

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

**Soutenue publiquement le 07 novembre 2024
Par Mme TRACCAN Eva**

**Enjeux de Santé Publique et Rôle du Pharmacien dans
l'Accompagnement du Nouveau-né et de sa Famille :
Promotion de l'Allaitement Maternel et Certification IPHAN**

Membres du jury :

Président : Madame GARAT Anne

Maître de Conférences en Toxicologie et Santé publique et Praticien Hospitalier
associée au département Pharmacie de l'UFR3S de Lille

Assesseur : Madame STANDAERT Annie

Maître de Conférences en Parasitologie
associée au département Pharmacie de l'UFR3S de Lille

Membre extérieur : Monsieur NICODÈME Franck

Docteur en Pharmacie

Pharmacien titulaire de la pharmacie Saint Pierre à Calais

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.2 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 1/98

REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION
Audrey Hennebelle Assistante de direction	Cyrille Porta Responsable des Services	Delphine Allorge Doyen

Université de Lille

Président
Premier Vice-président
Vice-présidente Formation
Vice-président Recherche
Vice-président Ressources humaines
Directrice Générale des Services
CHIRIS-FABRE

Régis BORDET
Etienne PEYRAT
Corinne ROBACZEWSKI
Olivier COLOT
Bertrand DÉCAUDIN
Anne-Valérie

UFR3S

Doyen
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité
Vice-Doyenne Recherche
Vice-Doyen Finances et Patrimoine
Vice-Doyen International
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
Vice-Doyen Territoire-Partenariats
Vice-Doyen Santé numérique et Communication
Vice-Doyenne Vie de Campus
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
Hervé HUBERT
Karine FAURE
Damien CUNY
Vincent DERAMECOURT
Sébastien D'HARANCY
Caroline LANIER
Thomas MORGENROTH
Vincent SOBANSKI
Anne-Laure BARBOTIN
Valentin ROUSSEL

Faculté de Pharmacie

Doyen
Premier Assesseur et
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
Assesseur à la Vie de la Faculté et
Assesseur aux Ressources et Personnels
Responsable des Services
Représentant étudiant

Delphine ALLORGE

Anne GARAT

Emmanuelle LIPKA
Cyrille PORTA
Honoré GUISE

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.2 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 2/98

Chargé de mission 1er cycle
 Chargée de mission 2eme cycle
 Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche
 Chargé de mission Relations Internationales
 Chargée de Mission Qualité
 Chargé de mission dossier HCERES

Philippe GERVOIS
 Héroïse HENRY
 Nicolas WILLAND
 Christophe FURMAN
 Marie-Françoise ODOU
 Réjane LESTRELIN

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.2 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 3/98

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bioinorganique	85
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie	86
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.2 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 4/98

Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.2 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 5/98

Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maitres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie	87
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.2 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 6/98

Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86

 		LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE		Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.2 Applicable au 02/01/2022
Document transversal			Page 7/98

M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	
M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.2 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 8/98

M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.2 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 9/98

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	GISH	Alexandr	Toxicologie et Santé publique	
Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	

Hospitalo-Universitaire (PHU)

	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMPAGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
FACULTE DE PHARMACIE	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2023-2024	Version 2.2 Applicable au 02/01/2022
Document transversal		Page 10/98

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	NDIAYE-BOIDIN	Maguette	Anglais
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

CYCLE DE VIE DU DOCUMENT

Version	Modifié par	Date	Principales modifications
1.0		20/02/2020	Création
2.0		02/01/2022	Mise à jour
2.1		21/06/2022	Mise à jour
2.2		01/02/2024	Mise à jour



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

Remerciements

À Madame Standaert,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'encadrer mon sujet de thèse, ainsi que pour votre dévouement envers la faculté et l'attention que vous portez au bien-être et à la formation des étudiants. Je suis fière et heureuse d'avoir eu l'opportunité de travailler à vos côtés durant ces années.

À Madame Garat,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté avec tant de bienveillance de présider ce jury de thèse. Je suis très honorée par le temps que vous consacrez à la lecture de ce manuscrit et par l'attention portée à mon travail.

À Monsieur Nicodème,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Votre accompagnement et votre approche humaine ont profondément influencé ma pratique officinale. Je suis ravie de pouvoir compter sur votre expertise pour ce moment important.

À mes parents,

À qui je dois bien plus que des remerciements, pour leur amour inconditionnel et leur soutien constant, qui ont été des piliers essentiels durant toutes mes études. Merci à ma mère pour toutes ses relectures, ma thèse est presque devenue ton livre de chevet pendant tout ce processus d'écriture. Merci à mon père, tu es sûrement mon patient le plus assidu. Même si je ne peux m'empêcher de te taquiner sur tes visites régulières à mon comptoir, c'est toujours un vrai plaisir de t'y voir.

À ma sœur Hélène,

Je ne te le dis pas assez souvent mais merci pour ton amour discret, ton soutien et ta patience (même quand je viens piller ton armoire). Je suis censée être la grande sœur, mais j'ai souvent l'impression que tu es la plus mature de nous deux. J'ai hâte de pouvoir te poser toutes les questions que mes patients ont sur leurs petites boules de poils !

À ma famille,

Merci pour tout votre amour et vos encouragements tout au long de ces études. Votre présence m'a été précieuse. Et tout particulièrement à Chantal et Cécile, mes deux modèles de pharmaciennes. J'espère suivre vos pas, avec la même passion et engagement qui vous ont toujours guidées.

À mes copines de toujours Angèle, Coline, Manon et Pauline,

Merci d'avoir été là à chaque étape de ces études. Votre soutien, vos rires et vos encouragements ont été ma bouée de sauvetage lors des deux premières années de concours, je ne serais pas arrivée là sans vous .

Aux Électrons Libres,

J'ai eu la chance de croiser la route d'un groupe d'amis comme vous dès ma deuxième année. Je n'oublierai jamais nos sessions à la BU qui se transformaient en marathon de révisions, nos soirées jeux où l'amitié a été mise à rude épreuve, nos brunchs à rallonge et nos vacances inoubliables.

À Eléonore, Caroline, Quentin, Angèle, Jeanne et Annabelle,

Mes années d'étude n'auraient jamais été les mêmes sans vous. Entre nos innombrables soirées dans les bars (probablement plus que nécessaire...), les événements associatifs, les études et les réunions interminables, on vivait à 100 à l'heure, et je n'aurais jamais tenu le coup sans vos sourires et votre énergie ! Je suis contente d'avoir évolué avec vous, passant des bars de Masséna aux restaurants du Vieux Lille. On a fini par devenir de vrais adultes, même si je ne suis pas encore prête à m'acheter un vaisselier !

À William et Thomas,

Merci de m'avoir fait confiance, et pour tous ces moments de rires et de sourires partagés. Vous avez été des supers fillots, et je suis contente de vous avoir accompagnés dans cette belle aventure.

Au bureau de Papel et à tous les associatifs,

Avec qui j'ai eu la chance de travailler, dont beaucoup sont devenus de vrais amis. Cette aventure m'a permis de grandir, d'apprendre, et de vivre des moments inoubliables.

À toutes les pharmacies dans lesquelles j'ai travaillé, et aux équipes formidables avec qui j'ai eu la chance d'évoluer, un grand merci à Élodie et Christèle pour m'avoir guidée avec patience et gentillesse à mes débuts.

Table des matières

Introduction.....	19
I Enjeux de santé publique dans la prise en charge du nouveau-né et de sa famille.....	20
A) Enquête Nationale Périnatale de 2021.....	20
B) Le taux d'allaitement français, l'un des plus bas au monde	24
C) L'allaitement maternel, un enjeu de santé publique	28
D) La mort subite du nourrisson.....	30
E) La santé mentale maternelle et la dépression post-partum	33
F) Le syndrome du bébé secoué.....	36
G) D'un maternage distal au maternage proximal	38
H) La réponse rapide aux pleurs.....	40
I) Le peau à peau.....	42
J) Le sommeil partagé.....	43
K) Le portage du bébé.....	45
II Le rôle du pharmacien dans l'accompagnement du nourrisson et promotion de l'allaitement maternel.....	47
A) Le pharmacien d'officine et l'accompagnement du nouveau-né.....	47
1) L'évolution du métier ces dernières années, le pharmacien acteur de proximité.....	47
2) Les actions mises en place par les différentes institutions.....	48
B) La réalité de la pratique officinale : entre connaissances, responsabilités et préventions.....	50
1) Les connaissances du pharmacien sur l'allaitement maternel et sa perception par la population.....	50
.....	51
2) L'allaitement et médicaments : connaissances du pharmacien.....	52
3) L'impact du pharmacien dans la prévention du syndrome du bébé secoué.....	52
C) Enquête : la prise en charge du nourrisson et de sa famille à l'Officine.....	53
1) Objectif de l'enquête :.....	53
2) Design de l'étude, Population étudiée et mode de recueil des données :... ..	53
3) Résultats :.....	54
a) La population.....	54
b) Partie 1 : La formation.....	54
c) Partie 2 : La Pratique Officinale.....	56
d) Partie 3 : Contacts et Réseaux de Périnatalités.....	60
4) Discussion:.....	61
a) L'importance de la formation en périnatalité pour les équipes officinales, enjeux et perspectives.....	61
b) L'impact des expériences personnelles sur les conseils pharmaceutiques.....	62
c) Des initiatives pour améliorer les pratiques officinales.....	62
d) Renforcer le rôle d'orientation des pharmaciens en périnatalité.....	63
5) Les limites de l'enquête.....	65
6) Les Réflexes à avoir au comptoir:.....	65

III La certification IPHAN, une certification axée sur l'interprofessionnalité.....	68
A) Contexte et Enjeux.....	68
1) La certification.....	68
2) La place de l'interprofessionnalité en officine.....	69
3) L'interprofessionnalité dans le domaine de la périnatalité.....	71
B) Les différents labels ayant inspiré la création de la certification IPHAN.....	73
1) Le label Initiative Hôpital Ami des Bébés.....	73
2) Le label farmacia amica dell'allattamento materno.....	75
C) La certification Iphan.....	77
1) La création et base de la certification IPHAN.....	77
2) L'importance de l'interprofessionnalité dans la certification IPHAN.....	79
a) Dans le référentiel.....	79
b) Exemples concrets d'interprofessionnalité à l'officine.....	80
Conclusion :	82
Annexes:	83
Bibliographie	90

LISTE DES FIGURES

- Figure 1: Répartition de l'échantillon selon la profession
- Figure 2 : La formation sur l'accompagnement du nourrisson
- Figure 3 : évaluation de l'accompagnement périnatal
- Figure 4: Les sources utilisées pour les conseils
- Figure 5 : Actions effectuées lors de la délivrance d'acide folique
- Figure 6 : Réalisation d'entretiens courts de la femme enceinte
- Figure 7 : Informations sur l'allaitement et le maternage
- Figure 8: Actions effectuées lors de la délivrance d'un tire-lait
- Figure 9 : Conseils dispensés lors de la vente de biberons
- Figure 10 : Sujets de santé publique abordés au comptoir
- Figure 11 : Aisance sur les thèmes de périnatalité
- Figure 12 : Contacts des professionnels de santé de la périnatalité
- Figure 13 : Coopération interprofessionnel à l'officine (85)
- Figure 14 : Liste des sages femmes avec les préparations à la naissance proposées par celles-ci

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Questionnaire La prise en charge du nourrisson à l'officine

LEXIQUE:

AFNOR: Association française de normalisation

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

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

ARS: Agence régionale de santé

CEFAN-Santé: Centre de Formation Allaitement Nourrissons Santé

CHU: Centre hospitalier universitaire

CMP: Centre médico-psychologique

CNOP: Conseil national de l'Ordre des pharmaciens

COFAM: Coordination Française pour l'Allaitement Maternel

COVID-19: Coronavirus Disease 2019

CPTS: Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CRAT: Centre de référence sur les agents tératogènes

DAL: Dispositif d'Aide à la Lactation

DPP: dépression du post-partum

DROM: Département et Région d'Outre-Mer

ENP: Enquête Nationale Périnatale

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

FAAM: Farmacia Amica dell'Allattamento Materno

HPST: hôpital, patients, santé, territoires

HTLV-1: Virus T-lymphotropique humain 1

IBCLC: International Board Certified Lactation Consultant

IC: Intervalle de confiance

IHAB: Initiative Hôpital Ami des Bébés

IPHAN: Initiative Pharmacie Amie des Nourrissons

IgM: Immunoglobuline M

IgA: Immunoglobuline A

ISO: International Organization for Standardization

LLL: La Leche League

MSN: mort subite du nourrisson

MSP: Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMBREL: Organisation Mamans Bébés Région Lilloise

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PCEA: Patient Controlled Epidural Analgesia

PMI: Protection maternelle et infantile

Q1: premier quartile

Q3: troisième quartile

RESAM: Réseau de Soutien à l'Allaitement Maternel

RSP: Réseau de Santé en Périnatalité

RSPA: Réseau de Santé en Périnatalité en Auvergne

TCNA: traumatisme crânien non accidentel

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

URPS: Union régionale des professionnels de santé

URPS-HdF: Union régionale des professionnels de santé Hauts de France

USPO: Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

“Il est pratiquement impossible d’anticiper comment sera accueilli l’enfant, si désiré soit-il, ni quels seront les effets du chaos que sa présence va installer. Cette dimension d’inconnu rend compte de l’angoisse qui accompagne l’approche de toute naissance.”(1) La citation de la psychiatre Monique Bydlowski, illustre combien devenir parent est un bouleversement majeur. Cela change les individus non seulement par les nouvelles responsabilités, mais aussi par les bouleversements émotionnels et psychologiques que cela entraîne. Bien que potentiellement rempli d’amour et de joie, ce changement est aussi teinté d’inconnu et de chaos, des éléments directement liés à l’expérience humaine de la parentalité. Cette complexité explique l’angoisse qui accompagne souvent l’approche de la naissance, un mélange de peur et d’excitation face à l’inconnu.

Cette période est donc marquée par une multitude de questions et d’incertitudes, comme le souligne la campagne des 1000 premiers jours : « Devenir parent, c’est aussi se poser des questions ».(2) Ces interrogations trouvent de nombreuses réponses au contenu varié, dans lesquelles il peut être difficile de s’y retrouver. En effet, dès la maternité et parfois même avant la naissance, les jeunes parents se retrouvent submergés par une multitude de conseils, souvent contradictoires, provenant de l’entourage et des professionnels de santé, les laissant parfois plus perdus qu’auparavant. Mais alors, comment accompagner au mieux le nouveau-né et sa famille ? Quelle est la place du pharmacien d’officine dans cette prise en charge ?

L’accessibilité de l’officine fait du pharmacien un professionnel de santé fréquemment consulté par les jeunes parents en quête de conseils. Avec l’évolution du métier et le développement des nouvelles missions, dont fait partie l’entretien de la femme enceinte au comptoir, le pharmacien se retrouve au cœur du parcours de santé périnatale. Sa proximité et sa disponibilité en font un acteur clé pour répondre aux besoins immédiats des jeunes parents, mais également les orienter vers des ressources et interlocuteurs adaptés. Cependant, pour remplir pleinement ce rôle, il est essentiel que le pharmacien possède des connaissances approfondies sur les sujets de périnatalité.

Quels sont les enjeux de santé publique liés à la prise en charge du nouveau-né et de sa famille ? Quelles sont les connaissances de l’équipe officinale concernant ces thématiques ? Et comment leur rôle peut-il être renforcé pour assurer un soutien optimal aux jeunes parents ?

Pour répondre à ces questions, nous aborderons tout d’abord les enjeux de santé publique liés à la prise en charge du nouveau-né et de sa famille. Ensuite, nous nous pencherons sur le rôle du pharmacien d’officine dans l’accompagnement du nourrisson et dans le soutien à l’allaitement maternel. Enfin, nous étudierons comment la certification IPHAN contribue à améliorer la prise en charge du nouveau-né et favorise l’interprofessionnalité.

I Enjeux de santé publique dans la prise en charge du nouveau-né et de sa famille

Le nourrisson étant un sujet vaste et complexe, j'ai fait le choix d'axer cette première partie sur des thèmes pouvant être abordés au comptoir ou lors d'un entretien par un pharmacien et son équipe pour accompagner au mieux les jeunes parents. Nous nous intéresserons également à la nouvelle approche de la parentalité qu'est le maternage proximal ainsi qu'aux pratiques qui lui sont associées. Le maternage proximal constitue avec l'allaitement maternel, les deux piliers majeurs de la certification "initiative amie des nourrissons."

A) Enquête Nationale Périnatale de 2021

Les enquêtes nationales périnatales ont été réalisées afin de décrire l'état de santé des mères et des nouveau-nés. Elles ont également pour but d'apporter un éclairage sur les pratiques médicales durant la grossesse et au moment de l'accouchement, mais aussi sur les caractéristiques des lieux d'accouchements en France. Elles ont fourni de nombreuses informations et permis de déterminer les facteurs de risque afin de surveiller l'évolution de la santé périnatale en France. Ainsi qu'aider dans le choix de la mise en place et l'évaluation des actions de santé dans le secteur de la périnatalité.(3)

La dernière et 5^e enquête de ce type a été réalisée en mars 2021(3), la première datant de 1995. Nous comparerons l'étude de 2021 à la précédente enquête faite en 2016.(4) Il faudra prendre en compte le contexte particulier de cette ENP ; celle-ci se déroulant pendant la pandémie de COVID-19, les femmes ont été exposées durant leur grossesse à la deuxième et troisième vague de COVID-19.

L'enquête comprend toutes les naissances (enfants nés vivants et mort-nés) dans l'ensemble des maternités françaises, au cours d'une semaine. Cette dernière enquête réalisée en mars 2021 a permis de recueillir des données sur 13 631 naissances auprès de 13 404 femmes; parmi ces naissances ,12 939 ont eu lieu en métropole impliquant un recueil de données auprès de 12 723 femmes en métropole et 692 naissances concernent 681 femmes dans les DROM. Notons que sur ces 13404 mères 87 n'ont pas accouché dans une maternité ou maison de naissance (à domicile, dans un camion des pompiers, dans une voiture personnelle, etc.)(3)

Le rapport d'enquête est structuré en trois sections : les résultats sur les naissances, ceux sur les établissements, et une nouvelle section ajoutée en 2021, « le suivi à 2 mois ».

Les résultats du volet « naissance » ont mis en évidence une évolution défavorable du contexte de la grossesse, en effet l'âge des mères continue à augmenter, ainsi que le surpoids et l'obésité maternels, ce qui accroît les risques de complications pour la mère et l'enfant.(5,6). Cependant certains critères évoluent favorablement, c'est le cas du niveau d'études et des ressources du ménage qui sont en augmentation, l'indice de précarité s'est amélioré, le taux de femmes sans couverture maladie complémentaire a aussi diminué. On constate que la plupart des grossesses sont désirées et ainsi planifiées, toutefois le nombre de femmes qui consultent en prévention d'une grossesse reste faible.(3)

Cette étude a pour but d'évaluer l'impact des différentes mesures de prévention et recommandation lors d'un suivi de grossesse et ainsi d'axer les nouvelles campagnes de santé publique en fonction des résultats. Plusieurs de ces opérations de sensibilisation ont porté leurs fruits : ainsi on observe une diminution des comportements addictifs lors de la grossesse (tabac, cannabis, alcool). La vaccination anti-grippe fut un véritable succès, passant de 7,4% en 2016 à 30,4 % en 2021, il faudra cependant mettre ce résultat en relation avec le contexte pandémique où la vaccination COVID n'était pas encore disponible pour la majorité des femmes ayant accouché en mars 2021. On observe une amélioration de la prise d'acide folique, bien que celle-ci soit encore trop faible, 28,3% par rapport aux recommandations actuelles. Pour rappel, la prise d'acide folique doit être entreprise 4 semaines avant la conception et se poursuivre 8 semaines après celle-ci, l'acide folique joue un rôle essentiel dans la fermeture du tube neural, cette supplémentation permet d'éviter des anomalies comme la spina bifida ou l'anencéphalie, qui peuvent avoir pour conséquence la mort de l'enfant à naître ou un handicap permanent.(7) Sur le plan postnatal, 90 % des mères dont l'enfant n'a pas été placé en néonatalogie ont pu faire du peau à peau avec leur bébé après l'accouchement. Quant au taux d'allaitement, il est en légère augmentation, mais reste pourtant faible, 74,2 %.

D'autres projets de santé publique n'ont pas eu la portée escomptée, c'est le cas du dépistage du cancer du col de l'utérus, dont le nombre de prélèvements réalisés a diminué par rapport à 2016, la grossesse étant pourtant l'occasion de remédier à un retard de surveillance. En ce qui concerne l'éducation à la santé, on remarque un manque de sensibilisation des futurs parents, seulement 16 % des femmes se sont vu prodiguer des conseils pour éviter la contamination par le cytomégalovirus pendant la grossesse celui-ci pouvant entraîner une fausse couche ou mort in utero.(8) Uniquement 50 % des femmes se souviennent avoir reçu des conseils de couchage à la maternité (3,4).

La réalisation de l'entretien prénatal précoce est en augmentation, mais le chiffre reste faible, 36,5 %, malgré son caractère obligatoire depuis le 1er mai 2020 ; il est majoritairement effectué par les sages-femmes libérales. Cet entretien a été créé en 2007, son développement fait partie des objectifs du projet national « 1000 premiers jours de l'enfant ».(9) Cet entretien n'est pas un examen clinique, il est basé sur l'écoute et le partage. Il a pour objectif d'évaluer les besoins d'accompagnement au cours de la grossesse, il prend en compte les dimensions psychologiques et

émotionnelles ainsi que l'environnement social de la grossesse. Il permet au professionnel de santé de repérer des fragilités et des facteurs de vulnérabilité et d'adapter le suivi et proposer un accompagnement supplémentaire si nécessaire (par un addictologue, un psychologue, une assistante sociale).(10) Des nouvelles données de l'assurance maladie montrent une augmentation de la réalisation de cet entretien, ainsi en 2022, 62% des femmes enceintes ont bénéficié d'un entretien prénatal précoce.(3,9)

En ce qui concerne le bien-être maternel, la réaction à la découverte de la grossesse est en grande majorité positive, sans différence notable avec 2016. Mais la santé mentale des mères semble s'être détériorée. Ainsi le nombre de femmes confrontées à des difficultés psychologiques et ayant consulté un professionnel de santé est en augmentation. Lors du suivi des 2 mois, l'étude montre que 16,7 % des femmes ont présenté un syndrome dépressif majeur, 15,5 % ont vécu difficilement voire très difficilement la grossesse et 11,7 % ont un mauvais ou très mauvais vécu de leur accouchement.(3)

Au sujet de l'accompagnement et des conseils prodigués après la sortie de la maternité, 79,1 % des mères ont vu une sage-femme à domicile et 80 % connaissent le rôle et les modalités de contact de la PMI. Cependant, on note un manque d'informations des parents. Lors du questionnaire de suivi à deux mois, 6,7% des femmes ont déclaré ne pas avoir reçu de conseils sur la manière de coucher leur bébé. On notera tout de même une amélioration par rapport à leur expérience à la maternité, où près de la moitié des femmes n'ont pas reçu ces conseils. De plus, plus de la moitié des mères interrogées n'ont pas reçu de conseils pour calmer les pleurs de leur bébé. Le taux d'allaitement à 2 mois est relativement bas, atteignant seulement 54,2%. Ces résultats mettent en lumière la nécessité d'améliorer le soutien à la maternité, en fournissant davantage de conseils et un soutien accru pour l'allaitement maternel.(3)

Les résultats sur le volet établissement sont les suivants. Il y a une amélioration des équipements, 90 % des maternités ont un bloc opératoire dédié aux césariennes. Le nombre de pédiatres présents en permanence est en augmentation ainsi que le nombre de sages-femmes en salle de naissance. On remarque un développement des offres de consultations spécialisées (tabacologie, alcoolologie, addictologie.) La PMI est très implantée dans les maternités et participe aux staffs pluridisciplinaires. La présence de personnes référentes en allaitement a été renforcée: cependant le temps dédié à cette activité est le plus souvent partiel. 65 % des maternités proposent de manière quasi systématique une rédaction de projet de naissance, elles ont par ailleurs renforcé leur dispositif d'espace physiologique. L'espace physiologique est une zone de l'hôpital dédiée à un accouchement moins médicalisé, pour répondre au souhait des parents d'une prise en charge plus naturelle. La salle de naissance comprend le plus souvent un lit d'accouchement doté d'une possibilité de réglage pour adapter la position, une baignoire ou une douche, un ballon de naissance, une liane en tissu (3,8).

