



Université de Strasbourg
FACULTÉ DE PHARMACIE

N° d'ordre: 2540

MÉMOIRE DE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

—

ALLAITEMENT MATERNEL : CONSEILS ET PRISE EN CHARGE À L'OFFICINE

Présenté par Ingrid SCHEER

Soutenu le 17/11/2023 devant le jury constitué de

Madame le Professeur Béatrice HEURTAULT, Présidente

Madame le Docteur Alexandra CHAMPERT, Directeur de thèse

Madame le Docteur Julie BERGANTZ, Autre membre du jury

Approuvé par le Doyen et
par le Président de l'Université de Strasbourg



Doyen	Esther KELLENBERGER
Directeurs adjoints	Julien GODET Béatrice HEURTAULT Emilie SICK
Directeur adjoint étudiant	Léo FERREIRA-MOURIAUX

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs :

Philippe	BOUCHER	Physiologie
Nathalie	BOULANGER	Parasitologie
Line	BOUREL	Chimie thérapeutique
Pascal	DIDIER	Biophotonique
Saïd	ENNAHAR	Chimie analytique
Valérie	GEOFFROY	Microbiologie
Philippe	GEORGEL	Bactériologie, Virologie
Jean-Pierre	GIES	Pharmacologie moléculaire
Béatrice	HEURTAULT	Pharmacie galénique
Esther	KELLENBERGER	Bio-Informatique
Maxime	LEHMANN	Biologie cellulaire
Eric	MARCHIONI	Chimie analytique
Francis	MEGERLIN	Droit et économie pharm.
Yves	MELY	Physique et Biophysique
Jean-Yves	PABST	Droit Economie pharm.
Françoise	PONS	Toxicologie
Valérie	SCHINI-KERTH	Pharmacologie
Florence	TOTI	Pharmacologie
Thierry	VANDAMME	Biogalénique
Catherine	VONTHRON	Pharmacognosie
Pascal	WEHRLÉ	Pharmacie galénique

Professeurs-praticiens hospitaliers

Julien	GODET	Biostatistiques - science des données
Jean-Marc	LESSINGER	Biochimie
Bruno	MICHEL	Pharm. clinique santé publique
Pauline	SOULAS-SPRAUEL	Immunologie
Geneviève	UBEAUD-SÉQUIER	Pharmacocinétique

Enseignants contractuels

Alexandra	CHAMPERT	Pharmacie d'officine
Matthieu	FOHRER	Pharmacie d'officine
Philippe	GALAIS	Droit et économie pharm.
Philippe	NANDE	Ingénierie pharmaceutique
Caroline	WILLER - WEHRLÉ	Pharmacie d'officine

Maîtres de Conférences :

Nicolas	ANTON	Pharmacie biogalénique
Fareeha	BATTOOL	Biochimie
Martine	BERGAENTZLÉ	Chimie analytique
Elisa	BOMBARDA	Biophysique
Aurélié	BOURDERIOUX	Pharmacochimie
Emmanuel	BOUTANT	Virologie et Microbiologie
Véronique	BRUBAN	Physiologie et physiopath.
Anne	CASSET	Toxicologie
Thierry	CHATAIGNEAU	Pharmacologie
Manuela	CHIPER	Pharmacie biogalénique
Guillaume	CONZATTI	Pharmacie galénique
Marcella	DE GIORGI	Pharmacochimie
Serge	DUMONT	Biologie cellulaire
Gisèle	HAAN-ARCHIPOFF	Plantes médicinales
Célien	JACQUEMARD	Chémo-informatique
Julie	KARPENKO	Pharmacochimie
Sonia	LORDEL	Chimie analytique
Clarisse	MAECHLING	Chimie physique
Rachel	MATZ-WESTPHAL	Pharmacologie
Cherifa	MEHADJI	Chimie
Nathalie	NIEDERHOFFER	Pharmacologie
Sergio	ORTIZ AGUIRRE	Pharmacognosie
Sylvie	PERROTEY	Parasitologie
Romain	PERTSCHI	Chimie en flux
Frédéric	PRZYBILLA	Biostatistiques
Patrice	RASSAM	Microbiologie
Eléonore	REAL	Biochimie
Andreas	REISCH	Biophysique
Ludivine	RIFFAULT-VALOIS	Analyse du médicament
Carole	RONZANI	Toxicologie
Emilie	SICK	Pharmacologie
Yaouba	SOUAIBOU	Pharmacognosie
Maria-Vittoria	SPANEDDA	Chimie thérapeutique
Jérôme	TERRAND	Physiopathologie
Nassera	TOUNSI	Chimie physique
Aurélié	URBAIN	Pharmacognosie
Bruno	VAN OVERLOOP	Physiologie
Maria	ZENIOU	Chimiogénomique

Maîtres de conférences - praticiens hospitaliers

Julie	BRUNET	Parasitologie
Nelly	ÉTIENNE-SELLOUM	Pharmacologie- pharm. clinique

Assistant hospitalier universitaire

Damien	REITA	Biochimie
--------	-------	-----------

SERMENT DE GALIEN

JE JURE,

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

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

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

De ne dévoiler à personne les secrets
qui m'auront été confiés et dont j'aurai eu
connaissance dans la pratique de mon art.

Si j'observe scrupuleusement ce serment,
que je sois moi-même honoré
et estimé de mes confrères
et de mes patients.

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 1 : La lactation	10
1. Anatomie du sein	10
1.1 La plaque aréolo-mamelonnaire.....	10
1.2 La glande mammaire.....	10
1.3 Les tissus adipeux	11
1.4 Vascularisation, innervation et réseaux lymphatiques	12
2. Physiologie de la lactation.....	13
2.1 Modifications anatomiques mammaires pendant la gestation	13
2.2 Mammogenèse	14
2.3 Lactogenèse.....	14
3. Régulation de la production	16
3.1 Contrôle endocrine	16
3.1.1 Prolactine.....	17
3.1.2 Ocytocine	17
3.2 Contrôle autocrine.....	17
3.2.1 Quantitatif	18
3.2.2 Qualitatif	18
4. Composition du lait maternel.....	19
4.1 Colostrum.....	20
4.2 Lait maternel mature	21
5. Bénéfices de l'allaitement.....	21
5.1 Pour l'enfant.....	21
5.2 Pour la mère	22
Chapitre 2 : La pratique de l'allaitement.....	24
1. Mise en place de l'allaitement	24
1.1 Préparation pendant la grossesse.....	24
1.2 Premier contact peau à peau.....	26
1.3 La mise au sein.....	27
1.3.1 La prise du sein par le bébé.....	28
1.3.2 Les positions pour les tétées.....	29
1.4 Une bonne tétée.....	31
1.5 La tétée à l'éveil	33
2. Cas particuliers de l'allaitement	35
2.1 Allaitement du prématuré.....	35
2.2 Césarienne	37
2.3 Reprise du travail	38
2.4 Allaitement mixte.....	39

3. Sevrage de l'allaitement	40
4. Règles hygiéno-diététique	41
4.1 Nutrition	41
4.2 Alcool	44
4.3 Tabac	45
4.4 Caféine	46
4.5 Médicaments	46
5. Complications de l'allaitement.....	48
5.1 Congestions mammaires et engorgements	48
5.1.1 Symptômes	49
5.1.2 Causes	49
5.1.3 Traitements et conseils	50
5.2 Crevasses.....	51
5.2.1 Symptômes	51
5.2.2 Causes	52
5.2.3 Traitements et conseils	52
5.3 Mastite ou lymphangite.....	54
5.3.1 Causes	54
5.3.2 Symptômes	55
5.3.3 Traitements et conseils	55
5.4 Candidose.....	57
5.4.1 Symptômes	57
5.4.2 Causes	58
5.4.3 Traitements et conseils	58
6. Matériels autour de l'allaitement.....	60
6.1 Tire-lait.....	60
6.1.1 Tire-lait manuel	60
6.1.2 Tire-lait électrique.....	61
6.1.3 Choix du tire-lait adapté.....	62
6.1.4 Choix de la tétérèlle	63
6.1.5 Conservation du lait maternel	65
6.1.6 Ordonnance et remboursement	66
6.2 Coussin d'allaitement.....	67
6.3 Récipients de conservation.....	68
6.4 Bout de sein.....	69
6.5 Crèmes et compresses pour les mamelons	70
6.6 Les coquilles	71
6.7 Les coussinets d'allaitement et coupelles recueil-lait	72
Chapitre 3 : Accompagnement de la femme allaitante par les professionnels de santé.....	73
1. Etude.....	73

1.1	Contexte	73
1.2	Analyse des résultats	75
1.3	Limites et conclusion	82
2.	A l'officine	83
2.1	Informar et promouvoir l'allaitement	83
2.2	Accompagner l'allaitement au quotidien	84
2.3	Sécuriser la délivrance de médicaments	85
2.4	Pharmacie amie de l'allaitement maternel PHAAM.....	86
3.	En dehors de l'officine.....	86
3.1	Sage-femme	86
3.2	Associations ou structures pour l'allaitement	87

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Anatomie du sein	10
Figure 2 :	Coupe d'un acinus (ou alvéole).....	11
Figure 3 :	Vascularisation, innervation et réseaux lymphatiques du sein.....	12
Figure 4 :	Changement du sein	13
Figure 5 :	Taux d'hormones en fonction du stade de lactogénèse.....	14
Figure 6 :	Jonctions serrées au niveau des alvéoles en stade I et stade II.....	15
Figure 7 :	Contrôle endocrine	16
Figure 8 :	Variation de composition du lait de femme	20
Figure 9 :	Premier contact peau à peau entre la mère et l'enfant	26
Figure 10 :	Présentation du bout de sein par la méthode de l' « approche rapide »	28
Figure 11 :	Position de la madone	29
Figure 12 :	Position de la madone inversée.....	30
Figure 13 :	Position allongée	30
Figure 14 :	Position du ballon de rugby	30
Figure 15 :	Schéma des étapes de succion de l'enfant pendant la tétée	32
Figure 16 :	Récapitulatif de la fréquence des selles et des urines en fonction du temps.....	32
Figure 17 :	Courbes de croissance pour les filles et les garçons de 1 mois à 3 ans.....	33
Figure 18 :	Tableau comparatif de la concentration en protéines dans le lait maternel prématuré et à terme au cours des 2 premières semaines de lactation	35
Figure 19 :	Dispositif d'aide à la lactation.....	37
Figure 20 :	Différence de succion entre le sein et le biberon	40
Figure 21 :	Récapitulatifs de l'équilibre alimentaire de la femme enceinte	43

Figure 22 : Tableau du programme Motherisk déterminant le délai avant la prochaine tétée en fonction du poids de la mère et du nombre de verres consommés	45
Figure 23 : Engorgement mammaire	49
Figure 24 : Massage aréolaire et expression manuelle du lait	50
Figure 25 : Crevasse du mamelon	52
Figure 26 : Mastite.....	55
Figure 27 : Photo d'une candidose du mamelon	57
Figure 28 : Photo d'un muguet buccal chez le nourrisson.....	57
Figure 29 : Différents modèles de tire-lait manuels	61
Figure 30 : Différents tire-lait électriques	62
Figure 31 : Téterelle	63
Figure 32 : Placement du mamelon dans la téterelle	64
Figure 33 : Réglette de mesure du diamètre du mamelon Kitett®	64
Figure 34 : Coussin d'allaitement.....	68
Figure 35 : Sachet de recueil-lait.....	68
Figure 36 : Pot de conservation	69
Figure 37 : Bout de sein.....	69
Figure 38 : Pression de l'extrémité vers l'intérieur pour la mise en place	69
Figure 39 : Crème à base de lanoline purifiée	70
Figure 40 : Crème à base de vaseline	70
Figure 41 : Compresse hydrogel	71
Figure 42 : Coquilles protège-mamelon	71
Figure 43 : Coussinets d'allaitement	72
Figure 44 : Coupelles recueil-lait	72
Figure 45 : Questionnaire	74
Figure 46 : Le guide de l'allaitement maternel retrouvé sur le site du CESPARM	76
Figure 47 : Exemple d'affiche pour la promotion de l'allaitement dans l'officine	77
Figure 48 : Page d'accueil du site web du CESPARM	84
Figure 49 : Le livret du tire-lait (Cf annexe 1)	85

ANNEXES

Annexe 1	91
Annexe 2	99
Annexe 3	100

Introduction

(1), (2)

L'allaitement maternel, connu et pratiqué par les femmes depuis des millénaires, est la référence en alimentation du nourrisson durant ses premiers mois de vie. Le lait qu'une mère produit est unique et seul capable de s'adapter aux besoins du nourrisson au long de sa croissance, en comparaison avec les laits infantiles qui ne peuvent y répondre que par paliers : 1^{er} âge, 2^{ème} âge, etc. Malgré cela, on se rend compte que l'allaitement reste un sujet complexe avec des opinions et croyances très divergentes, pouvant compliquer voire dissuader sa mise en place.

