Les motifs de refus sont souvent liés à une incompatibilité avec les conditions de travail (manque de personnel) ou au statut de fonctionnaire. La circulaire FP/4 n°1864 du 09 août 1995 stipule que l'heure d'allaitement ne peut être donnée aux fonctionnaires que lorsque le lieu de garde de l'enfant est intégré dans la structure de travail. Mais une circulaire n'est pas une véritable norme juridique. Le droit de la fonction publique reste flou sur le sujet.

Parmi ces refus, 87% ont pu être contestés, et les mamans ont eu majoritairement gain de cause. Cependant, toutes ont trouvé très difficile ou difficile de faire valoir ses droits.

Pour ce qui est des autres mères, 20% n'ont pas demandé cette heure parce qu'elle ne voulait pas aborder cette question avec leur employeur, et 10% par crainte de répercussions.

Les femmes qui ont tiré leur lait sur leur lieu de travail ont trouvé cela difficile ou très difficile dans 43% des cas. Seule une femme sur trois a pu bénéficier d'un lieu confortable. Les autres mères se retrouvaient dans les toilettes, dans des open-spaces, dans des bureaux ne fermant pas à clef, dans leur voiture...

Cette enquête nous montre qu'il y a encore beaucoup de chemin à faire au niveau de l'allaitement et du travail. Concilier les deux est très fatigant pour la mère qui a besoin davantage de soutien. Hors, elle est souvent confrontée à des jugements ou à des remarques de la part de ses collègues ou de son employeur.

La SMAM a fait de l'allaitement et du travail son thème en 2015 [68]. Elle rappelle l'importance de sensibiliser la sphère politique, le monde du travail et l'opinion publique sur ce sujet devenu, de nos jours, un enjeu. Avec les affiches réalisées [affiche 5] on voit qu'il est possible d'agir à plusieurs niveaux et qu'il est nécessaire et possible de mobiliser tous les acteurs : employeurs, collègues, législateurs, syndicats...

ALLAITER ET TRAVAILLER
C'EST POSSIBLE!

Organisation mondiale de la Santé Organisation internationale du Travail

CE QUE LES EMPLOYEURS PEUVENT FAIRE



RESPECTER LES LOIS SUR LE CONGÉ MATERNITÉ RÉMUNÉRÉ

OFFRIR UN LIEU ET DU TEMPS POUR QUE LES MAMANS TIRENT LEUR LAIT

DONNER AUX MAMANS LA POSSIBILITÉ:

- DE S'OCCUPER DE LEUR ENFANT SUR PLACE
- D'AVOIR DES HORAIRES DE TRAVAIL FLEXIBLES
- DE TRAVAILLER À DISTANCE
- DE TRAVAILLER À TEMPS PARTIEL
- D'AMENER LEUR NOURRISSON AU TRAVAIL

SOUTENIR L'ALLAITEMENT MATERNEL SUR LE LIEU DE TRAVAIL PERMET AUX ENTREPRISES D'ÉCONOMISER DE L'ARGENT

ALLAITER ET TRAVAILLER
C'EST POSSIBLE!

Organisation mondiale de la Santé Organisation internationale du Travail

CE QUE LES SYNDICATS PEUVENT FAIRE



INFORMER LES FEMMES DE LEURS DROITS

VEILLER À CE QUE LA VOIX DES FEMMES QUI ALLAIENT SOIT ENTENDUE EN ORGANISANT DES CONSULTATIONS ET LORS DES NÉGOCIATIONS

PLAIDER POUR QU'IL Y AIT DES DISPOSITIONS SUR LA MATERNITÉ DANS LES ACCORDS COLLECTIFS

SOUTENIR L'ALLAITEMENT MATERNEL SUR LE LIEU DE TRAVAIL RENFORCE LE MORAL DU PERSONNEL

ALLAITER ET TRAVAILLER
C'EST POSSIBLE!

Organisation mondiale de la Santé Organisation internationale du Travail

CE QUE LE LÉGISLATEUR PEUT FAIRE



GARANTIR UN CONGÉ DE MATERNITÉ RÉMUNÉRÉ D'UNE DURÉE MINIMALE DE 4 MOIS

EXIGER DES EMPLOYEURS QU'ILS PRÉVOIENT UN LIEU ET DU TEMPS POUR QUE LES MÈRES PUISSENT EXPRIMER (TIRER) LEUR LAIT PENDANT QU'ELLES TRAVAILLENT

PRÉVENIR LES DISCRIMINATIONS CONTRE LES FEMMES ET LES MÈRES SUR LE LIEU DE TRAVAIL

SOUTENIR L'ALLAITEMENT MATERNEL SUR LE LIEU DE TRAVAIL CONTRIBUE À BÂTIR UNE SOCIÉTÉ SAINTE

ALLAITER ET TRAVAILLER
C'EST POSSIBLE!

Organisation mondiale de la Santé Organisation internationale du Travail

CE QUE LES COLLÈGUES PEUVENT FAIRE



SOYEZ SOLIDAIRE DE LA MAMAN QUI A BESOIN DE TEMPS ET DE FLEXIBILITÉ POUR ALLAITER

ENCOURAGEZ LES JEUNES MÈRES EN AYANT UNE ATTITUDE POSITIVE, D'ACCEPTATION

RECONNAISSEZ LE CARACTÈRE SPÉCIAL DES MOIS QUI SUIVENT LA NAISSANCE D'UN ENFANT

SOUTENIR L'ALLAITEMENT SUR LE LIEU DE TRAVAIL CHANGE LA DONNE POUR LES PARENTS QUI TRAVAILLENT

Affiche 5 : « Allaiter et travailler ... C'est possible ! »

Pour finir, il faut intervenir au niveau politique pour faire connaître les dispositions du droit international en matière d'allaitement et de travail. La convention 183 de l'OIT adoptée en 2000 prévoit notamment que « les pauses ou la réduction journalière du temps de travail doivent être comptées comme temps de travail et rémunérées en conséquence ». La France a voté cette convention mais ne l'a pas complètement ratifiée.

2.1.3. Conclusions

Cette première partie du questionnaire met en évidence le type d'alimentation choisi par les mères en fonction de leur âge, de leur situation familiale et de leur catégorie socioprofessionnelle. Elle permet notamment de cibler la population la moins sensibilisée à l'allaitement. Les femmes qui allaitent le moins sont globalement plus jeunes, moins diplômées, et plus souvent sans activité en comparaison aux femmes qui allaitent. Ce sont souvent les mêmes qui s'adressent le moins facilement aux professionnels de santé dans la recherche d'informations mais également pour discuter des raisons de leur choix.

2.2. Informations reçues sur l'allaitement maternel

2.2.1. Différentes sources d'information

Parmi les femmes interrogées, 68,3 % ont cherché des informations sur l'allaitement pour les aider à faire un choix. Les femmes qui se renseignent décident plus facilement d'allaiter leur enfant que celles qui ne se renseignent pas [Figure 13].

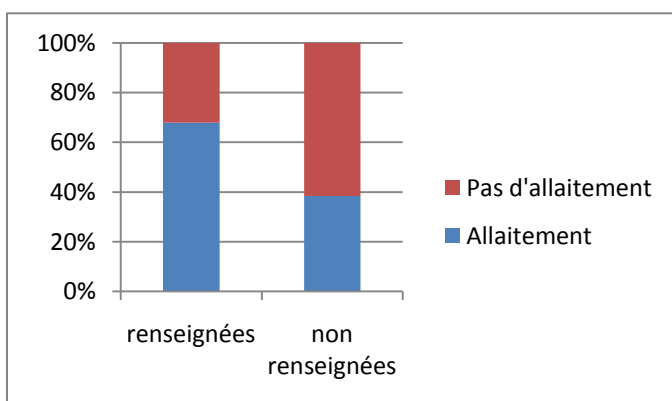


Figure 13 : Choix d'alimentation en fonction du niveau de renseignement

Le choix d'allaiter ou non est une décision qui doit être personnelle et éclairée. Il existe diverses sources d'information pour aider les futurs parents [Figure 14].

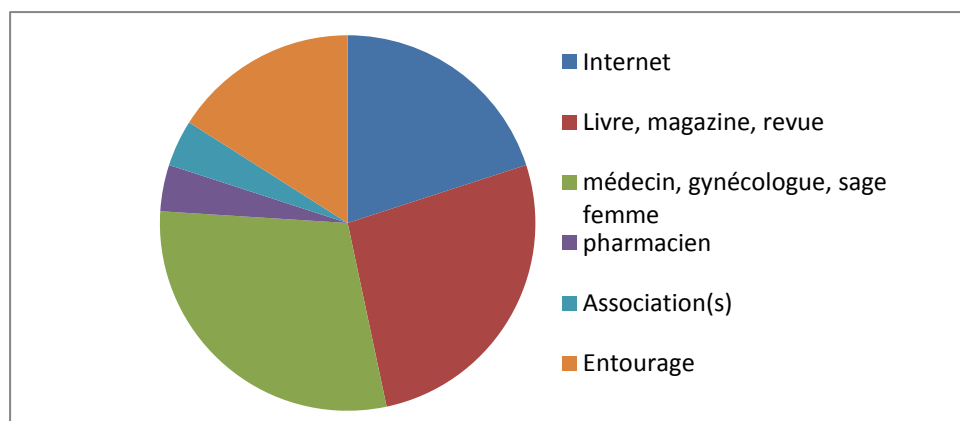


Figure 14 : Les différentes sources d'informations utilisées sur l'allaitement

Les résultats du questionnaire montrent que les parents se tournent préférentiellement vers les professionnels de santé. Ces derniers ont donc une place primordiale dans l'accompagnement de la femme allaitante. Leur formation initiale reste néanmoins faible voire insuffisante pour répondre aux interrogations des futurs mamans lorsqu'elles rencontrent des difficultés. Leurs compétences sur le sujet sont très inégales et les mamans ne trouvent pas toujours le soutien approprié. L'allaitement est un sujet complexe qui nécessite des connaissances solides. Il existe néanmoins des professionnels sensibilisés sur le sujet que sont les consultantes en lactation ou les associations de soutien à l'allaitement. Un professionnel qui ne peut pas conseiller une femme allaitante doit être capable de la diriger vers quelqu'un de plus compétent et donc de connaître ces associations.

Les livres, les magazines, et les revues sont presque autant sollicités que les professionnels de santé dans la recherche d'information. Il serait donc intéressant de proposer des brochures sur l'allaitement maternel, notamment en officine, pour inciter les parents à réfléchir globalement au sujet. L'INPES propose par exemple un guide intitulé « *Le choix d'allaiter* » ou encore « *Le guide nutrition de la naissance à 3 ans* ». [Annexe 4]. Ces derniers ont pour objectif d'aider chaque couple à choisir le mode d'alimentation de leur enfant en fonction des différentes questions qu'ils peuvent se poser.

En troisième position, on retrouve l'utilisation d'internet. Dans ce cas, tous les sites ne sont pas équivalents et certains seront plus abordables que d'autres. Ils seront davantage utiles pour compléter et approfondir ses connaissances.

Quasiment au même niveau qu'internet se trouve l'entourage du couple. Les amis et la famille peuvent apporter un soutien psychologique en étant à l'écoute de la maman et en l'aidant à prendre confiance en elle. Ils peuvent être aussi un soutien physique en aidant aux tâches quotidiennes comme les courses ou en s'occupant des autres enfants. Mais contrairement aux professionnels de santé, les personnes de l'entourage se basent surtout sur leur propre expérience pour argumenter sur la décision d'allaiter ou non. Cette décision est strictement personnelle et est prise en fonction de ses croyances, ses représentations et ses valeurs. Il n'y a pas de bons ou de mauvais choix. Chaque expérience est unique et ne peut être comparée.

En dernière position se trouvent les pharmaciens et les associations qui ont été très peu sollicités par les femmes au cours de leur grossesse. En ce qui concerne les associations, elles interviennent le plus souvent après l'accouchement lorsque les mères rencontrent des difficultés au cours de l'allaitement. Le pharmacien reste quant à lui un acteur peu connu dans le domaine de l'allaitement. Ce sera à lui de montrer qu'il a tout à fait son rôle à jouer !

2.2.2. La place du professionnel de santé

Seulement la moitié des femmes qui ont répondu à ce questionnaire ont discuté de leur décision d'allaiter ou non avec un professionnel de santé. Certains sont préférentiellement sollicités comme c'est le cas de la sage-femme [Figure 15]. Elle reste l'interlocutrice privilégiée des futurs parents.

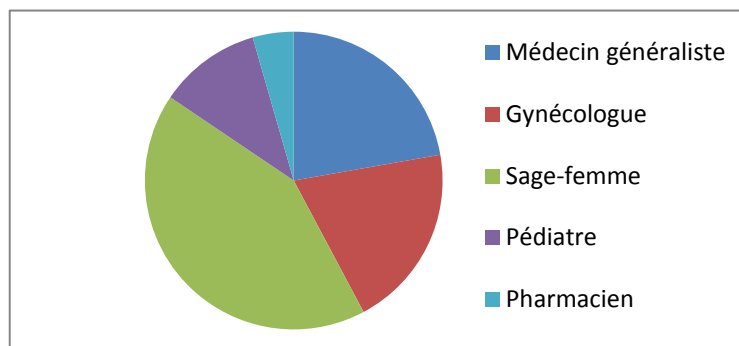


Figure 15 : « Avec quel(s) professionnel(s) de santé avez-vous parlé de votre décision d'allaiter ou non ? »

En dernière position, on retrouve le pharmacien qui n'est pas vu comme un conseiller de premier choix en ce qui concerne l'allaitement. Les femmes qui se rendent à l'officine n'évoquent pas spontanément l'alimentation du futur bébé.

De même, en cas de problèmes au cours de l'allaitement, les femmes se tourneraient d'abord vers la sage-femme puis vers le médecin généraliste pour les résoudre. Aucune des femmes interrogées n'irait en premier lieu demander conseil à son pharmacien.

2.2.3. La place du pharmacien

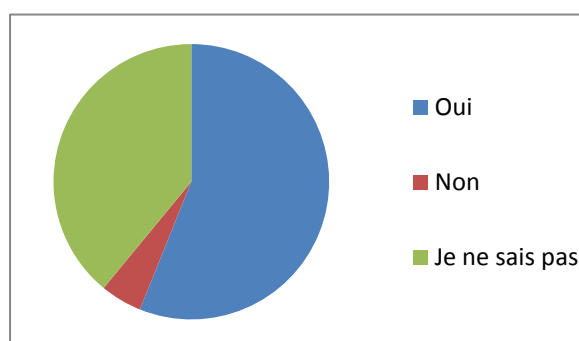


Figure 16 : « Pensez-vous que votre pharmacien a les compétences pour répondre à vos questions au sujet de l'allaitement ? »

Malgré tout, seulement 4,9% des femmes interrogées pensent que leur pharmacien ne peut pas répondre à leurs questions. Plus de la moitié pense le contraire et 39% ne savent pas.

Si autant de femmes ne connaissent pas les compétences du pharmacien c'est notamment parce qu'il ne communique pas ou peu sur le sujet [Figure 17]. 4 femmes interrogées sur 5 déclarent qu'il n'a pas abordé la question avec elles au cours de leurs grossesses.

Figure 17 : « Votre pharmacien a-t-il abordé le sujet avec vous ? »

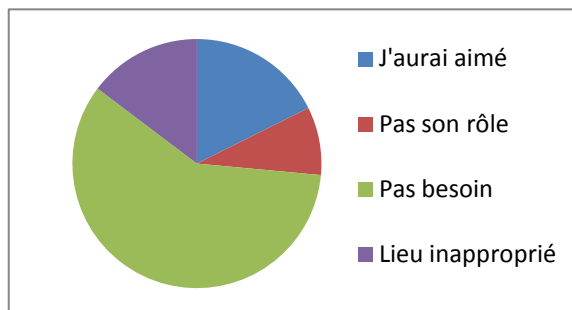
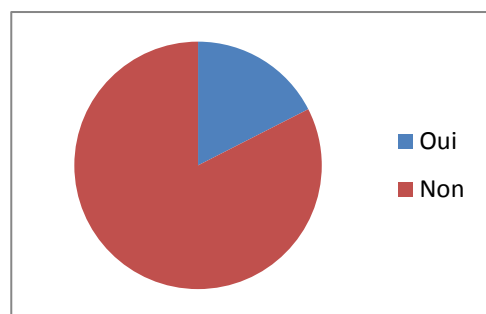


Figure 18 : « Auriez-vous aimé qu'il le fasse ? »

A la question « Auriez-vous aimé que votre pharmacien aborde le sujet avec vous ? », 58,8% des femmes ont répondu ne pas en ressentir le besoin, 14,7% estiment que l'officine n'est pas un lieu propice pour répondre en toute discrétion aux questions posées et 8,9% pensent qu'il n'a pas de rôle comme conseiller en allaitement.