En somme, cette enquête nous dresse un état des lieux de la situation périnatale en France actuellement. L'allaitement maternel augmente, mais les taux restent cependant assez bas en regard des autres pays européens.(11) Les maternités essaient d'accompagner au mieux les femmes pendant leur grossesse et leurs suites de couches en mettant notamment en place des consultations en addictologie, une harmonisation des conseils en allaitement ainsi que la généralisation de la méthode du peau à peau. Il semble y avoir des lacunes dans la dispensation de certains conseils, notamment le couchage de bébé. Le nouveau volet « suivi à 2 mois » permet d'avoir pour la première fois le ressenti des mères sur leur prise en charge et un aperçu de leur santé mentale. Certains de ces points de santé publique et leur importance seront repris dans les prochaines sous-parties.(3)

B) Le taux d'allaitement français, l'un des plus bas au monde

Commençons par un petit retour en arrière pour essayer de comprendre pourquoi la France est en retard par rapport à ses voisins européens pour les taux d'allaitement. Que savons-nous de l'allaitement à travers l'histoire ?

Dans l'Antiquité le lait maternel a une symbolique forte et le sein nourricier représente la puissance féminine. De nombreuses statues représentent des déesses romaines ou égyptiennes allaitant leurs bébés, elles ont un rôle de protection de la femme et des jeunes enfants. Au Moyen Âge la représentation de la Vierge Marie allaitant l'enfant Jésus constitue un thème iconographique majeur de la peinture de cette époque. On considère parfois même que le lait de la Vierge est égal au sang du Christ et dans certaines églises, des fioles de lait sont conservées comme reliques.(12)

Au XVIIIe siècle, Maria Lactans n'est plus représentée, sûrement considérée comme impudique. D'ailleurs, dans la prime enfance, certains saints refusent le sein, traduisant ainsi une rupture avec la femme qui leur permet d'accéder à la sainteté. Dans la société, l'allaitement maternel va prédominer de l'Antiquité jusqu'au XXe siècle. Cet allaitement se fait à la demande sans compter le nombre de tétées ni la quantité de lait pris. Quelques enfants sont mis en nourrice et une minorité sont nourris avec du lait d'origine animale, fourni le plus souvent par des chèvres, comme c'était le cas des bébés de l'Hospice des enfants assistés de Paris au XIXe siècle.

Du XVII au XVIIIe siècle, dans les sociétés urbaines et aisées, la mise en nourrice se développe, les enfants sont envoyés chez des nourrices le plus souvent à la campagne pour profiter du « bon air ». Ainsi dans le Morvan, où les ressources agricoles étaient insuffisantes pour subvenir aux besoins des habitants, une véritable industrie nourricière s'est développée. Pendant de nombreuses années, la région a accueilli un grand nombre d'orphelins de Paris envoyés par le Service des enfants assistés.(12,13)

Mais à la fin du XVIIIe la mise en nourrice est décriée par les médecins car ils notent que la mortalité est doublée chez ces enfants et à la même période paraît l'Émile ou l'éducation de Rousseau qui met en cause la mise en nourrice et l'utilisation de bouillie. Dès lors certaines femmes issues de milieux nobles et bourgeois vont se mettre à renoncer aux nourrices pour leurs enfants préférant les allaiter elles-mêmes. Au XIXe, les nourrices restent malgré tout la norme dans l'aristocratie, mais elles deviennent des domestiques logées au domicile des parents. Au XXe siècle survient le déclin de la mise en nourrice qui sera vivement accéléré par la Première Guerre Mondiale. C'est le siècle de la démocratisation des biberons, bien qu'il existât déjà des substituts d'alimentation et des biberons depuis l'Antiquité. Avec le XIXe siècle et la démocratisation du caoutchouc apparaissent le biberon moderne et le lait artificiel. En 1930 le lait artificiel va être très fortement recommandé par la puériculture américaine, les médecins préconisent parallèlement une hygiène très développée, une rationalisation de la quantité de lait ainsi que des horaires très réguliers.(12)

De plus, l'après-guerre amorce un tournant majeur dans l'évolution des droits des femmes et des revendications féministes. Simone de Beauvoir, dans son essai "Le Deuxième Sexe", décrit l'allaitement maternel comme une "servitude épuisante". L'allaitement artificiel devient courant et est perçu comme une libération du corps des femmes. Ainsi, en 1972, le taux d'allaitement maternel devient extrêmement bas, à 36%.(14) On ne peut pas nier une certaine corrélation entre l'émancipation de la femme et l'utilisation du biberon. En effet il va permettre de partager la tâche de nourrir l'enfant entre les deux parents, la mère n'étant plus obligée d'occuper seule ce rôle cela offrira une meilleure répartition de l'activité du care. Le care désigne une approche globale de sollicitude et de prise en charge, intégrant l'attention aux besoins émotionnels, physiques et psychologiques, au-delà du simple « prendre soin ». La mère pourra ainsi reprendre son travail plus tôt si elle le souhaite. Cependant, le féminisme n'a pas toujours été auparavant en défaveur de l'allaitement. En 1976, les taux d'allaitement remontent à 45,5 % suivant les mouvements écologiques qui prônent une alimentation plus naturelle pour les bébés et une volonté des femmes de se réapproprier leur corps.(14)

Ainsi, en France, historiquement par la présence des nourrices et culturellement avec les mouvements féministes d'après-guerre, le taux d'allaitement est depuis longtemps un des plus bas d'Europe.

Notre époque a vu émerger les "baby shower", "gender reveal" et "shooting" photos de grossesse, la femme enceinte est partout sur les réseaux sociaux. Ce n'est pas le cas de l'allaitement qui lui reste tabou. Le sein étant érotisé, il doit être caché au nom de la bienséance et de la pudeur. De nombreuses femmes se sont vu interdire d'allaiter dans les lieux publics. Nous parlerons du cas de Diane Pico en novembre 2022 qui s'est vu demander de quitter les lieux lorsqu'elle allaitait sa petite fille de dix mois dans une bibliothèque.(15) Son cas est loin d'être isolé, des articles de presse relatent de manière récurrente cette interdiction d'allaiter dans différents lieux publics tel que le musée du Louvre, Pôle Emploi ou Disneyland. L'article de Diane Wiessinger, animatrice LLL et consultante en lactation « Remettre le "public" dans "l'allaitement" »(16), parle de l'évolution de l'allaitement en trente ans. Elle met en évidence le besoin des femmes allaitantes de se cacher, surtout au début de celui-ci, l'industrie y a trouvé un business, développant ainsi les vêtements, les plaids et les châles d'allaitement, ce qui a diminué la visibilité des femmes allaitantes dans la sphère publique, les femmes se sont tellement bien cachées que la société a intériorisé qu'elles en avaient le devoir. Néanmoins, la loi française n'interdit pas l'allaitement en public, même s'il n'existe à ce jour aucun texte de loi l'autorisant clairement. D'après « Article 5 - Déclaration du 26 août 1789 des droits de l'homme et du citoyen. » « La loi n'a le droit de défendre que les actions nuisibles à la société. Tout ce qui n'est pas défendu par la loi ne peut être empêché, et nul ne peut être contraint à faire ce qu'elle n'ordonne pas »(17), ainsi l'allaitement maternel en public ne peut être interdit.

Certaines personnes opposent à tort le caractère d'exhibition sexuelle de l'allaitement. Or, d'après l'article 222-32 du code pénal, l'exhibition sexuelle se définit de la manière suivante : "Même en l'absence d'exposition d'une partie dénudée du corps, l'exhibition sexuelle est constituée si elle est imposée à la vue d'autrui, dans un lieu accessible aux regards du public, la commission explicite d'un acte sexuel, réel ou simulé."(18) On conviendra qu'il n'y a rien d'un acte sexuel dans l'allaitement d'un enfant.

Pour entériner le droit à l'allaitement en public, le 9 mars 2021 Madame Bérengère Polletti ainsi que d'autres députés ont voulu combler ce vide juridique avec la proposition de loi n°3964 relative à l'allaitement maternel : pour une meilleure sensibilisation et plus d'information. Le premier article de cette proposition de loi prévoit un dispositif juridique afin de sanctionner une interdiction ou tentative d'interdiction d'allaitement en public par une amende de 1500 euros et 3 000 euros en cas de récidive.(19)

L'examen de la proposition de loi par la commission des affaires sociales a été voté en première lecture en septembre 2021. Cette loi n'a pour l'instant pas été adoptée.(20)

En résumé, la conclusion de Didier LETT et Marie-France MOREL dans une histoire de l'allaitement « Alors que le ventre des femmes enceintes s'affiche avec détermination, pourquoi, au XXI^e siècle, la vue d'une femme allaitant en public est-elle devenue inconvenante ? » (12) est révélatrice d'une société aux traits antinomiques. Notre passé ainsi que l'invisibilité de l'allaitement dans notre société actuelle expliquent pourquoi encore aujourd'hui l'allaitement en France est très faible au regard des autres pays européens.

Ainsi penchons-nous maintenant sur les chiffres actuels de l'allaitement en France. L'allaitement à la naissance a augmenté depuis 1995 où il était de 45,6% pour atteindre un maximum de 67,9% en 2010,(21) il a subi ensuite un léger fléchissement à 66,7% en 2016 (4) avant d'atteindre 69,7% en 2021. L'entretien en maternité révèle qu'après la naissance l'allaitement maternel exclusif est de 56,3% et l'allaitement mixte 13,4%. Lors du questionnaire de suivi à 2 mois on passe à 34,4% d'allaitement exclusif et 19,8% d'allaitement mixte. Parmi ces jeunes mères seulement 30,2% des femmes ont reçu des conseils d'un professionnel de santé concernant l'allaitement. 16,8% n'ont pas reçu de conseils sur l'allaitement alors qu'elles en auraient eu l'utilité. Il est important de souligner que 48,7% des femmes ont cité un allaitement parfois compliqué comme source de difficultés rencontrées.(3)

On remarquera qu'il existe une disparité importante des taux d'allaitement entre les différentes régions de France, en effet les Hauts-de-France ont des taux d'allaitement significativement bas, 57,8 % ainsi que la Normandie, les Pays de la Loire et la Bretagne. À l'inverse, l'Île-de-France a le taux le plus élevé avec 81,2 %.(3)

Au niveau européen la France a un des taux d'allaitement les plus faibles d'Europe. 56 % des enfants nés en France en 2002 étaient allaités à la sortie de la maternité contre 70 % au Royaume-Uni, 75 % en Italie, 85 % en Allemagne. Les pays nordiques ont quant à eux les taux d'allaitement les plus élevés d'Europe avec plus de 95 % en Finlande et en Norvège, plus de 90 % en Suède et au Danemark.(11)

Pourtant, d'après un groupe de travail effectué en 2001, 75 % des femmes françaises aimeraient allaiter leur bébé au sein pendant au moins quelques semaines. Plus récemment, lors de l'enquête nationale de 2021, on apprend que 2/3 des femmes font le choix de l'alimentation de leur bébé avant la grossesse et 1/3 durant celle-ci, les résultats sont les suivants 64,8 % souhaite faire un allaitement exclusif, 26,2 % utiliser un lait 1er âge et 8,5 % effectuer un allaitement mixte. Ces mères ayant choisi l'allaitement maternel souhaitaient le plus souvent allaiter le plus longtemps possible ou entre 1 et 6 mois. Les femmes françaises sont donc loin d'être réfractaires à l'allaitement et un bon accompagnement de la mère pourrait permettre une augmentation de l'allaitement.(3),(11)

Une grande partie des problèmes survenant au début de l'allaitement sont dus à un manque d'informations correctes et de soutien adéquat de la part des soignants et de l'entourage. Ils sont pour la plupart dus à un mauvais positionnement de l'enfant au sein et peuvent être résolus par l'observation d'une tétée par un professionnel de santé formé ou dans l'idéal par un rendez-vous avec une conseillère en lactation. L'arrêt d'allaitement peut être mal vécu par la mère et créer des sentiments négatifs comme le sentiment d'échec, de culpabilité et de la dévalorisation. Une mère vivant une mauvaise expérience risque de ne pas vouloir allaiter ses prochains enfants, pensant qu'elle n'est pas faite pour cela ou par souci d'équité. Elle voudra élever tous ses enfants de la même manière et ne réitérera pas l'expérience. De trop nombreux sevrages se font de manière brutale et non voulue par la mère, liés soit à une mauvaise information de la mère soit à des idées préconçues.(12) Par exemple, beaucoup d'allaitement sont arrêtés par la prise d'un traitement, par une maladie ne nécessitant pas l'arrêt de l'allaitement ou encore par la reprise du travail. Dans ces cas présents, la mère ne pense pas avoir le choix, un sentiment de tristesse partagé par une idée de devoir risque de s'installer. En conclusion de nombreuses femmes arrêtent un allaitement par manque d'information et d'aide des professionnels de santé et non par désir.(11,22)

C) L'allaitement maternel, un enjeu de santé publique

L'allaitement maternel représente un enjeu de santé publique. L'Organisation Mondiale de la Santé se positionne à ce sujet en mai 2001 à travers des recommandations préconisant un allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, et une poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans, voire plus selon la volonté des mères. En France il est l'un des points essentiels du Programme National Nutrition Santé, il est plus précisément détaillé dans l'objectif 10 "Accompagner les femmes avant, pendant et après leur grossesse, et durant l'allaitement maternel". Et plus particulièrement l'action 27 promouvoir l'allaitement maternel.

Les objectifs définis sont les suivants : "Promouvoir l'allaitement maternel, dans le respect de la décision de la femme, de sorte à :

- Augmenter de 15% au moins, le pourcentage d'enfants allaités à la naissance pour atteindre un taux de 75% ;
- Allonger de 2 semaines, la durée médiane de l'allaitement total (quel que soit son type), soit la passer de 15 à 17 semaines."

L'allaitement maternel a de nombreux bénéfices, il protège l'enfant et sa mère d'un certain nombre de maladies et constitue la meilleure nutrition disponible pour l'enfant. En effet, le lait maternel s'adapte aux besoins de l'enfant au cours de la tétée avec une augmentation proportionnelle des graisses, une évolution au cours de la journée, le lait produit le soir est plus riche en mélatonine afin d'aider à l'endormissement du nouveau-né. Il s'adapte à la croissance de l'enfant.(11)

Cet allaitement protège l'enfant et sa mère d'un certain nombre de maladies. Il aurait comme effet une meilleure défense immunitaire du nourrisson contre les infections ORL, gastro-intestinales, rénales et cérébro-méningées. Il aurait également un rôle mineur dans la prévention des manifestations allergiques : réduction de l'asthme, de l'eczéma et des rhinites allergiques.(11)

Pour le nouveau-né, l'allaitement maternel permettrait une diminution du risque d'obésité et la prévention de certaines maladies chroniques comme le diabète de type I, la maladie de Crohn, la maladie cœliaque et la rectocolite hémorragique. De plus, l'allaitement maternel est associé à un meilleur développement cognitif avec une augmentation de 3 à 4 points de QI en moyenne, ainsi qu'une meilleure vision.(11)

L'allaitement maternel a également des effets bénéfiques pour la mère, à court et long terme. Dans un premier temps, il permet de créer un climat hormonal favorable à l'attachement grâce aux pics d'ocytocine déclenchés pendant l'allaitement , ce qui réduit également le risque de dépression post-partum. Il accélère le retour au poids initial de la mère, réduit les risques d'hémorragie du post-partum et d'anémie ferriprive liés à un retour de couche plus tardif. Dans un second temps, il a des avantages à long terme, par son effet protecteur sur le

cancer des ovaires, le cancer du sein en période pré-ménopausique ainsi que sur l'ostéoporose. On peut de plus y voir un avantage économique par l'absence d'achat de préparations pour des nourrissons ainsi que par la suite une réduction des coûts de soins de santé.(11)

L'allaitement maternel étant une recommandation, il ne doit certainement pas devenir une obligation. Il doit émaner du choix de la mère et ce choix doit être respecté. Les professionnels de santé se doivent d'accompagner au mieux les mères souhaitant allaiter afin de lever les freins mettant fin précocement et de manière non désirée à un allaitement. On ne doit pas tomber à l'inverse dans les travers d'une pression pro-allaitement. L'allaitement est loin d'être le seul moyen pour créer un lien affectif avec son bébé. Ne pas allaiter ne fait pas d'une femme une mauvaise mère. Aucune mère ne devrait se sentir culpabilisée ou délaissée à cause de son choix d'allaiter ou non.

Pour conclure, le but est d'accompagner au mieux les parents dans le mode d'alimentation choisi pour leurs enfants. Et par conséquent aider les mères qui le souhaitent dans leur allaitement. Cela doit passer par une meilleure formation des professionnels de santé et une harmonisation des conseils donnés. Le but n'étant donc pas d'imposer l'allaitement maternel comme une norme, mais d'aider les 75% des mères souhaitant allaiter avant l'accouchement à le faire dans les meilleures conditions et le temps qu'elles le souhaitent.(11)

D) La mort subite du nourrisson

Les résultats de la dernière enquête nationale périnatale de 2021 montrent que lors de l'entretien naissance à la maternité, 44% des femmes n'avaient pas reçu de conseils sur le couchage, à 2 mois, elles ne sont plus que 6,7%. En ce qui concerne les méthodes de couchage à 2 mois, 70,7% des bébés dorment dans leur propre lit dans la chambre parentale conformément aux recommandations, 15,6% dorment seuls dans une autre pièce et 12,4% dorment dans le lit des parents. Pour ce qui est de la position de couchage, 79,6 % des bébés sont toujours mis en position dorsale, 11,6 % sont souvent mis dans cette position. Moins de 5% sont fréquemment ou toujours mis sur le ventre et moins de 10% sur le côté. Bien que la majorité des mères respectent les pratiques de couchage recommandées, il reste encore des améliorations à apporter afin d'obtenir une conformité totale avec les recommandations actuelles. Les conseils prodigués par les professionnels de santé sont d'ailleurs dispensés trop tardivement, ils sont pourtant primordiaux pour diminuer le risque de mort subite du nourrisson.(3)

La MSN fait partie des morts inattendues du nourrisson : "tout décès survenu brutalement chez un nourrisson que rien dans ses antécédents ne laissait prévoir". La mort subite du nourrisson peut être définie comme " un décès inexplicé d'un enfant de moins d'1 an, survenant pendant le sommeil, qui reste inexplicé après des investigations post mortem comprenant une autopsie complète et une revue complète des circonstances du décès et de l'histoire clinique". La MSN touche plus fréquemment les garçons, 90% des MSN surviennent avant le 6e mois avec un pic entre 2 et 4 mois et a une prédominance hivernale.(23)

L'histoire a montré l'importance de la position de décubitus dorsal pour la prévention des morts subites chez les nourrissons. Dans les années 1960, la position de sommeil des nourrissons en France était le décubitus dorsal, à l'époque le concept de MSN était peu connu et très peu étudié. Une tendance venant des États-Unis est apparue vers 1975, entraînant une modification des recommandations au profit du décubitus ventral, les nourrissons étant couchés sur le ventre, la tête tournée sur le côté. Cette proposition a fait de nombreux adeptes. En effet, le décubitus ventral semblait avoir des effets bénéfiques pour les bébés prématurés et ceux souffrant de Reflux Gastro Œsophagien, il a été cependant généralisé à l'ensemble des nouveaux-nés sans qu'aucune publication scientifique ne valide cette recommandation au sein de la communauté médicale.(24)

Suite à cette nouvelle recommandation, le nombre MSN va augmenter de manière extrêmement importante de 263% entre 1975 et 1980, les taux passant de 28,3 pour 100 000 naissances vivantes à 102,8. Le nombre de MSN a continué à augmenter de 62% entre 1981 et 1991. Les Britanniques ont établi au milieu des années 80 un lien entre la position de sommeil et le taux de MSN. En France, c'est le professeur Sénécals qui saisit l'Académie de médecine en 1983. En 1986 une étude menée en Ile-et-Vilaine conclura à son tour au rôle néfaste du couchage ventral. Suite à ces rapports le ministre chargé de la Santé démarre une campagne de

prévention sur la mort subite du nourrisson en février 1993. Il faudra attendre octobre 1994 pour qu'un réel programme visant une baisse de 30 % de la MSN débute avec des campagnes d'information menée par l'association Naître et vivre et la Direction générale de la santé qui conseilleront de coucher le bébé sur le dos ou en position latérale. La sensibilisation de la population a permis au taux de baisser progressivement pour rejoindre dès 1995 les taux observés dans le début des années 1970. Les campagnes suivantes préconiseront de coucher les enfants exclusivement sur le dos la nuit, la position latérale étant instable, un enfant couché sur le côté à deux fois plus de risques qu'un enfant couché sur le dos de décéder de mort subite du nourrisson.(23,24) La position ventrale quant à elle est recommandée en période de jeu afin de favoriser le développement psychomoteur de l'enfant et de limiter l'apparition de déformation du crâne, notamment, de plagiocéphalie.(23)

Il est intéressant de comprendre pourquoi certains parents ne respectent pas ces recommandations. Une étude « Comportements des mères face à la position de couchage » a été faite en 1999; elle montre bien que les mères ont pris conscience de la dangerosité de la position ventrale grâce aux campagnes de prévention cependant elles ont une certaine réticence à utiliser la position dorsale de manière exclusive. Cela se traduit par une forte proportion de parents qui préfèrent adopter la combinaison d'alternance « dos-côté ». En effet, ces mères considèrent la position latérale comme plus rassurante, elles avancent que cette position est naturelle et ressemble à celle du fœtus dans le ventre de sa mère. Une des peurs des mères avec la position couchée est l'étouffement lors d'un potentiel rejet ou reflux, la position latérale est donc pour elles la plus sécurisante, elles soulignent d'ailleurs le fait qu'en secourisme, on utilise la position latérale de sécurité. Cette étude pointe également que les mères sont davantage sensibles aux conseils prodigués par les professionnels de santé qu'à ceux des médias ou qu'aux affiches. Le personnel soignant a de ce fait un rôle déterminant dans l'application des recommandations de couchage chez les nouveaux-nés.(24)

Ces dernières années, le taux de MSN reste stable, environ 250 décès par an en France. La MSN demeure cependant la troisième cause de décès des enfants de moins d'1 an, après les infections de la période périnatale et les malformations congénitales, et la première cause de décès pour les nourrissons de plus d'1 mois. La dernière campagne nationale de prévention de la MSN a été réalisée en 2001, il serait utile de renouveler ces campagnes afin de sensibiliser les nouveaux professionnels de santé, de la petite enfance et de la puériculture, ainsi que les jeunes parents et cibler plus spécifiquement les familles les plus à risque de MIN : mères de moins de 20 ans, célibataires, au chômage, fumeuses, les mères d'enfants prématurés, en particulier les mères des garçons. L'Enquête nationale 2007-2009 "Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans" par l'Institut de veille sanitaire a montré que des mauvaises conditions de couchage sont retrouvées avec une fréquence importante, elles peuvent être la cause directe du décès ou un facteur responsable de la MSN. Il reste donc essentiel de rappeler les conditions de couchage des nourrissons en toute sécurité.(23)

Les conseils actuels pour réduire le risque de MSN sont les suivants :

- coucher bébé sur le dos sur un matelas ferme
- protéger le bébé du tabagisme passif
- ne pas couvrir bébé, garder le visage dégagé, pour protéger le bébé de l'étouffement, on ne met pas de couverture, de tour de lit, d'oreillers dans le lit de l'enfant
- garder la chambre entre 18 et 20°C
- garder l'enfant dans la chambre des parents les 6 premiers mois, mais ne pas dormir avec lui
- ne pas allonger le nourrisson immédiatement après un biberon ou sa tétée
- habiller le bébé avec un surpyjama (ou turbulette) adapté à sa taille et à la saison (23,25)

E) La santé mentale maternelle et la dépression post-partum

Les résultats du suivi à 2 mois de la dernière enquête nationale périnatale ont permis de mettre en évidence que 16,5% des mères interrogées ont présenté un syndrome dépressif majeur. 15,5% des femmes ont vécu difficilement voire très difficilement leur grossesse, 11,7% leur accouchement et 17% la période entre la naissance de l'enfant et celle du questionnaire des 2 mois. Cette partie de l'enquête met en lumière la santé mentale des mères, sujet trop souvent délaissé, car tabou. (3)

La période périnatale est une période de vulnérabilité pour les parents et plus particulièrement pour les mères. Il y a un risque plus accru de décompensation des troubles mentaux préexistants, qu'il s'agisse de dépression, de troubles bipolaires ainsi que de troubles anxieux ou de la personnalité. Cependant, dans la dépression périnatale, la moitié des cas sont des épisodes inauguraux.(26)

Il est important de différencier le baby blues de la dépression du post-partum, le baby blues se déclenche quelques jours après l'accouchement, il touche un grand nombre de mères, on l'estime entre 50% à 80%. C'est une réaction transitoire et physiologique, elle est causée par des changements physiques, hormonaux et psychologiques et le manque de sommeil liés à l'accouchement. La maman peut alors se sentir dépassée par les événements, avoir peur de ne pas être à la hauteur, avoir des crises de larmes, des changements d'humeur... Cet état peut durer quelques heures ou quelques jours et les symptômes vont s'estomper d'eux-mêmes, s'ils persistent au-delà de 15 jours, il faut penser à une DPP qui nécessite d'être suivie par un professionnel de santé.(27)