L'assemblée générale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de mai 2001 recommande un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de vie, puis la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans -voire plus- en fonction du choix de la mère. Malgré cela, l'Enquête Nationale Périnatale 2021 (ENP 2021) révèle que seulement 56,3% des femmes allaitent exclusivement leur enfant à la maternité et ce taux chute à 34,4% à 2 mois après la naissance. La durée médiane a été estimée à 10 semaines, ce qui vaut à la France d'être parmi les moins performants, concernant la pratique et la durée de l'allaitement maternel, des pays européens. Le Programme National Nutrition-Santé (PNNS) va en faire un objectif spécifique afin de le promouvoir, aussi bien au niveau des femmes allaitantes que des professionnels de santé qui l'entourent.

La nouvelle convention pharmaceutique signée le 9 mars 2022 permet désormais au pharmacien d'officine d'être un acteur principal dans l'accompagnement de la femme enceinte, et ce rôle doit se poursuivre auprès des jeunes parents. Une femme démunie, face à un allaitement compliqué avec son nourrisson, se présente en pharmacie afin de chercher du soutien et des solutions pour mener à bien son allaitement. Mais avons-nous, en tant que pharmaciens, les connaissances et ressources nécessaires pour les accompagner ?

C'est ce qui a motivé mon envie de me plonger dans le sujet, afin de réaliser un état des lieux des informations en notre possession, de nos compétences à ce jour, pour proposer des outils permettant d'optimiser cet accompagnement.

Dans la première partie nous aborderons la lactation, en évoquant l'anatomie et la physiologie du sein, pour comprendre la mise en place et la régulation de cette dernière. De plus, nous y détaillerons la composition du lait maternel et les avantages qui en découlent pour le nourrisson.

La deuxième partie sera consacrée à la pratique de l'allaitement, pour expliquer au mieux la mise au sein du bébé, ainsi que sa poursuite malgré certaines complications particulières pouvant l'entraver. Pour cela nous détaillerons les matériels et accessoires qui peuvent être nécessaires durant l'allaitement, ainsi que les différentes méthodes ou médecines douces pouvant aider à pallier aux complications.

Enfin, dans une dernière partie, nous ferons un état des lieux du rôle du pharmacien d'officine, ainsi que des autres acteurs de santé, dans la promotion et l'accompagnement d'un allaitement. Cet état des lieux nous permettra de proposer des outils pouvant être utiles à l'officine, mais également aux futurs parents.

1. Anatomie du sein

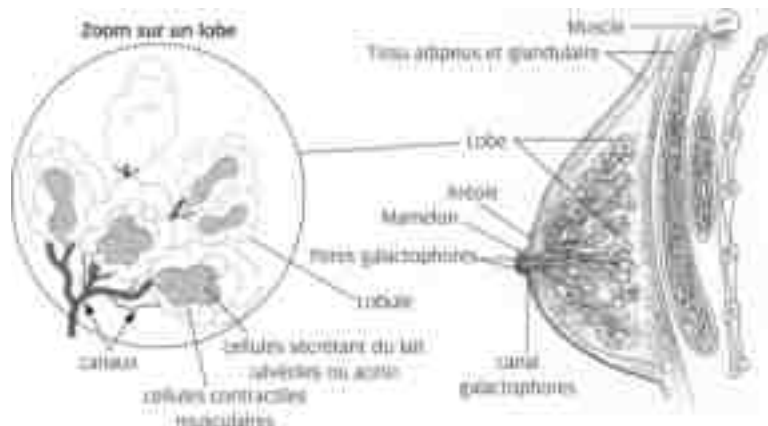


Figure 1 : Anatomie du sein

1.1 La plaque aréolo-mamelonnaire

(3), (4), (5)

Visuellement le sein est composé de 3 parties : le mamelon, l'aréole et la peau.

La **peau** est plutôt épaisse en périphérie et s'amincit au voisinage de l'aréole.

L'**aréole** est la zone circulaire pigmentée entourant le mamelon, d'environ 3cm de diamètre, constituée d'un épithélium très fin et souple. Sa surface irrégulière se constitue d'une dizaine de petites saillies, les tubercules de Morgagni, correspondant à des glandes sébacées. De plus, on y retrouve les orifices d'abouchement des pores des glandes sudoripares.

Le **mamelon** – organe érectile très sensible- est une saillie entourée d'un sillon, situé au milieu de l'aréole. Il est cylindrique, pigmenté, et d'aspect très variable selon les femmes. A sa surface sont disposés les pores des canaux galactophores, chacun bordé par un épithélium kératinisant. Hors grossesse et allaitement, ils sont habituellement comblés de kératine.

Le mamelon et l'aréole forment la **plaque aréolo-mamelonnaire**.

1.2 La glande mammaire

(6), (7), (8)

De manière générale, le sein est constitué d'un parenchyme tubulo-alvéolaire enrobé par du tissu conjonctif et adipeux. Ce parenchyme, comparable à une grappe de raisin, est une glande exocrine constituée de 15 à 20 lobes, eux-mêmes constitués de 20 à 40 lobules, contenant chacun 10 à 100 alvéoles ou acini.

La glande mammaire se développe dès l'âge de 10-12ans et jusqu'à 30-35ans sous l'effet des hormones au cours des cycles menstruels. Mais c'est seulement durant la grossesse, sous influence des hormones sécrétées, que le développement de la glande sera complet.

L'alvéole (ou acinus), cavité arrondie en forme de cul de sac, est la partie sécrétrice de la glande mammaire. Elle est constituée d'une monocouche de cellules épithéliales sécrétrices, les cellules lactifères, entourée d'une couche de cellules myoépithéliales à activité contractile, provoquant l'expulsion du lait. Au début, les acini ne sont que des bourgeons glandulaires clos et refermés sur eux-mêmes qui ne se déploieront qu'à l'occasion d'une grossesse, sous l'effet des hormones.

Chaque alvéole se draine par un canal intralobulaire, formant un lobule qui sera lui-même drainé par un canal interlobulaire. Plusieurs lobules forment un lobe glandulaire qui se draine par un canal galactophore. Ces canaux galactophores débouchent au niveau des pores du mamelon.

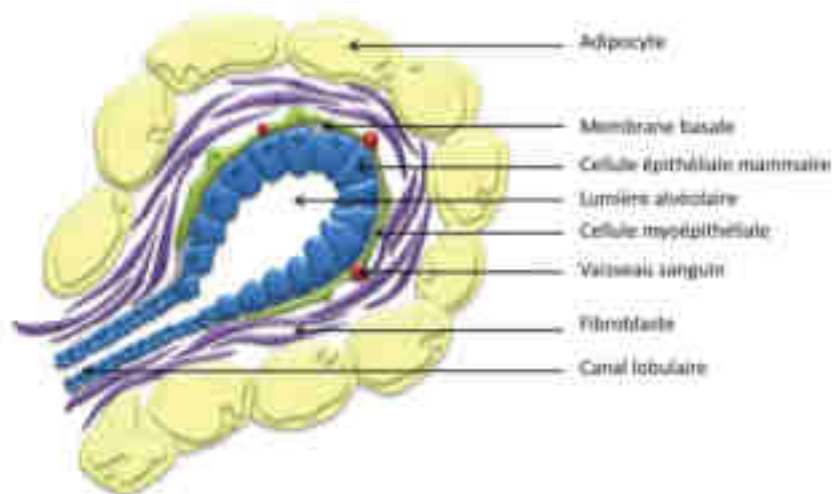


Figure 2 : Coupe d'un acinus (ou alvéole)

1.3 Les tissus adipeux

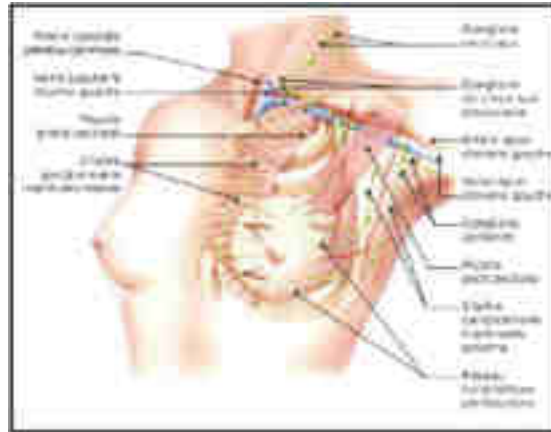
Le sein est constitué en majeure partie de tissus adipeux et de tissus glandulaires, étroitement liés l'un à l'autre. Le tissu adipeux va être responsable du volume du sein, mais n'a aucun rôle démontré dans la production ou la qualité du lait. Il est à noter que, quelle que soit la taille du sein, gros ou petit, une femme pourra allaiter.

On le retrouve majoritairement dans deux zones :

- la postérieure, formant une nappe généralement mince, séparant la glande mammaire des muscles pectoraux ;

Avec le tissu conjonctif, il va abriter une vascularisation abondante.

(9)



La distribution artérielle est variable en fonction des femmes et diffère entre les deux seins. Elle est majoritairement soutenue par l'artère thoracique interne (ou artère mammaire interne) qui fournit des branches pour la partie interne du sein. Mais également par des branches provenant de l'artère subclavière et axillaire pour la vascularisation de la partie externe du sein. Les artères se ramifient en artérioles puis en capillaires qui irriguent les glandes mammaires.

Au fur et à mesure de la grossesse, l'irrigation artérielle va augmenter proportionnellement à l'activité sécrétoire de la glande mammaire, provoquant l'augmentation du volume des seins. En moyenne, 500 litres de sang sont nécessaires pour produire 1 litre de lait, ce qui explique, dès la 24^{ème} semaine d'aménorrhée, que le débit sanguin double. Il stagne ensuite pendant l'allaitement et retrouve son débit normal environ deux semaines après le sevrage.

Plus de 75 % du drainage lymphatique du sein se fait par les ganglions lymphatiques axillaires.

2. Physiologie de la lactation

Tout au long de la grossesse, le sein va subir des modifications tant au niveau morphologique que physiologique afin de pouvoir répondre aux besoins nutritionnels et immunologique du futur bébé, en relais du placenta.

2.1 Modifications anatomiques mammaires pendant la gestation

(10), (11)

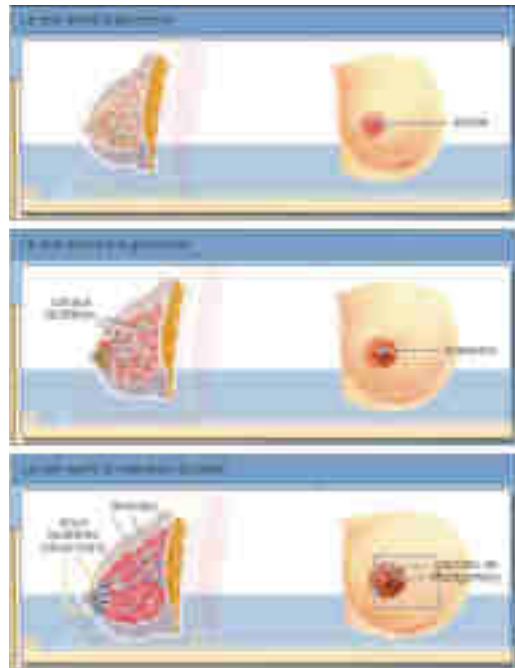


Figure 4 : Changement du sein

Les modifications anatomiques des seins sont généralement les premiers symptômes ressentis par la femme au début de sa grossesse. Ils semblent tendus et gonflés, avec une augmentation de la sensibilité, surtout au niveau mamelonnaire.