2.2.4. Conclusions

L'allaitement est devenu un enjeu de santé publique et en tant qu'acteur de la santé, le pharmacien a une mission professionnelle à remplir qu'il soit « pour » ou « contre ». Il est de notre devoir de proposer une information juste sans chercher à influencer le choix des parents. La formation initiale des professionnels de santé devrait être renforcée et obligatoire afin qu'ils soient convaincus des bénéfices de l'allaitement pour l'enfant et sa mère, au même titre qu'ils sont assurés que le tabac et l'alcool sont dangereux pour un fœtus. Cette formation doit être fondée sur les données scientifiques actuelles validées.

La promotion de l'allaitement doit également prendre en compte les inégalités sociales. Les mères socio-économiquement plus défavorisées allaitent moins leur enfant. Un soutien de proximité au profit de ces populations devrait être mis en place, et le pharmacien dispose de nombreux atouts pour intervenir auprès d'elles. En effet, sa proximité géographique, son accessibilité, sa disponibilité et sa connaissance globale du patient (contexte socioprofessionnel et familial, l'entourage...) font de lui un acteur clef pour intervenir dans l'éducation pour la santé et donc dans la promotion de l'allaitement maternel.

Le pharmacien n'est pas spontanément sollicité par les futurs parents. L'officine est un lieu où se croise de nombreuses femmes enceintes. Elles ne viennent pas forcément pour un conseil ou une pathologie qui serait liée à leur

grossesse mais c'est une opportunité pour aborder avec elle les premières questions de parentalité. Ce sera à lui de démontrer qu'il peut soutenir et accompagner les parents dans leur décision.

2.3. La décision d'allaiter ou non

La dernière partie du questionnaire a pour but de comprendre ce qui a motivé le choix des femmes interrogées.

2.3.1. « Je veux allaiter mon enfant »

Les femmes qui décident d'allaiter leur enfant, le font essentiellement pour deux raisons : les bienfaits pour la santé du bébé et la création d'une intimité avec lui. L'allaitement est souvent perçu comme le prolongement de la grossesse et permet de créer un lien unique entre la mère et son enfant.

L'allaitement présente également d'autres avantages. Tout d'abord, d'un point de vue économique puisque c'est une manière de nourrir gratuitement son enfant. Les familles font ainsi des économies sur l'achat des laits artificiels, des biberons, des chauffe-biberons... Cet avantage concret ne fait pourtant pas partie des principales motivations pour allaiter son enfant. En effet, statistiquement, ce sont les femmes issues de niveaux socio-économiques élevés qui allaitent le plus en France. L'argument du coût n'est pas perçu comme un avantage dans les populations défavorisées qui souhaitent pouvoir offrir le meilleur pour leur enfant et qui perçoivent l'allaitement maternel comme un mode d'alimentation incertain. De plus, certaines sont dans l'obligation de reprendre le travail rapidement pour des raisons économiques et pensent ne pas pouvoir concilier les deux.

Deuxième point qui n'a pas été évoqué lors de mes entretiens : l'avantage pratique. En effet, le lait est toujours à disposition et à bonne température et les mères n'ont pas besoin d'emporter avec elles tout un « nécessaire » lorsqu'elles quittent leur foyer. De plus, l'enfant n'a pas besoin d'attendre longtemps pour obtenir le lait lorsqu'il réclame. Il sera plus vite satisfait et pleurera moins longtemps. Là encore, l'argument pratique ne fait pas partie des premières motivations dans la décision d'allaiter. Il peut même être perçu par certaines femmes comme l'inverse. En effet, un certain nombre de femmes n'ose pas allaiter en public tout simplement par pudeur ! Beaucoup ne veulent pas sortir de chez elles par peur d'affronter le jugement d'autrui. Mais il faut savoir qu'il existe de plus en plus de vêtements conçus pour les femmes allaitantes, avec la possibilité de toujours emporter un grand foulard lors d'une sortie.

2.3.2. « Je ne veux pas allaiter mon enfant »

Les raisons qui font qu'une femme ne veut pas allaiter sont beaucoup plus variées et aucune n'a été privilégiée lors de mes entretiens.

2.3.2.1. Celles qui sont sûres de leur choix

Certaines décident de ne pas allaiter tout simplement parce qu'elles ne souhaitent pas ou n'apprécient pas; et non par manque d'information sur le sujet. L'allaitement n'est pas forcément fait pour toutes les femmes qui ne se reconnaissent peut être pas dans ce mode d'alimentation. L'allaitement est un droit mais pas un devoir. Comme toute autre décision, le professionnel de santé se doit de la respecter et d'accompagner la future maman selon son désir. Certaines d'entre-elles ont parfois l'impression que leur choix n'est pas totalement validé par le professionnel de santé qui cherchera à la faire « changer d'avis ». Il ne faut pas culpabiliser les mères qui font ce choix puisque ce n'est pas un mauvais choix !

Dans un pays développé comme la France, l'alimentation au biberon avec des laits de substitution ne présente pas de danger pour l'enfant. Leur composition et leur fabrication sont soumises à une réglementation précise et rigoureuse, qui garantit leurs qualités nutritionnelles et sanitaires. Il faut simplement rappeler aux futurs parents que tous les laits ne sont pas équivalents (classés selon l'âge de l'enfant et donc de ses besoins) et qu'ils existent des laits spécifiques comme les laits anti-régurgitations, hypoallergéniques...

2.3.2.2. Celles qui hésitent par manque d'information

D'autres femmes décident de ne pas allaiter peut-être parce qu'elles manquent d'information et de soutien. De nos jours, l'allaitement n'est pas quelque chose de naturel mais qui doit se réapprendre. L'inconnu peut être, chez certaines femmes, une source d'angoisse et de préoccupation alors que le biberon représente la sûreté et paraît donc plus simple.

L'une des raisons souvent évoquée est la peur des problèmes comme les crevasses, l'engorgement, le manque de lait ... Nous verrons par la suite que ces problèmes fréquemment rencontrés sont aussi facilement évitables avec une bonne connaissance des modalités pratiques de l'allaitement.

D'autres femmes n'ont pas voulu allaiter parce qu'elles fumaient. Or, l'allaitement n'est pas contre-indiqué dans cette situation, bien au contraire. Un enfant allaité qui vit dans un environnement tabagique tirera avantage de la protection contre les maladies respiratoires apportée par le lait de sa mère. Ce sera également fonction du nombre de cigarettes fumées par jour. L'excès de tabac (plus de 20 par jour) peut réduire la quantité de lait que produit la mère et dans certains rares cas, créer chez l'enfant allaité des symptômes de nausées, vomissements, crampes abdominales et diarrhées. Chaque situation est unique et le discours du professionnel de santé doit s'y adapter.

Pour finir, les autres motifs de refus sont : la disponibilité, la fatigue, l'avis négatif du père et l'échec des dernières expériences. Le plus difficile reste à déterminer si ces motifs sont liés à un manque d'information et de réflexion du couple ou s'il s'agit d'arguments au simple fait que la mère n'ait pas envie d'allaiter. Pour arriver à distinguer les deux situations, il faut savoir écouter sa patiente avec empathie et ne pas aller trop vite dans sa démarche d'accompagnateur.

2.3.3. « J'ai allaité mon enfant »

Parmi les femmes interrogées, quasiment 2 sur 3 ont déclaré qu'elles auraient aimé allaiter plus longtemps par rapport à leur souhait de départ [Figure 19]. La reprise du travail ne fait pas partie des motifs d'arrêt précoce d'allaitement puisqu'elles le prennent souvent en compte dès le début. De ce fait, peu de femmes ont souhaité allaiter plus de 3 mois.

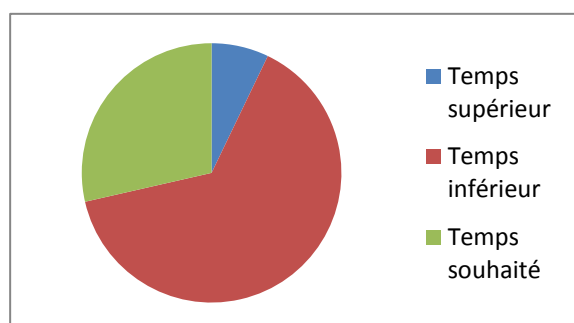


Figure 19 : Temps d'allaitement par rapport au souhait initial

Je me suis donc intéressée pour finir aux difficultés rencontrées par ces mamans, ainsi qu'aux causes de sevrage. Ce qui revient le plus souvent concerne la prise de poids de l'enfant. Beaucoup craignent que leur lait ne soit pas assez nourrissant ou en quantité suffisante pour répondre aux besoins de leur nourrisson. Cette inquiétude devient souvent la cause d'arrêt de l'allaitement. Or, dans plus de 95% des cas [69], il s'agit d'une conduite inappropriée de l'allaitement qui peut donc être facilement remédiable. C'est souvent le signe d'un manque de confiance en soi et d'information. Il existe de nos jours des règles de prise de poids, notamment avec l'alimentation artificielle, qui restent très fortes. L'allaitement à la demande ne fait pas partie de notre environnement socioculturel qui cherche davantage à réguler le nombre de tétées et à vouloir que l'enfant fasse ses nuits.

Deuxième cause d'arrêt de l'allaitement : la fatigue. Mais est-ce vraiment l'allaitement maternel qui est responsable de cette fatigue ? L'arrivée d'un nouveau-né est un événement qui va bouleverser un quotidien. Le tout-petit a des rythmes différents des adultes et aura besoin de ses parents de jour comme de nuit, et ce peu importe le mode d'alimentation choisie. Une étude datant de 2002, a même démontré que le sommeil d'une femme qui allaite est plus profond et donc plus réparateur par rapport à une femme qui n'allaiterait pas [70]. Contrairement aux

clichés répandus, les femmes qui allaitent dormiraient donc mieux que celles qui n'allaitent pas.

Pour terminer, les femmes interrogées ont stoppé leur allaitement à la suite de petits problèmes comme des crevasses, un engorgement, une lymphangite... Les difficultés rencontrées non résolues sont souvent le résultat d'un soutien et d'une information insuffisants.

2.3.4. Conclusions

L'allaitement fait partie des grandes questions de parentalité. La décision est souvent prise dès les premiers mois de grossesse et nécessite donc une information précoce. Le pharmacien d'officine peut être un premier interlocuteur en proposant notamment de la documentation générale sur l'alimentation du nourrisson [Annexe 4]. L'éducation pour la santé est une obligation déontologique. L'article R. 4235-2 du Code de la Santé Publique précise en effet que le pharmacien « *doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale* ». Le but n'est pas de convaincre mais de communiquer et d'accompagner les parents dans leur réflexion pour les aider à faire des choix. Il faut se montrer disponible, en tant que soignant, pour les soutenir dans leur décision.

Pour être un bon accompagnateur, prendre conscience de ses propres représentations de la parentalité est primordial. L'allaitement est un domaine de la santé où les émotions et les valeurs personnelles interfèrent beaucoup avec la pratique professionnelle et peuvent constituer un frein dans l'acceptation du patient. Prendre du recul par rapport à ses opinions est une première étape indispensable pour établir ensuite une relation de qualité avec ses patientes.

3. Le rôle du pharmacien dans l'accompagnement de la femme allaitante

3.1. La place du pharmacien dans la démarche de soin

3.1.1. Avant la naissance

Pendant la grossesse, les parents sont confrontés très tôt aux premières questions de parentalité : « *dois-je suivre une préparation à la naissance ? Où vais-je accoucher ? Quel mode d'alimentation pour mon enfant ?* »... Les choix qu'ils doivent faire vont être soumis à de multiples influences qu'elles soient culturelles, socioculturelles, médiatiques, médicales mais également personnelles. L'accompagnement va d'abord consister à expliquer aux parents qu'ils peuvent avoir

le choix et que cette décision leur appartient. Notre rôle est ensuite de les aider à aller au bout en dépit des difficultés.

3.1.1.1. Comment entrer en relation et communiquer ?

En 2010, l'INPES a mis en place un guide pour aider les professionnels de santé à accompagner les choix des couples autour de la grossesse [71]. Il propose des éléments de réflexion sur la façon d'aborder certains sujets. Cette démarche éducative se décompose en 6 axes : [Annexe 5] [72]

- écouter, accueillir, reconnaître ce que vit la personne
- évaluer ensemble la situation
- proposer des informations
- accompagner la réflexion
- proposer une action et s'engager
- faire le lien, recruter les autres acteurs de la situation (professionnels ou entourage)

Il ne faudra pas aller trop vite dans la démarche de soins, ne pas tout de suite évaluer et proposer une action. Il faut d'abord constater avec empathie pour que la maman se sente comprise. L'écoute empathique consiste donc à se rapprocher de la place de l'autre mais sans s'identifier totalement à elle.

La première étape consiste donc à favoriser l'expression et à valoriser l'écoute pour comprendre au mieux ce que vit le patient et pour ne pas passer à côté de ses préoccupations ou questionnements. Chaque personne a une façon différente de voir le monde qui l'entoure et a donc un ressenti qui lui est propre. Le professionnel de santé doit donc encourager l'expression des attentes, du vécu et des sentiments du couple, ce qui lui permettra notamment d'éviter certains malentendus. Il est nécessaire de rejoindre l'autre, de créer un espace de confiance en l'écoutant et en montrant que l'on a reconnu ce qui est exprimé. Favoriser le dialogue ne suffit pas toujours pour aborder tous les sujets. Il faut également prendre l'initiative d'aborder la question de l'alimentation du nourrisson. Cela permet également de faire le point sur les envies du couple et d'explorer ses connaissances sur le sujet.

Après le constat et si le couple le souhaite, de l'information pourra être proposée pour compléter ou renforcer leurs connaissances. Il faut d'abord expliquer pourquoi l'allaitement est devenu un enjeu de santé publique en informant sur ses bénéfices et notamment sur la santé du bébé. Il faut adapter son discours à chaque situation et inciter le couple à poursuivre sa réflexion. Il faut l'aider à décrire ce qui le motive et à en préciser les raisons.

Si la femme souhaite allaiter son enfant, le pharmacien peut la renseigner davantage sur la physiologie de la lactation et sur les modalités pratiques de l'allaitement. Il faut qu'elle puisse comprendre la notion d'allaitement à la demande et ce que cela implique. Il est possible également d'anticiper et de prévenir les problèmes possibles en les expliquant. Le but n'étant pas d'effrayer ou de décourager la future maman mais de lui démontrer qu'ils sont facilement évitables et résolubles. Parler des difficultés, c'est les prévenir.

S'engager envers un patient, c'est s'impliquer dans son accompagnement. La grossesse nécessite un suivi psychologique et émotionnel et peut par conséquent mobiliser tous les acteurs de la santé. S'engager c'est aussi respecter et soutenir sa décision, notamment lors de difficultés.

3.1.1.2. Ce qu'il est nécessaire d'aborder avec les futurs parents [63]

L'allaitement est à mettre dans une vision globale de la parentalité. En effet, les interrogations posées au sujet de l'allaitement sont parfois des problèmes d'adaptation parentale. Prenons l'exemple d'un bébé qui pleure le plus souvent en fin d'après-midi. Beaucoup de mamans penseront qu'elles manquent de lait et viendront à la pharmacie se renseigner sur les laits infantiles pour compléter leur allaitement avec un biberon de lait artificiel. Or, si le bébé pleure souvent à cette période c'est que sa chronobiologie le fait s'éveiller à ce moment-là et non pas parce qu'il a faim. Une fois éveillé, il va chercher à téter puisqu'il a l'énergie pour le faire. Les six premières semaines, les tétées sont groupées et il n'existe pas d'intervalle de temps régulier. Il faut respecter le rythme veille/sommeil de l'enfant en l'observant et pour cela la proximité est nécessaire [73]. Ces notions sont à expliquer aux futurs parents, même s'il n'y a pas d'allaitement.

Le sommeil des nourrissons peut se décomposer en quatre phases :

- le sommeil calme où il ne faut pas le déranger,
- le sommeil agité où il est possible de réveiller son enfant pour le faire téter,
- l'éveil calme qui est l'état le plus propice à l'allaitement,
- et l'éveil agité où le bébé a besoin d'être auparavant apaisé avant de pouvoir téter efficacement et sereinement.

La règle d'or à connaître est « l'allaitement à la demande », mais elle ne veut pas dire *allaitement aux pleurs*. Le nouveau-né va montrer qu'il est prêt à téter à travers certains signes: il ouvre la bouche et fait des mouvements de succion, il salive, il tète ses poings ou il fait des mouvements de recherche avec sa tête. Il n'est pas nécessaire d'attendre qu'il pleure pour lui répondre ! Le peau-à-peau permet également de favoriser ces échanges. La proximité est donc un élément clef pour observer les éveils et signaux du bébé. Le tout petit a besoin de retrouver ses repères olfactifs in-utero et c'est pour cela que le peau-à-peau avec la mère ou le père est recommandé dès les premières heures de la vie. [73]

Pour finir, l'arrivée d'un nouveau-né, qu'il soit allaité ou non, va engendrer un bouleversement autant psychologique que physique. Les jeunes parents auront besoin d'être entourés et soutenus par leurs proches et surtout après le séjour en maternité. Ce soutien est un élément clef dans la réussite de l'allaitement et l'entourage peut devenir une aide précieuse dans les activités de tous les jours.