La dépression du post-partum ou post-natale est une maladie qui peut apparaître pendant l'année suivant l'accouchement, la fourchette se situe entre le 2e et 12e mois de naissance de l'enfant, cependant la prévalence maximale est vers le 3e mois, moment où il y a une diminution des visites des proches, ainsi que du suivi médical. Cette maladie touche principalement les mères, en France, on considère que 10 à 20% des mères sont touchées par une dépression post-partum dans les 4 premières semaines de vie du nourrisson. On estime que plus de 100 000 femmes sont en grande détresse lors de l'année qui suit la naissance de leur enfant, et que seulement la moitié d'entre elles trouve à qui s'adresser. Bien que moins nombreux, près de 10 % des pères traversent une dépression au cours de la grossesse ou lors de la période du post-partum.(27–29)

La DPP se manifeste par un ou plusieurs symptômes, qui s'installent pendant au moins deux semaines, les plus fréquents sont : la sensation de manque d'énergie, la difficulté à s'occuper de son bébé, l'incapacité à réaliser les tâches du quotidien, la perte de plaisir, la tristesse sans raison apparente, les pleurs nombreux et inexplicables, les pensées négatives voire suicidaires, les difficultés à dormir, le changement d'appétit, une anxiété extrême surtout concernant l'enfant, la tendance à s'isoler...(30)

Il existe des facteurs de risque à la DPP comme une fragilité émotionnelle créée par un événement de vie stressant (décès d'un proche, licenciement, divorce, déménagement, stress financier, etc.) pendant la grossesse ou après l'accouchement, une vulnérabilité sociale notamment due à un manque de soutien conjugal. L'entourage direct de la mère joue un rôle primordial dans la DPP. Un passé de troubles dépressifs ou psychiatriques ou des antécédents familiaux augmentent le risque de DPP ainsi qu'une faible estime de soi pouvant être liée à un accouchement ou un allaitement difficile, à une prématurité ou une malformation ou pathologie du nourrisson. Il faudra être particulièrement vigilant avec les parents ayant un ou plusieurs de ces facteurs de risques.(28)

Le dépistage de la DPP est un axe prioritaire des 1000 premiers jours. En effet, c'est un enjeu de santé publique majeur, elle représente la complication principale de la grossesse, pouvant avoir des conséquences graves pour la femme, pour la famille et pour le développement de la relation parents/bébé, pouvant aller jusqu'au suicide ou l'infanticide. Le risque de suicide est multiplié par six chez une femme faisant une dépression périnatale et le risque de récurrence de la dépression est d'environ 50%.(26,28,30)

Sans prise en charge rapide, il y a des risques de répercussions sur le devenir de l'enfant, signes de mal-être physiologique, affectif, relationnel et avec des suites plus ou moins graves comme des troubles du comportement, des apprentissages, la dépression de l'enfant et un risque accru de développer un trouble psychiatrique lors de l'adolescence ou l'âge adulte. On sait maintenant que si les mères souffrent d'anxiété ou de dépression pendant la grossesse cela double le risque chez l'enfant de développer une dépression durant l'adolescence. Le risque de dépression périnatale est dix fois plus important chez les mères dont leurs propres mères ont souffert de dépressions durant leur petite enfance. C'est un phénomène intergénérationnel, entraînant un enjeu majeur de santé publique. Actuellement, on estime qu'il y a un réel problème de sous-diagnostic, en effet plus de 50% des dépressions pendant la grossesse et 1/3 en post-partum ne seraient pas diagnostiquées.(26)

D'après "Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir " 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles 2013-2015" (16) le suicide est la deuxième cause de décès maternels après les maladies cardiovasculaires. Entre 2013 et 2015, on recense 262 jeunes mères mortes en France dont 35 (13,4 %) se sont suicidées, correspondant à environ 1 décès par mois. 91,3 % de ces décès sont considérés comme évitables avec de la

prévention et des parcours de soins pluridisciplinaires coordonnés impliquant les soins primaires. Certaines mesures permettraient un meilleur dépistage et accompagnement de la DPP ainsi que la diminution des suicides maternels comme la mise en place d'interrogatoires de la femme enceinte et un suivi régulier en prénatal et en post-partum ciblé sur la santé mentale de la mère. Un recours systématique au psychologue et/ou au psychiatre pourrait être recommandé en cas de repérage de symptômes d'alerte, d'autant plus si on remarque une modification brutale et/ou durable de l'état psychique de la femme. Enfin il faudrait envisager de retarder la sortie de suites de couches en cas de doute sur un trouble anxieux ou dépressif et organiser un suivi à domicile pour sécuriser cette sortie.(31)

Pour conclure la dépression post-partum et les dépressions périnatales dans leur entièreté, par leur caractère inavouable, trop souvent associées à une culpabilité et une peur du jugement, sont passées sous silence par les personnes concernées ainsi que par la société. Elles sont de ce fait mal connues, et sous dépistées, voire non dépistées, et par conséquent trop peu prévenues et mal soignées. Le tabou autour de la santé mentale maternelle entraîne une perte de chances pour les patientes avec des répercussions qui peuvent être dramatiques tant pour la mère que pour l'enfant. La répercussion la plus marquante est, comme nous l'avons vu précédemment, est le suicide, deuxième cause de mortalité maternelle. Le sujet de la santé mentale et ici plus particulièrement celui de la mère doit devenir un sujet majeur de santé publique.

F) Le syndrome du bébé secoué

L'enquête périnatale n'aborde pas la prévention du syndrome du bébé secoué, bien qu'il serait pourtant intéressant de savoir combien de mères ont reçu des informations sur ce syndrome aux terribles conséquences. On apprend néanmoins que moins de la moitié des mères ont reçu des conseils pour calmer et soulager les pleurs de leur bébé alors que les pleurs sont malheureusement un des principaux déclencheurs du secouement de l'enfant.(3)

Le syndrome du bébé secoué appelé "traumatisme crânien non accidentel" (TCNA) écartant de ce fait les accidents de voiture, les défenestrations, résulte lui d'un geste volontaire, il a lieu lorsqu'un bébé ou un jeune enfant souvent âgé de moins de 2 ans est secoué violemment par un adulte. Ces secousses, extrêmement violentes, sont produites le plus souvent lorsque le bébé est saisi sous les aisselles ou par le thorax. La tête est balancée rapidement d'avant en arrière et le cerveau heurte la boîte crânienne. C'est la forme la plus fréquente de maltraitance du très jeune enfant, c'est également la forme la plus grave de traumatisme crânien chez l'enfant pouvant engendrer un arrêt respiratoire, des hémorragies rétiniennes, des hémorragies sous-durales ou sous-arachnoïdiennes, des lésions de la moelle épinière.(32,33)

Longtemps, la présence d'hématomes sous-duraux des nourrissons a été associée exclusivement à des raisons médicales (infections maternelles, méningites bactériennes, déshydratations aiguës...). L'étiologie traumatique d'hématomes cérébraux a été évoquée chez l'adulte par l'hypothèse de Xavier Bichat dès 1800. Cependant, la prise de conscience par le corps médical de la gravité de la maltraitance des enfants commence à la fin du XIXe siècle. En 1860, Ambroise Tardieu, médecin légiste parisien, signale une série de 32 cas de « syndrome de l'enfant battu ». (32,33)

En 1974, le Dr. John Caffey radio-pédiatre de Pittsburgh, considéré comme le père de la radiologie pédiatrique, popularisa l'expression « syndrome du bébé secoué », auparavant, il avait été à l'initiation en 1946 de la diffusion massive du syndrome des enfants battus. (33)

Le syndrome du bébé secoué représente un sujet majeur de santé publique en raison des lésions neurologiques sévères qu'il provoque chez ces enfants en cours de développement cérébral.(32)

En France, on estime que le TCNA touche 0.025 % des nouveau-nés, ce qui représente 180 à 200 cas par an. Les enfants ont souvent moins d'un an, la plupart ont entre 2 et 4 mois. Dans plus de 70 % des cas, l'enfant est un garçon, sans qu'on ne sache expliquer si cette différence entre les sexes résulte d'une prédisposition physique ou d'une différence de comportement. Le TCNA a des conséquences dramatiques, en effet environ 15 % des enfants décèdent dès les premiers jours d'hospitalisation et 75 % de ceux qui survivent présentent des séquelles très lourdes

dues à des lésions cérébrales tel qu'un retard du développement psychomoteur ou des handicaps moteurs ; des troubles cognitifs et des difficultés d'apprentissage ; des problèmes de comportement ; des troubles de l'alimentation ; des troubles du sommeil ; un déficit visuel ou auditif pouvant aller jusqu'à la cécité ou une surdité ; des crises épileptiques.(33)

Dans l'immense majorité des cas, le secouement du bébé se produit sans témoins, lorsque l'enfant est seul avec un adulte. Cette maltraitance à huis clos explique en partie le déni dans lequel peut se trouver l'auteur du secouement. L'arrêt des pleurs suite au secouement, peut entraîner une récurrence de ces violences. C'est pourquoi, au moment du diagnostic, plus de la moitié des bébés secoués l'ont déjà été au moins à deux reprises, certains le sont fréquemment. (34)

L'étude de Tuzi-L'etan réalisée en maternité sur un panel de 203 femmes venant d'accoucher, montre que 61 % des femmes ont déjà entendu parler de ce syndrome, mais seulement 30 % sont en capacité d'en expliquer le mécanisme. 10 % d'entre elles pensent que des secousses, même si elles sont violentes, ne peuvent pas provoquer de lésions intracrâniennes. 89 % pensent qu'une chute de la table à langer est plus dangereuse que ces secousses. Cette étude met également en évidence que les mères ne sont pas préparées à la gestion du stress qu'apporte le soin au nourrisson. 56 % des mères pensent qu'elles ne se trouveront jamais en difficulté, contre seulement 38 % qui pensent naturel d'avoir des pulsions violentes (sans être violent) vis-à-vis d'un enfant.(33)

Une autre étude, réalisée auprès des pères et des mères à l'aide de questionnaires proposés avant et après une formation, a révélé qu'avant l'information, 27 % des mères et 36 % des pères n'avaient jamais entendu parler du syndrome du bébé secoué. Les parents recevaient par la suite la formation sur ce syndrome. Tous les participants ont trouvé cette information utile et la recommandent aux nouveaux parents en période néonatale.(35)

Le rôle des professionnels de santé dans la prévention de ce syndrome est ainsi crucial. Il est important de sensibiliser les parents, sur le fait que s'occuper d'un nouveau-né peut entraîner un épuisement lié à un stress et une fatigue. Les pleurs incessants d'un nouveau-né peuvent déclencher des pulsions plus ou moins violentes, il est important d'en avoir conscience afin d'éviter un passage à l'acte. Il est important également de donner les clefs d'une conduite à tenir si le cas se présente. Confier le bébé à une autre personne si cela est possible, s'il n'y a personne pour apporter de l'aide mettre le bébé en sécurité dans son lit, en le couchant sur le dos. Il n'y a aucun danger à laisser seul un enfant dans cette position. Quitter quelques minutes la pièce et respirer, se concentrer sur autre chose afin retrouver le calme. Si possible appeler une personne de confiance pour en parler ou venir en aide en prenant le relais. Demander de l'aide : partager les craintes et les doutes avec des proches et avec des professionnels.(32)

G) D'un maternage distal au maternage proximal

En parallèle de l'évolution des connaissances scientifiques concernant les nourrissons vont évoluer les soins qui leur sont prodigués.

Dès 1945, le psychiatre américain René A Spitz décrit le syndrome de l'hospitalisme : «il correspond à l'altération du développement psychomoteur chez le très jeune enfant, provoqué par un placement prolongé en institution (établissement de cure, hôpital, crèche, etc...) ou par une carence affective grave. ». Il met en évidence qu'il ne suffit pas de répondre aux besoins biologiques d'un bébé mais que l'affection est primordiale pour le développement de l'enfant.(36)

1958 fut un tournant dans la psychologie du développement infantile.(37) A l'époque le postulat était le suivant: l'attachement du nouveau-né à la mère se fait via l'allaitement, mais un changement de paradigme va s'opérer suite aux deux publications de l'éthologiste et psychologue américain Harry Harlow et du psychanalyste britannique John Bowlby, père de la théorie de l'attachement. Bowlby fut le premier à formuler que l'enfant n'a pas uniquement des besoins physiologiques mais également des besoins affectifs. Ces besoins sont des besoins vitaux au même titre que les besoins physiologiques. L'attachement se traduit par un besoin de sécurité émotionnelle et affective. Ces différents postulats ont donné lieu à la théorie de l'attachement.(38) Les travaux expérimentaux d'Harlow viennent étayer cette thèse. L'expérience la plus célèbre consiste à utiliser des macaques rhésus privés de leur mère biologique dès la naissance. Ils sont mis dans une cage où se trouvent à leur disposition deux substituts maternels : l'un en métal équipé d'un biberon, l'autre recouvert de fourrure et chauffé artificiellement, mais dépourvu de biberon. Le bébé singe montre une préférence pour la seconde mère, démontrant ainsi qu'il préfère sacrifier la satisfaction de ses besoins alimentaires au profit du contact affectif. Harlow démontre ainsi que dans l'établissement des liens entre la mère et son bébé, la satisfaction des besoins alimentaires n'est pas primordiale. Ainsi le besoin de contact l'emporte sur la faim.(39,40)

De la théorie de l'attachement émane le test de situation étrange de Mary Ainsworth, il permet d'observer les différents types d'attachement : sécure, évitant, ambivalent, désorganisé en fonction de la réaction d'un bébé au départ et au retour de sa mère dans une pièce où se trouve une personne étrangère. Certains comportements de la figure d'attachement ainsi que l'environnement permettent un attachement sécure tel qu'un contact physique fréquent et soutenu, la sensibilité aux signaux du bébé, une ambiance contrôlée et prévisible, le plaisir mutuel ressenti par l'adulte et l'enfant. Un attachement sécure permet à l'enfant un développement sain et équilibré sur le plan émotionnel, social et cognitif. Cela se traduit notamment par une meilleure estime de soi, la capacité à demander de l'aide en cas de besoin et l'aptitude à explorer.(40)

De ces différentes études, nous pouvons tirer la conclusion commune que le nouveau-né a un besoin vital d'affection et qu'un attachement sécure permet un développement psychomoteur correct.

Ces connaissances vont faire évoluer l'approche de la parentalité , il en découlera 40 ans plus tard, "l'attachment parenting", dont la traduction littérale est le parentage qui facilite l'attachement qui a donné lieu en langue française au terme maternage proximal. On doit la popularisation du terme "attachment parenting" au pédiatre américain William Sears avec son livre publié en 2001 « The Attachment Parenting Book : A Commonsense Guide to Understanding and Nurturing Your Baby ». (41) Le maternage proximal recommande l'évolution du bébé en lien étroit physique et émotionnel avec ses parents, afin qu'il puisse développer un lien d'attachement harmonieux et de confiance solide. C'est une philosophie de maternage ayant pour but une présence physique étroite avec le bébé. On l'oppose souvent au maternage dit distal courant dans les pays occidentaux qui vise à séparer le bébé des parents précocement par exemple par l'utilisation dans les maternités des berceaux, ou, une fois rentrés à la maison, le fait de dormir dans des chambres séparées : ce sont des vestiges du courant hygiéniste qui recommandait de ne pas trop toucher les nouveau-nés afin de ne pas leur transmettre de maladies. Le maternage proximal va habituellement englober plusieurs pratiques telles que l'allaitement, le portage, le peau à peau, le cododo ou encore toutes formes de communication visuelle, auditive et/ou tactile ainsi que la réponse rapide aux pleurs. (41,42)

H) La réponse rapide aux pleurs

Dans le maternage proximal les pleurs sont perçus comme un moyen de communication pour traduire un besoin, répondre à ce besoin participera au bon développement de l'enfant. Il a été démontré que répondre aux pleurs d'un bébé est bénéfique aussi bien pour le bébé que pour la relation avec ses parents. (43)

Les pleurs font partie, selon Bowlby, des comportements de l'attachement au même titre que la succion, le sourire, le fait de s'accrocher, de suivre. La mise en place de ces différents comportements a pour but de maintenir une proximité avec sa figure d'attachement principale. Les cris sont les premiers moyens de communication du nouveau-né afin d'interagir avec son environnement et d'initier des interactions dans le processus d'attachement.(43)

Lors des premières heures de vie le cri est indifférencié, on parle du cri de base. Mais avant la fin du premier mois, le nourrisson sera capable d'émettre différents cris afin d'exprimer ses émotions, on retrouvera le cri de faim, le cri de colère, le cri de frustration ainsi que le cri de plaisir également nommé faux cri. La fréquence des cris varie; par exemple le bébé est souvent en proie aux coliques entre ses 3 semaines et le 3e mois de vie se traduisant par de nombreux pleurs au petit matin et le soir au coucher. Les pleurs vont se calmer vers le 6^e mois le bébé ayant développé d'autres moyens de communication tels que les gazouillis, les sourires. Contrairement à certaines croyances populaires ayant la vie dure, laisser pleurer un bébé ne le rendra pas plus calme ni moins capricieux. Des études ont montré qu'une réponse régulière et rapide aux pleurs permet de réduire la fréquence et la durée des pleurs ainsi que le taux de cortisol, hormone liée au stress et de développer plus tôt d'autres moyens de communication. Les bébés pleurant beaucoup à la fin de leur première année de vie ont souvent des parents qui ignorent leurs pleurs.(43)

Les pleurs sont un sujet très peu évoqué par les professionnels de santé. Comme le souligne le questionnaire des 2 mois de l'ENP 2021, plus de la moitié des mères n'ont pas reçu de conseils pour soulager et calmer les pleurs de leur bébé.(3) C'est pourtant l'un des premiers défis auxquels font face les parents. Des pleurs ressentis comme excessifs peuvent donner lieu à un sentiment d'incompétence voire dans des cas plus dramatiques à des négligences ou de la maltraitance comme nous l'avons vu précédemment avec le syndrome du bébé secoué.

Voici quelques conseils pour calmer les pleurs d'un bébé émanant du site les 1000 premiers jours :

- Prendre tendrement l'enfant contre sa poitrine, en l'entourant doucement de nos bras et de nos mains, permet souvent qu'il se sente en sécurité et commence à s'apaiser.
- Le bercer, lui faire un câlin.
- Rechercher un environnement calme et diminuer les sources de lumière.
- Lui parler ou chantonner pour lui doucement, tendrement.
- Chanter en le tenant contre notre poitrine.
- Le masser, le caresser.
- Le placer en peau à peau contre nous s'il est tout petit.
- Bouger avec lui ou le promener.
- Le placer à plat ventre sur notre avant-bras, son dos contre notre ventre, sa tête dans le creux de notre coude et notre main entre ses jambes. C'est souvent une position apaisante pour le petit bébé, et qui peut le soulager en cas de mal de ventre.(44)

1) Le peau à peau

Une des pratiques clé du maternage proximal est la technique du peau à peau. Elle a été développée en 1978 à Bogota par deux pédiatres colombiens Edgar Rey et Hector Martinez. Manquant de couveuses dans leur unité de néonatalogie, ils proposèrent alors aux parents de nouveaux-nés de faible poids de les porter en position ventrale en contact peau contre peau 24h/24 et de l'associer à un allaitement maternel exclusif, c'est ainsi que la méthode Kangourou voit le jour. En 2003, Conde-Agudelo effectue une analyse des différentes études sur la méthode Kangourou, les résultats montrent un certain nombre de bénéfices tels que la diminution de la morbidité et de la sévérité de certaines complications graves de la prématurité comme les infections nosocomiales et respiratoires, une réduction de la durée d'hospitalisation et une meilleure croissance à la sortie de l'hôpital. Les mères qui bénéficient de la méthode Kangourou allaitent plus souvent leur enfant de manière exclusive à la sortie de l'hospitalisation, mais cet avantage ne perdure pas. On remarque également une influence positive sur le lien mère-enfant et l'attachement du nouveau-né et de sa mère. Il n'y a cependant pas de différence significative concernant le taux de ré-hospitalisation à un mois de vie, on ne trouve également pas de réelles différences entre la méthode conventionnelle et la méthode Kangourou en ce qui concerne le développement psychomoteur ainsi que la mortalité à court terme.(45)

La pratique du peau à peau est conseillée pour tous les nouveaux-nés par de nombreuses sociétés savantes. L'OMS la recommande depuis 1991, elle est présentée dans son guide de prise en charge des nouveau-nés afin de promouvoir l'allaitement maternel, de favoriser les interactions précoces de la mère avec son enfant ainsi que de lutter contre l'hypothermie. En effet, la pratique du peau à peau permet un accroissement de la production d'ocytocine chez la mère augmentant ainsi la production de lait et la température du sein qui est alors plus facile à trouver pour le nouveau-né. Le peau à peau a de multiples autres bénéfices, le peau à peau est utilisé comme traitement non médicamenteux de la douleur, il diminue les risques d'hypoglycémie.(46),(47)

Pour que le peau à peau s'effectue en toute sécurité, il est important de suivre les conseils suivants : le bébé doit être nu à plat ventre sur le sternum de son parent qui est en position proclive à environ 45°. Il est important que le parent soit toujours éveillé car lorsqu'on dort la fréquence cardiaque ainsi que respiratoire diminuent. Il faut entourer le nouveau-né d'une couverture en faisant attention à ce que la tête ne soit pas recouverte, elle doit être tournée sur le côté avec les voies aériennes dégagées.(48)

J) Le sommeil partagé

Le cododo est un terme pouvant porter à confusion en effet le cododo ou co-sleeping désigne une proximité entre le bébé et ses parents mais il ne dort pas dans leur lit, cette pratique est recommandée par l'OMS jusqu'aux 6 mois de l'enfant afin de réduire le risque de mort subite du nourrisson. Mais le cododo désigne également le bed-sharing ou sommeil partagé, cette méthode consiste à faire dormir le nouveau-né dans le lit parental.(49)

Depuis les années 1930 les normes de couchage sont celles d'un sommeil séparé du nourrisson et de la mère. Les bonnes pratiques de couchage afin de diminuer le risque de mort subite du nourrisson ont aidé à la promotion de cette pratique, en effet le couchage sur le dos du nouveau-né a été associé à la recommandation de mettre le bébé dans un berceau. L'association nationale française des puéricultrices déclare que le couchage partagé est contre-indiqué, l'HAS est moins formelle à ce sujet et ne considère pas que le sommeil partagé soit un risque à part entière de mort inattendue du nourrisson, bien qu'il y ait un risque majoré.(50)

Les taux de sommeil partagé sont assez disparates en fonction des pays. La première étude faite en France sur le sujet date de 2004 et estime le pourcentage de nouveau-nés partageant le lit des parents à 32%. Dans le volet suivi à 2 mois de l'ENP 2021, on apprend que 12,4 % des bébés sont couchés dans le lit des parents au cours des dernières nuits précédant le questionnaire.(3,50)

Bien que le co-sleeping ne soit pas recommandé, il reste pratiqué. Il ne faut pas stigmatiser les parents ayant recours à cette pratique. En l'occurrence beaucoup de parents auront recours au partage du lit parental parfois de manière non intentionnelle. Il serait important de communiquer des conseils de base pour cette pratique, afin de réduire le risque de mortalité infantile.