Cette modification s'explique principalement par une hyperplasie de l'épithélium glandulaire qui va peu à peu remplacer le tissu adipeux et se retrouver sous forme de lobes durs et tendus. Mais également par une hyperplasie épithéliale.

De plus, il va y avoir une forte augmentation de leur vascularisation due aux veines mammaires sous-cutanées qui se dilatent et deviennent apparentes sous la peau, dites réseau de Haller.

L'aréole et le mamelon, vont s'hyperpigmenter et devenir plus élastiques grâce à la synthèse accrue de mélanine et de fibres d'élastine. L'aréole va s'élargir et les glandes de Morgagni qui la composent vont devenir plus nombreuses et volumineuses, prenant ainsi le nom de tubercules de Montgomery, visible sous forme de petits boutons en relief à la surface. La chaleur de la zone aréolaire va permettre au nourrisson de se diriger facilement vers le mamelon, tandis que l'aspect rugueux des tubercules va favoriser la bonne adhérence de la bouche du bébé au sein.

De plus, ces glandes sébacées et sudoripares vont sécréter un sébum très odorant qui constitue un corps gras naturel, permettant de lubrifier le mamelon pour le protéger lors des tétées mais également d'aider le bébé à se diriger vers le mamelon.

2.2 Mammogenèse

(12), (13), (8), (10)

La mammogenèse est le phénomène de développement et de différenciation du parenchyme glandulaire dans un but de produire du lait. Il va y avoir une multiplication cellulaire caractérisée par la transformation des bourgeons glandulaires en alvéoles et une ramification après allongement des canaux collecteurs. La maturation de la glande mammaire débute dès la puberté par exposition de celle-ci aux œstrogènes et se poursuit pendant les trois trimestres de grossesse.

En effet, la grossesse va induire d'importantes modifications au niveau des taux sériques de certaines hormones, qui vont à leur tour avoir une action sur la glande. L'œstrogène va favoriser l'allongement et la ramification des canaux galactophores, tandis que la progestérone, la prolactine et l'hormone lactogène vont induire une multiplication des cellules des acini, amenant ceux-ci à se déplier et grandir.

La croissance lobulo-alvéolaire s'observe essentiellement lors de la première moitié de la grossesse due à une forte activité mitotique. Dès le 4^{ème} mois de grossesse, la glande mammaire est prête à fonctionner.

A partir du troisième trimestre, l'activité mitotique disparaît laissant place à des phénomènes d'hypertrophie, dont résultera une augmentation supplémentaire de la taille des lobules, une hypertrophie des lactocytes (les cellules épithéliales mammaires sécrétrices), ainsi que l'accumulation de la sécrétion dans la lumière des alvéoles.

2.3 Lactogenèse

(14), (7), (10), (15), (16)

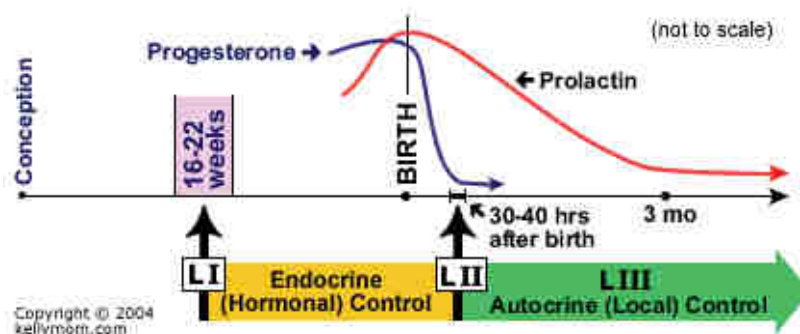


Figure 5 : Taux d'hormones en fonction du stade de lactogenèse

Elle correspond, en fin de grossesse, à l'apparition d'une activité synthétique de la glande mammaire afin de produire le lait mature. Il y aura une différenciation cellulaire des cellules épithéliales de la glande afin d'acquérir toutes les caractéristiques d'une cellule sécrétoire. La lactogenèse se déroule en 2 stades :

- Lactogenèse de stade I : appelée phase colostrale ou d'initiation sécrétoire.

C'est l'apparition de la capacité à synthétiser les composants spécifiques du lait. Elle débute durant la seconde moitié de la grossesse et se termine 2-3 jours après la naissance, lors de la montée de lait.

Durant la grossesse la sécrétion de lait est majoritairement freinée par le double rôle inhibiteur de la progestérone et secondairement par l'œstrogène. La progestérone va freiner la sécrétion de la prolactine au niveau hypophysaire, et empêcher son action sur la production de certaines protéines composantes du lactose au niveau mammaire.

Au niveau des alvéoles, les connexions entre les cellules sont assurées par des jonctions serrées qui, selon leur statut « ouvert » ou « fermé », vont avoir des conséquences sur la composition du lait. Ce statut est contrôlé également par la progestérone. Au stade I de la lactogenèse les jonctions seront ouvertes, permettant au colostrum fabriqué d'être réabsorbé dans la circulation maternelle. Le lactose est ainsi retrouvé dans le sang et les urines maternels, déterminant ainsi approximativement le début de cette phase.

Après la naissance, un volume très faible de colostrum est produit mais permet tout de même une protection immunitaire et un apport nutritionnel pour l'enfant. Le colostrum va être riche en éléments provenant du sang maternel (eau, sels minéraux et immunoglobulines) par l'intermédiaire des jonctions intercellulaires qui sont ouvertes.

La lactogenèse de stade I se termine par une fermeture de ces jonctions.

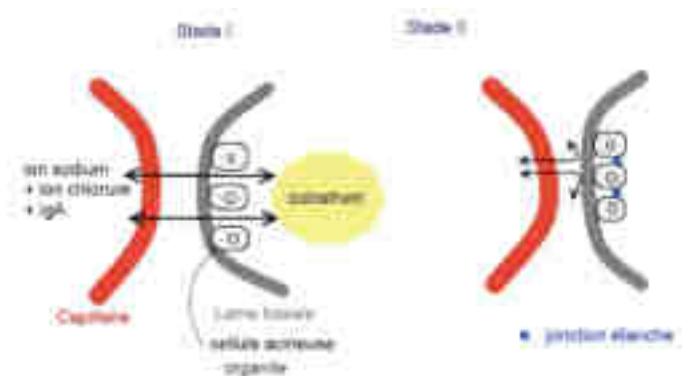


Figure 6 : Jonctions serrées au niveau des alvéoles en stade I et stade II

- Lactogenèse de stade II : appelée phase lactée ou phase d'activation sécrétoire.

Elle débute à partir du 3^{ème} jour *post-partum*, la « montée de lait », et dure jusqu'au 8^{ème} jour, suite à quoi se met en place la phase de lactation ou galactopoïèse. Elle est déclenchée par la chute du taux de

progestérone provoquée par l'expulsion du placenta, permettant à la prolactine d'exercer son action galactogène. Cela va induire la fermeture des jonctions intercellulaires, une modification de la sécrétion lactée et une augmentation du volume de lait produit et ce d'autant plus que l'extraction de lait intervient rapidement. Le volume et la composition du lait vont être modifiés pour s'adapter aux besoins de l'enfant.

Le débit sanguin dans les seins étant très augmenté, il permet de fournir des grandes quantités de substrats nécessaires pour la synthèse de lait.

3. Régulation de la production

(17), (14), (7)

La lactation ou galactopoïèse correspond au processus de sécrétion et d'extraction du lait mature. Le lait, fabriqué par les cellules sécrétrices de l'épithélium mammaire, est sécrété de façon continue dans les acini, puis stocké dans la lumière alvéolaire jusqu'à son éjection. La régulation de la production du lait va essentiellement dépendre de l'efficacité et de la fréquence de succion du nourrisson qui eux-mêmes influencent le système endocrine et la régulation autocrine.

3.1 Contrôle endocrine

Il permet la régulation de la production de lait lors d'une tétée. La succion efficace du nourrisson va stimuler les terminaisons nerveuses au niveau du complexe aréolo-mamelonnaire, permettant la transmission nerveuse du message au niveau du complexe hypothalamo-hypophysaire de la mère. Celui-ci va sécréter la prolactine et l'ocytocine qui vont être véhiculées par le sang afin que le transfert du lait maternel de la mère à l'enfant puisse se faire.

Sous l'effet de la sécrétion de prolactine, les lactocytes vont assurer la synthèse et le stockage du lait. Et sous l'effet de la sécrétion d'ocytocine, les cellules myoépithéliales qui entourent les lactocytes se contractent et permettent l'éjection du lait dans les canaux galactophores vers l'extérieur.

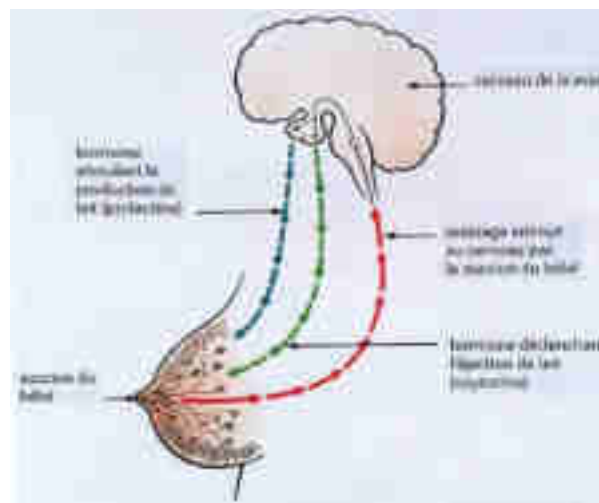


Figure 7 : Contrôle endocrine

3.1.1 Prolactine

Sécrétée par les cellules lactotropes de l'antéhypophyse, elle est l'hormone principale permettant la synthèse des constituants du lait.

Afin que la lactation se mette en place correctement, des taux sériques importants de prolactine sont nécessaires. Sa sécrétion étant permise par la stimulation mécanique aréolo-mamelonnaire, des tétées fréquentes, essentiellement les premiers jours, devront être mises en place de façon répétée et efficace.

Elle va réguler de façon positive ou négative ses récepteurs situés sur les lactocytes. Une augmentation de sa concentration et de la durée d'exposition des lactocytes à cette hormone va entraîner une augmentation du nombre de ses récepteurs sur la membrane des lactocytes et ainsi majorer la production de lait. Et inversement, une diminution du taux sérique de prolactine entraînera une diminution du nombre des récepteurs sur la membrane des lactocytes.

L'hypothalamus va exercer un contrôle inhibiteur sur celle-ci grâce à la dopamine, induisant une sécrétion pulsatile et circadienne de la prolactine, avec des pics pendant le sommeil qui se surajoutent au taux sérique de base durant l'allaitement. Il y aura donc une importance des tétées de nuit lorsque le taux sérique de prolactine sera supérieur, permettant une quantité de lait éjecté également augmentée.

3.1.2 Ocytocine

L'ocytocine est l'hormone de l'éjection du lait, produite par les noyaux supra-optiques et paraventriculaires de l'hypothalamus. Sa libération dans le sang est déclenchée par la stimulation du complexe aréolo-mamelonnaire par succion de l'enfant, mais également par des facteurs émotionnels, des stimuli visuels et olfactifs (photo du bébé, odeurs...). L'éjection du lait est un processus involontaire qui nécessite une période de succion « à vide » avant de se produire. Il existe parfois un temps de latence, de 0 à 15 minutes en fonction des femmes, entre le moment de stimulation du sein et le début de synthèse d'ocytocine. L'extraction du lait se fait en plusieurs réflexes d'éjection car la sécrétion de l'ocytocine est pulsatile.