Ingrid Bayot, sage-femme ayant créé le premier service de formation continue autour de la périnatalité et de l'allaitement en Belgique, a mis en place un carnet « Chèque Cadeau de naissance ». La personne qui offre ce carnet propose en fait

une série de services pour aider les futurs parents dans les tâches quotidiennes (cuisine, ménage, s'occuper des autres enfants,...). [74]

En résumé, pour construire une parentalité il faut avoir des connaissances sur le rythme d'éveil du nouveau-né, sur la proximité et sur le soutien de l'entourage. Ces trois notions rendent la parentalité réalisable et l'allaitement envisageable.

3.1.2. Le retour à la maison

Les jours passés à la maternité sont rythmés par de nombreuses visites des soignants mais également de l'entourage du couple. Le retour à la maison peut alors être perçu comme un vide où les parents se retrouvent seuls pour affronter les premières difficultés. Le pharmacien est amené à rencontrer les parents quand ils viennent avec leur ordonnance de sortie. Il peut aborder avec eux leurs premiers ressentis sur ce retour et vérifier que les informations reçues à la maternité ont été retenues notamment dans le cadre de l'allaitement. C'est également l'occasion de leur demander s'ils ont une personne référente à qui s'adresser si besoin, que ce soit un professionnel ou une personne de l'entourage. Le pharmacien peut proposer une écoute et signaler qu'il reste accessible et disponible pour tout renseignement. Le suivi de la grossesse ne doit pas s'arrêter à l'accouchement mais doit se poursuivre les semaines qui suivent.

Notre rôle est aussi d'orienter la jeune maman vers un autre professionnel de santé ou une association si cela dépasse nos compétences. Il faut pour cela connaître les structures adaptées pour les jeunes mamans et orienter vers des sages-femmes libérales ou des puéricultrices des PMI. Ces dernières peuvent se déplacer au domicile des patientes, ce qui peut favoriser le dialogue. La liste des professionnels ayant reçu une formation dans la région peut également être fournie (liste des consultantes en lactation IBCLC ou des professionnels possédant le DIULHAM).

3.2. La place du pharmacien face aux difficultés rencontrées

[69] [73] [75]

3.2.1. Douleurs et lésions des mamelons

L'allaitement n'est pas douloureux lorsqu'il est bien conduit et accompagné. Cependant, beaucoup de femmes ont une hypersensibilité transitoire des mamelons pendant les 7 premiers jours au maximum. Il faut prévenir les mères que le démarrage peut être difficile et que les premières tétées peuvent être un peu douloureuses mais que cela ne dure pas ! Il faut néanmoins prendre en compte leur souffrance et reconnaître tout simplement que c'est un moment difficile à passer (*l'écoute empathique*).

Comme j'ai pu le réaliser au cours de mes entretiens, les lésions du mamelon et leurs complications sont l'un des causes d'arrêt d'allaitement les premières semaines. Plusieurs causes peuvent être à l'origine de ces douleurs [Figure 20] [73].

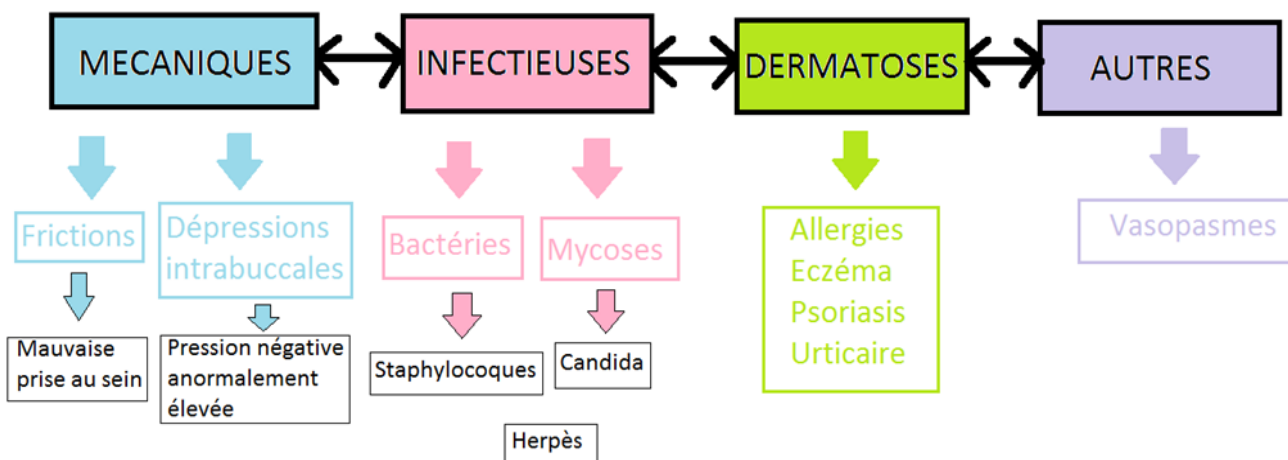


Figure 20 : Causes des douleurs et des lésions aux mamelons

3.2.1.1. Crevasses et complications

Les crevasses sont des lésions de la surface cutanée du mamelon et/ou de l'aréole qui peuvent saigner et sont toujours très douloureuses. Elles sont assimilables à des gerçures du mamelon. Elles ont l'aspect de petites lignes rouges ou de fissures. Le mamelon peut avoir aussi un aspect complétement rouge et abrasé. Cette lésion constitue une porte d'entrée pour les agents infectieux et implique donc la surveillance de l'apparition de signes tels que des écoulements purulents ou de la fièvre. Les douleurs seront plus vives en début de tétées et disparaissent souvent lorsque le lait jaillit suite au réflexe d'éjection.

Les crevasses sont essentiellement de causes mécaniques et surviennent lors d'une friction anormale entre le mamelon et une partie de la bouche du nourrisson. C'est principalement dû à une mauvaise position du bébé pendant l'allaitement : le mamelon se déforme et une lésion apparaît. Il faudra donc, dans un premier temps, s'assurer du positionnement correct du bébé durant la tétée et de la bonne prise du sein.

Cela peut être également dû à une anomalie physique chez l'enfant comme un frein de langue trop court. La langue a du mal à sortir de la cavité buccale et à se positionner correctement lors des tétées. Il faudra vérifier l'absence de problèmes chez un spécialiste de la petite enfance. Pour finir, les crevasses peuvent être causées par une dépression intra-buccale¹³ trop élevée qui peut être liée au bébé, notamment quand le débit est faible, ou à une mauvaise utilisation du tire-lait.

¹³ Dépression intra-buccale = lors de la tétée, le bébé va abaisser son maxillaire inférieur et sa langue. Il va créer une dépression intra-buccale qui va aspirer le lait des canaux lactifères vers la bouche.

Avant de traiter la crevasse, quelques conseils sont à donner à la maman :

- S'assurer de la bonne position du nourrisson pendant la tétée : tête inclinée vers l'arrière, bouche grande ouverte, lèvre inférieure retroussée, menton contre le sein, nez dégagé...
- En fin de tétée, glisser doucement le petit doigt entre les gencives du bébé pour qu'il lâche le sein lui-même, sans « traction » sur le mamelon.
- Expliquer les techniques d'expression manuelle pour déclencher le réflexe d'éjection et diminuer ainsi le temps des tétées [Figure 21].

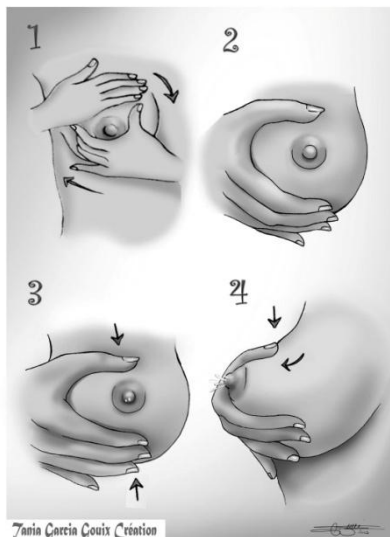


Figure 21 : Expression manuelle

Technique : entourer le sein de la main, le pouce au-dessus et les autres doigts en dessous forment un C et soutiennent le sein. Appuyer fermement les doigts vers la cage thoracique puis rouler le pouce en avant et les doigts en avant. Répéter ces mouvements puis recommencer en faisant tourner la main sur toute la circonférence du sein, de façon à drainer tous les canaux lactifères. Attention à ne pas appuyer au bout de l'aréole et à comprimer ces canaux.

Il existe ensuite des traitements qui vont accélérer la cicatrisation des crevasses :

- Conseiller d'appliquer du lait maternel sur la crevasse pour éviter la déshydratation de l'aréole et du mamelon.
- Proposer un corps gras qui apaise et hydrate comme la lanoline pure hypoallergénique sans odeur ni goût (LANSINOH®, DODIE® soin des crevasses, PURELAN 100® medela). Avant application, la lanoline doit être chauffée entre les doigts et elle ne nécessite pas de rinçage entre les tétées.
- Faire des pansements occlusifs avec des compresses d'hydrogels qui favorisent la cicatrisation en créant un milieu humide. Attention, elles sont contre-indiquées en cas de candidoses mammaires ou de crevasses infectées !
- Proposer l'usage de coquilles d'allaitement pour protéger le mamelon de tout frottement. Elles sont perforées et laissent l'air circuler.
- Soulager la douleur avec la prise de paracétamol ou d'ibuprofène.

3.2.1.2. Candidoses mammaires

C'est une infection due à un champignon, le *Candida albicans*. La candidose se manifeste par des douleurs intenses de type brûlures qui surviennent pendant toute la tétée et persistent parfois au-delà. Outre la douleur, les signes évocateurs peuvent être une démangeaison ou une hypersensibilité des mamelons, et la peau peut devenir rose vif et desquamer. La mycose va toucher également l'enfant. On

peut retrouver des points blancs dans sa bouche ou sur ses gencives, ainsi qu'un érythème fessier.

Il existe des facteurs favorisant la candidose. Elle peut faire suite à une candidose vaginale chez la mère, à une prise d'antibiotique ou à la présence de crevasses persistantes.

Le bébé et la mère seront tous les deux traités. Cette pathologie n'est pas une contre-indication à l'allaitement, ni son traitement. Une consultation médicale sera nécessaire pour confirmer le diagnostic et prescrire le traitement. Il consistera en l'application locale d'une crème antifongique après chaque tétée : MYCOSTATINE® à tout âge ou DAKTARIN gel buccal® à partir de 6 mois. On pourra également voir la prescription chez la mère de MUPIDERM®, un antibactérien actif sur le *Candida* mais qui devra être rincé avant la tétée. En cas d'échec, un traitement oral à base de Fluconazole pourra être prescrit chez la mère. Au moment de la délivrance, le pharmacien devra rappeler quelques règles d'hygiène :

- tous les accessoires en contact avec la bouche du bébé ou le lait doivent être stérilisés,
- bien se laver les mains avant et après chaque tétée,
- le lait tiré peut être donné au bébé mais il ne peut pas être conservé (la congélation ne tuant pas le *Candida*, le lait devra être donné le temps du traitement).

3.2.1.3. Vasospasme du mamelon

Il s'agit d'un syndrome de Raynaud au niveau du mamelon. Les signes les plus caractéristiques sont les changements locaux de couleur cutanée : d'abord une pâleur due à l'ischémie, puis une cyanose en raison du manque d'oxygénation, puis une rougeur provoquée par la vasodilatation réactionnelle. Ces changements de couleurs s'accompagnent souvent de douleurs aiguës avec sensation de brûlures. Le vasospasme peut être induit par le froid ou par un stress émotionnel. Il peut également être lié à une mauvaise prise au sein par le nourrisson, un trouble de succion ou un excès de dépression intra-buccale bloquant la circulation sanguine du mamelon. Ces facteurs favorisant seront donc à expliquer et à corriger.

L'une des premières choses à faire est d'éviter l'exposition des seins au froid. Lorsqu'un vasospasme survient, l'application immédiate de chaleur peut faire céder la douleur. Les femmes atteintes doivent aussi éviter le tabac, la caféine, la menthe et les vasoconstricteurs. Parmi les traitements médicamenteux utilisables pour traiter le vasospasme des mamelons, la Nifédipine (ADALATE®, NIFEDIPINE®...), un inhibiteur calcique, représente actuellement le meilleur choix.

Les femmes souffrant de lésions aux mamelons diminuent souvent la fréquence et le temps des tétées à cause des douleurs. Le transfert du lait est compromis et des engorgements peuvent survenir. Il ne faut pas minimiser cette douleur puisqu'elle peut engendrer l'arrêt précoce de l'allaitement. Le paracétamol,

ainsi que l'ibuprofène peuvent être utilisés chez la femme allaitante et doivent donc être conseillés.

3.2.2. Engorgements et mastites

Il faut tout d'abord distinguer l'engorgement mammaire pathologique avec celui physiologique qui correspond à la montée de lait. Une soudaine augmentation de la production lactée et du débit sanguin est observée 2 à 4 jours après la naissance et peut provoquer une congestion mammaire. L'engorgement n'est pas systématique lors de la montée de lait et des tétées fréquentes et efficaces permettent de l'éviter.

L'engorgement pathologique, également appelé «engorgement tardif», survient bien après la montée de lait et correspond à l'accumulation et à la stase lactée dans le sein. Il se traduit par un œdème local, plus ou moins douloureux et peut s'accompagner de fièvre ou de frissons. L'engorgement peut également rendre le mamelon plat : le sein est si tendu qu'il n'y a plus aucun relief, et l'enfant peut alors avoir des difficultés à le prendre. L'engorgement apparaît le plus souvent quand l'enfant tète insuffisamment (utilisation de compléments, tétées à heures fixes, nuits prolongées du bébé, séparation mère/enfant, sevrage rapide, lésions aux mamelons, problème d'hyperlactation...) ou moins efficacement (mauvaise position, défaut de succion...). Un engorgement sévère peut conduire à un arrêt de la lactation.

Dans tous les cas, une visite médicale vers un spécialiste formé sera conseillée. En attendant, le pharmacien peut proposer des solutions pour améliorer les symptômes et la douleur :

- Faire téter le bébé en priorité sur le sein engorgé. Si le sein est trop dur et que le bébé ne peut pas attraper le mamelon, assouplir l'aréole par « pression inversée » juste avant la tétée [Figure 22].

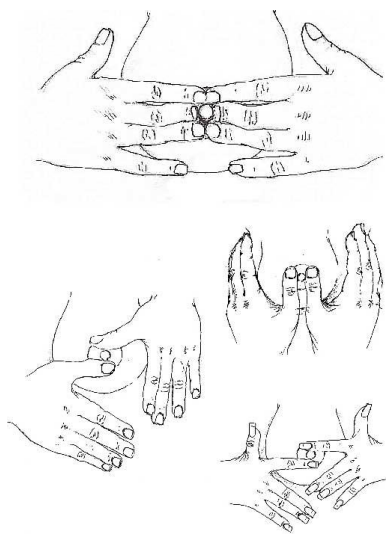


Figure 22 : L'assouplissement par contre-pression

Technique : Poser la pulpe des doigts à plat sur l'aréole à la base du mamelon, ou poser les doigts à plat de chaque côté du mamelon et exercer une pression douce vers l'intérieur du sein pendant quelques secondes. Recommencer en décalant les doigts pour faire le tour de l'aréole. L'œdème est alors supprimé, l'aréole devient plus souple et le réflexe d'éjection se déclenche. Le bébé peut alors mieux prendre le mamelon en bouche et la succion est efficace.

- Appliquer du chaud avant la tétée pour créer une vasodilatation et faciliter l'écoulement du lait, et du froid entre les tétées pour diminuer l'inflammation, l'œdème, et la douleur.

- Rappeler les signes d'une succion efficace chez la mère et l'enfant.
- Expliquer la technique de la compression mammaire pour augmenter le transfert de lait en comprimant les canaux galactophores. Le but est de prolonger l'écoulement du lait quand le bébé ne tète plus assez efficacement par lui-même, afin qu'il continue d'avalier du lait. Pour cela, il faut entourer le sein en plaquant la main libre à la base du sein, le pouce d'un côté, les autres doigts de l'autre côté du sein, loin de l'aréole. Quand le bébé avale moins souvent, comprimer le sein sans le faire glisser vers l'aréole [76] pour augmenter le flot de lait reçu.
- Diminuer l'inflammation et la douleur en donnant des AINS comme l'ibuprofène ou le kétoprofène.

Un engorgement non traité peut conduire à une mastite ou lymphangite. Il s'agit d'une réponse inflammatoire secondaire au mauvais drainage d'une zone du sein. Elle se manifeste par des signes locaux d'inflammation, généralement unilatéraux : œdème, rougeur, tension, chaleur localisée, associés parfois à un aspect « peau d'orange ». Un syndrome pseudo-grippal avec fièvre, frissons, fatigue, et courbatures peut survenir. La conduite à tenir sera la même que pour l'engorgement.