En effet certains conseils peuvent être prodigués tels ceux que recommande la Leche League France

- Ne jamais dormir avec son bébé après avoir bu de l'alcool.
- Ne jamais dormir avec son bébé sur un canapé ou un fauteuil.
- Ne jamais dormir avec son bébé après avoir consommé des drogues (légalés ou illégales) ou des médicaments (comme certains produits « spécial nuit » contre le rhume) qui affectent le niveau de conscience pendant le sommeil.
- Savoir que prendre son bébé dans son lit lorsqu'un parent fume (ou que la mère fumait pendant la grossesse) augmente le risque de MSN.
- Réfléchir au fait de prendre le bébé dans son lit en ayant à l'esprit la sécurité du bébé (éviter les interstices, les surfaces molles, éloigner le bébé des oreillers, ne pas emmailloter ou habiller trop chaudement le bébé).
- Veiller à ce que les autres personnes dormant dans le lit soient au courant de la présence du bébé, et ne pas permettre à d'autres jeunes enfants de dormir près d'un bébé.(49,51)

K) Le portage du bébé

Le portage est une pratique qui consiste à porter un bébé contre soi, avec un contact étroit entre le porteur et le porté. Le portage peut être un portage à bras, mais également s'effectuer avec différents outils (l'écharpe, le sling, le porte bébé) afin de libérer les bras du porteur. Le portage est instinctif pour notre espèce, en effet les primates dont l'homme fait partie portent leurs bébés contrairement à d'autres animaux qui sont nidifuges ou nidicoles. Présent dès la préhistoire, le portage répond à un besoin de survie et de protection du nouveau-né contre le froid et les prédateurs. L'agrippement, un des réflexes archaïques présents dès la naissance, montre que les nouveau-nés sont physiologiquement faits pour être portés. (52)

L'intérêt du portage ne se limite pas à la survie car nous en conviendrons dans notre société les risques qu'un nouveau-né rencontre un prédateur semblent très faibles. Il joue un rôle important dans le développement psychomoteur de l'enfant. Donald Winnicott, psychanalyste anglais lors de son étude de la relation mère-enfant, relève dans le soin 3 dimensions. Il développe ainsi les notions de handling qui se réfère aux soins prodigués à l'enfant, l'object presenting qui est la présentation par la mère du monde à l'enfant. La notion qui nous intéresse le plus ici est le holding qui se définit comme le fait de « *tenir et maintenir l'enfant de façon adéquate par sa mère ou la personne qui s'occupe de l'enfant et la capacité maternelle à contenir les angoisses de son bébé.* ». Le portage dépasse la simple action physique; il implique également les émotions du porteur. Dans cette relation porteur-porté, émerge une connexion fondée sur l'empathie, l'écoute, la compréhension et la validation des émotions de l'enfant. En se sentant ainsi physiquement et émotionnellement contenu, le nouveau-né peut se développer en toute sécurité, ce qui favorise l'acquisition de son individuation, de son autonomie, de sa confiance en soi et l'établissement de relations sociales saines. (53,54)

Le portage a donc de nombreux bénéfices, il favorise le lien d'attachement entre le parent et le bébé en permettant au parent de répondre aux besoins de sécurité de l'enfant, ce qui renforce son sentiment de compétence. Il est également une solution efficace pour les bébés souffrant de reflux gastriques importants, car il permet de maintenir l'enfant en position verticale pendant la digestion, soulageant ainsi l'irritation de l'œsophage causée par le reflux acide. Cette position physiologique aide également à soulager les coliques en gardant le ventre de l'enfant contre celui du parent. Les mouvements de la marche ont un effet apaisant sur le bébé, stimulant la sécrétion d'hormones telles que les endorphines et l'ocytocine, ce qui contribue à le détendre et à atténuer la douleur. Porter son bébé est également bénéfique pour l'allaitement car cela stimule la sécrétion d'ocytocine chez la mère, favorisant ainsi le lien affectif et l'éjection du lait. Cela améliore donc la production de lait et permet de mieux comprendre les besoins de l'enfant, sans attendre qu'il pleure, ce qui facilite l'allaitement. (55,56)

Le portage est largement adopté et encouragé dans les établissements hospitaliers. Il est un point essentiel de la méthode Kangourou vue précédemment dans la partie concernant le peau à peau. Il est également de plus en plus recommandé pour les parents d'enfants handicapés, tels que ceux atteints du syndrome de Down, de cécité, de surdité ou de troubles du tonus. Les professionnels de la santé comme les psychomotriciens, kinésithérapeutes et ostéopathes l'utilisent lors de leurs séances. Cela permet d'introduire des mouvements doux et sécurisants qui stimulent le développement moteur du bébé, sans le mettre dans des situations stressantes. Le portage offre également une variété de points d'appui au bébé, contribuant ainsi à prévenir la plagiocéphalie et à améliorer le confort en cas de torticolis. En enveloppant la colonne vertébrale, il favorise la détente de la nuque. Il peut présenter des avantages pour les bébés atteints de dysplasie de la hanche, car il permet de maintenir les hanches dans une position optimale pour le développement et le traitement de celle-ci. Des positions de portage appropriées, telles que le portage en écharpe avec les jambes du bébé en position "en grenouille" (jambes écartées et pliées), peuvent favoriser la bonne formation de l'articulation. Les pneumologues préconisent le portage contre soi plutôt que l'usage de poussettes, il réduit l'exposition aux particules fines et le risque d'asthme. En 2011, l'Association Santé Environnement de France a confirmé qu'à Aix-en-Provence, les enfants en poussettes inhalent jusqu'à six fois la dose limite de particules fines recommandée par l'OMS. En résumé, le portage offre de nombreux avantages tant pour le développement émotionnel que pour le bien-être physique du bébé.(55,56)

Après avoir passé en revue divers sujets de santé publique relatifs à la p rinalit , nous allons nous interroger sur la place du pharmacien d'officine et son équipe dans le soutien apporté au nourrisson et à sa famille. Comment abordent-ils ces questions au comptoir et comment peuvent-ils s'engager dans des actions de santé publique liées à la p rinalit  ? Dans le domaine de la santé publique, le pharmacien joue un rôle important en tant qu'acteur de soin de proximité, il est ainsi souvent sollicité en premier lieu par les jeunes parents pour répondre à leurs préoccupations et interrogations. Nous allons étudier le rôle du pharmacien dans la prise en charge du nouveau-né et de sa famille

II Le rôle du pharmacien dans l'accompagnement du nourrisson et promotion de l'allaitement maternel.

A) Le pharmacien d'officine et l'accompagnement du nouveau-né

1) L'évolution du métier ces dernières années, le pharmacien acteur de proximité

Le pharmacien est le professionnel de santé de proximité de référence, il est disponible sans rendez-vous, suit le patient dans toutes les étapes de sa vie et à une vue d'ensemble sur les prescriptions du patient. Les états généraux du premiers recours se mobilisent pour faire reconnaître cette tâche primordiale effectuée par la profession.(57) Le métier de pharmacien d'officine a connu une importante évolution ces dernières années. La mise en place des nouvelles missions suite à la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire, telles que le développement des entretiens pharmaceutiques, la vaccination contre la grippe en officine ont permis de replacer le pharmacien comme acteur central de la santé publique.(58,59) Une évolution du métier particulièrement mis en avant par la crise sanitaire de COVID-19, lors de laquelle le pharmacien a assuré la délivrance de masques, la réalisation de tests antigéniques ainsi que la vaccination COVID-19 en officine.

Par son accessibilité et sa diversité de missions le pharmacien pourrait être un conseiller précieux pour la femme enceinte et les jeunes parents, il est un des professionnels de santé pouvant avoir un suivi global de la femme de son désir de grossesse aux premières années de l'enfant et même au-delà. En effet le pharmacien peut identifier un désir de grossesse lors de l'achat d'un test de grossesse ou lors de la présentation d'une ordonnance d'acide folique et suivre ensuite le déroulement de la grossesse lors des différentes prescriptions faite à la femme enceinte comme les vaccins, les bas de contentions, les anti-émétiques. Par la suite, il est amené à accompagner le bébé et sa famille dès la sortie de la maternité avec les classiques prescriptions de sortie, contenant le plus souvent de la vitamine D, vitamine K, ainsi que les compresses pour effectuer les soins de cordons. La location de tire lait, l'achat de préparations pour nourrisson, de couches et de produits d'hygiène spécifique au nouveau-né sont aussi des moments où le pharmacien verra les parents. On entend souvent dire des parents de nouveau-né « Depuis que j'ai un enfant j'ai l'impression de passer ma vie chez vous ! ». De fait, lors des premiers mois de vie de bébé les pharmaciens voient beaucoup les jeunes parents ne serait-ce que pour la dispensation des vaccins obligatoires. En raison de sa proximité, sa disponibilité et le suivi rapproché de la femme enceinte, du bébé et de son entourage, le pharmacien pourrait avoir un rôle déterminant dans le soutien à la parentalité. Il est acteur de la santé publique, les missions de prévention, d'accompagnement et l'orientation font partie intégrante de son métier. De ce fait une équipe formée à la dépression du post-partum et aux principaux signes évocateurs pourrait participer au dépistage de celle-ci. Ainsi l'officine pourrait être un lieu idéal

pour sensibiliser aux bonnes techniques de couchage, au risque de mort subite du nourrisson, informer sur le syndrome du bébé secoué et accompagner les parents dans l'allaitement, le maternage et le portage.(60–62)

2) Les actions mises en place par les différentes institutions

Le champ d'action du pharmacien d'officine est d'ailleurs en train d'évoluer dans ce sens. En effet, lors de la publication au journal officiel le 10 avril 2022 de la nouvelle convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, on note que la principale nouveauté concernant l'accompagnement du patient, article III de la Convention, est la mise en place d'entretiens chez les femmes enceintes à tout stade de leur grossesse afin de les sensibiliser sur la prise de médicaments ainsi qu'aux risques liés à la prise de substances tératogènes ou fœtotoxiques. Par la même occasion le pharmacien doit souligner l'importance de la vaccination notamment la vaccination grippale.(63)

En quoi consiste cet entretien court pour les femmes enceintes et quels sont ses objectifs ? Tout d'abord lorsque le pharmacien l'estime nécessaire, il peut faire un bilan des médicaments prescrits ou pris en automédication et ainsi vérifier qu'elle n'a pas arrêté seule un médicament prescrit, les pictogrammes et les notices pouvant être très alarmants et anxiogènes pour la femme.(64)

Il peut également l'informer sur les risques liés à la prise de médicaments au cours de la grossesse mais aussi sur la consommation d'autres substances (alcool, compléments alimentaires, phytothérapie, aromathérapie...).

Enfin il aura à cœur de rappeler les recommandations de l'ANSM qui sont : préparer sa grossesse avec son médecin ou sa sage-femme , pas d'automédication, ne jamais arrêter seule un traitement prescrit et informer de sa grossesse les professionnels de santé consultés. Il pourra lui remettre à l'occasion de la documentation : le document de l'ANSM « Médicaments et grossesse : les bons réflexes »(65) et lui envoyer par messagerie sécurisée le lien vers la page « Grossesse en bonne santé » du site ameli.fr (66) ainsi que le guide réalisé par l'Assurance maladie intitulé « Ma maternité ».(67) Cet entretien est primordial pour sensibiliser les femmes enceintes car seules 3 femmes sur 10 se déclarent suffisamment informées sur les risques liés aux médicaments pendant la grossesse.(68)

L'URPS pharmaciens Hauts-de-France dont l'une des missions est de mettre le pharmacien d'officine au cœur du parcours de soins, a choisi comme champ d'action l'accompagnement à l'allaitement maternel. Il a notamment mis en place en 2015 en coopération avec l'association de périnatalité OMBREL (Organisation Mamans Bébé de la Région Lilloise) une expérimentation concernant le rôle du pharmacien d'officine dans l'accompagnement de l'allaitement maternel et l'allongement de sa durée. La participation à cette expérimentation se fait sur la base

du volontariat et est réservée à certaines zones de la région Hauts-de-France. Elle a pour but la formation d'équipes officinales lors de soirées thématiques présentées par des intervenants multidisciplinaires comme un pharmacien spécialisé en allaitement et un pédiatre ou sage-femme. Les officines participantes se sont vu fournir des outils d'aide à l'accompagnement à l'allaitement comportant une affiche et des stop comptoir. De plus l'URPS HdF a créée en partenariat avec le réseau OMBREL des dispositifs disponibles pour toutes les officines tels que le site www.pharmallait.fr,⁽⁶⁹⁾ développé dans le but d'accompagner les équipes officinales dans leur conseil fait à la femme allaitante ou la femme enceinte désireuse d'allaiter. Il comprend des fiches récapitulatives ainsi qu'un arbre décisionnel afin d'aider à la bonne prise en charge de l'allaitement maternel au comptoir. Une brochure d'information « Allaitement maternel, je me prépare avec mon pharmacien » a été développée avec l'aide d'Isabelle Geiler pharmacien d'officine titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire en Lactation Humaine et Allaitement Maternel. Elle comprend des conseils pour préparer la venue de bébé et le retour à domicile ainsi que pour réussir l'allaitement maternel. Elle contient également des courbes de poids d'un bébé allaité et une règle de mesure du mamelon pour le choix des tétérelles. Ses brochures sont commandables sur le site urps-pharmaciens-hdf.fr .⁽⁷⁰⁾

L'URPS HdF ne se cantonne pas seulement au sujet de l'allaitement, elle a également proposer des formations « Cosmétiques et Périnatalité: rôle de conseil du pharmacien d'officine » afin que les équipes officinales soient capables d'analyser les différents composants des cosmétiques et ainsi puissent conseiller et limiter l'exposition aux perturbateurs endocriniens chez les femmes enceintes ou allaitantes et les nourrissons. C'est un thème particulièrement d'actualité, il est d'ailleurs abordé dans le programme des « 1000 premiers jours ». Grâce à cette action 231 officines de la région ce qui représente 428 personnes ont été formées .⁽⁷¹⁾

Le pharmacien, par son rôle de professionnel de santé de proximité et de promoteur de la santé publique, pourrait être un allié précieux dans l'accompagnement des jeunes parents et la sensibilisation aux thèmes de santé publique de la périnatalité. L'assurance maladie, les syndicats pharmaceutiques de France et l'URPS en ont compris les enjeux. Mais qu'en est-il dans la pratique ?

B) La réalité de la pratique officinale : entre connaissances, responsabilités et préventions

1) Les connaissances du pharmacien sur l'allaitement maternel et sa perception par la population

La thèse "Les déterminants de l'initiation et de la poursuite de l'allaitement maternel en France : bilan d'une enquête de perception sur les réseaux sociaux" d'Orianne Beaumont soutenue en 2019 met en avant le rôle des différents professionnels de santé dans l'allaitement. Les statistiques montrent que 90 % des parents sont aidés par des soignants. Cependant plus de la moitié (56 %) ne se sentent pas soutenus par l'ensemble des professions médicales. Les pharmaciens sont perçus comme des professionnels décourageants au même titre que les médecins, pédiatres, gynécologues et infirmiers. Plus précisément, 13 % des parents considèrent les pharmaciens comme décourageants contre 11 % qui les trouvent aidants. Les sages-femmes, les ostéopathes et les conseillères en lactation sont quant à eux considérés comme une aide pour les femmes qui se sentent rassurées et encouragées. L'un des problèmes majeurs rencontrés par les parents est les différences de conseils prodigués par les divers professionnels. Elles sont liées à une inégalité de formation au sujet de l'allaitement maternel.(72)

Dès lors on peut s'interroger sur l'état des connaissances du pharmacien d'officine ? En 2009 une enquête a été effectuée auprès des pharmacies du secteur de Villeneuve-d'Ascq à laquelle 29 pharmaciens ont accepté de participer. Le questionnaire auquel ils ont répondu avait pour but d'évaluer leur volonté de promouvoir l'allaitement, leurs connaissances sur ce sujet mais également de les interroger sur les aides souhaitées. L'échantillon étant réduit, les résultats ne sont pas statistiquement représentatifs, cependant il montre que 68 % des pharmaciens ont une réelle volonté de promouvoir l'allaitement maternel. (73)

La moyenne des notes obtenues pour les connaissances sur l'allaitement est relativement bonne avec 13,4/20 (IC à 95 % : 12,7–14,0). Les pharmaciens ont exprimé un réel besoin de formation concernant les difficultés les plus souvent rencontrées lors de l'allaitement maternel : la prise en charge des crevasses et mastites, les renseignements sur les médicaments autorisés, les conseils à prodiguer devant une insuffisance de lactation et enfin l'utilisation d'un tire-lait. De cette première enquête est née une autre étude réalisée sur un plus large panel dans le département du Nord en mars 2012.(74) C'est une étude interventionnelle de type avant–après ayant pour but d'évaluer les connaissances des équipes officinales (pharmaciens titulaires, adjoints, étudiants en pharmacie, préparateur en pharmacie ainsi que les apprentis) sur les questions en allaitement les plus communément évoquées à l'officine et l'effet d'une formation sur celles-ci. Un premier test leur a été soumis avant la conférence sur l'allaitement et le même test de connaissance leur a été proposé après l'intervention afin d'évaluer l'impact de celle-ci. La formation émane du travail d'un pharmacien, trois pédiatres et deux puéricultrices consultantes

en lactation IBCLC. Elle reprend les points de difficultés soulevés lors de l'enquête de 2009. La conférence durait 1 heure 30 et abordait les 6 thèmes suivants :

- usage du tire-lait et conservation du lait maternel exprimé
- insuffisance de lait
- crevasses
- engorgement et mastite
- délivrance des médicaments pendant l'allaitement maternel
- les critères d'efficacité de l'allaitement maternel

Quatre-vingt-quinze questionnaires pré-test et quatre-vingt-trois questionnaires post-test ont été recueillis. Dix-sept participants avaient suivi une formation préalable en allaitement maternel. Le niveau moyen de connaissances pré-test des participants semblait insuffisant pour donner des conseils adaptés pour un bon déroulement de l'allaitement avec un score moyen de 55,1/100. Il est à noter que le niveau de connaissances s'est amélioré de manière significative après la formation passant à un score moyen de 84,4 en post-test. Les 17 participants déjà formés avaient un niveau de connaissances pré-test plus élevé: (64,4/100) , mais ils ont également mieux progressé avec une note de 87,3/100 en post-test. La diminution de l'écart entre les notes après la conférence semble montrer une homogénéisation des connaissances. Soixante-trois participants (76 %) ont eu une note post-test supérieure ou égale à 80/100. L'incidence de la formation sur les conseils donnés à l'officine aux femmes allaitantes n'a pas été évalué mais par transposition des critères de l'initiative Hôpital Ami des Bébé, le niveau de connaissances permettant une amélioration des conseils à l'officine pourrait être estimé par un taux de réponses correctes supérieur ou égal à 80 %. On peut donc penser qu'il y aura une meilleure prise en charge dans les officines participantes. En conclusion les équipes officinales sont initialement insuffisamment formées sur le sujet de l'allaitement maternel, mais cette conférence ciblant leurs besoins, a eu une efficacité directe sur leurs connaissances. Ce type d'intervention pourrait être plus largement diffusé afin de permettre de délivrer des conseils adaptés à la prise en charge des femmes allaitantes et de développer un réel soutien de l'allaitement maternel par les officines.(74)

2) L'allaitement et médicaments : connaissances du pharmacien

Actuellement les médicaments représentent la deuxième cause d'arrêt de l'allaitement maternel, après la reprise du travail. C'est ce que révèle le mémoire de fin d'étude de Rozenn Calvez en 2019 « État des lieux des connaissances et des outils utilisés par les équipes officinales dans le Finistère sur la problématique allaitement maternel et médicaments. ».(75) Cette étude descriptive transversale quantitative a recueilli 43 questionnaires sur 54 pharmacies sollicitées, dont 34 pharmaciens et 9 préparateurs en officine. Les résultats mettent en évidence que l'équipe officinale a de bonnes connaissances concernant les bénéfices de l'allaitement maternel notamment sur le lien mère-enfant, les recommandations de l'OMS sur la durée d'allaitement et l'usage d'outils généralistes. En effet, lorsqu'ils recherchent des informations sur la compatibilité entre un médicament et l'allaitement maternel, les pharmaciens ont tendance à se fier au Vidal® dans 91,2 % des cas, au CRAT dans 70,6 % des cas et au Dorosz® dans 47,1 % des cas. Cependant l'étude met en évidence des lacunes concernant les connaissances théoriques notamment sur les propriétés pharmacologiques favorisant le passage du médicament dans le lait maternel comme une biodisponibilité par voie orale forte, une liaison aux protéines plasmatiques et un poids moléculaire faibles. Un autre exemple intéressant est la compatibilité de l'ibuprofène avec l'allaitement : seulement 27,9 % des participants savent qu'il peut être pris lors d'un allaitement, ce résultat est sûrement dû à une confusion entre les médicaments prescrits lors d'une grossesse et ceux lors de l'allaitement. 76,7% des participants estiment que leur niveau de connaissances sur la compatibilité des médicaments avec l'allaitement maternel est trop faible et 95,3 % pensent que leur formation initiale concernant ce sujet est insuffisante. Le pharmacien d'officine comme de nombreux autres professionnels de santé se sent démuni face à la problématique qu'est l'allaitement maternel et les médicaments.(75)

3) L'impact du pharmacien dans la prévention du syndrome du bébé secoué

Le pharmacien peut aussi jouer un rôle de prévention dans d'autres domaines de la santé publique tels que la prévention du syndrome du bébé secoué comme le montre la thèse « Syndrome du bébé secoué : rôle du pharmacien d'officine dans la mise en place d'actions de prévention » soutenue par Virginie Dubos en 2021. Elle y propose ici plusieurs outils à présenter aux futurs et jeunes parents, tels que le thermomètre de la colère, le dépliant d'information de l'association «Stop Bébé Secoué», le livret «Première Naissance», ainsi que d'autres brochures, affiches et documents. Elle a également développé des outils pratiques que sont une fiche explicative pour les pharmaciens et un flyer à destination des patients. Il serait intéressant que le pharmacien remette ces documents lors de l'entretien court de la femme enceinte sur les risques liés à la prise de substances tératogènes ou fœtotoxiques en même temps que la carte « Médicaments et grossesse : les bons réflexes » et des brochures sur l'allaitement.(76)

C) Enquête : la prise en charge du nourrisson et de sa famille à l'Officine

Après avoir exploré différents aspects de la santé publique en périnatalité et le rôle du pharmacien dans l'accompagnement des jeunes parents, cette enquête se recentre désormais sur les pratiques des équipes officinales. Afin de comprendre comment les pharmaciens abordent concrètement ces questions au comptoir et comment ils participent aux actions de santé publique liées à la périnatalité, en évaluant leur engagement, leurs connaissances et les actions qu'ils mettent en place pour soutenir les nourrissons et leurs familles.

1) Objectif de l'enquête :

L'objectif de l'enquête est de dresser un état des lieux actuel de la prise en charge du nouveau-né et de sa famille en pharmacie d'officine ainsi que l'aisance et le niveau de formation des membres de l'équipe officinale concernant les sujets de périnatalité.

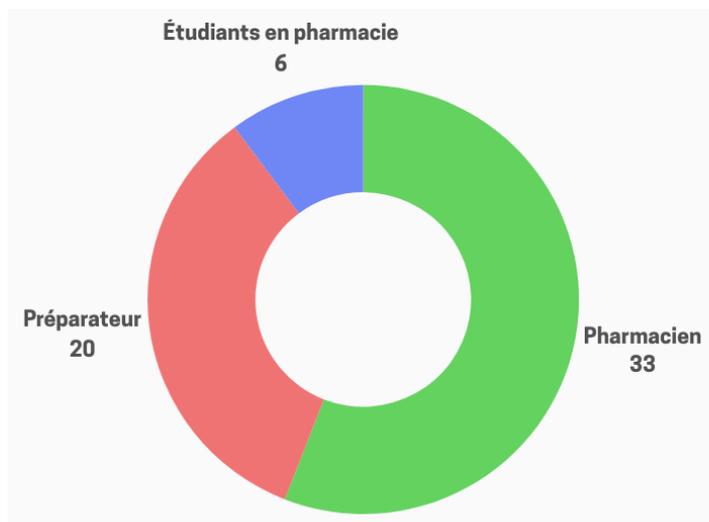
2) Design de l'étude, Population étudiée et mode de recueil des données :

Il s'agit d'une étude de type transversale. La population étudiée concerne les équipes officinales, plus précisément les pharmaciens, les préparateurs ainsi que les étudiants en pharmacie. Les apprentis préparateurs n'ayant pas le droit de délivrer des médicaments, ils n'ont pas été inclus à l'étude. L'étude a été réalisée au travers d'un questionnaire anonyme, effectué via LimeSurvey®. Ce questionnaire a été diffusé du 07 juin 2023 au 29 février 2024 grâce à deux différents canaux de communication : des groupes réservés aux pharmaciens sur les réseaux sociaux et des listes de diffusion de groupement officinal. Le questionnaire est divisé en 3 parties comprenant une section concernant la formation, une deuxième concernant la prise en charge du nourrisson à l'officine et une dernière sur les contacts et réseaux de périnatalité. Il est composé de 13 questions comprenant des échelles d'évaluation numérique, des questions à choix simple ainsi qu'à choix multiples, certaines donnant la possibilité de rajouter une réponse courte supplémentaire. En ce qui concerne les échelles d'évaluation numériques les notes vont de 1 à 5, 1 correspondant à "pas du tout" et 5 correspondant à "tout à fait" à l'aise avec le sujet. Les résultats sont exprimés de la manière suivante : médiane [Q1;Q3]. (Annexe 1)

3) Résultats :

a) La population

Un total de 59 réponses complètes a été obtenu, grâce à la diffusion via des listes de groupements officinaux à portée nationale, ainsi qu'à la participation de pharmaciens exerçant dans la région Hauts-de-France.



Parmi les 59 réponses obtenues, 56% (n=33) étaient des pharmaciens, 34% (n=20) des préparateurs en pharmacie et 10% (n=6) des étudiants en pharmacie. Lors de ce questionnaire, 5 participants travaillaient dans une pharmacie certifiée IPHAN.