Au niveau mammaire l'ocytocine agit sur les récepteurs des cellules myoépithéliales entourant les acini, provoquant leur contraction mais aussi sur les canaux lactifères, provoquant leur dilatation. Sa sécrétion étant dépendante de l'état émotionnel de la mère, un stress ou une contrariété peut inhiber la libération d'ocytocine tandis qu'un environnement serein permet au contraire d'améliorer la libération d'ocytocine et de faciliter le transfert de lait et l'allaitement.

3.2 Contrôle autocrine

(14,17)

C'est une régulation locale du sein de la quantité de lait produite permettant une adaptation permanente aux besoins variables du nourrisson. La fréquence et l'efficacité des tétées sont les déterminants les plus importants de cette régulation.

De plus, deux éléments majeurs permettent d'adapter le volume de lait produit à la demande du nourrisson. Le FIL (feed-back inhibitor of lactation), petite protéine qui s'accumule dans le lait lorsque les alvéoles sont pleines, permettant l'inhibition des mécanismes sécrétoires et la réduction du nombre de récepteurs à la prolactine.

Et la prolactine présente dans le lait, qui va entrer massivement dans les cellules quand les lactocytes sont vides et inversement.

3.2.1 Quantitatif

Les lactocytes ont la capacité de sécréter du lait en continu, mais sa fabrication va dépendre de la quantité de lait qu'ils contiennent déjà. Lorsqu'un lactocyte est plein de lait, les cellules membranaires qui l'entourent sont aplaties et distendues. Cela va entraîner une diminution de la synthèse du lait, allant jusqu'à l'arrêt total dans certaines situations d'engorgement.

A contrario, quand un lactocyte a été vidé par une tétée efficace, les cellules membranaires qui l'entourent sont hautes et cylindriques, permettant une augmentation de la production lactée. La vitesse de synthèse du lait est donc inversement proportionnelle au degré de remplissage des alvéoles.

Ce phénomène permet une production lactée qui s'ajuste à la demande, afin que le nouveau-né puisse adapter la quantité à ses besoins. Un allaitement ne respectant pas le cycle naturel de production du lait, ainsi que des seins insuffisamment vidangés provoquent une diminution de la production lactée.

A contrario, une augmentation de la fréquence et de l'efficacité des tétées permet une augmentation de la production lactée, les lactocytes étant fréquemment et efficacement vidangés, la production est relancée.

Il faudra être vigilant face à une mère qui présente des seins tendus douloureux, voire un début d'engorgement dû à un défaut de vidange alvéolaire ou à un œdème interstitiel. Cela provoque rapidement une baisse de la production de lait en réponse à la surdistension alvéolaire.

3.2.2 Qualitatif

On retrouve cinq voies différentes qui permettent la fabrication de lait par transformation des éléments présents dans le sang ou dans le liquide interstitiel en composant du lait. Parmi elles, quatre sont transcellulaires :

- La voie des vésicules sécrétoires, aussi appelé exocytose, où les protéines synthétisées dans l'acinus s'agglomèrent sous forme de « granule » de sécrétion puis passent du pôle apical de la cellule à la lumière de la vésicule.
- La voie des lipides dans laquelle les graisses s'agrègent sous forme de gouttelettes volumineuses qui migrent vers la partie apicale des cellules.
- La voie de la filtration qui permet à certaines substances de très petites tailles telles que les ions Na^+ , K^+ , Cl^- , les bicarbonates, le glucose et l'eau issus du plasma maternel de traverser directement la membrane cellulaire et passer dans la lumière alvéolaire.
- La transcytose qui est un mécanisme par lequel de nombreuses protéines du sang maternel traversent directement le tissu glandulaire. Elle permet de aux facteurs immunologiques et hormonaux maternels non modifiés, sous forme active comme les Ig A, l'albumine, la transferrine, les hormones et les facteurs de croissance de se retrouver dans le lait.

La 5^{ème} voie qui joue un rôle important est la voie intercellulaire. Elle est possible lors de la grossesse et dans les 48h après l'accouchement, lorsque les jonctions intercellulaires sont ouvertes. Elle permet des échanges importants entre le sang maternel et la lumière alvéolaire et inversement. En revanche, lorsque les jonctions intercellulaires sont fermées, juste après la montée laiteuse, cette voie ne sera pas utilisable. La composition du lait sera totalement dépendante des quatre voies de transfert transcellulaires.

4. Composition du lait maternel

Le lait maternel est un aliment « parfait » vivant, impossible à reproduire artificiellement, qui convient le mieux aux besoins du nouveau-né. L'analyse de sa composition, bien que complexe, permet de comprendre les bénéfices qu'en tire l'enfant lors de l'allaitement. Il est composé en majeure partie d'eau mais également de macronutriments (glucides, lipides, protéines), de micronutriments (vitamines, minéraux, oligo-éléments) et de facteurs biologiques actifs (hormones, facteurs de croissances, enzymes...). En plus de sa fonction nutritive, il permet le développement du système immunitaire du nourrisson et de son microbiote intestinal. La concentration de ses divers composants est variable en fonction des femmes, évolue au long d'une seule tétée et de la journée, ainsi qu'au cours de la lactation afin de s'adapter aux besoins du nourrisson pour sa croissance et son développement.

4.1 Colostrum

(17), (18)

Le colostrum est le lait sécrété par les seins dès la fin du 5^{ème} mois de grossesse et durant les 3 à 5 jours post-partum. C'est une sécrétion épaisse, de couleur jaunâtre, et peu abondante. Son odeur et son goût proche de celui du liquide amniotique permet au nouveau-né, connaissant déjà cette odeur, de se diriger plus facilement vers le sein. Les quantités initiales de colostrum sécrétées sont très faibles, moins de 100mL dû à la faible capacité gastrique du nourrisson à sa naissance.

En comparaison avec le lait mature, il est très riche en cellules immunocompétentes, en cellules de défense mais également en protéines solubles (IgA) et oligosaccharides lui conférant des propriétés anti-infectieuses en améliorant la protection contre les agents pathogènes des nouveau-nés.

Il est en revanche moins riche en lipides et en lactose que le lait mature, donc d'une densité énergétique moins importante, mais adapté aux fonctions rénales et hépatiques encore immatures du nouveau-né.

Sa forte concentration en protéines solubles et en sels minéraux permet une rétention d'eau sans augmentation de la diurèse, évitant ainsi une perte de poids ou la déshydratation. De plus, son pouvoir osmotique important permet la bonne expulsion du méconium.

Durant les 15 jours suivants, sa composition va évoluer vers celle du lait mature laissant place au **lait de transition**. Il est de couleur blanc-orangé et moins dense que le colostrum. La teneur en lipide et en lactose va augmenter progressivement tandis que la teneur en protéines et minéraux va diminuer.

La « montée de lait » permet une augmentation importante du volume de lait produit allant de 500 à 600mL ainsi qu'une modification de sa composition, laissant place au lait mature.

Composé	Colostrum (j ₁)	Lait de transition (j ₁₅)	Lait mature (j ₃₀₊)
Volume (ml)	56	668	726
Lactose (g/l)	41	54	68
Graisse (g/l)	21	39	40
Protéines (g/l)	31	9	8
Iga (g/l)	8	1	-
Na (mg/l)	810	370	340

Figure 8 : Variation de composition du lait de femme

4.2 Lait maternel mature

(5) , (17)

Le lait mature prend place environ 3 semaines à 1 mois après le démarrage de l'allaitement. Il s'adapte parfaitement aux besoins du nourrisson au fil des tétées et des mois. Il est constitué en majeure partie d'eau, permettant ainsi une bonne hydratation du bébé, sans apport de biberons d'eau entre les tétées si celles-ci sont à la demande. Globalement, la quantité de protéines diminue, laissant place aux lipides et aux glucides. On y retrouve un grand nombre d'éléments adaptés aux besoins du bébés pour sa croissances tels que :

- des protéines spécifiques pour le nourrisson, telles que la lactoferrine, la caséine et les immunoglobulines.
- des glucides et des oligosaccharides, avec principalement le lactose qui fournit de l'énergie et permet le développement de la flore intestinale.
- des lipides, représentant la plus grande source d'énergie dans le lait maternel. Les graisses du lait maternel fournissent des acides gras essentiels pour le développement du cerveau et du système nerveux.
- des vitamines et des sels minéraux : le lait maternel est riche en vitamines A, C, D, E et K, ainsi qu'en calcium, en fer et en zinc.
- des hormones et des facteurs de croissance afin de réguler la croissance et le développement du nourrisson.
- Des cellules immunitaires pour protéger le nourrisson contre les infections, les allergies et renforcer son système immunitaire. On ne retrouvera pas ces cellules immunitaires dans les laits artificiels.
- des acides aminés
- des enzymes
- etc

5. Bénéfices de l'allaitement

(1),(17), (19)

L'allaitement représente un bénéfice incontestable tant pour la mère que pour le nourrisson, notamment en matière de santé.

5.1 Pour l'enfant

Les bénéfices de l'allaitement pour l'enfant reposent sur la composition du lait maternel, variable en fonction de son âge et de ses besoins immédiats, difficilement reproductible artificiellement. Mais également sur le lien affectif qui se crée entre la mère et l'enfant autour de l'acte de tétée.

De nombreux avantages semblent en lien avec l'allaitement maternel, mais il est compliqué de réaliser des études scientifiques qui en attestent de manière indiscutable. En effet, on remarque

fréquemment chez les femmes allaitantes un milieu socio-culturel favorisé ainsi qu'une meilleure adhésion aux recommandations de santé. De plus, les enfants allaités sont moins rapidement mis en collectivité, donc moins rapidement au contact de maladies contagieuses. Cela va créer des biais de recrutement et de confusion dans les possibles études.

Vertus nutritionnelles	- Multiples nutriments et substances diverses (immunoglobulines, enzymes, facteurs de croissance...) qui s'adaptent aux besoins de l'enfant - Très digeste, même pour un enfant prématuré
Vertus immunologiques	- Prévention des infections bactériennes et virales : gastro-intestinales (diarrhées), ORL (otites), respiratoires - Diminution des manifestations allergiques et maladies atopiques (eczéma, asthme), mais de manière modérée et transitoire - Diminution du risque de mort subite du nourrisson - Diminution de certaines maladies chroniques : diabète, maladie cœliaque, maladie de Crohn - Diminution du risque d'obésité et de surpoids pendant l'enfance et l'adolescence - Diminution du risque cardio-vasculaire
Vertus psychologiques	- Relation mère-enfant : lien affectif - Meilleur développement cognitif

5.2 Pour la mère

Tout en ayant de nombreux bénéfices pour l'enfant, l'allaitement s'avèrera également d'une grande utilité pour la mère. Il permettra à son corps de récupérer de manière plus optimale dans les suites de l'accouchement, mais également de créer un lien affectif très fort avec son enfant. On retrouve en 3^{ème} place des recommandations de l'OMS en matière d'allaitement maternel l'intitulé « informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique ». C'est une partie dans laquelle l'OMS insiste sur l'information, que doit apporter le personnel soignant à la femmes enceinte, concernant les avantages (nutritifs, protections, liens affectifs...) et la pratique (codo, à la demande, positions...) de l'allaitement exclusif jusqu'au 6 mois de l'enfant. Il ne faudrait aucunement que les femmes reçoivent des instructions en groupe quant à l'utilisation de substituts de lait maternel en poudre, qui iraient à l'encontre de l'idée d'allaiter.