Cette inflammation peut parfois s'aggraver et se surinfecter provoquant l'apparition d'un abcès au sein. L'infection peut venir d'une lésion du mamelon qui devient une porte d'entrée pour les bactéries (crevasses), d'un foyer infectieux chez la mère (cystite, panaris, problèmes dentaires...) ou dans l'entourage. Il faut rassurer la mère sur le fait que le pus ne passe pas dans le lait maternel, qui reste donc « propre ». Des antibiotiques seront prescrits comme la PYOSTACINE®.

3.2.3. Canal lactifère bouché

La mère qui souffre d'un canal obstrué décrit sur son sein un endroit sensible, une rougeur ou une grosseur douloureuse. C'est une inflammation du canal lactifère due à un « blocage » du lait. Il ne faut pas confondre un canal obstrué avec un abcès du sein, qui est la conséquence d'une mastite mal soignée (*ce qui peut aider au diagnostic : les symptômes pseudo-grippaux*) et qui nécessite un traitement plus lourd !

Un canal peut se boucher pour plusieurs raisons :

- Un bébé a une mauvaise position au sein, l'intervalle entre les tétées est trop important, le bébé reçoit des biberons de compléments... Dans ce cas, on aura une stase lactée avec un épaississement du lait résiduel qui peut obstruer un ou plusieurs canaux en formant un filament épais.
- La maman porte un soutien-gorge ou d'autres vêtements trop serrés qui compriment le sein, elle a dormi dans une position qui a comprimé un canal...

Il est conseillé tout d'abord de drainer le sein pour tenter de supprimer l'obstacle. Il faut commencer par donner le sein douloureux en dirigeant le menton du bébé vers

le canal bouché et en vérifiant la bonne prise du sein. Il faut également varier les positions d'allaitement pour mieux drainer chaque partie. Si la désobstruction semble difficile, conseiller à la mère de faire une compression mammaire pendant la tétée. En plus du drainage, indiquer à la mère de porter des vêtements amples et d'appliquer de la chaleur sur le sein pour favoriser une vasodilatation. Pour finir, il faudra toujours prendre en compte la douleur ressentie par la mère et lui proposer du paracétamol ou de l'ibuprofène.

3.2.4. Insuffisance de lait

Deux types d'insuffisances lactées sont à distinguer : celles dites « primaires », qui sont liées à une cause anatomique ou physiologique ; et celles dites « secondaires », liées à la conduite de l'allaitement.

L'insuffisance lactée « primaire » est très rare. Les mères ont l'impression de manquer de lait quand leur bébé réclame ou pleure davantage et derrière cette crainte se cache le plus souvent une demande de lait artificiel. Cette insuffisance de lait « secondaire » est une diminution de la lactation en réponse à une mauvaise conduite de l'allaitement (mauvaise position au sein, horaires imposés, utilisation de compléments...) ou à une succion inefficace du nourrisson [76]. Dans tous les cas, la prise en charge vise à optimiser la pratique de l'allaitement, notamment en apprenant aux parents à reconnaître une tétée efficace [Tableau 9] et à allaiter l'enfant à la demande, sans restriction de durée ou de fréquence des tétées.

Signes chez l'enfant	Signes chez la mère
Succion nutritive : succion lente et régulière, bruits de déglutition	Sensation de soif
- au moins 5 à 6 couches bien mouillées - le 1er mois, 2 à 3 selles abondantes par jour (passé le 1er mois, la fréquence des selles n'est plus un bon indicateur)	Effet de l'ocytocine (=éjection du lait) : picotements, chaleur, tension dans les seins, sensation de bien-être
Prise poids régulière : Les 3 premiers mois : minimum 140 g/semaine chez une fille et 170 g/semaine chez un garçon (prise de poids plus rapide qu'un enfant non allaité mais qui ralentie après 3 mois) [78]	Écoulements possible du côté du sein non tété

Tableau 9 : Signes d'un transfert efficace de lait [77]

Un bébé qui dort tout le temps, qui ne pleure pas beaucoup ou qui fait ses nuits rapidement après la naissance peut être un nourrisson insuffisamment nourri... C'est un enfant qui manque d'énergie et qui, pour l'économiser, n'aura pas la force de pleurer. Autre cas qui peut conduire à une insuffisance lactée : l'utilisation des tétines pour satisfaire le besoin de succion du nourrisson. La mère aura tendance à proposer moins souvent le sein et attendra alors que son enfant pleure pour l'allaiter.

Le besoin continu de succion peut être le signe d'un besoin de tétée. Les tétines sont à utiliser avec prudence et une fois que la lactation est bien mise en place. La proximité est encore une fois essentielle ici pour observer les signes que son enfant est prêt à téter. [79]

Il faudra également rassurer la mère sur certains points qui pourraient lui faire penser qu'elle manque de lait :

- Après les premiers jours ou semaines, les seins redeviennent souples et sont moins tendus, ce qui ne veut pas dire qu'ils ne produisent pas assez de lait.
- La croissance des enfants allaités est différente de celle des enfants nourris au biberon. Ils grossissent plus vite les 2-3 premiers mois et moins vite après. [78]
- Pendant les 3 premiers mois de l'allaitement, une mère sur deux sera confrontée à des jours plus difficiles où l'enfant réclamera davantage. C'est ce que l'on appelle les « jours de pointe ». Elles correspondent à des périodes de changements dans le développement psychomoteur de l'enfant. Ces périodes de quelques jours sont souvent observées autour de 3 semaines, 6 semaines et 3 mois [76]. Les mères doivent avoir connaissance de cela et doivent répondre à cette demande sans restriction.
- Le nombre de tétées peut également varier en fonction de la capacité de stockage de la mère. Les nourrissons dont les mères ont une faible capacité de stockage ont tendance à téter plus souvent.

L'incapacité physiologique à produire suffisamment de lait est extrêmement rare et touche moins de 5% des femmes. Elle est liée à une cause anatomique ou physiologique chez la mère. C'est par exemple le cas pour celle souffrant d'hypoplasie mammaire, d'insuffisance hypophysaire, ayant subi une chirurgie mammaire ou ayant des antécédents de radiothérapie.

3.2.5. Réflexe d'éjection fort

Une mère qui souffre de réflexe d'éjection fort aura un écoulement de lait trop puissant, pouvant même être projeté sur plusieurs mètres. Le nourrisson n'arrivera pas à réguler le flot de lait et peut tousser, s'étouffer, voir lâcher le sein et recracher le lait. Le bébé sera souvent agité pendant la tétée ce qui donnera l'impression à la mère qu'elle n'a pas assez de lait (vérifier les signes de succion efficace : prise de poids, couches mouillées...).

L'objectif va donc être de ralentir le flux de lait qui arrive dans la bouche du bébé :

- Le premier réflexe d'éjection est le plus fort, on pourra donc conseiller à la mère d'exprimer ce premier flux de façon manuelle [Figure 21] avant de mettre le nourrisson au sein.
- Faire des pauses pendant la tétée pour laisser le nouveau-né faire des rots.

- Proposer le sein dès les signes d'éveil avant qu'il ne soit agité et que sa succion devienne rapide.
- Favoriser les positions d'allaitement où le bébé est au-dessus de la mère : le lait jaillira moins vite du fait de la pesanteur.

L'un des problèmes lors de réflexes d'éjection fort est que le bébé ne reçoit que du lait de début de tétée et qu'il ne perçoit donc jamais la sensation de satiété induite par le lait de fin de tétée [79]. Le nourrisson aura tendance à réclamer en permanence et ses selles pourront être vertes et mousseuses dues au lactose, riche dans le lait de début, qui accélère le transit et la fermentation.

3.2.6. Hyperlactation

Plusieurs signes sont retrouvés chez les femmes souffrant d'hyperlactation :

- des fuites de lait,
- une stase lactée avec des possibles engorgements, des canaux lactifères bouchés, des mastites à répétition...,
- un réflexe d'éjection fort avec un enfant agité qui ne sait pas gérer le flot de lait et qui va pleurer.

Le nourrisson présentera aussi des signes digestifs de type reflux avec des régurgitations, des vomissements, des rots bruyants, mais aussi des « coliques », un besoin de téter fréquemment puisqu'il se détournera souvent du sein et aura faim.

En plus des conseils cités pour le réflexe d'éjection fort, la production de lait pourra être diminuée en pratiquant des tétées groupées. Donner le même sein pendant un certain nombre d'heures va permettre de diminuer la vitesse de production de lait de ce sein. Il faudra penser à vider le second pour éviter l'engorgement.

3.2.7. Synthèse des difficultés : les cas de comptoir

Pour faciliter la prise en charge de ces difficultés à l'officine, j'ai réalisé une synthèse sous forme de cas de comptoir [Annexe 6]. Le pharmacien doit savoir interroger la maman et lui poser les bonnes questions pour la conseiller au mieux ou la diriger vers un spécialiste si besoin. Il faudra dans un premier temps savoir rassurer sa patiente sans minimiser sa souffrance puisqu'elle peut être la cause de l'arrêt d'un allaitement. En plus d'une aide, c'est une écoute qu'elle vient chercher à l'officine.

Cette synthèse peut servir de guide pour les pharmaciens mais nécessite néanmoins une base solide de connaissances sur la physiologie de la lactation. Elle propose des conseils dans l'accompagnement des femmes allaitantes au cours des difficultés rencontrées. Cette fiche reste à titre indicatif et ne dispense pas de l'avis d'un spécialiste.

3.3. Matériel pour l'allaitement

[69] [80] [81]

3.3.1. Tire-lait et tétérèlle

Les mères qui allaitent n'ont pas toutes besoin d'un tire-lait. Si une femme a besoin de tirer son lait pendant peu de temps, elle pourra apprendre les techniques d'expression manuelle [Figure 21]. Il y a cependant des situations où un tire-lait est utile ; par exemple :

- pour recueillir son lait pour un enfant prématuré ou malade,
- au moment de la reprise du travail,
- quand la mère et son enfant sont séparés pour d'autres raisons,
- ou pour accélérer le traitement d'une stase lactée lors d'un engorgement, d'une mastite ou d'un canal bouché.

En fonction de l'indication et donc de la fréquence et de la durée d'utilisation, on aura le choix entre plusieurs tire-lait.

3.3.1.1. Tire-lait manuels

Ils sont utilisés de façon occasionnelle ou pour le confort : en remplacement d'une tétée de temps en temps, pour soulager un engorgement, pour stimuler les mamelons plats et ombiliqués... Ces tire-lait ne sont disponibles qu'à l'achat et ne sont quasiment pas remboursés par la sécurité sociale (0,67 euros pour un tire-lait simple tirage et 1,17 euros pour un double tirage). L'avantage est qu'ils sont discrets et silencieux. Pour créer un mouvement d'aspiration, il faut activer manuellement une « manette » ou un piston de façon répétée. Ce mouvement peut être assez fatigant puisque pour reproduire le rythme de succion du bébé il faudrait environ 50 mouvements d'aspiration par minute...

3.3.1.2. Tire-lait électriques

Ces tire-lait sont recommandés dès que la maman est amenée à tirer son lait quotidiennement. Ils peuvent être prescrits en location par un médecin ou une sage-femme et sont dans ce cas remboursés par l'Assurance maladie à 65% du tarif LPPR soit 12,07 euros par semaine. L'ordonnance doit préciser s'il s'agit d'un simple pompage (un sein après l'autre) ou d'un double pompage (les deux seins en même temps). Le kit de pompage (avec tétérèlle, biberon de recueil et tube de raccordement) se fait à l'achat et sera remboursé à hauteur de 6,04 euros pour un simple pompage ou 12,08 euros pour un double. Un double pompage présente un gain de temps avec une meilleure stimulation de la production de lait. Certaines femmes pourront néanmoins être rebutées par ce principe en le comparant à la façon dont on traite une vache.

Au cours d'une tétée, les nourrissons ont d'abord un rythme ou une cadence de succion rapide associé à une dépression faible pour stimuler le réflexe d'éjection. Le rythme diminue ensuite et la dépression devient plus importante lorsque le lait

jaillit. Tous les tire-lait proposent un réglage de la dépression (plus ou moins finement) mais seuls les plus récents possèdent un réglage de la cadence de succion.

Le choix du tire-lait se fera en fonction des attentes de la mère. Par exemple, si une mère souhaite un tire-lait au moment de la reprise du travail, il faudra lui en proposer un compact et silencieux avec double pompage pour le gain de temps [Tableau 10].

Modèle(s)	Achat ou Location	Electrique	Simple ou Double pompage	Silencieux	Compact	Réglage de la cadence de succion
AMEDA Elite®	L	secteur	S / D	OUI	NON	OUI
AMEDA Lactaline®	A / L	pires, secteur	D	OUI	OUI	OUI
ARDO Calypso®	A / L	pires, secteur	S / D	OUI	OUI	OUI
AVENT Tire-lait Electrique	A	pires, secteur	S / D		OUI	NON
DTF Kitett Box automatique®	L	secteur	S / D	NON	NON	NON
DTF Kitett Fisiso®	L	secteur	S / D	NON	NON	OUI
MEDELA Freestyle®	A	secteur	S / D		OUI	OUI
MEDELA Lactina Select®	L	secteur	S / D	OUI	NON	OUI
MEDELA Swing®	A	pires, secteur	S		OUI	OUI
MEDELA Symphony®	L	secteur	S / D	OUI	NON	OUI
NUK E-motion®	A	pires, secteur	S		OUI	OUI

Tableau 10 : Caractéristiques de quelques tire-lait disponibles à l'officine

3.3.1.3. La téterelle

La téterelle doit être adaptée au mamelon. Si elle est trop grande, l'aspiration sera inefficace et si elle est trop petite, elle pourra entraîner des douleurs ou des lésions au niveau du mamelon. Il est possible que la taille du mamelon évolue au cours de l'allaitement et qu'il faille modifier la taille de la téterelle. La mesure doit se faire après une tétée ou après avoir tiré son lait. Si le mamelon est mesuré au « repos », il faut rajouter 2 millimètres de plus.

3.3.1.4. Recueil et conservation du lait [82]

Des règles strictes d'hygiène doivent être respectées pour le recueil puis la conservation du lait. Avant la première utilisation du tire-lait, les accessoires doivent être lavés, rincés puis stérilisés en les portant à ébullition dans une casserole d'eau pendant au moins 5 minutes. Par la suite, un nettoyage soyeux à l'eau chaude et au savon sera suffisant et il faudra toujours conseiller de sécher les différentes pièces à l'air libre.

Le lait qui vient d'être tiré se garde à une température ambiante pendant 4 à 6 heures. S'il est destiné à être ajouté à du lait déjà recueilli et réfrigéré, il faudra le refroidir au préalable au réfrigérateur pour que les températures des deux laits soient identiques. Par contre, le lait fraîchement recueilli ne pourra être ajouté à un biberon de lait congelé.

Au réfrigérateur, l'ANSES préconise une durée de conservation de 48 heures. Le lait ne doit pas être conservé dans la porte où la température fluctue davantage. Au congélateur (-18°C), le lait se conserve jusque 4 mois (*attention : ces délais ne sont pas cumulables*). Le lait tiré doit être préalablement mis quelques heures au réfrigérateur avant la congélation. Un lait qui a été décongelé au réfrigérateur doit être consommé dans les 24 heures. Sorti du réfrigérateur, le lait à température ambiante doit être bu dans l'heure ou dans la demi-heure s'il a été réchauffé au bain marie. A noter qu'un lait qui a été congelé peut avoir une odeur normale de rance qui est liée à l'activité de la lipase.

Le transport du lait maternel doit se faire au froid dans une glacière ou dans un sac isotherme avec un pack de réfrigération et pendant maximum une heure. Pour connaître la quantité de lait à prévoir pour une journée, il existe une formule simple :

Volume de lait en moyenne (mL) par jour = 250 mL + (poids du bébé en grammes / 10).

Il faut savoir également qu'un bébé qui a été nourri au sein prend des quantités plus petites de lait à la fois qu'un enfant du même âge nourri exclusivement au biberon. Très souvent, le nombre de biberons sera inférieur au nombre de tétées dans une journée. Il n'est pas nécessaire non plus « d'habituer » au préalable son enfant au biberon lors de la reprise du travail par exemple. Il s'adaptera très facilement aux changements de situation et saura différencier le rythme « avec maman » et celui « sans maman ». [83]

3.3.1.5. « L'alimentation au lait maternel » [84]

Beaucoup de femmes ne veulent pas allaiter par crainte des difficultés ou des possibles douleurs. D'autres n'osent pas prolonger leur allaitement au-delà de six mois de peur des critiques. Ces attitudes ont conduit à la naissance d'un nouveau phénomène : la substitution de l'allaitement maternel par une « alimentation au lait maternel ». Le bébé reçoit l'alimentation considérée comme la meilleure sans que la mère n'ait à subir d'éventuels problèmes de succion ou de positionnement. Le lait tiré et recueilli peut être donné sans devoir mettre l'enfant au sein et ainsi risquer des situations gênantes. De plus, le papa peut ainsi participer activement à l'alimentation.