Figure 1: Répartition de l'échantillon selon la profession

b) Partie 1 : La formation

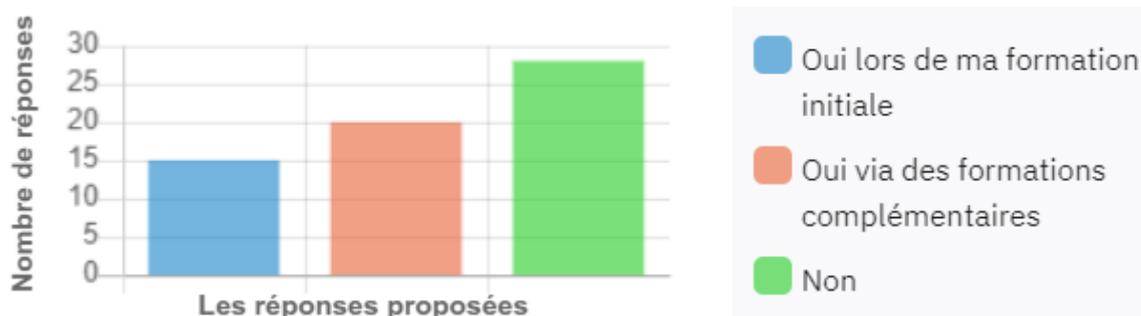
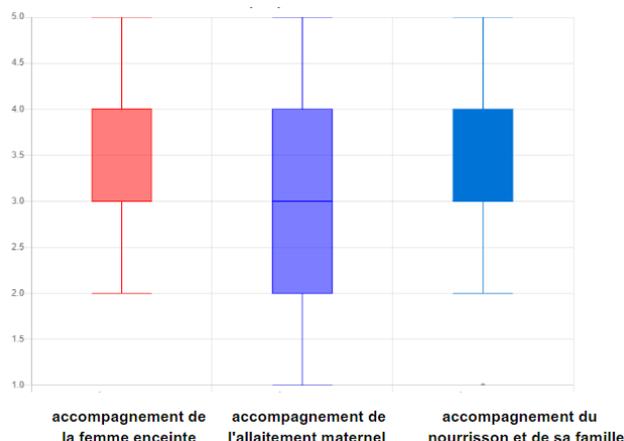


Figure 2 : La formation sur l'accompagnement du nourrisson

En ce qui concerne la formation, 46 % (n=27/59) des participants n'ont pas été formés à l'accompagnement du nourrisson, 20 % (n=12) ont reçu une formation lors de leurs études, 29 % (n=17) ont été formés lors d'une formation complémentaire, 5 % (3) ont reçu les deux types de formations. On note qu'aucun préparateur en pharmacie n'a été formé au cours de leur cursus alors que 38 % (n=20) des étudiants ou docteur en pharmacie le sont. 40 % (n=8) des préparateurs et 36 % des pharmaciens ont reçu une formation secondaire.

Voici les résultats concernant l'aisance des participants, portant sur trois aspects : l'accompagnement de la femme enceinte, l'accompagnement de l'allaitement maternel, ainsi que l'accompagnement du nourrisson et de sa famille:



L'accompagnement de la femme enceinte : 4 [3;4]

L'accompagnement de l'allaitement maternel : 3 [2;4]

L'accompagnement du nourrisson et de sa famille : 3 [3;4]

Figure 3 : évaluation de l'accompagnement périnatal

Il semblerait que les participants se sentent relativement à l'aise dans l'accompagnement de la femme enceinte, mais légèrement moins confiants lors de l'accompagnement de l'allaitement maternel ou du nourrisson et de sa famille. Pour ces deux derniers la dispersion interquartile est plus étendue pour l'allaitement maternel que pour l'accompagnement du nourrisson ce qui traduit un sentiment d'aisance plus contrasté dans le cas de l'accompagnement de l'allaitement maternel. En revanche, la dispersion des réponses est plus uniforme pour l'accompagnement du nourrisson et de sa famille, suggérant ainsi que les professionnels se sentent généralement plus à l'aise dans ce domaine. Cette différence peut être attribuée à divers facteurs, tels que l'expérience personnelle et les formations suivies. Nous allons désormais examiner les bases sur lesquelles les candidats fondent leurs conseils.

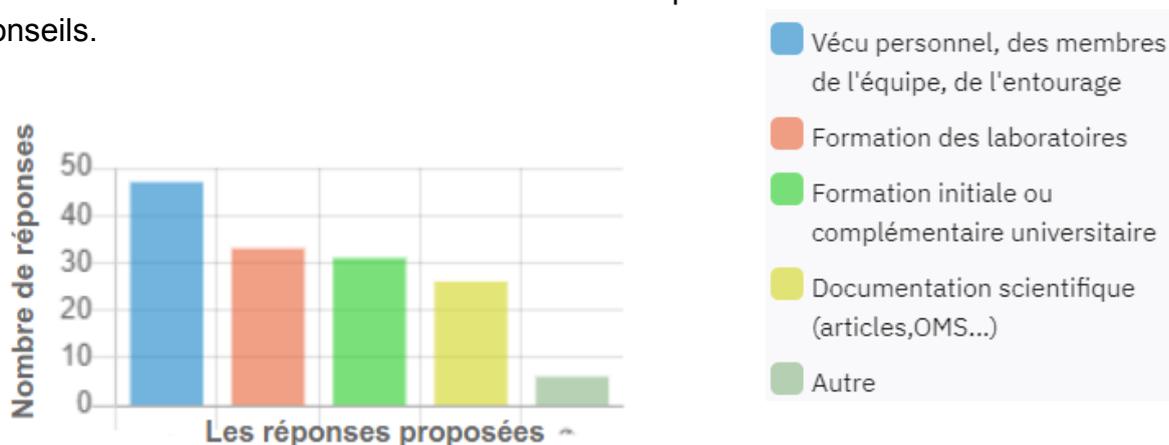


Figure 4: Les sources utilisées pour les conseils

Si on se penche sur les principales sources utilisées, on remarque que 80 % (n=47) des participants basent leurs conseils sur leur vécu ou celui de leur équipe ou de leur entourage. 56 % (n=33) utilisent les informations données lors des formations faites par des laboratoires. 52 % (n=31) utilisent les informations données lors de formations universitaires qu'elles soient initiales ou complémentaires. 44 % se basent sur des documentations scientifiques. Les personnes interrogées citent comme autres références : l'ANSM, le Vidal, la presse spécialisée, le CRAT, la Leche League, la formation CEFAN santé, la certification IPHAN.

c) Partie 2 : La Pratique Officinale

Les six questions de la seconde partie du questionnaire visent à étudier les habitudes des équipes officinales au comptoir lors de l'accompagnement des futurs ou jeunes parents.

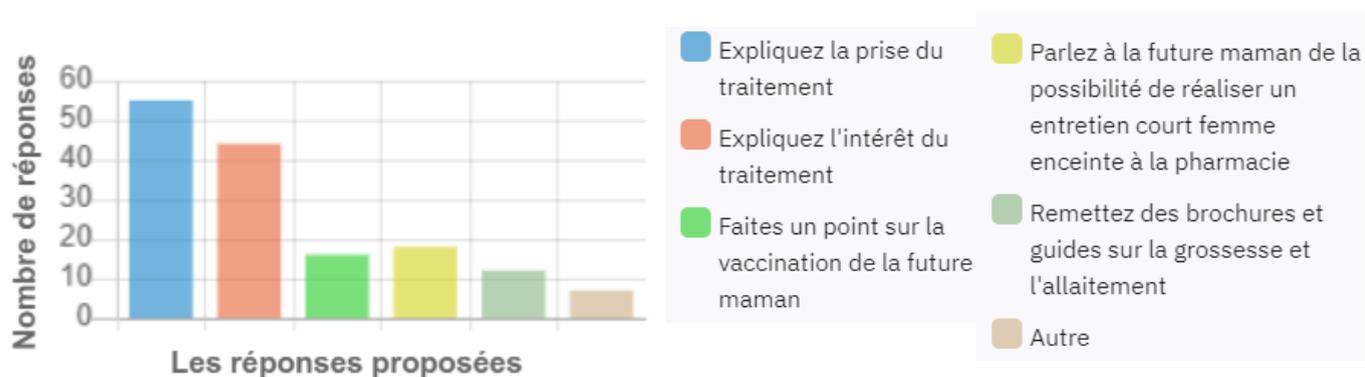


Figure 5 : Actions effectuées lors de la délivrance d'acide folique

Dans le cadre d'une dispensation d'acide folique, 93 % (n=55) des répondants expliquent les modalités de prise du traitement, 75 % (n=44) expliquent l'intérêt de la prise d'acide folique pendant la grossesse. 31 % (n=18) parlent de la possibilité de réaliser un entretien femme enceinte à la pharmacie. 27% (n=16) font un point sur la vaccination de la future maman, 20 % (n=12) remettent des guides sur la grossesse et l'allaitement. Dans les autres propositions sont citées : Rappeler que la poursuite du traitement après le premier trimestre n'est pas dangereuse, préciser les démarches à entreprendre dès qu'un test de grossesse est positif, mettre en avant les bienfaits des Oméga 3 pendant la grossesse, demander à la personne d'apporter son carnet de vaccination à l'officine, donner rapidement des informations sur les risques de contamination de la toxoplasmose et listériose, mettre en garde contre la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse, partager son expérience personnelle, proposer des ateliers de maternité à la pharmacie ou des entretiens sur l'alimentation du nourrisson, l'intérêt de l'allaitement, et proposer des entretiens plus longs avant et après la naissance.



Figure 6 : Réalisation d'entretiens courts de la femme enceinte

Les résultats montrent que seulement 20% (n=12) des participants effectuent des entretiens courts de la femme enceinte, les 80 % restants ne l'effectuent pas pour diverses raisons. En effet, 25 % (n=15) ne se sentent pas assez formés sur le sujet, 20 % (n=12) ne font pas les entretiens par manque de temps. 20% (n=12) ne connaissaient simplement pas l'existence des entretiens courts de la femme enceinte. Dans les autres réponses, certains précisent que la réalisation d'entretiens se fait au comptoir en quelques minutes sans formalisation dans un bureau. Un candidat mentionne qu'un pharmacien est dédié pour ce type d'entretiens dans son équipe. Un autre explique qu'il n'a pas encore réalisé d'entretiens jusqu'à présent, mais qu'il a créé une procédure afin de pouvoir les effectuer. Enfin un dernier fait une proposition d'entretiens prolongés sur divers sujets tels que l'allaitement, la nutrition, l'accueil de l'enfant en salle de naissance, le peau à peau, etc.

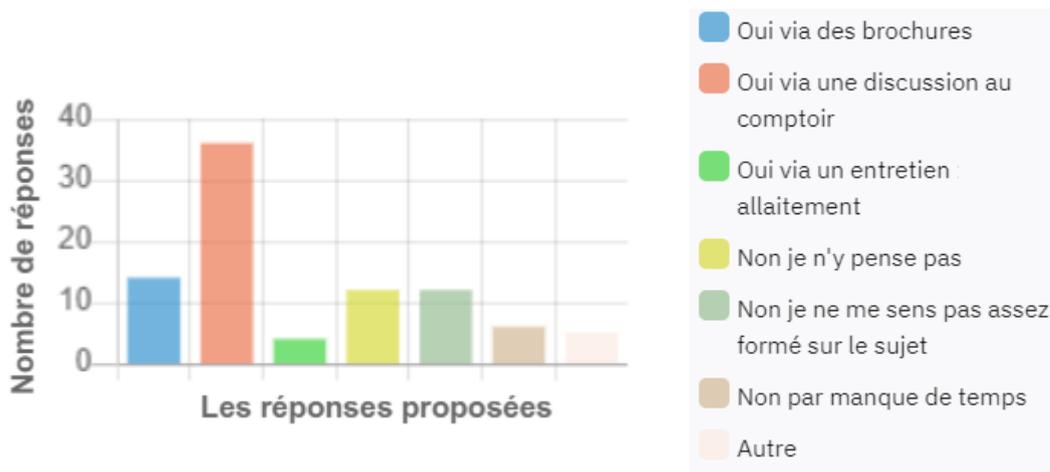


Figure 7 : Informations sur l'allaitement et le maternage

Quand on questionne les professionnels sur leur façon d'aborder l'allaitement et le maternage, 63 % (n=37) des membres des officines interrogés informent les futurs ou jeunes parents, 61 % (36) l'effectue par une discussion au comptoir, 23 % (n=14) utilisent des brochures, dont 22% (n=13) en complément de la discussion et 1 personne utilise uniquement les brochures. 7% (n=4) vont même jusqu'à effectuer un entretien d'allaitement. En revanche 37 % (n=22) n'abordent pas l'allaitement et le

maternage au comptoir. 20 % (n=12) ne se sentent pas assez formés sur le sujet, 20 % ne pensent pas à en parler, et 10 % le justifient par un manque de temps mais seulement 2 personnes soit 3 % l'évoquent comme unique raison. Dans les autres réponses on retrouve : la proposition d'entretiens longs individuels ou en réunions pour les futurs et jeunes parents. Un participant n'aborde pas le sujet volontairement et justifie sa décision pour ne pas influencer les parents et leur laisser la liberté de choisir le mode de nutrition qu'ils souhaitent pour leur bébé. Une deuxième personne entame une discussion basée sur son expérience personnelle pour que les parents se sentent soutenus et écoutés. Un autre explique être peu présent en officine et ne sent pas à l'aise pour aborder le sujet.

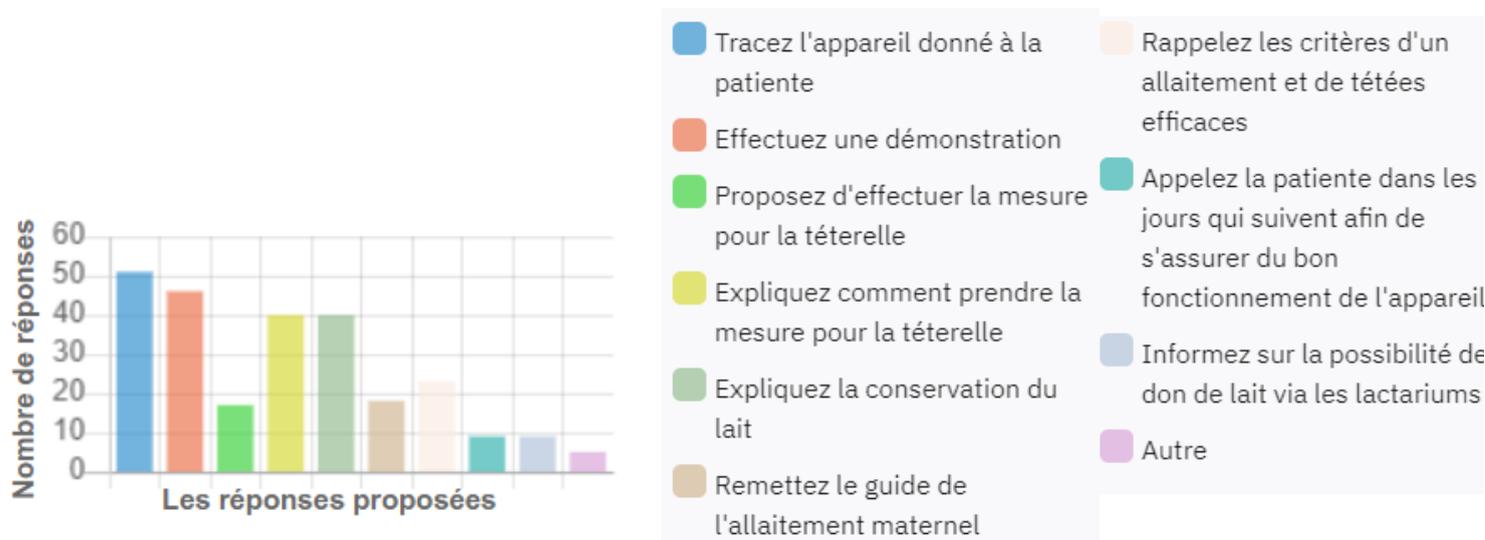


Figure 8: Actions effectuées lors de la délivrance d'un tire-lait

A cette question 3 étudiants ont répondu qu'ils ne délivrent pas de tire-lait, je vais donc pour cette question les exclure des statistiques. 91% (n=51) des sondés tracent l'appareil donné à la patiente, 82 % (n=46) font une démonstration de l'utilisation du tire-lait. 71% (n=40) expliquent comment prendre les mesures de la tétérelle, 30% (n=17) proposent de prendre les mesures directement à l'officine. 71% (n=40) expliquent la conservation du lait, 41% (23) rappellent les critères d'un allaitement et de tétées efficaces. 32% (n=18) remettent le guide de l'allaitement maternel. 16 % (n=9) appellent la patiente les jours qui suivent pour s'assurer du bon fonctionnement de l'appareil, 16 % également informent sur la possibilité de faire des dons de lait au lactarium. Dans les autres remarques un participant fait un don d'échantillons de tisanes favorisant la lactation.

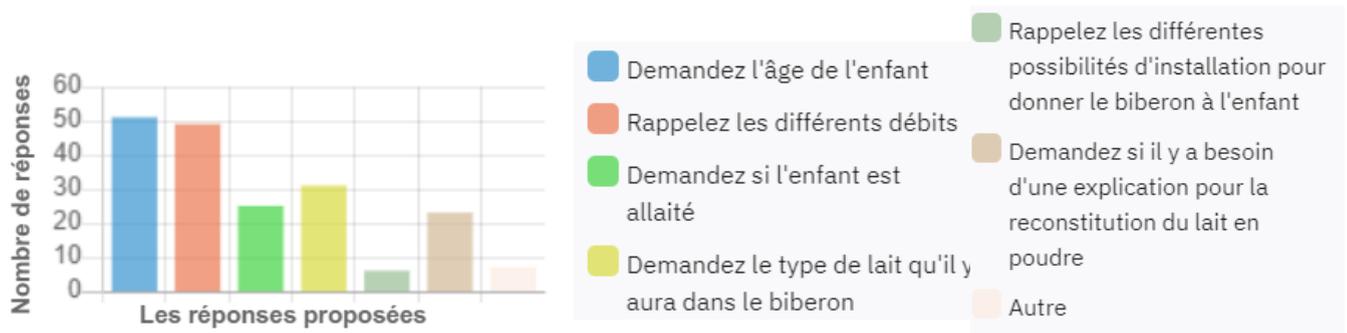


Figure 9 : Conseils dispensés lors de la vente de biberons

Au moment de la vente de biberons 86% (n=51) des praticiens demandent l'âge de l'enfant, 83% (n=49) rappellent les différents débits, 53% (n=31) se renseignent sur le type de lait qu'il y aura dans le biberon, 42% (n=25) demandent si l'enfant est allaité. 39% (n=23) interrogent sur le besoin d'une démonstration de la reconstitution du lait en poudre. 10% (n=6) rappellent les différentes positions pour donner le biberon à l'enfant. Dans les autres propositions on retrouve : une attention au modèle de la tétine, la remise d'une brochure, ainsi qu'une explication systématique de la reconstitution du lait. 5 personnes ne font rien de ce qui a été proposé.

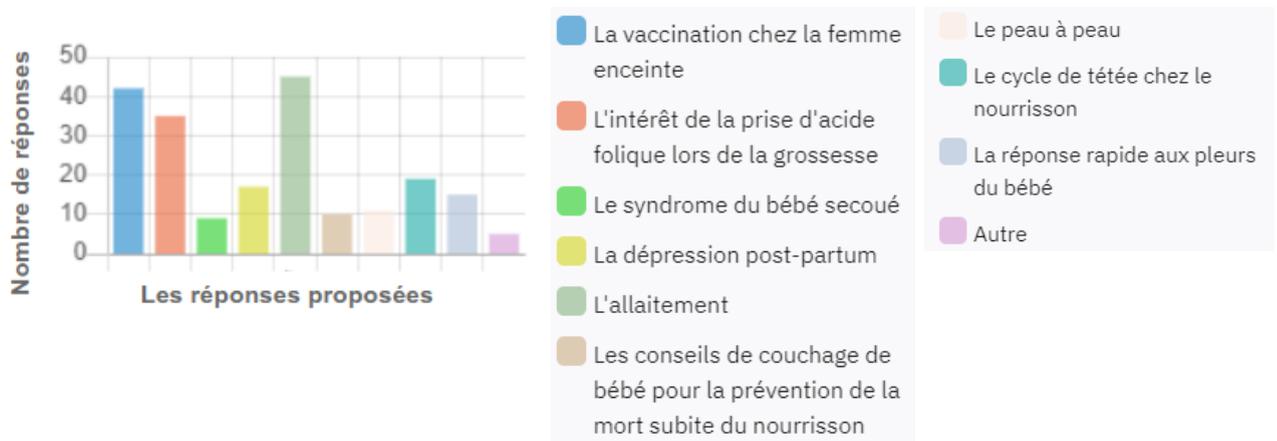


Figure 10 : Sujets de santé publique abordés au comptoir

Pour les sujets abordés au comptoir on trouve successivement à : 76 % (n=45) allaitement, 71 % (n=42) la vaccination chez la femme enceinte, 59% (n=35) la prise d'acide folique lors de la grossesse, 32% (n=19) le cycle de tétée chez le nourrisson, 29% (n=17) la dépression post-partum, 25 % (n=15) la réponse rapide aux pleurs, 19 % (n=11) le peau à peau, 16% (n=10) les conseils de couchage de bébé pour la prévention de la mort subite du nourrisson, et enfin à 15% (n=9) le syndrome du bébé secoué. D'autres réponses ont été proposées telles que les soins de bébé, l'intérêt du portage physiologique et les règles de sécurité de celui-ci. Deux personnes n'ont évoqué aucun sujet en rapport avec la périnatalité.

Ces chiffres montrent la variété des sujets évoqués au comptoir concernant la périnatalité. Cela souligne une volonté de l'équipe officinale de s'engager envers la santé maternelle et infantile, l'éducation, la prévention et le soutien aux parents.

Les résultats concernant le niveau d'aisance avec les différents thèmes de périnatalité abordés précédemment sont les suivants :

3 [3;4].

Ainsi les résultats obtenus traduisent un niveau d'aisance modéré à élevé avec les sujets abordés précédemment même si comme l'indique la variabilité des réponses on se doit de souligner que certains peuvent se sentir moins à l'aise.

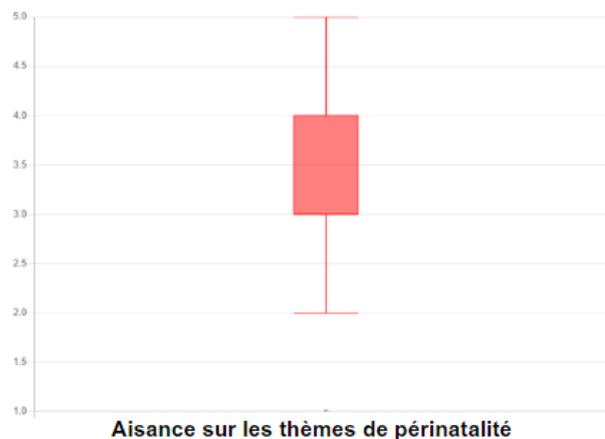


Figure 11 : Aisance sur les thèmes de périnatalité

d) Partie 3 : Contacts et Réseaux de Périnatalités

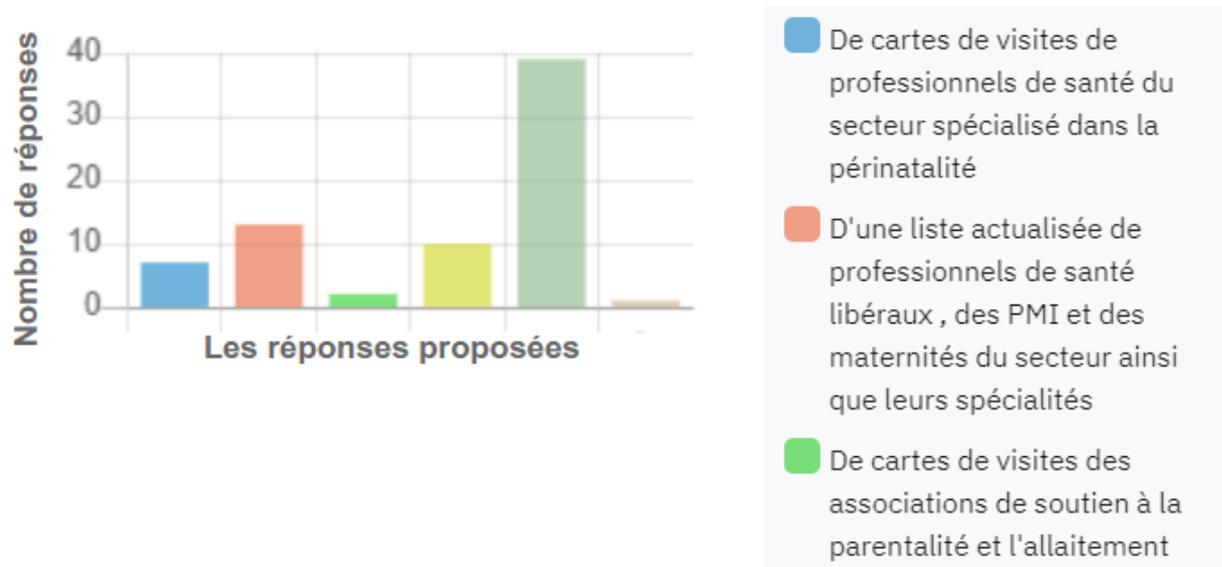


Figure 12 : Contacts des professionnels de santé de la périnatalité

Lorsqu'il semblerait intéressant de documenter ou d'orienter les familles vers d'autres professionnels, 22% (n=13) des sondés disposent d'une liste actualisée de professionnels de santé libéraux, des PMI et des maternités du secteur ainsi que leurs spécialités. 7% (n=11) possèdent des cartes de visites de professionnels de santé du secteur spécialisé dans la périnatalité. 17 % (n=10) proposent une liste des associations de soutien à la parentalité et l'allaitement, 3 % (n=2) ont des cartes de visites des associations de soutien à la parentalité et l'allaitement. 66 % (n=39) des candidats n'ont aucun de ces outils à disposition à l'officine.