Santé	- Meilleure récupération après la grossesse : l'ocytocine sécrétée à chaque tétée augmente les contractions utérines, permettant à l'utérus de reprendre sa place plus rapidement et de diminuer les saignement post-partum. - Favorise une aménorrhée plus ou moins longue. Associé à la diminution des saignements, il limite le risque d'anémie. - Augmentation du métabolisme de base induisant une perte de poids post-natale plus rapide - Favorise l'espacement des naissances - Diminution du risque de certains cancers (sein pré- et post-ménopausique, ovaire) - Diminution du risque d'ostéoporose lors de la ménopause - Diminution du risque de diabète type II - Diminution du risque de pathologies cardiaques
Psychologique	- Renforcement du lien affectif avec le bébé, l'ocytocine sécrétée est surnommée « hormone de l'amour » ou « hormone de l'attachement » - Meilleure confiance en elle - Diminution du risque de dépression post-partum
Economique et pratique	- Aucun achat de boîtes de laits artificiels et matériels annexes - Ne génère aucun déchet, ni polluant - Diminution des coûts de santé : moins de maladies grâce aux propriétés immunologiques du lait - Toujours disponible - En quantité suffisante - À bonne température - Facilité pour l'enfant d'accepter les aliments complémentaires, le moment échéant, en raison de la variation de goût du lait maternel par rapport à l'alimentation de la maman

Chapitre 2 : La pratique de l'allaitement

1. Mise en place de l'allaitement

1.1 Préparation pendant la grossesse

(20), (21), (22), (23), (24), (25)

Selon des croyances culturelles et anciennes, il était préconisé de préparer, « d'habituer » ou « d'endurcir » le sein afin d'anticiper les complications futures, telles que les mastites, les crevasses, les engorgements, etc.... Mais d'après plusieurs études plus récentes, il n'y a nul besoin de préparer physiquement le sein.

- Prévention des crevasses :

L'application d'huiles ou de crèmes durant la grossesse, afin d'assouplir le mamelon n'a pas d'efficacité démontrée. Le fait de masser le sein ou le mamelon permettra uniquement à la femme de se préparer à l'allaitement au niveau des sensations ressenties par la succion du bébé.

Les désagréments rencontrés seront essentiellement dus à une mauvaise position du bébé lors de la tétée ou un problème de mise en bouche du sein par le bébé, qui sont indépendants de la préparation physique du sein à l'allaitement.

- Expression anténatale du colostrum :

Elle permettrait de nourrir le bébé de son propre lait à la naissance lorsque la mise au sein n'est pas possible. Cependant, les études actuelles sur ce sujet ne montrent pas de bénéfices clairs à ce niveau là ; elle s'avèrera utile dans de rares cas : diabète gestationnel, fente palatine ou labiale, complication cardiaque...

- Pour les mamelons plats ou rétractés :

les études montrent que les techniques (exercice de Hoffmann, coupelle, niplette...) ne sont pas utiles. C'est en tétant que le nourrisson formera les bouts de seins. Il est très rare qu'une femme ne puisse allaiter à cause de ses mamelons.

- Préparation psychologique :

C'est une composante très importante dans la mise en place de l'allaitement sera la préparation psychologique. C'est en amont de la décision d'allaiter que le professionnel de santé aura le plus grand rôle à jouer. Il devra être à l'écoute des choix du couple, en leur donnant toutes les informations nécessaires pour le bien du bébé, mais sans jugement aucun.

- Faire le tri dans les idées reçues :

Un grand nombre d'idées reçues persistent à travers les générations, et la société, tant par les dires des familles que par les multiples informations retrouvées dans les médias, les réseaux sociaux ou autres, amenant dans certains cas à de mauvaises pratiques de l'allaitement, voire même à des arrêts précoces. Il est important d'écouter et de guider la femme enceinte, afin de l'aider à démêler toutes ces

informations auxquelles elle est confrontée, et de la rassurer quant à la pratique de son allaitement. Parmi les idées reçues, les plus véhiculées, on retrouve :

« Vais-je fabriquer assez de lait ? Sera-t-il assez nourrissant pour mon enfant ? »

Dans la grande majorité des cas la réponse sera : oui.

Dès la puberté, la glande mammaire se met en place et devient fonctionnelle, rendant la lactation possible, même pour une jeune fille. Au fil des années, elle tend à diminuer, pouvant compliquer un premier allaitement chez une femme de plus de 40 ans, bien qu'elle ne le rende pas impossible. L'allaitement n'a aucun caractère héréditaire. Ce n'est pas parce qu'une mère n'a pas réussi son allaitement que sa fille ne pourra pas allaiter ou n'aura pas assez de lait. Dans ce cas précis, ce sera la peur de mal faire et de ne pas réussir qui sera transmise à la fille et qui pourra entraver sa démarche. De manière générale, et sauf cas particuliers, une femme produira suffisamment de lait pour nourrir son enfant, tout reposera sur la stimulation de la lactation pour sa mise en place. De plus, malgré les croyances, la taille de la poitrine n'aura aucun impact sur la quantité de lait produit. Elle est simplement due à une glande mammaire plus ou moins généreuse et à la quantité de graisse qui l'entoure. Tant que l'enfant tète régulièrement et de manière efficace, le lait produit sera le meilleur apport nourrissant car il s'adapte parfaitement à ses besoins au fil des tétées et de sa croissance. Si durant l'allaitement on constate que l'enfant ne prend pas assez de poids, il sera nécessaire de vérifier la prise au sein et donc la quantité qu'il ingère, et non la qualité du lait, qui elle sera dans tous les cas idéale pour l'enfant.

« L'allaitement est fatigant »

De manière générale, une femme en *postpartum*, allaitant ou non son enfant, ressentira de la fatigue. C'est la maternité dans son ensemble, avec les modifications hormonales et le nouveau mode de vie centré sur les besoins du bébé, qui est fatigante pour la mère. L'allaitement, quant à lui, présentera les avantages de ne nécessiter aucune préparation de biberons, donc pas de vaisselle, tout est disponible, à portée de main et à bonne température pour le bébé, même au milieu de la nuit. La mère va pouvoir nourrir son bébé en position allongée, ce qui lui permettra également de se reposer. Nul besoin d'attendre le rot ou de bercer le bébé, il s'endormira tout naturellement au sein lorsqu'il sera repu. L'ocytocine libérée dans le corps de la mère durant l'allaitement va lui procurer de la détente, à ne pas confondre avec la fatigue.

« L'allaitement abîme la poitrine et fait mal »

Les changements brutaux du volume des seins durant la grossesse, avec l'augmentation de la glande mammaire et la prise de poids pouvant augmenter la quantité de tissus adipeux autour peuvent être à l'origine d'un problème esthétique. Mais cela est indépendant de l'allaitement et peut se produire

même si la femme prend la décision de ne pas allaiter. En général, les seins retrouvent leur taille et leur tonicité quelques mois après le sevrage. Durant les premiers jours les seins sont très sensibles pouvant rendre l'allaitement peu agréable, mais cela ne dure pas. Par la suite, si la position ainsi que la prise du sein par le bébé sont bonnes, l'allaitement ne sera pas douloureux. Dans le cas contraire, il sera nécessaire de rencontrer un professionnel de l'allaitement afin qu'il puisse rectifier la position et améliorer le confort pour la mère.

« Sur les réseaux sociaux ils disent que... »

Les réseaux sociaux vont avoir des répercussions très controversées sur la femme allaitante. L'effet de groupe, grâce à la communauté qui se crée autour d'un même objectif, à savoir l'allaitement, permet de se sentir soutenue, comprise et moins seule en fonction des problèmes rencontrés. L'accès à l'information y est rapide et facile à comprendre, sans trop de jargon médical. Il faut néanmoins rester critique et réussir à démêler tout ce qu'on y retrouve. Grand nombre d'informations de toutes sortes peuvent être publiées sur les réseaux, qu'elles soient vraies ou fausses, il sera donc important de reconnaître les bons conseils parmi les fausses croyances. De plus, ils exposent à des critiques ouvertes ou des réalités factices d'allaitement « parfait » qui peuvent donner l'illusion à la mère d'être imparfaite dans ce qu'elle entreprend.

1.2 Premier contact peau à peau

(17),(21),(22), (26), (27),

« Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance », telle est notée la quatrième condition sur les dix conditions pour le succès de l'allaitement promulguées par l'OMS.

Afin d'avoir un résultat optimal, la première étape consiste en un contact peau-à-peau entre la mère et l'enfant dès la naissance et pendant au moins une heure, si possible jusqu'à la première tétée du nourrisson. On retrouve un contact tactile précoce ainsi qu'une possibilité pour le nourrisson de téter dès sa naissance, qui sont l'un et l'autre importants pour la suite de l'allaitement.



Figure 9 : Premier contact peau à peau entre la mère et l'enfant

Très souvent, directement après la naissance, les premiers soins de routine ou de surveillance séparent la mère de l'enfant, même s'il est bien portant. Cela amène à un retard de la première tétée ainsi que du lien affectif mère-enfant.

Or, d'après de nombreuses études, dont celles réalisées par Widström (1987) et par Righard & Alade (1990), le nourrisson porté à la poitrine dès la naissance aura une prise au sein correcte instinctive ainsi qu'une succion optimale permettant une tétée spontanée. En effet, les heures suivant sa naissance, le bébé a tous ses sens en éveil. Le contact avec la poitrine de sa mère sera un environnement favorable car il reconnaîtra les sensations qu'il percevait *in utero* tel que le rythme cardiaque, la chaleur, la voix de la mère et l'odeur que dégagent les sécrétions – sébum, colostrum, ... - de l'aréole. Plus ou moins rapidement il va se diriger en « rampant » par le réflexe de « fouissement » vers le mamelon de sa maman, guidé par l'odeur. Le réflexe de succion, quant à lui, ne survient que 45 minutes à 2 heures après la naissance. Des études expliquent que passées ces 2 heures, le réflexe spontané de succion diminue et rendra la mise en place de l'allaitement plus compliqué, bien que toujours possible. Un allaitement spontané du bébé et qui se passe bien encouragera la mère et l'enfant à réitérer la mise au sein et prolonger l'allaitement tant que possible.

De plus, ce premier contact peau à peau apporte au bébé un sentiment de sécurité qui améliorera le bien-être de l'enfant, constaté par la diminution des pleurs. En outre, la température corporelle de la mère limitera les risques de pertes hydrique et thermique du nourrisson.

Pour appuyer l'importance de ce premier contact peau à peau, l'OMS déclare que « toute femme ayant eu un accouchement vaginal et 50% des femmes ayant eu une césarienne devraient pouvoir confirmer qu'on leur a donné leur bébé à tenir pour un contact peau-à-peau d'au moins une demi-heure suivant l'accouchement », ce qui ne fait qu'améliorer l'initiation de l'allaitement.

1.3 La mise au sein

(17), (28), (29), (30), (31)

Une bonne position de la mère et de l'enfant lors des tétées est un élément essentiel à la réussite de l'allaitement. Le cas contraire aboutit très souvent à des complications telles que des crevasses, des engorgements, des douleurs ou une mauvaise prise de poids corporel du nourrisson, sources d'échec de l'allaitement.

La mère commencera par s'installer confortablement, dans une ambiance calme et détendue, propice à l'allaitement. Nulle tension ou appui douloureux ne doivent être ressentis dans les jambes, le dos ou les bras de la mère. Pour cela, le choix de l'endroit où allaiter ainsi que des coussins pour améliorer la position seront utiles au bon déroulé de la tétée. Le bébé devra également être en position agréable, à bonne hauteur du sein, afin qu'il n'ait à faire aucun effort pour atteindre le mamelon et que la mère n'ait pas à se pencher lors de la tétée.

1.3.1 La prise du sein par le bébé

Afin d'encourager le bébé à attraper le sein, la méthode de l'« approche rapide » est employée. Elle consiste, en un premier lieu, à stimuler la lèvre supérieure de l'enfant avec le mamelon et le faire pointer vers le palais supérieur de l'enfant. Dès lors qu'il ouvre la bouche et sors la langue, la mère le rapproche rapidement de son sein. Il faudra bien coordonner le mouvement avec l'ouverture de la bouche du bébé, car c'est lui qui prend le sein mais c'est la mère qui doit l'approcher au bon moment. Durant les premières semaines, c'est le contact avec le sein qui provoque le réflexe de succion, le simple visu du sein par l'enfant ne suffit pas forcément à ce qu'il ouvre la bouche. De plus, il faudra toujours veiller à ce que le nez soit bien dégagé lors des tétées, pour la bonne respiration du nourrisson. Au fur et à mesure des tétées, le nourrissons apprend et elles deviendront plus faciles.