Mais cette pratique apporte-t-elle tous les avantages de l'allaitement exclusif au sein ? Existe-t-il des risques ? Peu d'études ont été réalisées à ce jour. Cette méthode nécessite d'avoir du temps pour tirer, nourrir puis nettoyer le matériel. Les seins seront également moins stimulés avec le risque d'un sevrage plus précoce. Les règles de conservation et de transport devront également être rigoureusement respectées pour éviter toute contamination.

3.3.2. Divers accessoires

3.3.2.1. Couppelles d'allaitement



Figure 23 : Couppelles d'allaitement

Elles sont formées de deux coques : l'une au contact du sein, dit interne, qui est percée d'un orifice central et une externe percée de trous d'aération plus ou moins nombreux.

Les coupelles d'allaitement peuvent être tout d'abord utilisées pour recueillir le lait qui coule entre les tétées. Dans ce cas, elles sont munies de bec verseur et sont appelées coupelles ou coquilles recueil-lait. Le lait récupéré peut être donné dans les 30 minutes au maximum ou il devra être jeté.

Ces coupelles sont également utilisées comme « protège-mamelons » par exemple en cas de crevasses. Elles protègent des frottements et favorisent l'hydratation de la peau en favorisant l'écoulement de lait. Puisqu'elles stimulent la lactation, elles peuvent aussi être utiles en cas d'engorgement.

Lors de la délivrance de ce type d'accessoire, il faudra expliquer à la maman que plus elle portera de coquilles et plus l'écoulement sera abondant. Les coupelles seront également à vider régulièrement, toutes les deux à trois heures pour éviter le risque de macération. Pour une femme qui aurait tendance à perdre beaucoup de lait, il faudra plutôt conseiller l'utilisation de coussinets d'allaitement. Placés dans le soutien-gorge, ils permettent d'absorber les pertes de lait entre deux tétées et d'éviter de tâcher les vêtements. Ils peuvent être lavables ou jetables.

Figure 24 : Forme-mamelons



Pour terminer, certaines coupelles sont utilisées comme « forme-mamelons ». L'orifice central est plus étroit que sur les coupelles d'allaitement. Ils sont à utiliser 30 minutes à une heure avant la tétée. Une légère pression fait ressortir le mamelon afin d'aider le bébé à mieux le saisir.

3.3.2.2. Bouts de sein

Figure 25: Bouts de sein en silicone



Les bouts de sein peuvent être utilisés pour protéger le mamelon en cas de douleurs notamment causées par des crevasses. Dans ce cas, les frictions directes entre la bouche de l'enfant et le mamelon sont diminuées. Ils peuvent également être recommandés en cas de difficultés de succion chez le nourrisson ou en cas de mamelons plats ou rétractés...

Leur usage est assez controversé puisqu'ils peuvent être à l'origine de difficultés. En effet, ils peuvent atténuer le signal envoyé au cerveau maternel lorsque le bébé tète, en raison d'un manque de contact direct entre la bouche du bébé et l'aréole du sein de la mère [76]. La sécrétion de lait et son éjection sont ralenties, ce qui influe directement sur la quantité de lait que le bébé reçoit à chaque tétée. Ils doivent donc être utilisés en dernier recours et temporairement. Il faut dans un premier temps comprendre pourquoi la mère souhaite utiliser des bouts de sein et voir avec elle si la prise au sein par le nourrisson est correcte. Si l'utilisation est nécessaire, il faudra lui conseiller un modèle en silicone mince avec un goût neutre et découpé vers le haut pour permettre au bébé de garder un contact olfactif avec sa mère.

Il existe également de petits appareils qui permettent de corriger les mamelons plats ou ombiliqués par légère aspiration comme la Niplette® du laboratoire Gilbert ou la Latchassist® du laboratoire Almafил.

3.3.2.3. Les biberons

L'utilisation de biberon chez un enfant allaité peut être à l'origine d'une confusion « sein-tétine ». Tout comme pour l'usage de la tétine, il est préférable d'attendre que la lactation soit bien mise en place avant de le proposer. Il faut également savoir que le nourrisson aime le débit et qu'il est beaucoup plus rapide au biberon. Le risque est donc qu'il boude le sein car il faudra plus de temps pour que le flot de lait arrive. Pour éviter ce risque de préférence, il est conseillé aux parents de diminuer le débit au biberon en le tenant le biberon plus horizontalement. Il existe également certains modèles de biberon qui permettent aux nourrissons de conserver une succion proche de celle acquise au sein (embout CALMA® de Medela). Pour finir, il est possible d'utiliser des tasses ou verre à bec à la place du biberon si l'on craint une confusion ou si le nourrisson refuse le biberon (*mais ce refus est adaptatif et temporaire et fonction de l'âge du nourrisson* [83])

3.3.3. **Les aides spéciales**

3.3.3.1. Dispositif d'aide à la lactation (DAL)



Figure 26: Le dispositif d'aide à la lactation

Le DAL est un système constitué d'un sachet suspendu au cou de la mère grâce à un cordon. Le lait exprimé y est versé et parvient jusqu'à l'enfant grâce à un

petit tube hermétique. L'enfant va à la fois téter le sein de sa mère et le tube. Ce dispositif est destiné aux nourrissons affaiblis ou prématurés. Il leur permet d'obtenir du lait quelle que soit l'efficacité de la succion et de stimuler dans le même temps le sein de la mère.

3.3.3.2. Biberon de Haberman



Figure 27 : Biberon de Haberman

Ce biberon a été conçu pour les enfants ayant des difficultés pour s'alimenter notamment en cas de fente labio-palatine, de trisomie 21 ou de troubles neurologiques. Il est muni d'une valve anti-retour qui empêche l'air de passer dans le biberon et d'un système qui permet de réguler manuellement le flot de lait. Il permet de nourrir assez rapidement un enfant qui ne parvient pas à réaliser de dépression intra-buccale suffisante, tout en satisfaisant son besoin de succion.

3.4. Allaitement et médicaments

La prise de médicament pendant l'allaitement maternel est une situation fréquente qui peut être responsable d'une mauvaise observance du traitement ou d'une interruption précoce de l'allaitement. Or, la grande majorité des ordonnances et des médicaments en vente libre sont compatibles avec l'allaitement, et ce, même si la plupart se retrouvent dans le lait maternel en infime quantité. La quantité de médicaments se retrouvant dans le lait maternel ne dépasse généralement pas 1 à 2 % de la dose prise par la mère. [56]

3.4.1. Critères à prendre en compte dans le choix d'un médicament pour une femme allaitante

3.4.1.1. Les facteurs liés au médicament sur son passage dans le lait [86]

Les médicaments diffusent du plasma de la mère vers le lait essentiellement de manière passive, selon un gradient de concentration. Le passage est influencé par plusieurs facteurs :

- Les concentrations plasmatiques maternelles qui sont fonction de la posologie et de la voie d'administration. Elles seront plus élevées par voie intraveineuse qu'orale, et seront plus négligeables lors d'administrations locales.
- La composition du lait et sa teneur en lipides. Les graisses sont en quantité plus importante dans le lait de fin d'extraction alvéolaire et de façon générale plus importante dans le lait mature que dans le colostrum. Les médicaments lipophiles seront donc plus concentrés dans ce lait.

- Les propriétés pharmacophysiques des molécules : le passage dans le lait est important si la liaison aux protéines plasmatiques et le poids moléculaire sont faibles et si la liposolubilité et la demi-vie sont élevées. Un médicament légèrement alcalin passera également plus librement dans le lait qu'un médicament acide.
- Le délai entre la prise du médicament et la tétée : plus la tétée est proche du pic de concentration plasmatique, plus la quantité présente dans le lait est importante.
- Et la capacité d'élimination du nourrisson qui est plus limitée que chez l'adulte. Il faudra donc privilégier des molécules à demi-vie courte.

La prescription d'un médicament chez la femme allaitante doit tenir compte de ses facteurs. De préférence, le choix se portera sur un médicament ayant une faible biodisponibilité orale, fortement lié aux protéines plasmatiques, à demi-vie courte et sans métabolites actifs. Il faudra toujours évaluer le rapport bénéfique de l'allaitement avec le risque lié à l'exposition au médicament.

3.4.1.2. Les médicaments pouvant influencer la sécrétion lactée

Les médicaments pouvant influencer la sécrétion sont à déconseiller ou à utiliser avec prudence au cours de l'allaitement. Les agonistes dopaminergiques (comme la Bromocriptine et Cabergoline) étaient couramment utilisés comme inhibiteur de la prolactine au moment du sevrage, mais ils sont aussi utilisés comme anti-parkinsoniens. D'autres médicaments sont susceptibles de diminuer la production lactée comme les contraceptifs oraux comprenant des œstrogènes, la Pseudoéphédrine ou encore les diurétiques puisqu'ils diminuent le volume vasculaire.

Les antagonistes dopaminergiques sont quant à eux susceptibles d'augmenter la production lactée. Il s'agit par exemple de la Métopropramide ou de la Domperidone, utilisés en cas de nausées ou vomissements, ou de certains neuroleptiques comme la Sulpiride ou la Risperidone.

L'ANSM met en garde l'usage détourné de la Domperidone pour augmenter la sécrétion lactée [87]. La galactorrhée est un effet secondaire qui s'explique par son action antagoniste sur la dopamine. Cette dernière inhibe, au niveau de l'hypophyse, la sécrétion de prolactine, hormone déclenchant la lactation. Cette utilisation hors AMM de la Domperidone est vivement déconseillée et le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) précise qu'il ne doit pas être utilisé au cours de l'allaitement. Des études ont mis en évidence une augmentation du risque d'arythmies ventriculaires graves et de mort subite en relation avec la prise de Domperidone. Ces risques sont à prendre en compte chez la femme allaitante et potentiellement chez le nouveau-né allaité.

3.4.2. Que conseiller à une femme qui allaite à l'officine ?

[Annexe 7]

Voici une liste non exhaustive des médicaments conseil pouvant être proposés à l'officine au cours de l'allaitement : [57] [75]

SYMPTOME	MEDICAMENTS CONSEIL
Douleurs	Paracétamol, Ibuprofène
Troubles gastro-oesophagiens	Argiles, silicones
Constipation	Laxatifs de lest ou osmotiques
Diarrhées	Lopéramide, SMECTA
Spasmes gastro-intestinaux	Phloroglucinol
Toux grasse	Carbocistéine, Acétylcystéine
Toux sèche	Homéopathie de préférence (attention : la codéine est déconseillée)
Rhume	Lavage de nez et gouttes antiseptiques (attention : pas d'eucalyptol)
Insomnies	Phytothérapie (valériane, aubépine, passiflore)
Oubli ou accident de contraception	NORLEVO, ELLAONE
Hémorroïdes	TITANOREINE, CIRKAN, PROCTOLOG, DIOSMINE, DAFLON, CYCLO3, VEINAMITOL
Allergies	Cétirizine, Loratadine

Tableau 11 : Médicaments conseil chez la femme allaitante

Il faudra toujours conseiller d'éloigner la prise de médicaments des tétées. Ne pas oublier non plus que l'homéopathie est toujours compatible avec l'allaitement et ne possède aucune contre-indication. Par contre, éviter de conseiller de la phytothérapie ou de l'aromathérapie où les risques n'ont pas été évalués.

L'annexe 7 résume les molécules envisageables au cours de l'allaitement par pathologie. Ce tableau récapitulatif est issu des informations du CRAT. Pour une même classe thérapeutique, le choix d'un médicament sera orienté vers ceux ayant des données publiées sur le passage lacté, plutôt que ceux plus récemment mis sur le marché avec moins de recul.

D'autres sources d'information sont à connaître des professionnels de santé telles que l'ouvrage « *Medications and Mothers' milk* » de Thomas W. Hale. Les médicaments y sont classés par ordre alphabétique de DCI et regroupés en cinq catégories (L1=sûr, L2=potentiellement sûr, L3/L4=à utiliser avec plus ou moins de précautions et sur avis d'un centre de pharmacovigilance, L5=Contre-indication). D'autres sont au contraire à éviter comme le VIDAL qui, pour éviter des risques médico-légaux, contre-indique ou déconseille souvent le médicament avec

l'allaitement... Les informations retrouvées restent généralement incomplètes et restrictives.

3.4.3. Les médicaments contre-indiqués ou vivement déconseillés

Il est nécessaire de connaître les quelques substances déconseillées en cas d'allaitement maternel [57] :

Médicaments	Commentaires
Acitrétine	Contre-indication avec l'allaitement.
Amiodarone	Contre-indication avec l'allaitement. Toxicité cardiaque et thyroïdienne potentielle. Demi-vie longue.
Antinéoplasiques	Peu d'études disponibles mais craintes théoriques sur la toxicité.
Aspirine (si dose élevée et répétée)	Contre-indication avec l'allaitement. Risque d'accumulation dans le lait. 1 cas d'acidose métabolique.
Bêtabloquants	Aténolol et Acébutolol sont contre-indiqués. 1 cas d'hypotension avec bradycardie avec l'Acébutolol et 1 cas de cyanose avec bradycardie avec l'Aténolol.
Chloramphénicol	Contre-indication avec l'allaitement. Biodisponibilité orale très élevée.
Danazol (antigonadotrope)	Contre-indication avec l'allaitement. Aucune donnée de disponible.
Dapsone (Antibactérien de la famille des Sulfones)	Contre-indication avec l'allaitement. Biodisponibilité presque totale, demi-vie très longue et diffusion dans tous les liquides biologiques.
Drogues et substances illicites	Contre-indication avec l'allaitement (Cocaïne et héroïne)
Doxépine (antidépresseur tricyclique)	Contre-indication avec l'allaitement. 2 cas de somnolence important dont un avec dépression respiratoire.
Felbamate (antiépileptique)	Contre-indication avec l'allaitement. Profil de toxicité important.
Iode 131	Contre-indication avec l'allaitement. Demi-vie très longue et toxicité potentielle sur la fonction thyroïdienne de l'enfant.
Isotrétinoïne	Contre-indication avec l'allaitement. Passage important dans le lait maternel.
Lithium	Contre-indication de l'allaitement. Effets rapportés chez des nouveau-nés allaités (hypotonie, hypothermie, cyanose).
Fluindione	Contre-indication avec l'allaitement.

Sels d'or	Contre-indication avec l'allaitement.
Tétracyclines	Déconseillées si usage chronique par crainte d'altération de la croissance osseuse et des dents. Préférer la Doxycycline si l'usage est indispensable.

Tableau 12 : Les médicaments contre-indiqués ou vivement déconseillés chez la femme allaitante

3.4.4. Conclusion

Le choix d'un médicament chez une femme allaitante montre encore une fois la nécessité de s'informer et de connaître les bonnes sources pour y parvenir. Lors de la SMAM en 2010, il était rappelé qu'il y avait entre 20 et 30 % d'arrêts précoces d'allaitement pour prescription médicamenteuse, injustifiés pour la majeure partie des cas... Nous venons de voir qu'il existe, parmi la longue liste des médicaments disponibles sur le marché et pour un très grand nombre de pathologies courantes, un ou plusieurs médicaments compatibles avec l'allaitement.

Conclusion

L'allaitement maternel est aujourd'hui une véritable question de santé publique puisqu'il présente de nombreux bénéfices pour la santé de la mère et de son enfant. Sa composition unique ne sera jamais égale par des laits industriels. C'est en discutant avec les mères que je me suis rendue compte d'un manque de suivi au long cours des mamans allaitantes. Après la sortie de maternité, le pharmacien représente un professionnel de santé accessible qui peut accompagner la jeune mère dans son projet d'allaitement en créant une relation de confiance avec elle.

Depuis plusieurs années, le pharmacien d'officine se voit confier de nouvelles missions de santé publique. En effet, les articles 36 et 38 de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) du 21 Juillet 2009 lui confèrent un statut législatif de soignant et d'éducateur. Cette nouvelle loi renforce l'exigence d'établir une communication de qualité avec le patient.

Communiquer, c'est aussi apprendre à écouter une personne avec empathie. Il faut l'aider à faire des choix en respectant ses valeurs, ses représentations ou ses croyances. Dans le cadre de l'alimentation du nourrisson, notre rôle n'est pas de convaincre de la supériorité du lait maternel mais de donner l'information nécessaire pour que les futurs parents puissent prendre une décision éclairée.

Dans le but de conseiller au mieux ses patients, le pharmacien d'officine a le devoir d'actualiser ses connaissances. Il peut également se former sur certains thèmes en s'inscrivant à des diplômes universitaires d'études complémentaires (DU ou DUEC) ou à des enseignements post-universitaires (EPU). La faculté pharmaceutique de Lille propose d'ailleurs un EPU « Accompagner l'allaitement maternel à l'officine ».