4) Discussion:

a) L'importance de la formation en périnatalité pour les équipes officinales, enjeux et perspectives

L'étude de la périnatalité est souvent négligée dans la formation initiale des membres de l'équipe officinale, notamment chez les préparateurs. Cette absence de formation s'explique en partie par la durée relativement courte des études, qui force les établissements à faire des choix sur les sujets abordés, la pédiatrie étant peu évoquée. Cependant, avec la réforme prévoyant une troisième année de spécialisation pour les préparateurs en pharmacie, des enseignements spécifiques à la pédiatrie et à l'accompagnement des parents seront intégrés dans le parcours officinal.

Pour les futurs docteurs en pharmacie, depuis une dizaine d'année les facultés doivent inclure, en 6^e année filière officine, un enseignement intitulé "Accompagnement de la naissance à la petite enfance", conformément à l'annexe 2 de l'arrêté du 8 avril 2013 sur le contenu des études.(77) Cet enseignement couvre plusieurs thèmes :

- Thérapeutique adaptée,
- Allaitement maternel et artificiel,
- Alimentation du nourrisson,
- Vaccinations et maladies infantiles,
- Hygiène (notamment peaux atopiques, etc.).

À Lille, l'Unité d'Enseignement 2.1 "Accompagner la parentalité et l'enfant" propose 7 heures de cours en ligne et 18 heures de travaux pratiques, tandis que Tours offre pour son UE "Pédiatrie : accompagnement de la naissance à la petite enfance" 16 heures de cours magistraux et 2 heures de travaux dirigés. Le nombre d'heures, ainsi que les modalités d'enseignement, restent donc à la discrétion de chaque établissement, ce qui peut entraîner des disparités dans la formation des futurs pharmaciens.

Il serait bénéfique de continuer à renforcer et harmoniser ces enseignements, afin que l'ensemble des professionnels officinaux, qu'il s'agisse des pharmaciens ou des préparateurs, puissent disposer d'une base commune sur la prise en charge du nourrisson et des jeunes parents.

b) L'impact des expériences personnelles sur les conseils pharmaceutiques

Il est préoccupant de constater que, bien que les conseils en officine doivent être basés sur des données scientifiques, 80 % des candidats utilisent leurs expériences personnelles ou celles de leur entourage pour informer les jeunes parents. Si ces conseils peuvent parfois sembler plus accessibles ou pertinents pour les patients, ils manquent souvent de fondement scientifique, ils peuvent entraîner une disparité voire des incohérences entre les différents conseils prodigués et ainsi induire une incompréhension chez les jeunes parents.

L'utilisation des formations dispensées par les laboratoires pharmaceutiques est également très courante, 56 % des participants les mentionnent. Cependant, celles-ci posent un autre problème : l'objectif principal des représentants médicaux effectuant ces formations est l'augmentation de la vente de leurs produits, leur contenu est donc partial et orienté.

Un peu plus de la moitié des candidats (52 %) s'appuient sur leur formation universitaire initiale ou continue, ce résultat est à mettre en regard avec les 54 % de participants ayant reçu une formation. Cela montre que la quasi-totalité des personnes mettent en pratique les connaissances apprises lors de celles-ci.

L'augmentation et l'homogénéisation des formations permettrait à l'équipe officinale de baser ses conseils sur des données scientifiques plutôt que sur des expériences personnelles, lesquelles peuvent être trop subjectives et pas assez rigoureuses. Cela permettrait au personnel officinal d'avoir les connaissances nécessaires pour améliorer l'accompagnement à la périnatalité en officine et assurer une harmonisation des informations dispensées.

c) Des initiatives pour améliorer les pratiques officinales

Le manque de formation spécifique se traduit par des pratiques inégales en officine. Prenons l'exemple de la dispensation de l'acide folique, la prise du traitement ainsi que son importance sont correctement expliquées par la grande majorité des participants. Cependant, peu d'entre eux profitent de cette occasion pour amorcer une conversation sur la grossesse et ainsi aborder des sujets comme l'alimentation pendant la grossesse, donner des brochures d'information sur l'allaitement, informer la patiente de la possibilité de faire un entretien grossesse et prendre le temps de faire un point sur la vaccination des jeunes parents.

En effet, l'entretien grossesse est une nouvelle mission encore peu pratiquée par les équipes officinales, on remarque certains obstacles au développement de ces entretiens, notamment un manque de sensibilisation sur l'existence de ces entretiens ainsi qu'une contrainte de temps et un besoin de formation.

Par ailleurs, on remarque une volonté de la part des équipes officinales de sensibiliser et de soutenir les jeunes parents sur l'allaitement et le maternage. La méthode la plus utilisée est la discussion au comptoir ce qui souligne l'importance du contact direct pour transmettre les informations afin d'avoir un réel échange entre le personnel et le parent et répondre ainsi à ses interrogations. Vient ensuite les brochures qui sont utilisées en complément d'information. Néanmoins des défis importants sont à relever tels que l'insuffisance de formation, l'omission du sujet mais aussi dans une moindre mesure le manque de temps. Les entretiens allaitement sont intéressants pour fournir un soutien plus ciblé et approfondi aux parents qui en ont besoin. Ils sont cependant peu pratiqués car peu de personnel officinal y sont formés, de plus cette mission n'est pour l'instant pas rémunérée.

La délivrance d'un tire-lait est un autre exemple de l'importance d'un accompagnement structuré. Bien que la plupart des participants effectuent une démonstration de l'utilisation du tire-lait, et qu'une grande proportion explique la conservation du lait ainsi que la façon d'effectuer les mesures de la tétérèlle. Moins de la moitié des candidats proposent d'effectuer les mesures alors que cela reste la méthode la plus fiable pour obtenir une taille adaptée, il serait intéressant de savoir pourquoi elle n'est pas proposée. Est-ce dû à un manque de temps, à une peur de mettre la patiente en situation inconfortable, la mesure de la tétérèlle s'effectuant sur sein nu ou bien au fait qu'on a souvent affaire au jeune père lors de cette délivrance. Des améliorations peuvent être faites concernant les informations complémentaires et le suivi, en effet peu de participants appellent pour s'assurer du bon fonctionnement de l'appareil et répondre aux potentielles questions de la jeune maman. La remise du guide de l'allaitement maternel pourrait être systématique lors de la délivrance d'un tire-lait ainsi que la dispensation de conseils tels que les critères d'une tétée efficace ou les différents positionnements au sein.

Pour ce qui est de la vente de biberons, la grande majorité des participants cherche des informations sur l'enfant, mais moins de la moitié demande si l'enfant est allaité alors qu'il s'agit pourtant d'une information importante, en effet la confusion sein-tétine est fréquente et peut rendre difficile la suite de l'allaitement. En ce qui concerne les conseils prodigués, le rappel des débits semble quasi systématique afin d'adapter le biberon aux besoins spécifiques de chaque enfant, par contre peu de participants proposent d'expliquer la reconstitution du lait ou de rappeler les positions pour donner le biberon.

d) Renforcer le rôle d'orientation des pharmaciens en périnatalité

Les résultats de l'enquête montrent que les outils à disposition des pharmaciens pour orienter les jeunes parents vers des professionnels spécialisés en périnatalité sont insuffisants. Une minorité des sondés dispose de listes actualisées de professionnels de santé ou d'associations de soutien à la parentalité et à l'allaitement, et ils sont encore moins nombreux à posséder des cartes de visite. La majorité (66 %) des participants n'ont aucun de ces outils en officine.

En tant qu'acteurs de premier recours, les pharmaciens sont de plus en plus sollicités pour l'aiguillage des patients au sein du système de soins ainsi que dans le secteur médico-social. Pour jouer pleinement ce rôle, il est nécessaire que les équipes officinales disposent d'outils pratiques. Les cartes de visites sont des bons outils pour communiquer cependant il faut faire attention à ne pas commettre de compérage médical, il faut toujours proposer plusieurs cartes de visites aux patients. Afin d'être le plus exhaustif possible et de laisser un réel choix aux patients lors de son orientation, il est préférable de proposer des listes actualisées des professionnels de périnatalité du secteur ainsi qu'une sur les associations de soutien à la parentalité et l'allaitement.

En conclusion, cette étude met en évidence le manque de formation spécifique des équipes officinales concernant les divers sujets de périnatalité. Cela pourrait expliquer pourquoi, selon la thèse d'Orianne Beaumont, les parents perçoivent parfois les pharmaciens comme des professionnels peu encourageants en matière d'allaitement.(72) On voit pourtant une réelle volonté des participants à ce sondage de conseiller les jeunes parents notamment via la diversité des sujets évoqués au comptoir ainsi que les efforts d'explications sur l'allaitement, le fonctionnement du tire lait ou la prise d'acide folique. Cependant le défaut de formation entraîne des incohérences entre les pratiques recommandées et les conseils dispensés. En effet on remarque une utilisation extrêmement répandue de l'expérience personnelle alors que le conseil pharmaceutique se doit d'avoir un ancrage scientifique. De plus, les officines disposent de peu d'outils pour faciliter la mise en relation des jeunes parents avec des spécialistes en périnatalité. En somme, il existe des axes d'amélioration dans la prise en charge du nouveau-né et de sa famille tels que la nécessité d'une formation continue, de la mise en place de pratiques plus systématiques et d'une meilleure disponibilité des ressources pour répondre aux interrogations des parents.

Lors de ce questionnaire, seuls 5 participants travaillaient dans une pharmacie certifiée IPHAN ; je n'ai pas pu faire d'études comparatives, l'échantillon étant trop petit pour être significatif. Il est cependant intéressant de remarquer une différence de prise en charge et de formation. En effet, la totalité de ces membres ont reçu une formation complémentaire. Les candidats semblent très à l'aise sur l'accompagnement de la femme enceinte, du nourrisson et de sa famille, ainsi que sur l'allaitement maternel et les sujets de santé publique propres à la périnatalité puisque toutes les médianes sont de 5. Aucun de ces candidats n'utilise son vécu personnel comme base de conseil ; deux personnes s'appuient sur les formations des laboratoires. Tous possèdent une liste actualisée des professionnels de périnatalité du secteur et une autre sur les associations de soutien à la parentalité et d'allaitement disponible dans leurs officines.

Les pharmacies certifiées IPHAN semblent ainsi mieux préparées à conseiller les jeunes parents, grâce à une formation complémentaire et à l'accès à des ressources actualisées. Cela suggère que cette certification peut jouer un rôle important dans l'amélioration des pratiques pharmaceutiques en matière de périnatalité et d'accompagnement à la parentalité.

5) Les limites de l'enquête

Les principales limites de cette étude sont les suivantes : l'échantillon est restreint, avec un nombre de réponses insuffisant au regard des 124 000 professionnels d'officine en France, limitant la généralisation des résultats. Les biais liés à l'auto-évaluation, comme la surestimation ou sous-estimation de leurs compétences en périnatalité, peuvent également affecter la fiabilité des données. De plus, les participants ne sont pas nécessairement représentatifs de l'ensemble des équipes officinales, en effet les personnes ayant participé pourraient être ceux intéressés par la prise en charge des nourrissons et donc plus sensibilisés au sujet. Le questionnaire est assez court, il ne couvre pas tous les aspects de la prise en charge périnatale, et les échelles de réponse de 1 à 5 peuvent manquer de nuance. Enfin, les différences régionales et la typologie des officines ne sont pas prises en compte.

6) Les Réflexes à avoir au comptoir:

Lors d'un projet grossesse ou d'une grossesse en cours:

1. **Sensibilisation aux substances fœtotoxiques** : Informer sur les dangers liés à la consommation de substances comme le tabac, l'alcool, et médicaments non prescrits pendant la grossesse. Proposer un accompagnement de sevrage tabagique si besoin
2. **Vaccination de la future maman** : Avant la grossesse, il est recommandé de vérifier et de mettre à jour le carnet de vaccination, notamment pour la Rougeole-Oreillons-Rubéole et pour la varicelle si la patiente n'est pas immunisée. Pendant la grossesse, la vaccination contre la grippe et la COVID-19 sont recommandées, ainsi que celle contre la coqueluche
3. **Préparation de l'entourage familial** : Encourager la vaccination contre la coqueluche pour les proches du nouveau-né afin de le protéger.
4. **Suivi personnalisé et documentation** : Offrir des brochures explicatives pour aider les patientes lors de leur grossesse.

Lors de l'accompagnement d'un allaitement maternel :

1. **Questions ouvertes sur l'allaitement** : Encourager les jeunes parents à exprimer leurs inquiétudes (coliques, pleurs, tétées) et offrir des solutions pratiques (portage, peau à peau...).
2. **Informé sur les fréquences des tétées** : Expliquer qu'au début, le bébé n'a pas de rythme établi, et que les tétées rapprochées, dites en grappe, sont normales. Qu'il soit allaité ou nourri au biberon, le bébé doit être alimenté à la demande et sans restriction
3. **Surveillance de l'alimentation du nourrisson** : Conseiller de suivre le remplissage des couches (5 à 6 couches lourdes par jour) comme indicateur d'une alimentation suffisante.
4. **Utiliser une courbe de croissance spécifique** : La prise de poids d'un bébé allaité diffère de celle d'un bébé nourri au substitut de lait maternel. Ainsi il ne faut pas se référer à la courbe sur les carnets de santé, qui correspond à celle d'un bébé nourri au biberon.
5. **Support informatif** : Proposer la brochure « Allaitement maternel, je me prépare avec mon pharmacien » pour une meilleure compréhension.

Lors de la délivrance d'un tire-lait :

1. **Adaptation personnalisée de la tétarelle** : Mesurer le mamelon et ajuster la taille pour un confort et une efficacité optimaux, proposer d'effectuer la mesure à l'officine.
2. **Explication des phases d'une tétée** : Détailler les deux phases (stimulation et expression) afin de mieux comprendre l'utilisation du tire-lait.
3. **Règle de conservation du lait maternel** : Expliquer la règle des 4 (4h à température ambiante, 48h au réfrigérateur, 4 mois au congélateur) et sensibiliser au don de lait.
4. **Fournir des ressources explicatives** : Mettre à disposition des outils comme des vidéos ou des flyers pour les mamans absentes lors de la remise.
5. **Suivi après délivrance** : Contacter les parents dans les 48h pour s'assurer du bon fonctionnement du tire-lait et répondre aux éventuelles interrogations.

Lors de la vente de biberons :

1. **Précautions pour les bébés allaités** : Vérifier si l'enfant est allaité avant de proposer un biberon, expliquer les risques de confusion sein-tétine. Proposer des alternatives comme la tasse, le biberon cuillère, ou la seringue pour les mères allaitantes.
2. **Explication sur la préparation des biberons** : Offrir une démonstration ou un support écrit/vidéo pour montrer la bonne reconstitution et préparation du biberon.
3. **Nettoyage des biberons** : Rappeler les étapes pour bien nettoyer le biberon, il n'est pas nécessaire de le stériliser comme cela a pu être préconisé par le passé.
4. **Montrer les positions** possibles pour installer le bébé pour donner un biberon

Nous avons ainsi vu que l'équipe officinale exprime un réel souhait de soutenir les jeunes parents. Cependant les conseils et services dispensés ne sont pas toujours appropriés en raison d'un manque de formation spécifique de l'équipe dans ce domaine, cela peut entraîner des divergences dans les conseils donnés par rapport à ceux des autres professionnels de la santé. Nous allons maintenant voir comment la certification IPHAN peut être une solution pour améliorer l'accompagnement du nouveau-né et de sa famille à l'officine, ainsi que pour favoriser la collaboration avec les autres professionnels de santé en périnatalité.

III La certification IPHAN, une certification axée sur l'interprofessionnalité

A) Contexte et Enjeux

1) La certification

Selon l'Agence française de normalisation (Afnor), la certification est une procédure par laquelle une tierce partie donne une assurance écrite qu'un produit, une organisation, un processus, un service ou un personnel est conforme aux exigences spécifiées dans un référentiel.(78) Dans le cadre de l'officine, ce référentiel peut inclure les Normes ISO 9000 , des directives provenant du conseil national de l'ordre des pharmaciens ou de groupements d'officines. Les organismes certificateurs sont accrédités par le Comité Français d'Accréditation garantissant ainsi la fiabilité et la légitimité des certifications qu'ils délivrent.

Quel que soit l'organisme, le processus de certification suit généralement le même déroulement:

- 1) Dans un premier temps l'entreprise désireuse de la certification prend contact avec l'organisme de certification
- 2) Celui-ci réalise une étude de recevabilité du dossier
- 3) L' organisme sollicité effectue ensuite un audit de certification
- 4) La délivrance du certificat est réalisée
- 5) Un suivi de la certification est prodigué...(79)

Une des certifications mise en place à l'officine est la certification Normes ISO 9001, elle concerne 2500 pharmacies ce qui représente 13 % du circuit officinal. Elle a pour but de garantir la qualité à l'officine. On trouve d' autres certifications plus spécialisées c'est le cas de la certification IPHAN dans le domaine de l'accompagnement à la parentalité et l'alimentation du nourrisson, ainsi que la certification Oncopharma dont l'objectif est d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des patients atteints de cancer. (78–82)

2) La place de l'interprofessionnalité en officine

L'interprofessionnalité, ou collaboration interprofessionnelle, est un concept défini par l'OMS comme "un apprentissage et une activité qui se concrétisent lorsque des spécialistes issus d'au moins deux professions travaillent conjointement. Ils apprennent les uns des autres au sens d'une collaboration effective qui améliore les résultats en matière de santé. ".(83)

Dans « L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé » la collaboration professionnelle en santé est définie comme « les relations et les interactions entre professionnels leur permettant de partager leurs connaissances, leur expertise et leur expérience pour les mettre au service des patients ». (83)

Depuis une vingtaine d'années, ce sujet se retrouve au cœur de l'actualité. La loi de santé publique de 2004 a ouvert la voie à des expérimentations sur la coopération entre professionnels de santé, suivie par la loi HPST de 2009, qui a renforcé le décloisonnement ville-hôpital et promu les parcours de soins coordonnés.(84,85)

Depuis 2011, la création de Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) et de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) a favorisé cette coopération en permettant aux professionnels de santé de s'organiser autour de projets de santé communs. Ces structures facilitent la coordination des soins, le développement de protocoles pluri-professionnels et la mise en place d'action de prévention(83,85).

Le rôle des pharmaciens d'officine s'est également élargi. Au-delà de la délivrance de médicaments, ils peuvent désormais participer à l'éducation thérapeutique des patients, collaborer avec des équipes de soins, et prendre part à des actions de santé publique. Ils sont notamment intégrés dans des protocoles de soins partagés, comme le bilan partagé de médication et la dispensation sous protocole, en coopération avec le médecin traitant.(85)

La formation à l'interprofessionnalité commence dès le début des études de santé par la création en 2010 de la Première Année Commune aux Études de Santé afin de fournir une base commune à tous les étudiants en santé. Puis elle se prolonge tout le long du cursus universitaire par des enseignements conjoints aux différentes filières. Ces formations préparent les pharmaciens à mieux comprendre les rôles et les défis des autres professionnels de santé, ce qui renforce leur capacité à collaborer efficacement.(85)

Une enquête menée par le CNOP en 2016 auprès de 870 pharmaciens montre que 20 % d'entre eux collaborent déjà avec d'autres professionnels de santé, en particulier avec des médecins et des infirmiers. Cela reflète une volonté d'engagement dans la coopération interprofessionnelle et une prise en compte croissante des nouvelles missions du pharmacien dans le système de santé.(85)

CHIFFRES CLÉS

LA COOPÉRATION ET L'OFFICINE

En avril dernier, l'Ordre a mené l'enquête auprès des pharmaciens d'officine pour évaluer la manière dont la démarche de coopération influençait leur pratique. Voici les principaux résultats de cette enquête.

1. Un intérêt croissant des pharmaciens pour la démarche de coopération



20%

des pharmaciens sont engagés dans une démarche de coopération entre professionnels de santé.

2. Protocoles de coopération : d'abord avec les médecins et les infirmiers

Parmi les pharmaciens engagés dans un protocole de coopération :

87%

le sont avec un médecin.

86%

le sont avec un infirmier.

61%

le sont avec un autre professionnel de santé.

Source : enquête réalisée en avril 2016 par l'Ordre national des pharmaciens auprès de 870 pharmaciens (dont 56 % de titulaires de la section A, 32 % d'adjoints de la section D et 13 % de pharmaciens d'outre-mer).

Figure 13 : Coopération interprofessionnel à l'officine (85)

Intéressons-nous maintenant à l'interprofessionnalité dans le domaine de la périnatalité, le pharmacien a-t-il pu intégrer les réseaux de périnatalité ?

3) L'interprofessionnalité dans le domaine de la périnatalité

Depuis le décret de 1998, la mise en place du réseau français de périnatalité est obligatoire. Lors de sa création, le réseau vise à améliorer l'orientation des femmes enceintes vers des maternités appropriées, en offrant un environnement médical adapté tant pour la mère que pour le nouveau-né, selon le niveau de risque évalué. À l'origine, le développement de ce réseau s'est concentré dans les maternités et cliniques privées. (86)

Actuellement, les objectifs du réseau de périnatalité se sont élargis pour garantir une meilleure continuité des soins. Cela inclut le renforcement des liens entre la ville et l'hôpital, ainsi que l'intégration des aspects médico-psycho-sociaux. Pour atteindre ces objectifs, il est nécessaire d'inclure et de collaborer avec les professionnels de santé exerçant en ville.(86,87)

Dans l'article intitulé "Évaluation de l'intégration des médecins généralistes au sein d'un réseau de santé en périnatalité", l'enquête vise à analyser l'intégration des médecins généralistes au sein du réseau de santé périnatale en Auvergne. On remarque qu'il est nécessaire d'améliorer l'information sur le RSPA, qui reste méconnu de la majorité des médecins généralistes. De nombreux praticiens se plaignent d'isolement et expriment le besoin de davantage d'échanges et de collaboration avec les autres professionnels de la périnatalité. Un tiers des sondés connaissait le réseau, 25,7 % le dossier médical papier du réseau, mais seulement 5,8 % se disaient informés des activités du RSPA et 4,7 % des journées de formation du RSPA. Il en ressort que l'intégration et l'information des médecins généralistes dans le réseau de périnatalité en Auvergne sont insuffisantes. Des efforts accrus sont nécessaires pour améliorer la communication et leur inclusion. Une meilleure connaissance des RSP par les médecins généralistes est essentielle pour atteindre les objectifs de continuité des soins.(88)

D'autres professionnels de santé, comme les sages-femmes libérales, ont toujours été intégrés dans les réseaux de périnatalité. Depuis 2006, elles sont clairement identifiées comme acteurs de santé dans les cahiers des charges nationaux. Elles jouent un rôle actif dans ces réseaux en participant à des instances comme le conseil d'administration et le comité de pilotage, ce qui leur permet d'influencer leur fonctionnement. Les RSP offrent également aux sages-femmes des opportunités d'information et de formation. Ces dernières années, il y a eu une forte augmentation des sages-femmes exerçant en libéral, travailler en libéral offre une grande autonomie, mais peut entraîner un sentiment d'isolement. L'importance des RSP a été renforcée, ils permettent aux sages-femmes d'obtenir des avis spécialisés (gynécologue, psychologue...) et des orientations pour leurs patientes, si nécessaire. L'adhésion au RSP des sages-femmes leur permet d'être en lien avec d'autres acteurs de santé de périnatalité et de bénéficier d'un support de travail.(89)

On remarque une différence notable dans l'intégration des professionnels de santé libéraux aux réseaux de périnatalité : les sages-femmes sont mieux intégrées que les médecins généralistes, qui expriment un besoin croissant de collaboration et de soutien. On peut maintenant se poser la question de la place du pharmacien dans les réseaux de périnatalité et de son travail en interprofessionnalité avec les acteurs de santé de proximité ?