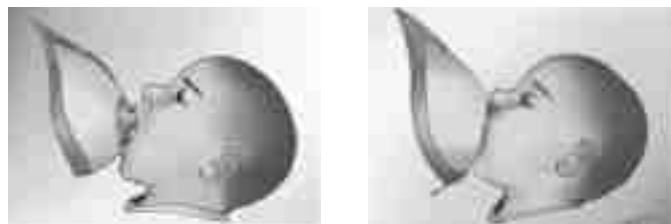


Figure 10 : *Présentation du bout de sein par la méthode de l'« approche rapide »*

Une position correcte du nourrisson pendant la tétée relève de plusieurs points :

- La tête inclinée vers l'arrière , le nez dégagé pour bien respirer et le menton dans le sein.
- La bouche grande ouverte avec le mamelon et une grande partie de l'aréole dans la bouche. Il est important que le nourrisson ne tète pas seulement le mamelon mais également une bonne partie de l'aréole afin d'éviter des douleurs et gerçures et être sûr qu'il reçoit suffisamment de lait. La lèvre inférieure retroussée vers l'extérieur et qui touche le menton.
- La langue qui forme une gouttière sous le mamelon
- Une prise asymétrique avec essentiellement la partie inférieure de l'aréole dans la bouche.

Si la succion du bébé provoque des douleurs dès les premières minutes de la tétée, il y a possibilité d'introduire son petit doigt dans le coin de la bouche de l'enfant afin de stopper la succion et de réajuster sa prise au sein.

Afin de présenter le sein à l'enfant, la mère va pouvoir positionner ses doigts de 2 manières différentes. La première consiste en une prise en C, c'est-à-dire que le pouce se retrouve au-dessus du sein et les autres doigts en-dessous, de sorte à ce que la main forme un C. Il faut néanmoins placer les doigts assez loin de l'aréole afin de ne pas gêner le nourrisson lors de la tétée. La deuxième est la prise en U, avec le pouce à l'extérieur du sein et les autres doigts placés du côté intérieur, la main formant un U.

1.3.2 Les positions pour les tétées

Diverses positions d'allaitement sont proposées, il faut choisir celle qui sera la plus confortable tant pour la mère que pour le bébé. Peu importe la position choisie, le corps du bébé devra être totalement tourné vers le sein, avec son oreille, son épaule et sa hanche formant une ligne droite.

- **La berceuse ou madone**

C'est la position classique que l'on retrouve le plus régulièrement lorsque l'on parle d'allaitement. Elle se réalise en position assise, confortablement installée sur un siège avec dossier. Les pieds sont surélevés avec un marchepied, et l'utilisation d'un coussin sur les genoux permettra à la mère d'avoir le bébé à la bonne hauteur, sans efforts pour le maintenir. Le ventre du bébé est placé contre le ventre de la maman, sa tête est soutenue soit par le creux du coude soit par l'avant-bras de la mère et ses fesses maintenues par la main.



Figure 11 : Position de la madone

- **La berceuse modifiée ou madone inversée**

Très utilisée dans les premiers jours d'apprentissage de l'allaitement, elle a pour avantages de simplifier le guidage du bébé vers le sein, afin de voir si il le prend bien, et de le soutenir correctement. Néanmoins, il est important de préciser aux mères allaitantes que c'est une position transitoire lors de l'initiation à l'allaitement. Par la suite, la position de la madone ou autres seront préférable en raison du poids du bébé sur le bras.

Tel que pour la madone, la femme s'installe confortablement dans un fauteuil avec dossier, les pieds relevés par un marchepied et un coussin sur les genoux pour avoir le bébé à bonne hauteur sans se fatiguer. Mais cette fois-ci le nourrisson est placé sur le bras opposé au sein qui le nourrit. L'avant-bras de la mère pousse sur les fesses du nourrisson pour le maintenir contre sa poitrine, à nouveau ventre contre ventre. La paume de la main est placée contre les omoplates du bébé et les doigts derrière les oreilles et la nuque afin de pouvoir guider et soutenir sa tête. L'autre main permettra une prise en U du sein afin de guider le mamelon vers le haut du palais.

Attention à ne pas exercer une pression sur la tête du bébé, encore très sensible en post-natal, avec la main car cela provoquerait un réflexe de recul l'empêchant de bien saisir le sein. Il sera préférable, lorsqu'il ouvre la bouche, de le pousser avec la main au niveau des omoplates afin que son menton touche le sein avant son nez et que le mamelon se dirige bien vers le haut du palais.



Figure 12 : Position de la madone inversée

- **Position allongée**

Utilisée particulièrement pour les tétées de nuit, c'est une position agréable qui favorise l'endormissement du bébé et le repos de la mère.

La mère s'allonge sur le côté et place si besoin des oreillers sous sa tête, derrière son dos et entre ses genoux afin que sa jambe supérieure soit repliée pour ne pas basculer en avant. Le bébé est placé sur le côté, face à sa mère, avec la bouche au niveau du mamelon. Si besoin, une serviette peut être placée sous lui pour qu'il soit à la bonne hauteur. En plus d'être soutenu par l'avant bras de la mère, un coussin peut être placé derrière son dos pour éviter qu'il ne roule.



Figure 13 : Position allongée

- **Position ballon de rugby**

Un peu moins connue des professionnels de santé, elle peut s'avérer pratique lorsqu'une femme a subi une césarienne, pour éviter que l'enfant ne repose sur la cicatrice. Mais également afin de nourrir des jumeaux ou lorsque les seins sont très volumineux. Elle permet de bien voir le bébé et de le guider correctement jusqu'au sein.

Pour cela, la mère est assise confortablement dans un fauteuil, un coussin posé sous le bras afin d'avoir le bébé à côté d'elle, sous son bras, à hauteur de la taille. Le bébé fait face à sa mère avec la partie inférieure de son corps qui repose sur l'oreiller, les fesses qui touche le dossier du fauteuil et la partie supérieure de son corps sur l'avant-bras de la mère. La main de la mère soutient sa nuque et la deuxième main soutient le sein par une prise en C.



Figure 14 : Position du ballon de rugby

1.4 Une bonne tétée

(30), (17), (32)

Afin de reconnaître une bonne tétée la mère devra apprendre à distinguer les suctions nutritives des suctions non-nutritives.

- Efficacité de la tétée :

La tétée « efficace », nutritive, permettant à l'enfant son apport en lait a lieu lorsqu'il est bien réveillé, concentré et tète d'un rythme ample et régulier permettant de longues salves de suctions entrecoupées de courtes pauses sans lâcher le sein. Il va déglutir à chaque mouvement de succion et respire en tétant sans s'essouffler. On remarquera un mouvement au niveau de ses oreilles et de ses tempes, ses joues ne sont pas creusées et l'on entend parfois sa déglutition. Lorsque le transfert de lait se fait correctement, la mère peut ressentir dans cette phase la sensation de soif, des picotements dans les seins et des contractions utérines les premiers jours. Ceci est dû à l'augmentation de l'ocytocine, l'hormone qui permet l'éjection du lait.

Les suctions non-nutritives quant à elles, aussi appelées « tétouillages », sont caractérisées par des mouvements plus rapides avec des déglutitions plus rares.

De manière générale lors d'une tétée, les suctions sont légères et rapides au début puis, lorsque le lait se met à couler, il y a une alternance entre quatre ou cinq périodes de suctions nutritives entrecoupées de suctions non-nutritives. Le débit sera fort au début avec des déglutitions régulières et ralentira vers la fin de la tétée jusqu'à ce que l'enfant ne fasse plus que des tétouillages pour s'endormir ou arrêter de lui-même. Le rot de fin de tétée n'est pas systématique, il va dépendre de l'air avalé par le bébé lors des suctions. Lorsque l'enfant se réveille spontanément, tète fréquemment et de façon efficace la mère peut être rassurée quant à son allaitement. Si le cas contraire est observé, la femme pourra se tourner vers un professionnel de l'allaitement afin de corriger et améliorer l'allaitement.

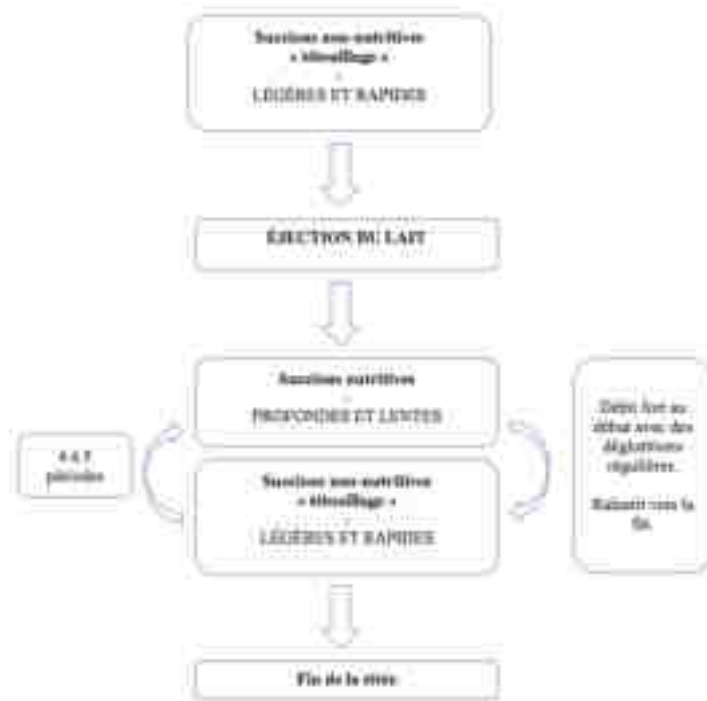


Figure 15 : Schéma des étapes de succion de l'enfant pendant la tétée

- Fréquences des selles et des urines :

Le second élément permettant de déterminer si une tétée est efficace est la fréquence des selles, au minimum 3 ou 4 grosses selles par jour, pendant au moins les 4 premières semaines. Elles seront noires et collantes durant les trois premiers jours, dû à l'évacuation du méconium, matière fécale retrouvée dans l'intestin du fœtus avant sa naissance, facilitées par l'effet laxatif du colostrum. Puis, suite à la montée de lait faisant place au lait mature, elles seront granuleuses, molles et jaunes. Les urines doivent également être fréquentes, avec une moyenne de 6 couches pleines par jour.

Âge de votre bébé	1 JOUR	2 JOURS	3 JOURS	4 JOURS	5 JOURS	6 JOURS	7 JOURS	2 SEMAINES	3 SEMAINES
Taille moyenne de l'estomac de votre bébé	 Grosseur d'une cerise		 Grosseur d'une noix		 Grosseur d'un abricot		 Grosseur d'un œuf		
Nombre de boires En moyenne sur 24 heures	8 fois ou plus par jour Votre bébé tête vigoureusement et avale souvent								
Nombre de couches mouillées En moyenne sur 24 heures	 Au moins 1 MOUILLÉE	 Au moins 2 MOUILLÉES	 Au moins 3 MOUILLÉES	 Au moins 4 MOUILLÉES	 Au moins 6 TRÈS MOUILLÉES PAR DE L'URINE CLAIRE OU JAUNE PÂLE				
Nombre de couches souillées Couleur des selles En moyenne sur 24 heures	 Au moins 1 ou 2 NOIRES OU VERT FONCÉ		 Au moins 3 BRUNES, VERTES OU JAUNES		 Au moins 3 grosses selles, molles et granuleuses JAUNES				

Adapté et révisé en octobre 2017 avec la permission du Centre de ressources Meilleur départ.