Dans le cadre de la réalisation de ce projet, j'ai assisté à deux formations organisées par le Réseau PAULINE (Réseau Périnatal de l'Audomarois et du Littoral autour de la Naissance et de l'Enfant). Il rassemble divers professionnels de santé comme des médecins de ville, des sages-femmes, des kinésithérapeutes, des pharmaciens, des infirmiers, des équipes de psychiatres ou encore de PMI. Les échanges pluridisciplinaires sont essentiels pour organiser une prise en charge globale du patient et une meilleure continuité des soins. Ce travail en réseau est également bénéfique pour le professionnel de santé qui va s'enrichir de l'expérience des autres acteurs pour améliorer ses compétences.

Annexes

Annexe 1 : Déclaration Innocenti 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Florence (Italie) : les objectifs opérationnels.

Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

OBJECTIFS OPERATIONNELS

Quatre cibles opérationnelles reprises de la Déclaration Innocenti de 1990 :

- 1.** Désigner un coordinateur national doté de pouvoirs appropriés et créer un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement maternel, composé de représentants des services gouvernementaux compétents, d'organisations non gouvernementales et d'associations professionnelles dans le domaine de la santé.
- 2.** Faire en sorte que chaque établissement assurant des prestations de maternité respecte pleinement les « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » énoncées dans la Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF sur l'allaitement maternel et les services liés à la maternité.
- 3.** Mettre en oeuvre les principes et l'objectif du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la Santé.
- 4.** Promulguer des lois novatrices protégeant le droit des femmes qui travaillent d'allaiter leur enfant et adopter des mesures pour assurer leur application.

Cinq cibles opérationnelles supplémentaires :

- 5.** Elaborer, mettre en oeuvre, suivre et évaluer une politique complète sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, dans le contexte des politiques et programmes nationaux concernant la nutrition, la santé de l'enfant, la santé génésique et la réduction de la pauvreté.
- 6.** Faire en sorte que le secteur de la santé et les autres secteurs concernés protègent, encouragent et appuient l'allaitement exclusif au sein pendant six mois et sa poursuite jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà, tout en garantissant aux femmes l'accès aux moyens nécessaires – dans la famille, dans la communauté et au travail – pour y parvenir.
- 7.** Promouvoir une alimentation complémentaire adéquate, sûre appropriée et à terme, parallèlement à la poursuite de l'allaitement maternel.
- 8.** Donner des conseils sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans des situations de difficulté exceptionnelle et sur le soutien dont ont besoin en pareil cas les mères, les familles et les autres personnes qui s'occupent des enfants.
- 9.** Envisager la nécessité de nouvelles mesures, législatives ou autres, dans le cadre d'une politique vaste sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, pour donner effet aux principes et aux objectifs du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Annexe 2 : Résumé des propositions d'action pour une politique de promotion de l'allaitement maternel.

1 - Au sujet de l'organisation au niveau national, régional et local

- a. Mettre en place un coordinateur national de l'allaitement
- b. Mettre en place un comité national de l'allaitement (CNA) intégré à la commission nationale de la naissance, qui pourrait devenir la « commission nationale de la naissance et de l'allaitement »
- c. Mettre en place dans chaque agence régionale de santé un référent pour l'allaitement
- d. Mettre en place dans chaque maternité un référent pour l'allaitement
- e. Mettre en place un système de surveillance épidémiologique national
- f. Améliorer la formation initiale et continue de tous les professionnels de santé
- g. Respecter l'ensemble des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

2 - Au sujet de la grossesse et des maternités

- a. Mettre en œuvre des standards de pratiques optimales (Initiative hôpital ami des bébés - IHAB), à intégrer dans les critères d'accréditation des maternités par la Haute autorité de santé
- b. Généraliser l'entretien prénatal individuel du 4ème mois, et en consacrer une partie aux informations sur l'allaitement
- c. Développer l'offre de préparation à la naissance et à la parentalité
- d. Inciter les maternités à proposer des groupes de préparation à l'allaitement
- e. Valoriser l'organisation et l'initiation de l'allaitement au titre de la tarification à l'activité (T2A)

3 - Au sujet du retour à domicile

- a. Accompagner chaque couple mère/enfant dès la sortie de la maternité (PMI, libéraux, associations)
- b. Mettre en place dans chaque unité territoriale de PMI un référent pour l'allaitement
- c. Proposer à chaque femme une consultation d'allaitement par un professionnel de santé formé, entre J8 et J15, remboursée à 100%
- d. Rendre obligatoire dans les structures d'accueil de nourrissons et de jeunes enfants et chez les assistantes maternelles l'application des recommandations de l'Afssa sur le recueil, le transport et la conservation du lait maternel
- e. Faire figurer les standards de croissance de l'OMS dans les carnets de santé

4 - Au sujet du travail

- a. Informer les employeurs publics et privés des avantages, pour eux-mêmes et leurs employées, de la poursuite de l'allaitement après la reprise du travail
- b. Respecter les droits des femmes qui allaitent après la reprise du travail et garantir aux femmes qui optent pour un travail à temps partiel ou un congé parental la garantie de leur emploi et de leur projet de carrière professionnelle
- c. Allonger la durée du congé de maternité rémunéré dans sa période post-natale de 10 à 14 semaines

5 - Au sujet de l'information des femmes, de leur entourage et du public

- a. Donner des informations et des conseils sur l'allaitement accessibles à l'entourage des femmes qui allaitent (père, ascendants et descendants, assistantes maternelles)
- b. Créer et diffuser des documents d'informations sur l'allaitement clairs, appropriés et cohérents, sous la coordination du CNA
- c. Créer un site Internet, coordonné par le CNA, contenant les recommandations nationales, européennes et internationales
- d. Mettre en place une éducation scolaire primaire et secondaire, et des campagnes de communication sur l'allaitement

6 - Au sujet des populations fragiles

- a. Populations défavorisées : - Encourager les groupes de parole de mère à mère selon le modèle des groupes de pairs « Peer Counselors » (modèle PRALL) - Compléter l'éventuelle distribution gratuite de lait artificiel dans ces populations par des initiatives visant à promouvoir l'allaitement - Mettre en place avec les services de PMI et les réseaux de périnatalité un suivi de soins et une aide sociale, surtout en cas de sortie précoce - Prendre en charge à 100% les éventuels coûts inhérents à l'utilisation de tire-lait, dont les consommables
- b. Enfants prématurés et de petit poids de naissance : - Recourir préférentiellement au lait de femme pour ces enfants fragiles - Maintenir la proximité mère/enfant, avec une aide pour le transport et le logement si l'enfant est hospitalisé loin du domicile - Aider et soutenir les lactariums

Annexe 3 : Le questionnaire (format livret)

Questionnaire anonyme sur l'allaitement maternel

Ce questionnaire anonyme entre dans le cadre d'une Thèse de Pharmacie sur l'allaitement maternel. Il me permettra par la suite de mieux conseiller les mamans allaitantes à l'officine. Je vous remercie par avance pour les quelques minutes prises pour y répondre.

Concerne les femmes essayant d'avoir un enfant, les femmes enceintes ou celles ayant accouché depuis moins de 2 ans

1. Année de naissance :
2. Lieu de naissance (ville, pays) :
3. Code postal du lieu de résidence :
4. Niveau de scolarité :
 - Avant la 3^e Bac +2
 - Avant le Bac Bac+3-4
 - Le Bac Bac+5 et plus
5. Situation professionnelle actuelle ?
 - Sans profession/femme au foyer
 - En activité
 - Etudiante
 - Au chômage/en recherche d'emploi
6. Situation personnelle actuelle ?
 Vous vivez seule, précisez :
 - Célibataire Veuve Divorcée
 Vous vivez avec un conjoint, précisez :
 - Pacsée ou mariée En couple
7. Êtes-vous couverte par l'assurance maladie ? Oui Non
 Si oui, précisez :
 - Sécurité Sociale : Régime général (CPAM) ou équivalent (RSI, MSA)
 - CMU
 - Autres (régimes spéciaux de la SNCF, de la RATP, des étudiants,...) :
8. Êtes-vous d'accord pour participer à ce questionnaire sur l'allaitement maternel ?
 Si oui, précisez : Oui Non
 Si non, désirez-vous allaiter ou avez-vous déjà allaité ? Oui Non
 Si vous ne voulez pas participer à ce questionnaire, ne répondez pas à la suite des questions.

1

INFORMATIONS GÉNÉRALES

9. Avez-vous des enfants ? Oui Non

Si oui :

Combien ?
 Pour chaque enfant, veuillez préciser : (à l'aide du tableau)

L'âge ? S'ils étaient nourris au sein ? La durée de l'allaitement ? La situation personnelle de l'époque (célibataire, en couple, veuve, divorcée...) ? La situation professionnelle de l'époque (recherche d'emploi, sans profession, étudiante, en activité...) ? Si vous avez pris un congé parental ?

Âge des enfants	1 ^{er} enfant	2 ^{em} enfant	3 ^{em} enfant	4 ^{em} enfant	5 ou plus
allaitement (Oui ou Non)					
Durée de l'allaitement (en mois)					
Situation personnelle					
Situation professionnelle					
Congé parental (en mois)					

Si vos enfants n'ont pas tous été nourris de la même manière, quelle en a été la raison principale ?

.....

.....

.....

Si vous n'avez pas d'enfants : (entourez la réponse)

Avez-vous un projet de grossesse ?	OUI	NON
Êtes-vous enceinte ?	OUI	NON
Pensez-vous allaiter ?	OUI	NON

10. Des personnes de votre entourage ont-elles déjà allaité ? Oui Non

Si oui, qui ? (mère, grand-mères, sœurs, amies...)

.....

2

INFORMATIONS RECUES SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL

11. Désirez-vous allaiter ou avez-vous déjà allaité ?
 Oui Non

12. Avez-vous recherché des informations sur l'allaitement pour vous aider à faire ce choix ?
 Oui Non

Si oui, où avez-vous trouvé ces informations ?

Sur Internet	
Dans un livre, magazine, revue...	
Chez votre médecin, gynécologue, sage femme	
Chez votre pharmacien	
Auprès d'une association (<i>précisez le nom</i>)	
Auprès de votre entourage (ami(e)s, famille...)	
Autres (<i>précisez</i>)	

13. Avez-vous discuté de cette décision avec un professionnel de santé ?
 Oui Non

Si oui,

Avec qui ? Jugez-vous l'information reçue satisfaisante ? Vous a-t-il soutenu dans votre choix ? A-t-il essayé de vous faire changer d'avis ?

Répondez par oui ou par non.

Qui ?	Médecin généraliste	Gynécologue	Sage-femme	Pédiatre	Pharmacien
Information satisfaisante					
Choix soutenu					
Choix non soutenu					

Si un professionnel de santé a essayé de vous faire changer d'avis, quelle en a été la raison principale ?

.....

.....

.....

3

14. De manière générale, vers quel(s) professionnel(s) de santé vous tourneriez-vous en cas de difficultés et/ou inquiétudes au cours de l'allaitement ? *Classez-les par ordre de préférence.*

Choix 1 :

Choix 2 :

Choix 3 :

(Exemple de professionnel de santé : médecin généraliste, gynécologue, sage femme, pharmacien, pédiatre)

15. Pensez-vous que votre pharmacien a les compétences pour répondre à vos questions au sujet de l'allaitement ?
 Oui Non Je ne sais pas

16. Au cours de votre grossesse, votre pharmacien a-t-il abordé le sujet avec vous ?

Oui Non

Si non, auriez-vous aimé qu'il le fasse ?

Oui

Non, ce n'est pas son rôle

Non, je n'en ai jamais ressenti le besoin

Non, le lieu me semble peu approprié

Autre(s) :

17. Est-ce qu'un membre de votre entourage ou votre partenaire vous a déconseillé d'allaiter ?
 Oui Non

Si oui,

Qui ?

Et pourquoi ?

.....

.....

.....

4

Les questions suivantes sont fonction de la situation dans laquelle vous vous trouvez :

- questions 18 à 21: vous essayez de tomber enceinte ou vous êtes enceinte, et désirez allaiter votre enfant
- questions 22 à 24: vous ne souhaitez pas ou n'avez pas souhaité allaiter votre dernier enfant
- questions 25 à 30 : vous êtes actuellement en train d'allaiter ou avez terminé d'allaiter votre dernier enfant

VOUS DESIREZ ALLAITER VOTRE ENFANT

18. De combien de mois êtes-vous enceinte ?
 S'agit-il d'une grossesse multiple ? Oui Non Je ne sais pas pour le moment

19. Combien de temps pensez-vous allaiter (à exprimer en mois) :
 de manière exclusive (qu'au sein)
 de façon mixte (au sein + lait artificiel)

20. Qu'est ce qui a essentiellement motivé votre choix d'allaiter ? (2 réponses possibles)

- Les bienfaits sur la santé du bébé
- La création d'une intimité entre la mère et l'enfant pendant l'allaitement
- Le coût
- C'est un moyen pratique
- Les bienfaits sur la santé de la maman
- Autres :

21. Avez-vous des appréhensions à allaiter ? Oui Non
 Si oui, lesquelles ? (2 réponses possibles)

Avoir mal lors des premières tétées	
Les petits problèmes (crevasses, engorgements	
Manquer de lait	
La disponibilité	
Autre (précisez)	

5

VOUS NE SOUHAITEZ OU N'AVEZ PAS SOUHAITE ALLAITER VOTRE DERNIER ENFANT

22. Êtes-vous actuellement enceinte ? Oui Non
 Si oui, s'agit-il d'une grossesse multiple ? Oui Non Je ne sais pas

23. Qu'est ce qui a essentiellement motivé votre choix de ne pas allaiter ? (jusque 3 réponses possibles) :

Echec des dernières expériences (si vous avez déjà allaité). Précisez	
Disponibilité/Reprise du travail rapidement	
Peur des petits problèmes (crevasse, engorgement, manque de lait...)	
Tabac, alcool, prise de médicaments	
L'entourage (avis négatif, refus du père...)	
Dégout de l'allaitement	
Autre(s) (Précisez)	

24. Avez-vous déjà ressenti de la culpabilité à ne pas allaiter ? Oui Non
 Ou vous a-t-on déjà culpabilisé de ne pas allaiter ? Oui Non
 Si oui, pourquoi ?

VOUS ALLATEZ OU AVEZ ALLAITÉ VOTRE DERNIER ENFANT

25. A l'origine, combien de temps pensiez-vous allaiter votre enfant ?

Au final, combien de temps avez-vous allaité votre enfant (si vous avez terminé ou êtes arrivé au terme de l'allaitement) ? (à exprimer en mois)
 - durée totale :
 - durée de l'allaitement exclusif (au sein uniquement) :
 - durée de l'allaitement mixte (sein + biberon de lait artificiel) :

6

26. Quelles ont été les difficultés et/ou inquiétudes rencontrées au cours de l'allaitement ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

27. Les difficultés rencontrées ont-elles été résolues ?

- Oui Non

Avez-vous fait appel à un (des) professionnel(s) de santé ? Oui Non

Non

Si oui, le(s)quel(s) (*médecin traitant, sage-femme, pédiatre, gynécologue, pharmacien...*) ?

.....
.....

28. Pour quelles raisons avez-vous décidé d'arrêter d'allaiter (si vous avez terminé ou êtes arrivé au terme de l'allaitement) ?

.....
.....
.....
.....
.....

29. Selon vous, si vous aviez eu un congé de maternité plus long, auriez-vous poursuivi plus longtemps l'allaitement maternel ?

- Oui Non pas concerné (*ne travaille pas ou pas de congés*)

30. Globalement êtes-vous satisfaite de cette expérience ?

- Oui Non

Annexe 4 : Documents pouvant être mis à la disposition des parents en Officine.



Le guide de l'Allaitement maternel (INPES, 2009)

La santé vient en mangeant (le guide de la nutrition de la naissance à trois ans) (INPES)



Le choix d'allaiter (INPES)

Allaiter et travailler : Comment Faire ? (thèse de médecine générale de Céline Sandler, 2014)



Allaiter et travailler :
Comment faire ?