Dans sa thèse intitulée "L'allaitement maternel à l'officine et la coopération interprofessionnelle entre sage-femme et pharmacien : Constats et perspectives d'évolution", Philippine Danlival mène une "enquête de perception du métier de pharmacien auprès des sages-femmes". Quatre sages-femmes libérales de la métropole lilloise ont été interrogées. Cette enquête révèle que les sages-femmes se sentent seules dans leur accompagnement des femmes allaitantes et souhaiteraient établir un réseau d'aide à l'allaitement impliquant d'autres professionnels de santé ainsi que des associations. Elles attendent des pharmaciens qu'ils partagent des informations scientifiques et luttent contre les idées reçues sur l'allaitement. De plus, elles souhaiteraient que les pharmacies offrent un choix plus diversifié d'accessoires d'allaitement, notamment des kits de tétérilles et bouts de sein de différentes tailles, divers modèles de tire-lait, y compris des modèles compacts pour une utilisation nomade, ainsi que des biberons et sucettes spécifiquement adaptés à l'allaitement. Elles souhaitent également améliorer la communication entre les sages-femmes et les pharmaciens via une messagerie et des rencontres pour une meilleure connaissance mutuelle des compétences et des outils disponibles.(90)

Après avoir vu le contexte dans lequel se développe la certification IPHAN, nous allons étudier les labels l'ayant inspiré.

B) Les différents labels ayant inspiré la création de la certification IPHAN

1) Le label Initiative Hôpital Ami des Bébé

L'Initiative Hôpital Ami des Bébé, développée en 1991 par l'OMS et l'UNICEF, se place comme label de référence en matière de périnatalité, il est axé sur le soutien à l'allaitement maternel. Cette initiative trouve ses racines dix ans auparavant, avec l'adoption du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel par l'Assemblée Mondiale de la Santé. Son objectif est « de protéger et encourager l'allaitement au sein et d'assurer une utilisation correcte des substituts du lait maternel quand ceux-ci sont nécessaires ... ». En 1989, l'OMS et l'UNICEF proposent les « Dix Conditions pour le succès de l'allaitement maternel » qui serviront de base lors de la création du label IHAB.(91,92)

L'année suivante est élaborée et adoptée la Déclaration d'Innocenti, intitulée « L'allaitement maternel dans les années 90 : une initiative mondiale ». Elle demande aux États de nommer un coordinateur et de créer un comité national pour la promotion de l'allaitement maternel. Leur objectif est de garantir que les maternités respectent les dix conditions de 1989. Elle encourage également les États à mettre en œuvre le Code de 1981 ainsi qu'à promulguer des lois pour protéger le droit des femmes qui travaillent, à allaiter.(92,93)

En 1991, le concept « Hôpital Ami des Bébé » est lancé avec l'aide de l'Association Internationale de Pédiatrie. Des textes ont été élaborés l'année suivante définissant des outils et les modalités de l'évaluation extérieure des hôpitaux pour l'attribution du label aux maternités respectant les 10 conditions et appliquant le Code de 1981. (92,93)

En France, il faudra attendre mai 2000, pour voir la première attribution du label à la maternité de Lons le Saunier. En effet avant cela il n'y avait pas de structure de coordination de l'IHAB en France, néanmoins deux maternités, celle du CH de Lons le Saunier dans le Jura et de la Clinique St Jean à Roubaix dans le Nord mettent en place les recommandations internationales et souhaitent une vérification de leurs pratiques. Dans le même temps se développe la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM) créée par des associations de soutien et des professionnels de santé, pour promouvoir l'allaitement en France et faciliter l'organisation de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel. Elle met en place un groupe de travail IHAB qui a organisé la première attribution du label IHAB en France. Actuellement 69 établissements sont labellisés IHAB en France ainsi on estime que 13,4 % des naissances se font dans une maternité IHAB.(92,93)

Actuellement l'IHAB repose sur 3 principes fondamentaux et 12 recommandations:

1. Une attitude de l'ensemble de l'équipe centrée sur les besoins individuels de la mère et du nouveau-né
2. Un environnement et un accompagnement en adéquation avec la philosophie des soins centrés sur la famille
3. Un travail en équipe et en réseau pour assurer la continuité des soins

Dans les recommandations citées ci-dessous, les critères mis entre parenthèse concernent uniquement les services de néonatalogie

1. Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille, formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique, qu'elles soient suivies ou non dans l'établissement.

Informar les femmes enceintes hospitalisées à risque d'accouchement prématuré ou de naissance d'un enfant malade des bénéfices de l'allaitement et de la conduite de la lactation et de l'allaitement.

4. Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin.

Pour le nouveau-né né avant 37 SA, il s'agit de maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet.

5. Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment mettre en route et entretenir la lactation, même si elles se trouvent séparées de leur nouveau-né ou s'il ne peut pas téter. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur nouveau-né.

6. Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.

(Privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire.)

7. Laisser le nouveau-né avec sa mère 24 heures sur 24. Favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin.

8. Encourager l'alimentation « à la demande » de l'enfant.

(Observer le comportement de l'enfant prématuré et/ou malade pour déterminer sa capacité à téter. Proposer des stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome.)

9. Pour les bébés allaités, réserver l'usage des biberons et des sucettes aux situations particulières.

10. Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement. Travailler en réseau.

11. Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

12. Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.(91)

2) Le label *farmacia amica dell'allattamento materno*

Le label *farmacia amica dell'allattamento materno* (FAAM) traduit en français par pharmacie amie de l'allaitement maternel, s'appelait dans un premier temps initiative pharmacie amie des bébés mais a été renommé pour éviter les confusions avec l'IHAB. Il a été créé en Italie en 2007 par l'association Il Melograno qui œuvre depuis 1981 pour la promotion de l'allaitement maternel. FAAM a été développé à l'initiative d'un pharmacien italien, après qu'il ait réalisé que les pharmacies n'étaient pas incluses dans les réseaux de promotion de l'allaitement contrairement aux autres professionnels de santé, il met alors en place ce label en s'inspirant des protocoles de l'IHAB. Ce label a été accrédité par l'Unicef. (94–96)

Cette initiative s'appuie sur 9 engagements que voici :

1. Être dotée d'un protocole écrit sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, lequel doit être conforme à la politique nationale du pays et au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé sur le sujet.
2. Former tous les membres de son personnel à l'application du protocole.
3. Informer toutes les mères sur les avantages de l'allaitement maternel et sur les risques de l'alimentation artificielle.
4. Apporter soutien et encouragement à toutes les mères pour qu'elles mettent en route et poursuivent l'allaitement maternel.
5. Créer un espace d'accueil pour les mères et leurs nourrissons et autres enfants.
6. Favoriser la représentation de l'allaitement maternel comme étant la norme et éviter celle de l'alimentation au biberon.
7. Ne vendre de substituts du lait maternel que sur demande spécifique et éviter toute pratique promotionnelle.
8. Acheter et vendre les substituts du lait maternel au prix du marché, éviter les campagnes de promotion et refuser de distribuer des cadeaux publicitaires aux mères.
9. Soutenir activement les initiatives et projets communautaires et créer des réseaux comprenant l'ensemble des acteurs œuvrant à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel. (94–96)

L'objectif de ce label est de permettre aux pharmaciens de se former afin de dispenser des conseils et des informations adaptées aux mères à propos de l'allaitement maternel, et ainsi les soutenir dans leur allaitement notamment en cas de prise de médicaments. La première pharmacie amie des bébés ayant reçu son accréditation en 2007 se trouve à Vérone, en 2008 une seconde pharmacie est accréditée à Bassano. En 2008 et 2009, 17 autres pharmacies ont déposé une demande de label et 63 pharmaciens ont reçu une formation spécialisée en allaitement. L'initiative se répand rapidement à travers l'Italie. Elle a d'ailleurs traversé les frontières et trouvé des adeptes en Allemagne et en France, la première pharmacie française labellisée est la pharmacie de la Fontaine à Yenne en 2015, deux ans plus tard suivront la pharmacie de l'Alliance à Grenoble puis la pharmacie Marceau à Courbevoie. (94–96)

Cependant le label italien pour l'allaitement n'est pas reconnu en France et, contrairement à une certification, les pharmacies françaises ne peuvent pas communiquer à ce sujet.

C) La certification Iphan

1) La création et base de la certification IPHAN

Dans cette continuité va voir le jour le 29 avril 2019, l'association de loi 1901 Initiative Pharmacie Amie des Nourrissons, c'est une association à but non lucratif. Elle a pour objectif de promouvoir le maternage proximal et l'allaitement maternel dans les officines ainsi qu'encourager le travail en interprofessionnalité entre les pharmaciens et les professionnels de santé de la périnatalité. Dans ce sens, le conseil d'administration de cette association est multidisciplinaire, il comprend différents professionnels de santé tels que des pharmaciens, des médecins généralistes ainsi que des spécialistes de la périnatalité comme des sages-femmes, des consultantes en lactation et des pédiatres. Cette certification est à l'initiative de deux pharmaciens d'officine Isabelle Geiler et Christine Le Fournier, elles se sont associées pour ce projet à Claire Laurent, membre du conseil d'administration de l'IHAB, Élise Harot, conseillère ordinaire ainsi qu'avec Marie-Josée Simon-Ghédiri, pédiatre et consultante en lactation, représentante officielle des pédiatres libéraux au comité IHAB depuis 15 ans et Soazick Sirand, infirmière puéricultrice, consultante en lactation IBCLC. Elles ont également reçu le soutien du Totum Lab qui est un fond de dotation, ayant pour but d'aider au financement et à la mise œuvre de projets des membres du réseau Totum pharmacien. Avec l'aide de SGS, entreprise spécialisée dans les domaines du contrôle, de la vérification, de l'analyse et de la certification, ils ont mis en place la certification Initiative Pharmacie Amie des Nourrissons, c'est la première certification de service pour les pharmacies, dans le domaine du soutien à la parentalité destiné aux officines. Elle a été rédigée à partir d'un référentiel national de bonnes pratiques, validé par le Comité français d'accréditation.(82,97)

On retrouve des similitudes avec les deux labels cités précédemment. La certification IPHAN est cependant plus englobante que le label FAAM, elle prend en compte l'allaitement maternel mais également le maternage proximal et les pratiques qui lui sont associées. IPHAN vise à prolonger l'IHAB en pharmacie, partageant de nombreux objectifs et caractéristiques communs. Elles se concentrent notamment sur l'amélioration des liens ville-hôpital pour assurer une continuité de prise en charge du nourrisson et de sa famille, harmonisant pratiques et conseils aux parents. Le référentiel IPHAN s'inspire directement de l'IHAB en adoptant ses principes d'accueil, de formation, de soutien à l'allaitement, de travail en réseau et de protection contre les pressions commerciales, tout en les adaptant au contexte des officines. Ces similitudes montrent une volonté de fournir une continuité des soins et du soutien aux parents et aux nouveau-nés après le retour de la maternité, assurant ainsi une approche cohérente et globale.

En effet cette certification repose sur 3 grands principes et dix engagements :

« Un soutien individualisé des parents pour qu'ils puissent réussir leur projet de parentalité dans le respect de leur culture et des règles de sécurité »

« Une formation spécifique de l'ensemble de l'équipe des pharmacies pour une attitude bienveillante et à l'écoute des jeunes parents »,

« Un travail en réseau avec les autres professionnels de santé »

Les dix engagements du référentiel Iphan sont :

1. Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les membres de l'équipe officinale.

2. Donner à tous les membres de l'équipe officinale les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

3. Informer tous les futurs parents qui viennent à l'officine sur les avantages de l'allaitement maternel et du maternage proximal.

4. Indiquer aux mères qui allaitent comment entretenir la lactation, même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson ou s'il ne peut pas téter. Le cas échéant, donner aux parents des informations adaptées sur les substituts du lait maternel. Encourager l'alimentation à la demande.

5. Protéger les familles des pressions commerciales en respectant l'intégralité du code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'Organisation mondiale de la santé et en réalisant une vente éthique des articles concernés par ce code.

6. Pour les enfants allaités, réserver l'usage des biberons et des sucettes aux situations particulières. Retirer ces produits du libre accès afin de les vendre uniquement sur demande des parents et après conseils pharmaceutiques.

7. Disposer dans l'officine d'un espace d'accueil et de confidentialité (salle disponible pour une tétée, une démonstration de matériel ou un conseil).

8. Relayer les recommandations officielles de santé diffusées par les réseaux de santé en périnatalité et les professionnels de son secteur d'activité (hospitaliers et libéraux).

9. Travailler en réseau avec les autres professionnels de santé en périnatalité de son secteur. Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et à la parentalité, et leur adresser les jeunes parents.

10. Mesurer la qualité du service lié au soutien à l'allaitement maternel et à la parentalité.(82,97)

Actuellement 8 officines sont certifiées IPHAN en France.: la Pharmacie Via Dominitia à Narbonne, la Pharmacie Du Faron à Toulon, la Pharmacie 3 Provinces à Brive la Gaillarde, la Pharmacie De L'Hermitage à Villemoisson sur orge, la Pharmacie Mendelsohn à Mallemort, la Pharmacie 4 Chemin des routes à Toulon, la Pharmacie Cannes Gambetta à Cannes, la Pharmacie Anthéa à Antibes. On remarque une concentration des officines certifiées IPHAN dans le Sud de la France notamment en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, avec une sous-représentation dans les autres régions.(82)

2) L'importance de l'interprofessionnalité dans la certification IPHAN

a) Dans le référentiel

L'association IPHAN met en avant l'interprofessionnalité, via son conseil d'administration pluridisciplinaire et un référentiel élaboré avec l'IHAB qui dispose d'un droit de veto, signifiant qu'aucune modification ne peut être apportée sans leur accord. Les engagements du référentiel, alignés avec les recommandations de l'IHAB, incluent la formation de l'équipe officinale, l'information des parents sur l'allaitement et le maternage proximal, et la collaboration avec d'autres professionnels de la périnatalité. Cela assure une cohérence des pratiques et une continuité des soins entre la ville et l'hôpital.(82,97)

Le travail en réseau est d'ailleurs identifié comme l'un des trois piliers fondamentaux de cette certification. L'obligation de formation de l'équipe officinale donne une légitimité pour intégrer les réseaux de périnatalité et se positionner comme personnel qualifié dans l'accompagnement à l'allaitement ainsi qu'à la parentalité.(82,97)

La présence d'une charte résumant la politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille affichée pour le public, rend visible l'engagement de l'officine et la volonté de transparence. De plus, en rendant publique cette charte, l'officine se positionne comme un maillon actif et informé du réseau de soins.

Cette communication favorise également les échanges d'informations et les recommandations mutuelles avec les autres professionnels de santé.(82,97,98)

Les autres engagements décrivent les bonnes pratiques pour accueillir l'entourage du nouveau-né à l'officine. Les thèmes abordés incluent l'allaitement maternel, l'entretien de la lactation, le risque de confusion entre sein et tétine, le maternage proximal, et les substituts du lait maternel. L'enquête "La prise en charge du nourrisson et de sa famille à l'officine" présentée dans la deuxième partie de cette thèse a montré que ces sujets nécessitent une amélioration des pratiques. La certification permet ainsi une meilleure prise en charge du nouveau-né et de sa famille grâce à la mise en place de procédures de qualité et à l'harmonisation des conseils. Les engagements 8 et 9 de la certification formulent la nécessité de collaborer avec d'autres professionnels de la santé en périnatalité et de relayer les recommandations officielles de santé afin de garantir une cohérence dans les pratiques et les conseils prodigués aux parents, ainsi qu'une continuité de la prise en charge entre la ville et l'hôpital. Nous allons ainsi voir des applications de la collaboration interprofessionnel.(82,97)

b) Exemples concrets d'interprofessionnalité à l'officine

Mélanie Sarot, en reprenant la pharmacie de l'Ermitage à Villemoisson-sur-Orge, a identifié un manque d'offre de soins en matière de parentalité dans la région (peu de sage-femmes, pas de pédiatre). Face à cette lacune, elle décide de s'engager dans la création de l'association IPHAN et de participer à l'élaboration de la certification. Après avoir obtenu la certification, l'équipe met en place des entretiens prénatals, pour répondre aux difficultés rencontrées par les sages-femmes pendant la pandémie de Covid-19 et les confinements successifs. Ces entretiens couvrent des sujets comme le choix du mode de nutrition, l'accueil du bébé, le peau à peau, et la prévention du secouement. Par la suite, les entretiens se sont diversifiés avec la volonté d'intégrer les sages-femmes au projet.

L'équipe continue de communiquer auprès des professionnels de santé sur l'existence de ses services et compétences en matière de parentalité. L'accueil fait à la certification par les jeunes parents et les sages-femmes travaillant sur le secteur est très positif.(97)

Lors de mon stage de 6ème année dans la pharmacie Saint Pierre à Calais, souhaitant mettre en place la certification IPHAN, j'ai effectué plusieurs infographies à destination des futurs et jeunes parents sur des thèmes de périnatalité tel que le peau à peau, les règles de couchage, la préparation à la naissance. J'ai associé à cette dernière, une liste des sages-femmes du secteur et les préparations à la naissance proposées par chacune d'elles. Cette initiative m'a permis de prendre contact avec les sages-femmes et de discuter de notre projet de certification, qui a reçu un accueil très positif.

Anne-Sophie Legrand, titulaire de la pharmacie du Biollay à Chambéry certifiée IPHAN, était membre du RESAM (Réseau de Soutien à l'Allaitement Maternel) de Savoie et participait à leurs réunions. Lors de celle du 31 mars 2023, elle a présenté un diaporama sur l'utilisation des médicaments pendant l'allaitement aux médecins, puéricultrices, sages-femmes et consultantes en lactation présents.(98)

De plus, la pharmacie du Biollay proposait également une fois par mois un "café allaitement", temps d'échange pendant lequel les mères pouvaient se rencontrer et discuter ainsi que poser d'éventuelles questions à l'équipe. Cette initiative offrait un soutien et des conseils aux jeunes mères, favorisant ainsi les échanges entre elles et renforçant leur confiance en leurs capacités parentales.(98)

LISTE DES SAGES FEMMES 1

Sage-femme	Préparations proposées	Coordonnées
Eomy Elisabeth	méthode classique possibilité d'apprendre à masser bébé atelier de le portage	19 Pl. Crèvecoeur, 62100 Calais 03 21 97 62 51
CHCalais	préparation à la naissance à la maternité et en piscine au complexe ICEO, consultations d'acupuncture, consultations d'hypnose, ateliers de portage bébés pré et postnataux, Ateliers de portage.	1601 Bd des Justes 62100 Calais 03 21 46 33 33
De Beaupuis Cassandre	préparation classique, Yoga, sophrologie, préparation aquatique, hypnose, portage et conseil d'allaitement	Pl. du Franc-Marché, 62250 Marquise 06 30 56 42 75
Debouzie Nadine	préparation classique	7 Rue Gustave Cuvelier, 62100 Calais 06 18 62 06 40

Liste mise à jour le 10/04/22
Pharmacie Saint Pierre - Franck Nicodème
48 Rue du Four à Chaux
62100 Calais
Tel: 03.21.36.50.40

LISTE DES SAGES FEMMES 2

Sage-femme	préparations proposées	Coordonnées
Dilly Claire	préparation classique	7 Rue Gustave Cuvelier, 62100 Calais 06 98 30 34 88
Gilliet Audrey	méthode classique, yoga prénatal	18 Rte de Bonningues, 62231 Peuplingues 06 63 57 57 85
Mathieu Sandrine	méthode Bonapace, gestion douleur contraction préparation classique	460 Av. de Verdun, 62730 Marck 06 44 73 96 83
Lesage Laurine	préparation classique, consultation allaitement, atelier de portage	1b Rue du Dr Schweitzer, 62250 Marquise 06 30 56 42 75
Letaillieur Helene	préparation classique consultation allaitement	113 bis Av. Louis Blériot, 62100 Calais 06 27 00 23 65
Lechet Nadège	Non renseigné	388 Place du Général de Gaulle, 62370 Audruicq 06 30 58 08 01

Liste mise à jour le 10/04/22
Pharmacie Saint Pierre - Franck Nicodème
48 Rue du Four à Chaux
62100 Calais
Tel: 03.21.36.50.40

Figure 14 : Liste des sages femmes avec les préparations à la naissance proposées par celles-ci

On peut envisager d'organiser ce type d'événement en collaboration avec une association de soutien à la parentalité. Cela permettrait de combiner les conseils de l'équipe officinale avec le partage d'expériences entre parents, offrant ainsi une aide plus complète et la possibilité pour les jeunes parents d'intégrer un réseau de solidarité.

Ces exemples illustrent comment la certification IPHAN permet de développer les échanges avec les autres professionnels de santé de la périnatalité. Par l'implication dans les réseaux de soutien à la périnatalité et la mise en place d'ateliers conjoints, les pharmacies certifiées deviennent alors des acteurs clés dans le soutien à la parentalité.

Ainsi, l'association IPHAN promeut activement l'interprofessionnalité à travers un conseil d'administration pluridisciplinaire et un référentiel rigoureux, élaboré en collaboration avec l'IHAB, assurant une cohérence des pratiques et une continuité des soins entre la ville et l'hôpital. La certification IPHAN renforce cette approche via ces dix engagements. Ces initiatives favorisent les échanges d'informations et améliorent la prise en charge des nouveau-nés et de leur famille, illustrant ainsi les bénéfices concrets de la collaboration interprofessionnelle en santé.

Conclusion :

Les sujets de santé publique touchant à la périnatalité sont nombreux et variés. Certains, comme l'allaitement, sont intégrés aux objectifs spécifiques à l'enfant du Programme national nutrition-santé. D'autres, comme les dépressions périnatales et le syndrome du bébé secoué, sont moins évoqués en raison de leur caractère tabou. Néanmoins, ces sujets commencent à être mieux compris et abordés grâce au projet des 1000 premiers jours.

Chaque jour, de jeunes parents poussent la porte d'une officine pour obtenir des conseils. Le pharmacien joue un rôle essentiel dans la prévention et les actions de santé publique, pouvant ainsi être un allié précieux pour l'accompagnement à la parentalité et l'allaitement. Certains s'engagent activement dans cette démarche, en proposant des entretiens pour les femmes enceintes, en sensibilisant au syndrome du bébé secoué, et en rejoignant des réseaux de périnatalité. Cependant, notre enquête a révélé un manque de formation spécifique des équipes officinales sur les divers sujets de périnatalité. Ce déficit de formation conduit à des incohérences entre les pratiques recommandées et les conseils dispensés, soulignant la nécessité d'améliorer leurs compétences dans ce domaine.

La certification IPHAN se présente comme une solution pour une meilleure prise en charge des nourrissons et de leurs familles. En effet, une pharmacie certifiée a l'obligation de fournir une formation spécifique à l'ensemble de son équipe officinale et de mettre en place une charte d'engagement. Cette certification confère une légitimité auprès des autres acteurs de la périnatalité et facilite l'intégration aux réseaux existants. Elle permet également d'assurer une continuité avec les maternités labellisées IHAB et de promouvoir le développement du travail en interprofessionnalité. Elle s'inscrit dans la politique de santé actuelle de l'ARS, qui vise à améliorer la coordination des soins en renforçant la coopération interprofessionnelle et en soutenant les politiques de santé publique, notamment par le développement de structures d'exercice coordonnées.

Dans ce contexte, le développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé et des Maisons de Santé Pluridisciplinaires pourrait être un support à la mise en place de la certification et offrir une solution pour améliorer ce travail en équipe et garantir un soutien plus complet aux jeunes parents.

Annexes:

Annexe 1 : Questionnaire La prise en charge du nourrisson à l'officine

11/05/2023 17:11

Bienvenue sur la Plateforme Enquêtes de l'Université de Lille - Prise en charge du nourrisson à l'Officine

Prise en charge du nourrisson à l'Officine

Bonjour,

je suis Eva Traccan, étudiante en pharmacie. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur la prise en charge du nourrisson à l'officine Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les différentes pratiques de prise en charge du nouveau-né et de sa famille à l'officine.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être pharmacien, préparateur en pharmacie ou étudiant en pharmacie, travaillant en officine.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 minutes seulement !

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification. Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Merci à vous !

Il y a 13 questions dans ce questionnaire.

Votre Formation

Qui êtes-vous ? *

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Un pharmacien
- Un préparateur en pharmacie
- Un étudiant en pharmacie

Avez-vous été formé à l'accompagnement du Nourrisson ? *

📌 Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Oui lors de ma formation initiale
- Oui via des formations complémentaires
- Non

Sur une échelle de 1 à 5, à quel point vous sentez vous à l'aise sur ces sujets ?