Ce guide peut être téléchargé à l'adresse suivante :
publications.msss.gouv.qc.ca/msss/sujets/allaitement

best start
meilleur départ

by/par health  santé

Québec



Figure 16 : Récapitulatif de la fréquence des selles et des urines en fonction du temps

- La prise de poids de l'enfant :

(33), (34), (35)

Jusqu'en 2018, les courbes de croissance retrouvées dans les carnets de santé français dataient de 1979 et étaient le reflet de la prise de poids d'un enfant non allaité, sans distinction entre la prise de poids des filles et des garçons.

Entre 1997 et 2003, l'OMS conduit une étude sur des enfants entièrement allaités, en bonne santé et venant de milieux ethniques et culturels très différents. Il en découle des courbes de poids identiques standardisées pour toutes les régions du monde mais différentes entre filles et garçons.

A la suite de ces résultats, la Direction Générale de la Santé charge les chercheurs de l'unité INSERM 1153/CRESS (Centre de Recherche Épidémiologie et Statistique Sorbonne Paris Cité) de produire de nouvelles courbes pour le carnet de santé français, reflétant au mieux les enfants français allaités, étant la norme en matière d'alimentation. C'est en 2018 que les courbes de croissance de 1 mois à 3 ans et plus, différentes pour les filles et les garçons, ont été actualisées dans les carnets de santé français. De 0 à 1 mois il faudra continuer à se référer à la courbe de croissance pondérale néonatale déjà existante.

De manière générale, un enfant allaité aura une prise de poids rapide au départ et un ralentissement vers l'âge de 3 mois. Cependant ca ne doit pas devenir une source de stress pour la mère de contrôler régulièrement le poids de l'enfant.

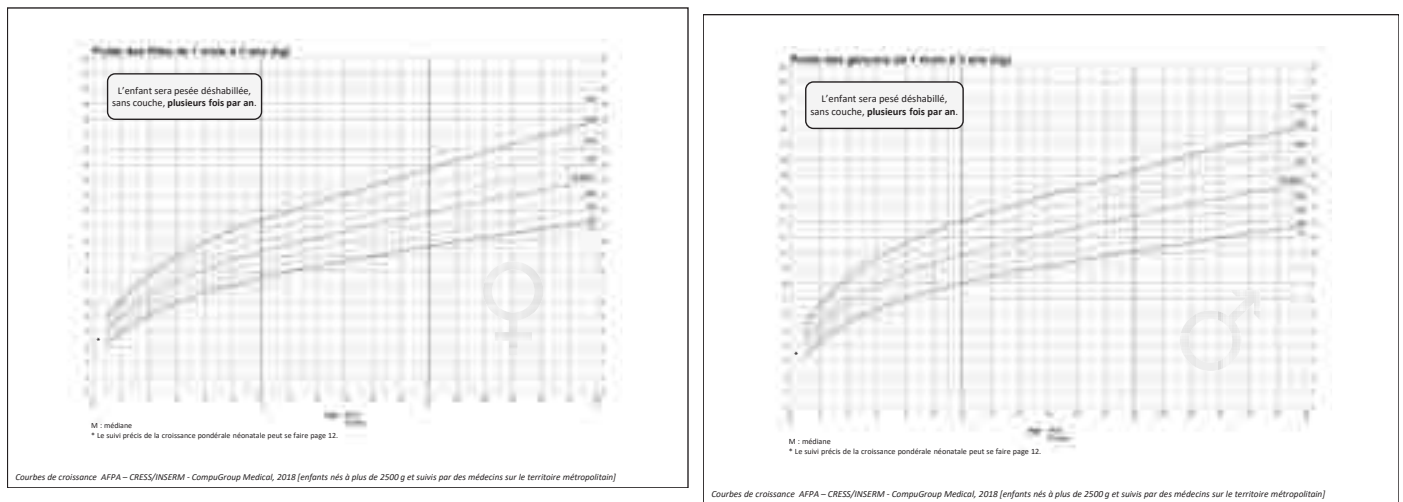


Figure 17 : Courbes de croissance pour les filles et les garçons de 1 mois à 3 ans

1.5 La tétée à l'éveil

L'allaitement à l'éveil permet d'« encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant » comme le préconise la 8^{ème} condition promulguée par l'OMS. A contrario des recommandations du début du XX^{ème} siècle sur le respect d'un intervalle de temps entre les tétées, on conseille actuellement aux mères de nourrir leur bébé sans restriction. Ceci consiste à proposer le sein dès que l'enfant est en éveil, sans attendre des pleurs ou de l'agitation, qui rendraient la mise au sein plus compliquée.

L'idéal est une proximité mère-enfant 24h/24, qui permet à la mère de se rendre compte des premiers signes de faim de son enfant tels que les mains portées à la bouche, des mouvements de la tête, des yeux et des lèvres ainsi que la langue qui claque, et non pas les pleurs. Ces signes peuvent parfois être discrets, retardant la mise au sein par la mère.

La première semaine d'allaitement est une période d'apprentissage et d'adaptation pour la mère et l'enfant. Ils devront trouver leur propre rythme, rendant impossible de prédire le nombre de tétées par jour ou le temps de chaque tétée. Plus le bébé tète et plus la mère fabriquera de lait grâce à la stimulation des hormones. Il est donc primordial de mettre régulièrement l'enfant au sein, le nombre de tétées ne devant pas être inférieur à 7/8 environ pour ne pas impacter le calibrage. Il n'y a pas de nombre de tétées maximal à respecter par 24 heures. Il est difficile de faire une moyenne car chaque enfant sera différent. L'essentiel est de proposer le sein au bébé lors de chacun de ses éveils, sans intervalle de temps particulier ni de durée précise au sein tant qu'il tète de façon efficace. En effet, la durée de la tétée sera dépendante de la capacité de succion de l'enfant et de la concentration lactée en graisse. Comme évoqué dans le paragraphe précédent, la mère apprendra à reconnaître les différentes manières de téter de l'enfant. Le début d'une tétée se reconnaît par un débit fort et des déglutitions régulières qui diminuent vers la fin jusqu'à ce que l'enfant ne fasse plus que des « tétouillages » avant de s'endormir ou d'arrêter.

La croissance du nourrisson sera liée à la quantité de lait qu'il ingère et non à la qualité du lait. Sachant que le lait de la mère s'adapte à ses besoins, si lors des tétées la matière grasse du lait de la mère est faible, il aura tendance à téter plus souvent pour une bonne prise de poids.

En ce qui concerne la prise d'un ou des deux seins par tétée, il n'y a pas de règle précise. Il est conseillé de suivre le rythme et la satiété de l'enfant. Dans les premiers jours suivants l'accouchement, et ce, jusqu'à la montée de lait, il est recommandé de le laisser téter aux deux seins afin de stimuler la production de lait et de protéger l'aréole. Pour la suite de l'allaitement, on s'adaptera aux besoins de l'enfant et à la capacité de stockage du sein de la mère en laissant téter le bébé au premier sein jusqu'à l'arrêt spontané, puis en lui proposant le deuxième sein. S'il a encore faim, il continuera de téter sur le deuxième sein. Lors de la tétée suivante, il faudra commencer par le sein non utilisé la fois précédente ou celui utilisé en dernier, si les deux ont été présenté. Le seul paramètre qui compte est de drainer au maximum le sein qu'il tète, afin que la lactation soit optimale. C'est pourquoi, il ne faut pas écourter une tétée afin de lui proposer l'autre sein, au risque que le sein ne soit pas suffisamment drainé, mais aussi que l'enfant ne profite pas de toutes les phases du lait maternel – aqueux en début de tétée et plus riche et gras en fin de tétée-.

On parle d' « allaitement à l'éveil » les premières semaines puis d' « allaitement à la demande du nourrisson » lorsqu'il est plus grand et capable de patienter plus longtemps en restant calme.

2. Cas particuliers de l'allaitement

2.1 Allaitement du prématuré

(36), (37), (38), (39), (40), (41), (42), (43)

On considère qu'un enfant est prématuré lorsque il naît avant 37 semaines d'aménorrhée, soit avant 8 mois et demi de grossesse. N'ayant pas pu arriver au terme de son développement *in utero*, ses organes encore immatures le rendent très vulnérable aux agents extérieurs.

- Différences physiologiques :

Son tube digestif nécessite une alimentation très digeste et adaptée à ses besoins. On retrouve dans le lait de la mère des enzymes qui facilitent sa digestion ainsi que des facteurs de maturation épidermique permettant une meilleure vidange gastrique, l'accélération de son transit intestinal, et une colonisation bactérienne optimale pour son tube digestif.

De plus, au vu de sa composition, le lait maternel apportera une protection au nourrisson contre les infections, particulièrement contre l'entéocolite ulcéronécrosante, plus fréquente chez les prématurés.

Il aide également au développement cognitif et visuel de par sa teneur en acide gras à très longues chaînes, en taurine et en agents antioxydants (bétacarotène, vitamine E).

Dans ce cadre, le lait maternel est encore plus important pour l'enfant prématuré que pour un enfant né à terme. Si bien que, même si une mère ne peut donner son lait, on privilégiera le lait d'une donneuse, provenant d'un lactarium, que le lait artificiel.

De plus, il a été étudié qu'une mère ayant accouché prématurément produira un lait d'une composition différente, adaptée aux besoins du nouveau-né, qu'une mère ayant accouché à terme.

	Premature milk ^a			Term milk ^a		
	1-4 days ^c (n = 82)	5-8 days ^c (n = 30)	9-14 days ^c (n = 21)	1-4 days ^c (n = 30)	5-8 days ^c (n = 25)	9-14 days ^c (n = 30)
TP	29.1 ± 17.5 ^b	15.8 ± 5.3 ^b	12.7 ± 2.1	20.4 ± 9.6	14.5 ± 2.3	13.0 ± 2.1
CN	1.7 ± 1.1 ^b	1.1 ± 1.2 ^b	4.4 ± 1.9	2.3 ± 1.4	4.8 ± 1.8	4.5 ± 1.7
LA	4.0 ± 0.8 ^b	4.7 ± 0.8	4.2 ± 0.7	4.3 ± 0.7	4.8 ± 0.8	4.4 ± 0.8
SA	0.45 ± 0.40	0.49 ± 0.15	0.61 ± 0.14	0.35 ± 0.17	0.54 ± 0.17	0.66 ± 0.18
IgA	14.8 ± 17.2 ^b	3.4 ± 2.0 ^b	1.7 ± 0.9 ^b	6.6 ± 7.8	1.8 ± 0.7	1.3 ± 0.3
LF	6.5 ± 5.4	3.8 ± 1.8	2.7 ± 0.7	5.5 ± 3.3	3.6 ± 1.0	3.0 ± 0.7
LFZ	0.37 ± 0.30	0.36 ± 0.11	0.32 ± 0.12 ^b	0.33 ± 0.20	0.28 ± 0.12	0.27 ± 0.16

TP, total protein; CN, β-casein; LA, α-lactalbumin; SA, serum albumin; IgA, immunoglobulin A; LF, lactoferrin; LFZ, lysozyme.

Data are mean grams per liter ± SD, n is the number of samples.

^a Delivery at 37 weeks' gestation or less.

^b Delivery at more than 37 weeks' gestation.

^c Period of lactation.

^d p < 0.05 versus term milk by unpaired t-test with Welch's correction when variances were significantly different.

Figure 18 : Tableau comparatif de la concentration en protéines dans le lait maternel prématuré et à terme au cours des 2 premières semaines de lactation

L'étude de Montagne P. et Cuillière ML. (44) d'où provient le tableau en *figure 18*. a pour but d'évaluer l'impact de la prématurité sur l'évolution des principales protéines immunocompétentes et nutritionnelles dans le lait humain pendant les deux premières semaines post-partum. Les échantillons de lait étudiés ont été regroupés en fonction de la parité maternelle, de l'âge gestationnel de l'enfant à la naissance et du moment de la lactation.