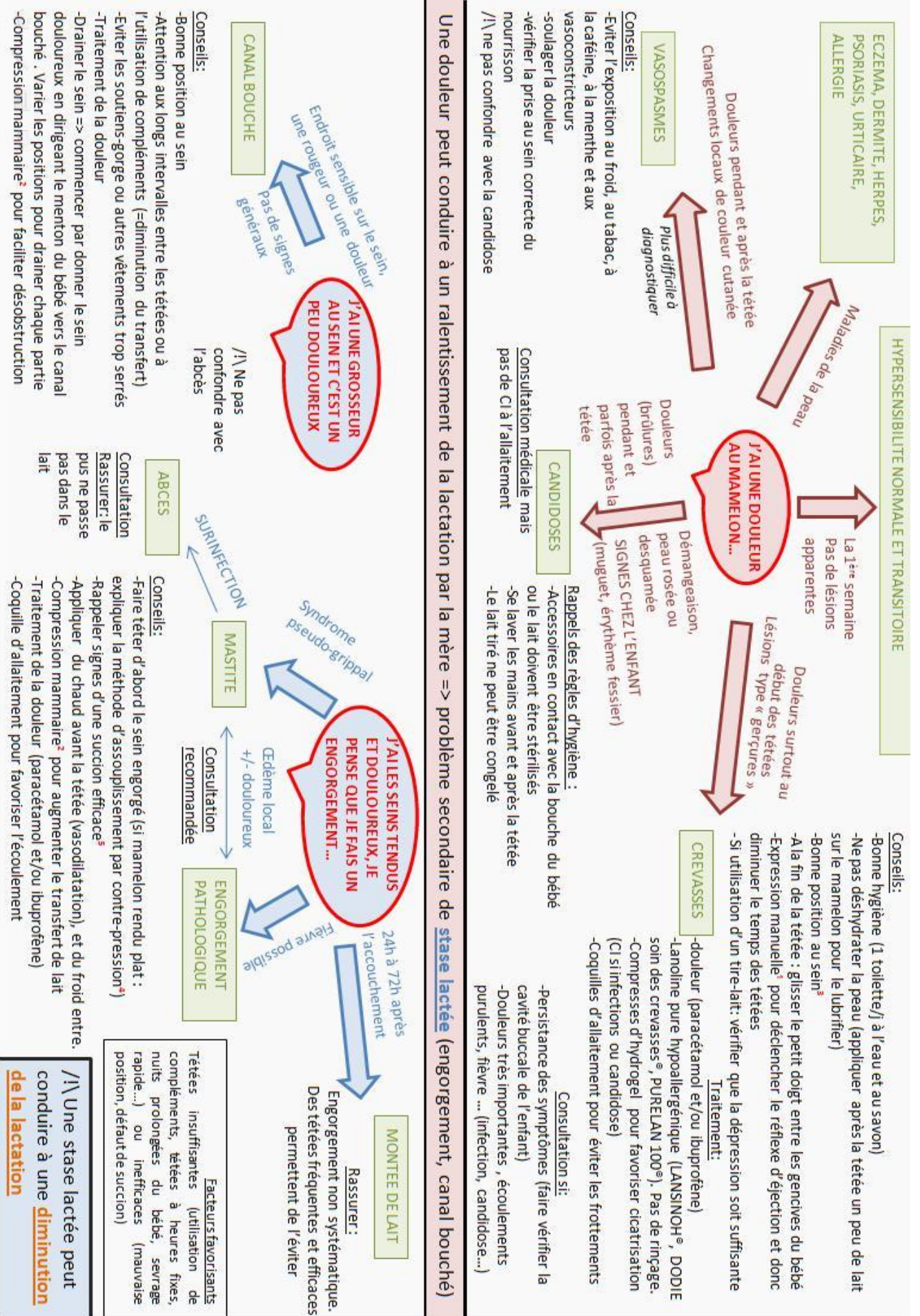


Comment bien recueillir, conserver et transporter le lait maternel en toute sécurité (ANSES, 2006)

Annexe 5 : Aide au choix du mode d'alimentation de l'enfant (INPES, 2010)

Axes d'intervention	Exemples
Favoriser l'expression/ proposer une écoute	Favoriser, pendant la grossesse, l'expression des futurs parents sur leurs envies et leurs projets concernant l'alimentation de leur enfant.
	Explorer les représentations de l'allaitement. <i>Quelle image vous faites-vous de l'allaitement maternel ?</i>
	Faire exprimer les sentiments, le vécu d'une éventuelle expérience antérieure (personnelle ou observée). <i>Comment avez-vous nourri votre premier enfant ?</i> <i>Quelle expérience en gardez-vous ?</i>
Aborder/ évaluer une situation	Aborder, avant la naissance, la question de l'alimentation et en particulier de l'allaitement, même si l'on n'assure pas le suivi de grossesse.
	Evaluer les difficultés que peuvent rencontrer les parents dans la mise en route de l'allaitement.
	Explorer le soutien social que la femme peut avoir dans son entourage et auprès des autres acteurs associatifs. <i>Connaissez-vous des femmes qui ont allaité dans votre famille ou entourage et qui pourraient vous aider/vous soutenir ?</i>
Informier/ expliquer	Informier sur les bénéfices de l'allaitement (santé de la mère, du bébé, coût, praticité).
	Informier sur les difficultés possibles lors de la mise en route et au cours de la poursuite de l'allaitement ainsi que les moyens de les prévenir. Anticiper les problèmes pouvant entraver la confiance et le sentiment d'efficacité des mères tels que l'anxiété, la douleur, la fatigue, le manque de soutien.
	Informier sur la possibilité de concilier travail et allaitement et les moyens d'y parvenir (tire-lait, possibilité de location en pharmacie, pause sur le temps de travail).
	Expliquer que la cinétique de croissance des bébés allaités est différente de celle des bébés nourris au biberon.
	Expliquer l'importance d'avertir tout prescripteur ou délivreur de médicaments ou de contraceptifs de son statut de femme qui allaite.
	Mettre en garde contre l'automédication pendant l'allaitement.
Accompagner la réflexion	Explorer les facteurs favorables ou au contraire défavorables à l'allaitement. Evaluer la motivation. <i>Qu'est ce qui fait que vous auriez envie de nourrir votre enfant au sein ?</i> <i>Qu'est ce qui au contraire pourrait vous y faire renoncer ?</i>
	Si la personne est indécise ou si les avis de la mère ou du père sont partagés : analyser avec les parents les différentes options possibles et leurs conséquences. <i>Qu'est-ce qui fait que vous hésitez entre ces deux modes d'alimentation ?</i> <i>Quels sont pour vous les avantages et les inconvénients de l'allaitement ? Du biberon ?</i> <i>Vous, Madame, que préféreriez-vous ? Et vous Monsieur ?</i>
	Aider à réfléchir au moment du sevrage par rapport au désir de l'enfant, de la mère, à la reprise du travail. Anticiper.
	<i>Combien de temps pensez-vous allaiter ?</i> <i>Que comptez-vous faire au moment de la reprise du travail ?</i>
S'engager	Respecter la décision de ne pas allaiter. Informer et conseiller les parents sur l'alimentation au biberon.
	Quelles que soient ses convictions personnelles, soutenir les femmes et les couples ayant fait le choix de l'allaitement, en particulier au moment de la mise en route et de la reprise du travail.
	En fonction de ses compétences, proposer de revoir la femme à ces périodes critiques pour faire le point avec elle et discuter d'éventuelles difficultés.
Faire le lien avec les autres acteurs (professionnel, entourage)	Quand c'est possible, encourager la femme à prendre comme « référente » une femme de son entourage ayant déjà une expérience réussie d'allaitement (amie, sœur, etc.). Cela peut être un soutien important.
	Favoriser l'implication du père (soutien, accompagnement, aide aux travaux ménagers, etc.).
	Encourager la femme à participer à des groupes d'entraide, à solliciter des associations, etc.

Annexe 6 : Synthèse des difficultés sous forme de cas de comptoir.



Rassurer/informer:

-Rassurer si la prise de poids est correcte (1\1 courbe de croissance différente des enfants nourris au biberon)

-Apprendre à reconnaître les signes d'une tétée efficace⁵

-Les 6 premières semaines : tétées groupées (pas d'intervalle régulier entre les tétées).

-Nombre de tétées varie d'une femme à l'autre selon sa capacité de stockage

-Jours de pointe = période de quelques jours où l'enfant réclame davantage

(autour de 3 semaines, 6 semaines et 3 mois)

-un bébé qui pleure n'a pas toujours faim

(besoin de succion, besoin de contact...)

IMPRESSION FAUSSE DE MANQUE DE LAIT

prise de poids correcte

Ex: Seins moins tendus, bébé qui réclame plus

JE VOUDRAIS DU LAIT POUR COMPLETER MALALACTATION

prise de poids insuffisante

INSUFFISANCE DE LAIT SECONDAIRE A UNE MAUVAISE CONDUITE DE L'ALLAITEMENT

Conseils :

-Règle d'or = Allaitement à la demande (et pas aux pleurs => proximité nécessaire)

-plus le bébé tète et plus la production de lait augmente

-Revoir la position au sein² et les signes de succion efficace

-Ne pas imposer d'horaires de tétées

-Attention à la tétine (risque de confusion)

MON BEBE N'AI ME PAS TETER CAR IL PLEURE ET SE DETOURNE DU SEIN

Enfant agité pendant la tétée (ne sait pas gérer le flot de lait qui arrive)

REFLEXE D'EJECTION FORT

J'AI LES SEINS EN PERMANENCE TENDUS ET J'AI DU LAIT QUI COULE

Fuites de lait, signes de stase lactée, réflexe d'éjection fort

HYPERLACTATION

Signes digestifs possibles chez le nourrisson

Besoin fréquent de téter car se détourne du sein et a donc faim

Conseils : (ralentir le flux qui arrive dans le bouche du bébé)

-Le 1^{er} réflexe d'éjection est le plus fort : exprimer le manuellement avant de proposer le sein

-Faire des pauses pendant la tétée, laisser faire des rots

-Ne pas attendre que bébé soit agité pour donner le sein

-Position d'allaitement : bébé au dessus de maman

Conseil : Faire des tétées groupées sur le même sein pour diminuer la vitesse de production de lait (pensez à vider le second pour éviter l'engorgement)

Autre problème possible du REF: Le bébé ne reçoit que du lait de début de tétée car il se détourne du sein => satiété non atteinte => bébé réclame davantage => **impression fautive de manque de lait**

Expression manuelle¹

Entourer le sein de la main, le pouce au dessus et les autres doigts en dessous forment un C et soutiennent le sein. Appuyez fermement les doigts vers la cage thoracique puis rouler le pouce en avant et les doigts en avant. Répéter ces mouvements puis recommencer en faisant tourner la main sur toute la circonférence du sein, de façon à drainer tous les canaux. (Attention à ne pas appuyer au bout de l'aréole et à comprimer les canaux)

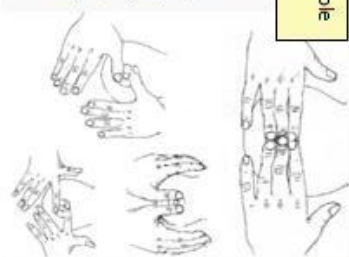


Compression mammaire²

Entourer le sein en plaquant la main libre à la base du sein, le pouce d'un côté, les autres doigts de l'autre côté du sein, loin de l'aréole. Quand le bébé avale moins souvent, comprimer le sein sans glisser vers l'aréole.

Assouplissement de l'aréole par contre-pression⁴

Poser la pulpe des doigts à plat sur l'aréole à la base du mamelon et exercer une pression douce vers l'intérieur du sein pendant quelques secondes. Recommencer en décalant les doigts pour faire le tour de l'aréole.



Bonne position au sein⁵

Nez dégagé
Bouche grande ouverte et lèvre inférieure retroussée
Menton contre le sein
Tête penchée vers l'arrière



Signes d'un transfert efficace de lait⁵

Signes chez l'enfant

Succion nutritive : succion lente et régulière, bruits de déglutition

-au moins 5 à 6 couches mouillées

-le 1^{er} mois, 2 à 3 selles abondantes par jour (passé le 1^{er} mois, la fréquence des selles n'est plus un bon indicateur)

Prise de poids régulière:

Les 3 premiers mois : minimum 140g/semaine chez une fille et 170g/semaine chez un garçon (prise de poids plus rapide qu'un enfant non allaité mais qui ralentit après 3 mois)

Signes chez la mère

Sensation de soif

Effet de l'ocytocine (=éjection du lait) : picotements, chaleur, tension dans les seins, sensation de bien-être

Ecoulements possibles du côté du sein non tété

Annexe 7 : Molécules envisageables pendant l'allaitement

(Source : www.lecrat.fr)

PATHOLOGIES	MOLECULES ENVISAGEABLES PENDANT L'ALLAITEMENT
ACNE	Par voie locale : le peroxyde de benzoyle, les antibactériens (clindamycine, erythromycine, et acide azélaïque), par voie orale : le zinc, l'azythromycine ou l'érythromycine
ALLERGIES	Antihistamiques : CETIRIZINE, DESLORATADINE, FEXOFENADINE, LEVOCETIRIZINE, LORATADINE, AZELASTINE. Les corticoïdes peuvent être utilisés quels que soit le mode d'administration
ANESTHESIE DENTAIRE	Anesthésiques locaux (lidocaïne, articaine, mépivocaïne) +/- vasoconstricteur (adrénaline ou noradrénaline)
ANXIETE	Anxiolytique de choix : SERESTA (10mg 3fois/j). Autres : Paroxétine, Sertraline
ASTHME	Bêta 2 stimulant d'action brève : VENTOLINE, BRICANYL. Bêta 2 stimulant d'action prolongée : FORADIL, SEREVENT. Les corticoïdes peuvent être utilisés quels que soit le mode d'administration
CONTRACEPTION (les 6 premières semaines)	Progestatif non associé à l'EE : MICROVAL, CERAZETTE (voie orale), MIRENA (dispositif intra-utérin), NEXPLANON (implant sous cutané). Contraception d'urgence possible.
CONSTIPATION	En premier intention : laxatif de lest ou osmotique. Si laxatif stimulant indispensable, préférer le séné.
DEPRESSION	Antidépresseurs de choix : IRS (paroxétine, sertraline) ou les Tricycliques (clomipramine, imipramine, amitriptyline)
DIARRHEES	Lopéramine, SMECTA, TIORFAN
DIABETE	Insuline en 1ère intention. L'utilisation de Metformine comme antidiabétiques oraux est possible sauf si prématuré ou altération de la fonction rénale
DYSTHYROÏDIES	LEVOTHYROX, PROPYLEX
DOULEUR	Palier I : Paracétamol, ibuprofène, kétoprofène, flurbiprofène, diclofénac, célécoxib. Aspirine est contre-indiqué à dose antalgique mais peut être utilisé à visée anti-agrégante en prise unique
EPILEPSIE	Gabapentine, Phénytoïne
GLAUCOME	Dorzolamide, Binzolamide (inhibiteur de l'anhydrase), Timolol (bêta-bloquant), TRAVATAN, XALATAN, LUMIGAN (analogue de prostaglandine). Remarque : l'absorption systémique peut être réduite en comprimant l'angle interne de l'œil immédiatement après instillation
HEMORROIDES	local : TITANOREINE, CIRKAN, PROCTOLOG, ULTRAPROCT. Veinotonique : DIOSMINE, DAFLON, CIRKAN, CYCLO3, VEINAMITOL, ESBERIVAN
HYPERTENSION ARTERIELLE	Bêta bloquant : Propanolol, labétol. Inhibiteur Calcique : Nifédipine, nicardipine. Anti-hypertenseurs centraux : Méthyl dopa. IEC: Captopril, énalapril, bénazépril
INFECTION URINAIRE	Nitrofurantoïne, Fosfomycine, les B-Lactamines, Norfloxacin, Ofloxacin, Cotrimoxazole
INFLAMMATION	AINS : ibuprofène, kétoprofène, flurbiprofène, diclofénac, célécoxib, aspirine en prise unique et une dose < à 1500 mg. Les corticoïdes peuvent être utilisés quels que soit le mode d'administration
INSOMNIE	Zolpidem et Zopiclone
INSUFFISANCE VEINEUSE	DIOSMINE, DAFLON, TITANORAL, CYCLO3, BICIRKAN, VEINAMITOL, ESBERIVEN
MIGRAINE	Traitement de la crise : cf DOULEUR, triptans : sumatriptan et élétriptan. Traitement de fond : Amitriptyline et Propanolol
MYCOSE VAGINALE ET CUTANEE	<i>Pas de données disponible sur les antifongiques locaux. Mais le passage systémique étant faible et parce qu'aucun évènement n'a été signalé, leur utilisation est possible</i>
OXYURES	FLUVERMAL et COMBANTRIN
PALUDISME (prévention)	NIVAQUINE, SAVARINE, MALARONE (si bébé > 5kg), MEFLOROQUINE
PIQURES D'INSECTES	Répulsifs : DEET 20% à 30%, IR3535 20% (voire 35% si besoin), Icaridine 20 %
PRODUITS DE CONTRASTES IODES HYDROSOLUBLES	OMINIPAQUE (le seul étudié) : pas nécessaire de suspendre l'allaitement. Pour les autres, il est conseillé de suspendre l'allaitement 4 heures après l'administration s'il s'agit d'une voie intra-veineuse
THROMBOSE	AVK : uniquement la COUMADINE et le SINTROM. HBPM : LOVENOX, INNOHEP, FRAGMINE, FRAXIPARINE. Aspirine en dose unique à la posologie la plus faible possible
VACCINS	Possible pour tous sauf pour la fièvre jaune (précaution : suspendre l'allaitement pendant environ 15 jours)
VOMISSEMENTS/NAUSEES	Dompéridone et Métoclopramide

Liste indicative et non exhaustive. Seuls quelques noms de spécialités/molécules sont cités. Pour les autres se référer au site : www.lecrat.fr

Bibliographie

[1] OMS. Code international de commercialisation de substituts du lait maternel. Genève : OMS, 1981, 25 p.