1 correspondant à "pas du tout" et 5 correspondant à "tout à fait"

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5
L'accompagnement de la femme enceinte	<input type="radio"/>				
L'accompagnement de l'allaitement maternel	<input type="radio"/>				
L'accompagnement du nourrisson et de sa famille	<input type="radio"/>				

Pratique Officinale

Attention, soyez vigilant : certaines informations communiquées dans les réponses libres peuvent permettre de vous identifier de manière indirecte et donc de lever l'anonymat du questionnaire

Sur quelles sources basez vous essentiellement vos conseils ? *

📌 Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Vécu personnel, des membres de l'équipe, de l'entourage
- Formation des laboratoires
- Formation initiale ou complémentaire universitaire
- Documentation scientifique (articles,OMS...)

Autre:

Lors de délivrance d'acide folique a une femme dans un cadre de projet de grossesse ou de grossesse effective, vous : *

❶ Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Expliquez la prise du traitement
- Expliquez l'intérêt du traitement
- Faites un point sur la vaccination de la future maman
- Parlez à la future maman de la possibilité de réaliser un entretien court femme enceinte à la pharmacie
- Remettez des brochures et guides sur la grossesse et l'allaitement
- Autre:

Effectuez vous des entretiens court de la femme enceinte sur les risques liés à la prise de substances tératogènes ou fœtotoxiques ? *

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non je ne me sens pas assez formé sur le sujet
- Non par manque de temps
- Non je ne connaissais pas l'existence de cette nouvelle mission
- Autre

Lors de l'accueil de futurs ou de jeunes parents à l'officine, avez-vous pour habitude de les informer sur l'allaitement et le maternage ? *

📌 Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Oui via des brochures
- Oui via une discussion au comptoir
- Oui via un entretien allaitement
- Non je n'y pense pas
- Non je ne me sens pas assez formé sur le sujet
- Non par manque de temps

Autre:

Lors de la délivrance d'un tire-lait, vous : *

📌 Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Tracez l'appareil donné à la patiente
- Effectuez une démonstration
- Proposez d'effectuer la mesure pour la tétérelle
- Expliquez comment prendre la mesure pour la tétérelle
- Expliquez la conservation du lait
- Remettez le guide de l'allaitement maternel
- Rappelez les critères d'un allaitement et de tétés efficaces
- Appelez la patiente dans les jours qui suivent afin de s'assurer du bon fonctionnement de l'appareil
- Informez sur la possibilité de don de lait via les lactariums

Autre:

Lors de la vente de biberons, vous : *

📌 Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Demandez l'âge de l'enfant
- Rappelez les différents débits
- Demandez si l'enfant est allaité
- Demandez le type de lait qu'il y aura dans le biberon
- Rappelez les différentes possibilités d'installation pour donner le biberon à l'enfant
- Demandez si il y a besoin d'une explication pour la reconstitution du lait en poudre

Autre:

Quels sujets de santé publique et conseils concernant le nouveau-né avez vous abordé au comptoir durant ces 12 derniers mois ? *

📌 Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- La vaccination chez la femme enceinte
- L'intérêt de la prise d'acide folique lors de la grossesse
- Le syndrome du bébé secoué
- La dépression post-partum
- L'allaitement
- Les conseils de couchage de bébé pour la prévention de la mort subite du nourrisson
- Le peau à peau
- Le cycle de tétée chez le nourrisson
- La réponse rapide aux pleurs du bébé

Autre:

Sur une échelle de 1 à 5, à quel point vous sentez vous à l'aise avec les différents termes abordés à la question précédente ?

1 correspondant à "pas du tout" et 5 correspondant à "tout à fait"

*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1
 2
 3
 4
 5

Vos Contacts et Réseaux de Périnatalités

Attention, soyez vigilant : certaines informations communiquées dans les réponses libres peuvent permettre de vous identifier de manière indirecte et donc de lever l'anonymat du questionnaire

Pour aider les futurs/jeunes parents à répondre à leurs interrogations sur l'allaitement, vous disposez: *

🗖️ Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- De cartes de visites de professionnels de santé du secteur spécialisé dans la périnatalité
- D'une liste actualisée de professionnels de santé libéraux , des PMI et des maternités du secteur ainsi que leurs spécialités
- De cartes de visites des associations de soutien à la parentalité et l'allaitement
- D'une liste des associations de soutien à la parentalité et l'allaitement
- Nous ne possédons pas ces outils à disposition à l'officine
- Autre:

Connaissez vous la certification Initiative Pharmacie Amie des Nourrissons (IPHAN) ? *

🗳️ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui j'en ai déjà entendu parler
- Oui et ma pharmacie est labellisée IPHAN
- Non

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : eva.traccan.etu@univ-lille.fr

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Bibliographie

1. Bydlowski M. Devenir mère. Odile Jacob. 2020.
2. Santé Publique France. Lancement de la première campagne sur les 1 000 premiers jours de vie : « Devenir parent, c'est aussi se poser des questions » [Internet]. [cité 24 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/lancement-de-la-premiere-campagne-sur-les-1-000-premiers-jours-de-vie-devenir-parent-c-est-aussi-se-poser-des-questions>
3. Cinelli H, Lelong N, Le Ray C, Demiguel V. Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements [Internet]. [cité 16 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/enquete-nationale-perinatale.-rapport-2021.-les-naissances-le-suivi-a-deux-mois-et-les-etablissements>
4. Santé Publique France. Enquête nationale périnatale. Rapport 2016.
5. Morin L. Âge maternel avancé : Complications de grossesse chez la mère [Internet]. [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.chusj.org/fr/soins-services/C/complications-de-grossesse/complications-mere/Complications/age-avance>
6. Hamon C, Fanello S, Catala L, Parot E. Conséquences de l'obésité maternelle sur le déroulement du travail et l'accouchement. EM-Consulte [Internet]. [cité 8 sept 2022]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/115243/consequences-de-l-obesite-maternelle-sur-le-deroul>
7. DEHE S, ELEFANT E, GOUJARD J. Recommandations_pour_la_prevention_des_anomalies_de_la_fermeture_du_tube_neural.
8. Vidal. VIDAL. [cité 15 avr 2024]. Symptômes et complications de l'infection à CMV. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/douleurs-fievres/infection-a-cytomegalovirus-cmv/symptomes-complications.html>
9. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 8 mars 2024]. L'entretien prénatal précoce. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/article/l-entretien-prenatal-precoce>
10. Réseau Périnatal du Val d'Oise. Entretien Prénatal Précoce | RPVO [Internet]. [cité 4 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.rpvo.org/entretien-prenatal-precoce>
11. Bocquet A. PNNS-allaitement maternel, les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère [Internet]. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf>
12. Dubesset M. Didier Lett et Marie-France Morel, Une histoire de l'allaitement. Clio Femmes Genre Hist [Internet]. 1 mai 2010 [cité 23 nov 2022];(31). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/cliog/9730>
13. Histoire rurale et démographie : les nourrices du Morvan au XIXe siècle - Persée [Internet]. [cité 25 sept 2024]. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/adh_1147-1832_1964_num_1964_1_883
14. Hainault Royer L. Genre & Histoire. Association Mnémosyne; 2013 [cité 5 mai 2023]. « Féminismes et allaitement maternel en France des années 1890 à l'an 2000 », Master 2, sous la direction de M. Jean-Louis Lenhof, Université de Caen-Basse-Normandie. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/genrehistoire/1742>
15. France info. Franceinfo. 2022 [cité 25 sept 2024]. VIDEO. Elle dénonce le fait de ne pas pouvoir allaiter en public. Disponible sur:

- https://www.francetvinfo.fr/societe/video-elle-denonce-le-fait-de-ne-pas-pouvoir-aler-laiter-en-public_5491302.html
16. Wiessinger D. AA 87 : Remettre le « public » dans « l'allaitement ». [cité 24 nov 2022]; Disponible sur:
<https://www.illfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1619>
 17. Légifrance. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 [Internet]. [cité 25 sept 2024]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/menu/droit-national-en-vigueur/constitution/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789>
 18. Légifrance. Article 222-32 - Code pénal [Internet]. [cité 25 sept 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409377
 19. Assemblée Nationale. Proposition de loi n°3964 relative à l'allaitement maternel : pour une meilleure sensibilisation et plus d'information [Internet]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3964_proposition-loi
 20. Légifrance. Documents et publications.
 21. Didierjean-Jouveau C. Claude Didierjean-Jouveau - Naissance, allaitement, maternage, parentalité, éducation. 2020 [cité 25 sept 2024]. Épidémiologie de l'allaitement maternel en France. Disponible sur:
<https://www.claude-didierjean-jouveau.fr/2020/10/22/epidemiologie-de-lallaitement-maternel-en-france/>
 22. Didierjean-Jouveau C. AA 79 : Comment les mères vivent la fin de l'allaitement. N 79 Allaiter Aujourd'hui LLL Fr [Internet]. 2009 [cité 6 juill 2022]; Disponible sur: <https://www.illfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1598-aa-79-comment-les-meres-vivent-la-fin-de-lallaitement>
 23. Bloch J, Denis P, Jezewski-Serra D. Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans-Enquête nationale 2007-2009.
 24. Vaivre-Douret L, Dos Santos C, Richard A, Jarjanette V, Paniel BJ, Cabrol D. Comportements des mères face à la position de couchage de leur bébé : effets de la dernière campagne de prévention concernant la mort subite du nourrisson. Arch Pédiatrie. 1 déc 2000;7(12):1293-9.
 25. soins M de la santé et de l'accès aux, soins M de la santé et de l'accès aux. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. [cité 25 sept 2024]. La santé de votre enfant au quotidien. Disponible sur:
<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/la-sante-de-votre-enfant-au-quotidien>
 26. Bydlowski S, Tebeka S, Belzeaux R, Vacheron MN. Pédagogie Numérique en Santé. [cité 26 sept 2024]. MOOC-Pns - Santé mentale et troubles psychiques périnataux. Disponible sur:
<https://pns-mooc.com/fr/mooc/module/session/course/735>
 27. AMELI. Après l'accouchement : baby blues et dépression du post partum [Internet]. [cité 15 avr 2024]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/assure/sante/devenir-parent/accouchement-et-nouveau-ne/baby-blues-depression-post-partum-grossesse>
 28. AMELI. Dépression post-partum [Internet]. [cité 15 avr 2024]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/sante-mentale-soins-primaires/sante-mentale-maternite-perinatalite/depression-post-partum>
 29. commission 1000 premiers jours. Rapport les 1000 premiers jours. 2020 sept.
 30. 1000 premiers jours. 1000 Premiers Jours - Là où tout commence. [cité 15 avr 2024]. Le baby blues et la dépression post-partum. Disponible sur:
<https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/le-baby-blues-et-la-depression-post-partum>
 31. Santé Publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les

- morts maternelles (ENCMM) 2013-2015. [Internet]. [cité 15 avr 2024]. Disponible sur:
<https://www.santepubliquefrance.fr/import/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir.-6e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>
32. Syndrome du bébé secoué : une maltraitance qui peut être mortelle - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur:
<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/proteger-les-enfants-face-aux-differentes-formes-de-maltraitements/syndrome-bebe-secoue#La-campagne-de-communication>
 33. Mireau É. Maltraitance du nourrisson :le syndrome du bébé secoué. *Laennec*. 2008;56(1):18-25.
 34. Ministère de la Santé et de la Prévention. Campagne nationale de sensibilisation au syndrome du bébé secoué :UNE MALTRAITANCE QUI PEUT ÊTRE MORTELLE. 2022 janv.
 35. Simonnet H, Chevignard M, Laurent-Vannier A. Conduite à tenir face aux pleurs du nourrisson ; prévention du « syndrome du bébé secoué » par une information aux nouveaux parents en période néonatale. *Ann Phys Rehabil Med*. 1 oct 2011;54:e293.
 36. Larousse É. hospitalisme - LAROUSSE [Internet]. [cité 26 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/hospitalisme/13612>
 37. Lecomte J. L'attachement : aux sources des liens personnels. In: *Familles* [Internet]. Éditions Sciences Humaines; 2002 [cité 26 janv 2024]. p. 267-72. Disponible sur: <https://www.cairn.info/familles--9782912601162-page-267.htm>
 38. Dugravier R, Barbey-Mintz AS. Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances Psy*. 2015;66(2):14-22.
 39. van der Horst FCP, LeRoy HA, van der Veer R. "When Strangers Meet": John Bowlby and Harry Harlow on Attachment Behavior. *Integr Psychol Behav Sci*. 1 déc 2008;42(4):370-88.
 40. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*. 2007;19(2):151-88.
 41. C'est quoi le maternage proximal? Définition [Internet]. *Maternage Proximal*. 2021 [cité 5 janv 2023]. Disponible sur:
<https://maternageproximal.com/maternage-proximal-definition/>
 42. Laronche M. Plus près de toi, mon bébé. *Le Monde.fr* [Internet]. 16 janv 2010 [cité 15 avr 2024]; Disponible sur:
https://www.lemonde.fr/vous/article/2010/01/16/le-maternage-proximal-fait-des-adepetes-et-provoque-la-controverse_1292686_3238.html
 43. Valdes L. Pleurs du nourrisson. *J Pédiatrie Puériculture*. 1 janv 1995;8(1):34-8.
 44. 1000 Premiers Jours. 1000 Premiers Jours - Là où tout commence. [cité 6 mai 2023]. Les pleurs de bébé. Disponible sur:
<https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/les-pleurs-de-bebe>
 45. Pignol J, Lochelongue V, Fléchelles O. Peau à peau : un contact crucial pour le nouveau-né. *Spirale*. 2008;46(2):59-69.
 46. GIRARD L. Peau à peau... ET VOUS, DANS VOTRE ÉQUIPE, VOUS EN ÊTES OÙ?
 47. Luu P, Mestdagh B, Barré-Drouard C, Richart P, Courtecuisse-Vamour C, Rakza T, et al. Le peau à peau du nouveau-né en cours de césarienne : une étude d'évaluation des pratiques professionnelles. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 avr 2019;47(4):342-6.
 48. Réseau Périnatal des 2 Savoie. Peau à peau en salle de naissance. 2019.
 49. Ball H. Sommeil de l'enfant, allaitement, et partage du lit [Internet]. [cité 26 juin

- 2023]. Disponible sur:
<https://www.lilfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/2166-sommeil-de-l-enfant-allaitement-et-partage-du-lit>
50. Riquet S, Roussel M, Vigie M, Zakarian C, Hassler P. Le sommeil partagé : parental proximal pour l'enfant dans ses 1 000 premiers jours. *Rech Soins Infirm.* 2021;145(2):79-90.
 51. Cardus S, Butler K, Upstone S, Davies B. Safer Sleep & the Breastfed Baby [Internet]. La Leche League GB. 2016 [cité 26 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.laleche.org.uk/safe-sleep-the-breastfed-baby/>
 52. Vigouroux A. Le portage de l'enfant : une réponse à ses besoins. *J Psychol.* 1 mai 2011;285(2):58-62.
 53. Nest institute. Le handling et le holding de Winnicott dans la petite enfance | Nest Institute [Internet]. [cité 25 janv 2024]. Disponible sur: <https://nest-institute.com/blog/article/le-handling-et-le-holding-de-winnicott-dans-l-a-petite-enfance>
 54. Joly V. Le holding chez Donald Winnicott: l'importance du portage de l'enfant [Internet]. [cité 25 janv 2024]. Disponible sur: <https://psy-enfant.fr/holding-donald-winnicott/>
 55. Garcia A. Psychomotricité & Portage: l'intérêt du portage dans le développement psychomoteur de l'enfant.
 56. Sertelon I. Promouvoir le portage des bébés, une action de santé publique. *Actual Pharm.* 1 mars 2022;61(614):32-5.
 57. Association des EGPR. Définition du premier recours [Internet]. États Généraux du Premier Recours. 2022 [cité 25 sept 2024]. Disponible sur: <https://premierrecoursocial.org/definition-du-premier-recours/>
 58. CNOP [Internet]. [cité 25 sept 2024]. La loi HPST, c'est le moment d'en parler ! Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-communiques-de-presse/la-loi-hpst-c-est-le-moment-d-en-parler>
 59. AMELI. Les missions du pharmacien d'officine [Internet]. [cité 25 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/medicaments/missions-pharmacien>
 60. Laurent C. Rôle du pharmacien auprès des parents à la sortie de la maternité. *Actual Pharm.* 1 mars 2022;61(614):29-31.
 61. Beaujard M, Buxeraud J, Fougere É. La pharmacie, un repère avant et après l'accouchement. *Actual Pharm.* 1 déc 2019;58(591, Supplément):18-9.
 62. Sertelon I. Promouvoir le portage des bébés, une action de santé publique. *Actual Pharm.* 1 mars 2022;61(614):32-5.
 63. Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
 64. AMELI. Entretien femme enceinte [Internet]. [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/sante-prevention/accompagnements/entretien-femme-enceinte>
 65. ANSM. ANSM. [cité 25 sept 2024]. Dossier thématique - Médicaments et grossesse : les bons réflexes. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/medicaments-et-grossesse/medicaments-et-grossesse-les-bons-reflexes>
 66. AMELI. Grossesse : suivi médical et accompagnement | ameli.fr | Assuré [Internet]. [cité 25 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/devenir-parent/grossesse/grossesse-en-bonne-sante/grossesse>
 67. AMELI. MA MATERNITÉ Je prépare l'arrivée de mon enfant. 2023.

68. Cespharm. Cespharm - Médicaments et grossesse : les bons réflexes - carte [Internet]. [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/catalogue/Medicaments-et-grossesse-l-es-bons-reflexes-carte>
69. URPS Pharmaciens HDF. Pharmallait. [cité 25 sept 2024]. pharmallait. Disponible sur: <https://www.pharmallait.fr/>
70. URPS Pharmaciens HDF. Commandez vos outils - URPS Pharmaciens HDF [Internet]. 2023 [cité 25 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.urps-pharmaciens-hdf.fr/des-outils-a-la-demande/>
71. calameo.com [Internet]. [cité 29 sept 2024]. Rapport d'activité 2022 URPS Pharmaciens HDF. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/006573220e95d800e75f5>
72. BEAUMONT O. Les déterminants de l'initiation et de la poursuite de l'allaitement maternel en France : Bilan d'une enquête de perception sur les réseaux sociaux. 2019.
73. Schaffar A, Huyghe AS, Bomy H, Duriez P, Ego A, Pierrat V. Allaitement maternel : opinions et connaissances des pharmaciens dans la métropole lilloise. Arch Pédiatrie. 1 mai 2012;19(5):476-83.
74. Carré M, Geiler I, Dumoulin D, Schanen C, Bomy H, Rousseau S, et al. Allaitement maternel et pratiques à l'officine : intérêt d'une formation pour les pharmaciens et préparateurs en pharmacie. Rev Médecine Périnatale. 2017;9(3):171-7.
75. Calvez R. État des lieux des connaissances et des outils utilisés par les équipes officinales dans le Finistère sur la problématique allaitement maternel et médicaments. Étude descriptive transversale.
76. DUBOS V. Syndrome du bébé secoué : Rôle du pharmacien d'officine dans la mise en place d'actions de prévention. 2021.
77. Ministère de l'Enseignement supérieur, et de la Recherche. enseignementsup-recherche.gouv.fr. 2013 [cité 29 sept 2024]. Bulletin officiel n° 20 du 16 mai 2013 Docteur en pharmacie. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/bo/13/Hebdo20/ESRS1308349A.htm>
78. Balineau G, Brugvin T, Coulibaly M, Matringe-Sok B. Certification. In: Dictionnaire du commerce équitable [Internet]. Versailles: Éditions Quæ; 2012 [cité 22 avr 2024]. p. 25-34. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/dictionnaire-du-commerce-equitable--9782759217939-p-25.htm>
79. Cailler R. Certification ISO 9001: 2015 dans une pharmacie d'officine: optimisation de la gestion des risques.
80. pharmacies.fr LM des. Le Moniteur des pharmacies.fr. [cité 29 sept 2024]. Norme Iso 9001 : la qualité, ça n'a pas de prix ! - 28/07/2023 - Actu - Le Moniteur des pharmacies.fr. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnel/les/norme-iso-9001-la-qualite-ca-n-a-pas-de-prix.html>
81. Joreau C. OncoPharma : une certification novatrice pour monter en compétence en oncologie [Internet]. Revue Pharma. 2023 [cité 24 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.revuepharma.fr/2023/04/oncopharma-une-certification-novatrice-pour-monter-en-competence-en-oncologie/>
82. IPhan. IPHAN, pharmacie amie des nourrissons [Internet]. [cité 29 sept 2024]. Disponible sur: <https://iphan.fr/>
83. Léger E. Les freins et moteurs de l'interprofessionnalité à travers l'expérience des acteurs de soins exerçant ou faisant partie d'un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle.

84. Santé.Gouv. Plaquette HPST grand public.
85. Ordre national des pharmaciens. Les cahiers de l'Ordre national des pharmaciens n 10 : Coopération interprofessionnelle.
86. Dugnat M, Douzon-Bernal M. Quelques questions sur les différentes figures des réseaux en périnatalité | Cairn.info [Internet]. [cité 29 mai 2024]. Disponible sur: https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/article.php?ID_ARTICLE=SPI_041_0097
87. Cornet B, Métral P, Gouyon JB. Réseaux actuels en périnatalité. De la pratique à la théorie.... Arch Pédiatrie. 1 juin 1999;6(7):794-8.
88. Vendittelli F, Brunel S, Veillard JJ, Gerbaud L, Lémery D. Évaluation de l'intégration des médecins généralistes au sein d'un réseau de santé en périnatalité. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 nov 2009;38(7):559-73.
89. Thépaut A. Les sages-femmes libérales dans la dynamique des réseaux de santé en périnatalité. Vocat Sage-Femme. mars 2015;14(113):10-4.
90. Dalinval P. L'allaitement maternel à l'officine et la coopération interprofessionnelle entre sage-femme et pharmacien : Constats et perspectives d'évolution. 2021.
91. IHAB. IHAB. [cité 30 sept 2024]. Le label IHAB - IHAB France. Disponible sur: <https://i-hab.fr/a-propos/le-label-ihab/>
92. La Leche League. L'Initiative Hôpital Ami des Bébé [Internet]. [cité 30 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/promotion-et-protection-de-l-allaitement/1027-ihab>
93. Lotigier- Coulon V, Desplanques G. Etude descriptive des allaitements maternels des 2èmes semestres 2008 et 2010 à la maternité Paul Gellé de Roubaix (Obtention du label IHAB en 2009). 2012.
94. IL MELOGRANO VERONA. FAAM – Pharmacie favorable à l'allaitement – Melograno Verona [Internet]. [cité 15 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.melogranovr.org/faam/>
95. La Leche League. Pharmacies amies de l'allaitement maternel (PHAAM) [Internet]. [cité 14 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/actualites/1816-pharmacies-amies-de-l-allaitement-maternel-phaam>
96. GIFA. GIFA. [cité 15 mai 2023]. PHAAM - Pharmacie amie de l'allaitement. Disponible sur: <https://www.gifa.org/suisse/phaam-pharmacie-amie-de-l-allaitement-maternel/>
97. Le Fournier C. L'Initiative pharmacie amie des nourrissons, une démarche innovante. Actual Pharm. 1 mars 2022;61(614):24-8.
98. Bontemps A. La certification IPhAN : applications à la pratique officinale [Internet]. 2023 [cité 30 sept 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04157871>

Université de Lille

UFR3S-Pharmacie

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Année Universitaire 2024/2025

Nom : TRACCAN

Prénom : Eva

Titre de la thèse : Enjeux de Santé Publique et Rôle du Pharmacien dans l'Accompagnement du Nouveau-né et de sa Famille : Promotion de l'Allaitement Maternel et Certification IPHAN

Mots-clés : enquête officinale, soutien et accompagnement des parents, rôle du pharmacien, l'accompagnement, du nourrisson, relation pharmacien-patient, réseaux de périnatalité, interprofessionnalité, grossesse, post partum, promotion de l'allaitement maternel, santé publique, conseils à l'officine, certification initiative pharmacie amie des nourrissons.

Résumé : Lors de l'arrivée d'un enfant, les jeunes parents se posent souvent une multitude de questions. Par son accessibilité et sa proximité, le pharmacien d'officine et son équipe sont en première ligne pour accompagner le nourrisson et sa famille. Une enquête menée auprès d'équipes officinales a permis d'étudier leur ressenti concernant leur formation ainsi que leur pratique au comptoir sur ces sujets de périnatalité. La certification IPHAN, en proposant des formations spécifiques et en favorisant l'interprofessionnalité, apparaît comme un levier essentiel pour améliorer le soutien offert aux jeunes parents, tout en s'inscrivant dans la politique de santé publique actuelle.

Membres du jury :

Président : Madame GARAT Anne

Maître de Conférences en Toxicologie et Santé publique et Praticien Hospitalier associée au département Pharmacie de l'UFR3S de Lille

Assesseur : Madame STANDAERT Annie

Maître de Conférences en Parasitologie

associée au département Pharmacie de l'UFR3S de Lille

Membre extérieur : Monsieur NICODÈME Franck

Docteur en Pharmacie

Pharmacien titulaire de la pharmacie Saint Pierre à Calais