[2] OMS, UNICEF. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité. Genève : OMS, 1989, p. 1.

[3] OMS, UNICEF. Déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel. Florence : OMS et UNICEF, 1990. [en ligne]. Disponible sur : http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24807.html. (Page consultée le 17 Octobre 2014)

[4] Déclaration Innocenti 2005. Sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Florence : 2005, p 5.

[5] OMS, UNICEF. L'initiative Hôpitaux amis des bébés. Genève : OMS et UNICEF, 1992. [en ligne]. Disponible sur : http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24850.html. (Page consultée le 17 Octobre 2014)

[6] IHAB. Le label en France. Site disponible sur : <http://amis-des-bebes.fr/etablissements-labelises-ihab.php>. (Page consultée le 17 Octobre 2014)

[7] WABA. 25 ans de protection de l'allaitement maternel. Semaine mondiale de l'allaitement maternel, 2006, brochure, 6 p. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.info-allaitement.org/brochures-d-autres-associations.html>. (Page consultée le 16 Septembre 2015)

[8] La Leche League. L'art de l'allaitement maternel. Paris : Pocket, 2012, 604 p.

[9] Prescrire Rédaction. Substituts du lait maternel : un « Code international de marketing » bafoué. Revue Prescrire, 2005, 25, 267, p. 855.

[10] La Leche League. Promotion et protection de l'allaitement : les mesures prises en France. [en ligne]. Disponible sur : <Http://www.llfrance.org/vous-informer/promotion-et-protection-de-l-allaitement/956-meures-prises-en-france>. (Page consulté le 16 Septembre 2015)

[11] TURCK D. Plan d'action : Allaitement maternel. Paris : Minsitère de la Santé et des Sports, 2010.

[12] Programme National Nutrition Santé (PNNS). Les objectifs de santé publique. Ministère de la Santé. [en ligne]. Disponible sur : www.mangerbouger.fr

- [13] HOUBIERS B. Allaitement maternel en France. Paris : COFAM, 2012, p.15-17
- [14] BLONDEL B., KERMARREC M. Enquête nationale périnatale 2010. Paris: INSERM, 2011, p. 3-5 et p.110
- [15] SALAVANE B., de LAUNAY C., BOUDET-BERQUIER J., CASTETBON K. Durée de l'allaitement maternel en France (Epifane 2012-2013). BEH. 2014;(27):450-7. [en ligne]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html (Page consultée le 21 Septembre 2015)
- [16] MUNIER S. L'allaitement en Europe (OCDE). 2013. [en ligne]. Disponible sur : www.lacartodusamedi.fr (Page consultée le 05 Octobre 2015)
- [17] EU Project on Promotion of breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe : current situation. Luxembourg : Commission Européenne, 2003. [en ligne]. Disponible sur : www.info-allaitement.org/europe.html (dernière consultation le 10 octobre 2015)
- [18] BELOMO C., CORVADO L., GIUGLIANI E. Politique publique de soutien à l'allaitement maternel : l'expérience du Brésil. La santé de l'homme, Revue. 2010, 408, p. 34-37
- [19] Ministério da Saude. Il Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasilia : ministério de Saude, 2009, p. 2
- [20] OMS. Guidelines on HIV and infant feeding. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Genève : OMS, 2010, 58 p.
- [21] UNICEF Publication. Alimentation des nourrissons et VIH, 2012. [en ligne]. Disponible sur : http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24827.html (Page consultée le 01 Octobre 2015]
- [22] ROLLET Catherine. Histoire de l'allaitement en France : pratiques et représentations. Université de St Quentin-en-Yvelines : Co-Naître, 2006, 18 p. [en ligne]. Disponible sur : www.co-naitre.net/articles/histoireallaitementCRmai2006.pdf (Page consultée le 07 Octobre 2015)
- [23] Guigoz Rédaction. Les laboratoires Guigoz : 100 ans d'expérience. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.guigoz.fr> (Page consulté le 07 Octobre 2015)
- [24] PILLIOT M. Psychologie : Interview du Dr Marc Pilliot. Porphyre. Revue, 2012, 478, p.8-9
- [25] BADINTER Elisabeth. Le conflit, la femme et la mère. Paris : Flammarion, 2010

- [26] Radio France Culture. *Interview de Elisabeth Badinter*. Emission « Tout arrive ! », 22/02/2010.
- [27] Comité éditorial pédagogique de l'Université Virtuelle de Maïeutique Francophone (UVMaF). Anatomie de la glande mammaire. 2011. [en ligne]. Disponible sur : www.uvmaf.org (Page consulté le 21 Octobre 2015)
- [28] GEILER I., FOUASSIER I. Le conseil en allaitement à l'officine. Paris : Moniteur, 2013, p. 4-44
- [29] POULAIN François. Structure du sein. Archives Encyclopédie Larousse. [en ligne]. Disponible sur : www.larousse.fr/encyclopedie/divers/corps_humain/187478
- [30] Porphyre Rédaction. Physiologie de la lactation. Le guide officinal de l'allaitement. 2012, 478, p. 11-14
- [31] Comité éditorial pédagogique de l'Université Virtuelle de Maïeutique Francophone (UVMaF). Physiologie de la lactation. 2011. [en ligne]. Disponible sur : www.uvmaf.org (Page consulté le 21 Octobre 2015)
- [32] GREMMO-FEGER G. Actualisation des connaissances concernant la physiologie de l'allaitement. Archives de pédiatrie, 2013, 20, 9, p.1016-1021
- [33] Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Archives de pédiatrie, 2005, 12, S3, p. 145-165
- [34] PICAUD J-C. Qualités nutritives du lait maternel et croissance chez les enfants allaités. La lettre des Actualités Périnatales du Languedoc-Roussillon. Service de Néonatalogie, CHU Villeneuve-Montpellier : 2004, 15, p. 4
- [35] HAS. Commission de transparence sur le FER AP-HP. Analyse des données disponibles. Avril 2006. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct032605.pdf>
- [36] BATTU-MERLE I, JAN-MOUCHARD A. Allaitement maternel et médecine générale : revue de la littérature pour aider les médecins généralistes à accompagner les femmes qui allaitent. Grenoble : Faculté de médecine, 2000.
- [37] Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Vitamine D : une vitamine toujours d'actualité chez l'enfant et l'adolescent. Archives de pédiatrie. 2012, 19
- [38] ANSM. Lettre aux professionnels de santé. Vitamine K1 Roche 2mg/0,2mL Nourrissons : Modifications du schéma posologiques. 2014

- [39] CHANTRY C.J. Colostrum : « liquid gold ». ABM News and Views : 2002. [en ligne]. Disponible sur : www.lllfrance.org. Dernière consultation le 21 novembre 2015.
- [40] Institut de puériculture et de périnatalogie. Allaitement maternel : bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. Paris : 2013, 26, 2, p.90-99
- [41] CHIEN P.F, Breast milk and the risk of opportunistic infection in infancy in industrialized settings. Advances in nutritional research. 2001, 10, p.69-104
- [42] KRAMER M.S et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT) : randomized trail in the republic of Belarus. Journal of the American Medical Association. 2001, 285, p.413-420
- [43] BACHRACH et al. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy : a meta-analysis. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 2003, 157, p.237-243
- [44] Agency for healthcare Research Quality (AHRQ). Breastfeeding and maternal and infant health outcome in developed countries. AHRQ Publication. 2007, 153, p.1-186
- [45] VERHASSELT et al. Breast milk-mediated transfer of an antigen induces tolerance and protection from allergic asthma. Nature Medicine. Paris : 2008
- [46] WHO. Evidence on the long-term effects of brestfeefing. Systematic reviews and meta-analyses. Geneva : WHO Press, 2007
- [47] ARENZ et al. Breastfeeding and childhood obesity. A systematic review. International journal of obesity and related metabolic disorders. 2004, 28, 10, p.1247-56
- [48] OWEN et al. Infant feeding and blood cholesterol : a study in adolescents and a systematic review. Pediatrics 2002, 110, p.597-608
- [49] ANDERSON et al. Breastfeeding and cognitive development : a meta-analysis. The American journal of clinical nutrition. 1999, 70, p.525-535
- [50] COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Breast cancer and breast-feeding collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries. Lancet 2002, 360, p. 187-195
- [51] DANFORTH et al. breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts. Cancer Causes Control, 2007, 18, p. 517-523

- [52] SCHWARZ EB and al. Duration of lactation and risks factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol.* 2009, 113, p. 974-82
- [53] TIMSIT M-A. Déminéralisation osseuse et ostéoporose de la grossesse. *Société française de Rhumatologie. Revue de Rhumatisme.* Paris : 2005, 72, p 725-732. [en ligne]. Disponible sur : www.rhumatologie.asso.fr/05-Bibliotheque/Publications/pub-72-725-732.asp (dernière consultation le 09 décembre 2015)
- [54] ELABD et al. Oxytocin controls differentiation of human mesenchymal stem cells and reverses osteoporosis. *Stems Cells* 2008, 26, p 2399-2407. [en ligne]. Disponible sur : www.lllfrance.org (dernière consultation le 09 décembre 2015)
- [55] WABA Publication. Allaitement : proche du risque zéro pour une génération sans SIDA. Journée mondiale de lutte contre le SIDA, 2015
- [56] MOHRBACHER N. et STOCK J. (IBCLC). *Traité de l'allaitement maternel-Format poche.* Canada : Ligue La Leche, 2006, p. 61-73, 93-129
- [57] AP-HP. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. [en ligne]. Disponible sur : www.lecrat.fr
- [58] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. *Calendrier des vaccinations et recommandation vaccinale.* Paris : 2015, p. 34
- [59] INPES. *Le guide de l'allaitement maternel.* Programme National Nutrition Santé, 2009
- [60] GEILER I. Informations sur l'allaitement et les conseils à l'officine. Forum officine (2014, Lille). Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille
- [61] Réseau gardois de l'allaitement (REGAAL). Les positions d'allaitement. [en ligne]. Disponible sur : www.regaal.org/les-positions-dallaitement/
- [62] LARCADE C., GREMMO-FEGER G. *L'allaitement : l'essentiel en 12 idées clefs. Les dossiers thématiques pour les professionnels de santé.* Fondation Mustela, 2009
- [63] BAYOT I. Conférence sur le projet parental et l'allaitement maternel : rejoindre et accompagner les futurs parents. Wimille : 25 novembre 2014
- [64] *Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (2013). Soutenir l'allaitement du côté des mères : OMS, 2013.*
- [65] BAYOT I. Papa ne donne pas le sein ? Tant mieux ! Formation allaitement, rythme des nouveau-nés, adaptations néonatales et parentales. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ingridbayot.com/articles/> (Page consultée le 04 Février 2016).

[66] Association Information Pour l'Allaitement. Études sociologiques en France. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.info-allaitement.org/etude-sociologique.html>. (Page consultée le 18 Janvier 2016).

[67] Coordination Française pour l'Allaitement Maternel. Enquête CoFAM : concilier allaitement et travail. Décembre 2014. 10 p.

[68] Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (2015). Allaitement et travail... : OMS, 2015.

[69] GEILER I., FOUASSIER I. Le conseil en allaitement à l'officine. Paris : Moniteur, 2013, p. 100-171.

[70] BLYTON DM, SULLIVAN CE, EDWARDS N, Lactation is associated with an increase in slow-wave sleep in women. *Journal of Sleep Research*, 2002, 11, 4, p. 297-303.

[71] INPES. Guide pour le professionnel de santé : Grossesse et accueil de l'enfant. Éducation pour la santé et grossesse : une démarche éducative en six axes. Saint-Denis, 2010, p.10-15.

[72] INPES. Fiche d'action. L'allaitement maternel. Saint-Denis, 2010, 14, p. 3.

[73] Journée Pauline allaitement (Février 2016, Wimille). Conférence pluridisciplinaire : l'allaitement maternel en pratique. Calais : Réseau de périnatalité, 2016.

[74] BAYOT I. Carnet de chèques : Cadeau de Naissance. [en ligne]. Disponible sur: <http://www.ingridbayot.com/matriel-pdagogique/> (Page consultée en novembre 2014)

[75] Le Moniteur des pharmacies. Cahier formation : L'allaitement. Rueil-Malmaison : Wolters Kluwer France, 2010, 2856, 110, 16 p.

[76] Leche League France. Comment augmenter votre lactation. Feuille 9. Octobre 2014. [en ligne]. Disponible sur : www.llfrance.org/1006-comment-augmenter-votre-lactation. (Consulté le 30 Novembre 2015).

[77] LARCADE C., GREMMO-FEGER G. Comment savoir si un allaitement se passe bien ? Les dossiers thématiques pour les professionnels de santé. Fondation Mustela, 2005, 2, p. 4-5.

[78] WHO. Child growth standards. [en ligne]. Disponible sur : http://www.who.int/childgrowth/standards/weight_for_age/en/ (consulté le 23 Mars 2016).

[79] MORINAUX M-F. Quand la connaissance des rythmes peut lever des obstacles. Dossiers de l'allaitement. 2009, 80. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.illfrance.org/1624-da-80-quand-la-connaissance-des-rythmes-peut-lever-des-obstacles> (page consultée le 17 Février 2016).

[80] MEDELA France. L'allaitement maternel, notre passion. Catalogue 2013. [en ligne]. Disponible sur : www.medela.fr. (Dernière consultation le 23 Mars 2016)

[81] OCP Documentation. Mes récaps : Allaitement maternel. Mars 2015, 2.

[82] ANSES. Recommandations pour bien recueillir, conserver et transporter le lait maternel en toute sécurité. 2006

[83] PRIEUR R. Travail et Allaitement : livret pratique pour concilier vie professionnelle et allaitement. Saint-Etienne : DFT medical, 31 p.

[84] WEAVER G. Investir dans le lait maternel : des nourrices aux banques de lait et à la distribution du lait humain sur internet. Allaitement actualité. IBFAN : 2012, 52.

[85] AP-HP. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Traitement de diverses pathologies chez la femme qui allaite. [en ligne]. Disponible sur : www.lecrat.fr (dernière mise à jour le 29 mai 2015)

[86] GREMMO-FEGER G., DOBRZYNSKI M., COLLET M. Allaitement maternel et médicaments. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2003, 32, p. 466-475.

[87] ANSM. Médicaments à base de dompéridone et sécurité d'emploi cardiovasculaire (06/12/2011) - Lettre aux professionnels de santé.



DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE

Nom et Prénom de l'étudiant : ROHART Pauline

Date, heure et lieu de soutenance :

Le 10/11/16 à 18.h.15 Amphithéâtre ou salle : Amphi CURIE
jour mois année

Avis du conseiller (directeur) de thèse

Nom : HANNART BLANCHARD

Prénom : Marie-Hélène

- Favorable
 Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 12/1/16
Signature:

Avis du Président de Jury

Nom : DINE

Prénom : Thierry

- Favorable
 Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 12/5/16
Signature:

Décision de Monsieur le Doyen

- Favorable
 Défavorable

Le Doyen

D. CUNY

NB : La faculté n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses, qui doivent être regardées comme propres à leurs auteurs.

Université de Lille 2
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2015/2016

Nom : Rohart
Prénom : Pauline

Titre de la thèse : La place du pharmacien dans l'accompagnement de la femme allaitante. Enquête officinale dans le Nord-Pas-de-Calais.

Mots-clés : Allaitement maternel, Pharmacien éducateur de santé, Enquête officinale

Résumé : L'allaitement maternel est reconnu par l'OMS comme étant la meilleure alimentation pour les nourrissons et jeunes enfants. Malgré l'amélioration de la qualité des laits infantiles, la composition nutritionnelle et l'apport en substances biologiques du lait maternel ne peuvent être égalés. Pour les pouvoirs publics français, l'allaitement maternel est devenu un véritable enjeu de santé publique. A ce titre, et dans le respect des convictions de chaque femme, il est de la responsabilité des professionnels de santé de donner une information claire et objective sur la pratique de l'allaitement maternel et sur ses bénéfices. Le pharmacien d'officine dispose de nombreux atouts pour intervenir dans l'éducation pour la santé, comme sa proximité et sa disponibilité, mais reste très peu formé pour conseiller dans le domaine de l'allaitement. Dans le but de répondre au mieux aux attentes des futurs parents, une enquête officinale a été réalisée auprès de 41 femmes dans deux pharmacies du Nord-Pas-de-Calais. Cette étude permet d'analyser la fréquence de choix de l'allaitement en fonction de critères personnels et socioprofessionnels, mais également de déterminer la place du pharmacien dans l'accompagnement de la femme allaitante.

Membres du jury :

Président : M. DINE Thierry, Praticien hospitalier en Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie, Université Lille 2

Assesseur : Mme HANNOTHIAUX Marie-Hélène, Maître de conférences en Toxicologie, Faculté de Pharmacie, Université Lille 2

Membre extérieur : Mme FOURDINIER Hélène, Docteur en pharmacie, Boulogne-sur-Mer