Comparaisons :

- Entre J1 et J8, en début de lactation, le niveau de protéines totales est significativement plus élevé dans le lait prématuré que dans le lait né à terme.
- Il en est de même pour la concentration en immunoglobuline A (IgA) et les lyzozymes de J8 à J14.
- A l'inverse, la concentration en protéines nutritionnelles (Beta-caséine, alpha-lactalbumine, serum albumine) est plus faible dans le lait prématuré que dans le lait à terme, s'adaptant ainsi au système digestif de l'enfant prématuré.

Pendant les jours suivants, le volume et la composition du lait évoluent rapidement avec un rapport en protéines immunologiques et nutritionnelles inversé par rapport au début, palliant ainsi aux besoins de croissance de l'enfant.

- Difficultés de coordination :

La coordination succion - déglutition - respiration débute entre la 33^{ème} et la 34^{ème} semaine de gestation et est acquise avant les 35-36^{ème} semaines, rendant pour certains prématurés l'allaitement impossible. Ces chiffres sont des moyennes, il faut pouvoir analyser au cas par cas la prise du sein par l'enfant et la réévaluer au fur et à mesure.

Il s'avère parfois utile dans les premiers jours d'apporter au nourrisson une nutrition parentérale sur voie veineuse périphérique ou centrale.

- Pour répondre à ces différences :

- Allaitement au sein :

Dès l'accouchement, lors de l'expulsion du placenta, le taux d'hormones de grossesse (progestérone), diminue rendant la glande mammaire apte à produire son premier lait, le colostrum. Il sera vivement conseillé à la mère de le donner à son nourrisson, lui apportant tous les bénéfices propres à celui-ci.

- Utilisation d'un tire-lait :

La mise en place de la lactation étant stimulée par la succion régulière du bébé, elle peut s'avérer difficile à démarrer lorsque l'enfant prématuré n'a pas la coordination succion, déglutition et respiration. Dans ce cas, la mère va devoir exprimer son lait à l'aide d'un tire-lait, de préférence à double pompage, afin de pouvoir produire plus de lait tout en gagnant du temps. Pour une bonne lactation, elle devra le faire 8 à 12 fois par 24 heures, environ le rythme de tétée d'un nouveau-né en bonne santé, également la nuit, sur des durées de 10 à 15 minutes. L'objectif sera qu'elle puisse

exprimer jusqu'à 500 mL par jour dès la deuxième ou troisième semaine. Pour cela, elle pourra se procurer un tire-lait double pompage soit au niveau du service de néonatalogie, mais également au sein d'une pharmacie. Le choix du tire-lait et de la tétérille adaptée seront très important afin qu'elle puisse entretenir sa lactation jusqu'au moment où le bébé prendra le sein de lui-même.

– Aide à la lactation :

Sonde gastrique : Tant que le bébé ne pourra pas prendre le sein, une sonde sera placée dans son estomac afin de le nourrir en continu ou par intermittence. Cependant, le réflexe de succion sera encouragé par succion « non-nutritive », en plus de la sonde dans son estomac, pour maintenir l'association entre la nutrition et la sensibilité buccale. Pour cela, il est important de maintenir le contact peau à peau entre la mère et l'enfant, afin qu'elle puisse apercevoir ses courts moments d'éveil et lui proposer le sein.

Dispositif d'Aide à la Lactation (DAL) : C'est un fin tuyau, placé sur le mamelon de la maman ou directement dans la bouche du bébé pendant qu'il tète, et relié à une poche ou un flacon contenant le lait. Ce dispositif permettra d'habituer le nourrisson à téter au sein mais également d'augmenter ou stimuler la lactation de la mère.



Figure 19 : Dispositif d'aide à la lactation

2.2 Césarienne

(45), (46)

L'accouchement par césarienne ne contre-indique en aucun cas la mise en place de l'allaitement par la mère. Néanmoins, elle nécessitera une aide particulière de ses proches ou du personnel soignant afin de pouvoir mettre l'enfant au sein sans gêne ni douleur. Si la césarienne se fait sous péridurale, la mère sera en mesure d'allaiter rapidement après son accouchement, dans l'idéal l'heure qui suit la naissance, dès lors que la suture est réalisée. Si elle se fait sous anesthésie générale, il faudra attendre

qu'elle se réveille et qu'elle se sente confortable à l'idée d'allaiter. Dans ce cas là, la montée de lait peut être légèrement décalée car il n'y aura pas directement le premier contact peau à peau.

Dans tous les cas il est important que la femme trouve la position dans laquelle elle est le plus confortable pour allaiter, en général en position couchée ou ballon de rugby pour le bébé. Cela permet qu'il n'y ait aucun appui sur sa cicatrice. La présence du père sera primordiale pour l'aider au positionnement lors des tétées.

2.3 Reprise du travail

(47), (48),

Pour grand nombre de femmes, la reprise du travail est synonyme d'arrêt de l'allaitement. Or, différentes solutions s'offrent à la mère allaitante afin de pouvoir prolonger ce lien particulier avec son bébé.

Les textes de loi français autorisent la femme, lors de la reprise de son travail, à deux périodes de 30 minutes par jour, consacrées à allaiter son enfant ou tirer son lait, et ce, jusqu'au premier anniversaire de l'enfant. Pour les entreprises ayant plus de 100 femmes salariées, l'employeur se voit dans l'obligation de mettre une salle dédiée à cet effet, avec des normes à respecter. Dans tous les cas, lorsque l'employeur met à disposition, au sein de l'entreprise, une salle réservée pour la femme allaitante, les deux périodes se réduisent à 20 minutes chacune. Bien que prises sur le temps de travail, ces deux périodes ne sont pas rémunérées.

Les quatre propositions envisageables pour la mère et son bébé sont :

- Un **allaitement exclusif au sein** si son travail se trouve à proximité du lieu de garde de l'enfant ou si une personne tierce lui ramène son bébé sur son lieu de travail afin de pouvoir réaliser la tétée.

- Un **allaitement au sein à domicile et des biberons de lait maternel** durant les horaires de garde. Cette solution devrait être débutée quelques jours avant la reprise du travail, permettant au bébé de s'habituer à la prise d'un biberon mais également de commencer des petits stocks de lait. La mère continue les tétées au sein lorsqu'elle est en présence de l'enfant, le matin, le soir après le travail ainsi que les week-ends et jours fériés. Et lors des périodes de garde durant la journée, elle continue à exprimer son lait, à l'aide d'un tire-lait, qu'elle conservera dans le réfrigérateur ou dans un sac isotherme (maximum 48h) afin de le donner aux personnes en charge de nourrir son enfant. Le choix du tire-lait sera important afin que la mère puisse le transporter sans encombre et l'utiliser de manière optimale durant les périodes consacrées.

- Un **allaitement mixte**, consistant à donner le sein au bébé dès que possible et compléter avec des biberons de lait artificiel durant les périodes de garde de l'enfant ou de travail de la mère. Pour

cela, il faudra également le débiter quelques jours précédant la reprise du travail afin d'habituer le sein à moins se vider, mais aussi à l'enfant de prendre des biberons. L'idéal est de respecter un nombre de 3 à 4 tétées par 24 heures afin que la lactation diminue doucement mais ne s'arrête pas totalement. Le lait artificiel sera donné toutes les 3 à 4 heures à une quantité d'environ 120 à 150 mL. Il est également possible pour la mère de tirer son lait, au besoin, durant les périodes sans son enfant.

- Le **sevrage** est également envisageable pour la mère si son travail lui apporte trop de contraintes sur la poursuite de son allaitement.

2.4 Allaitement mixte

L'allaitement mixte, alternance entre lait maternel et biberons de lait artificiel est une possibilité qui s'offre à la mère. Néanmoins, son introduction devrait avoir lieu le plus tard possible. En effet, le lait maternel étant le meilleur aliment pour le nourrisson, il devrait être poursuivi jusqu'à 6 mois révolus, période à laquelle la diversification alimentaire (introduction d'autres aliments que le lait) peut débiter. Il peut même être prolongé jusqu'au 1 an du bébé tout en lui donnant d'autres aliments.

De plus, introduire des biberons de lait artificiel trop tôt, aura un impact négatif sur la lactation de la mère, qui va tendre à diminuer, obligeant parfois le sevrage total de l'enfant. Il est préconisé un allaitement exclusif au moins jusqu'à 6 semaines post-accouchement, permettant la bonne mise en place et calibrage de la lactation, ainsi que la bonne adaptation du nourrisson à la prise du sein de sa mère.

L'introduction de biberons peut amener le bébé à refuser le sein par la suite. En effet, le biberon coule plus vite tout en fournissant moins d'efforts pour le nourrisson. La manière de téter sur la tétine du biberon est différente de la succion au sein.

Si malgré tout, l'allaitement mixte reste la décision de la mère, il est important de bien lui expliquer et de la guider afin qu'elle le réalise correctement. Pour cela, il est préférable d'introduire les biberons remplaçant les tétées, plutôt en milieu de journée et de garder les tétées du matin et du soir. Le week-end, lorsque la mère est en présence de son enfant elle le nourrira exclusivement au sein afin de relancer sa lactation. Pour le reste de la semaine, il peut être nécessaire qu'elle exprime son lait à l'aide d'un tire-lait pour maintenir la lactation.

Pour le choix du lait artificiel à utiliser, l'idéal est de se renseigner auprès du pédiatre en charge de l'enfant. Il saura au mieux quel lait donner en fonction des spécificités de l'enfant (terrain allergique, régurgitation...). Dans tous les cas, les laits artificiels commercialisés répondent à un cahier des charges très strict et se valent donc tous, plus ou moins. Le lait infantile 1^{er} âge répond aux besoins nutritionnels de l'enfant de la naissance à ses 6 mois, lorsque débute la diversification alimentaire. En dehors d'un prix supérieur, le lait dit « relais » que commercialisent les laboratoires pour la suite de l'allaitement, n'apporte pas beaucoup plus à l'enfant qu'un lait 1^{er} âge.

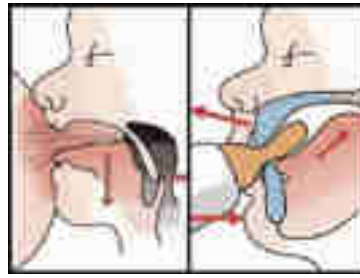


Figure 20 : Différence de succion entre le sein et le biberon

3. Sevrage de l'allaitement

Le **sevrage** peut se faire de manière totale ou partielle par une méthode progressive et naturelle, mais pour cela il faut l'anticiper.

- Différents types de sevrage :

- Le sevrage partiel équivaut à un allaitement mixte, on remplace peu à peu quelques tétées par du lait industriel.

- Le sevrage total consiste à supprimer petit à petit chaque tétée au sein par des biberons de lait industriel. Pour cela, on retire en général 1 tétée tous les 3 jours pour la remplacer par un biberon de lait artificiel. Il faudra donc compter un nombre de jours de sevrage environ 3 fois supérieur au nombre de tétées quotidiennes (*exemple : 6 tétées par jour nécessite 18 jours de sevrage environ*). On commence en général par supprimer les tétées du milieu de journée pour ne garder que celle du matin et celle du soir. On supprime ensuite la tétée du soir puis celle du matin. Pour l'initiation du sevrage, il est possible de laisser l'enfant téter au sein et finir en lui donnant un peu de lait artificiel dans un biberon. Cette méthode permet d'avoir un enfant apaisé qui acceptera plus facilement le passage du sein au biberon.

- Evolutions physiologiques :

En général, 2 à 3 jours après la suppression de la première tétée, les seins s'assouplissent permettant la suppression d'une seconde tétée et ainsi de suite jusqu'au sevrage total. Si les seins restent trop tendus, pour éviter l'engorgement, il est possible de faire couler un peu de lait par un massage aréolaire. Il n'est pas utile de prendre de médicament pour stopper la lactation, elle se fera tout naturellement par suppression des tétées et donc l'arrêt de stimulation. La prise médicamenteuse pour arrêter la lactation n'aura lieu que lorsque l'arrêt est une urgence ou lorsque la femme veut stopper la lactation dès la naissance.

- Aide au sevrage :

La prise d'un traitement homéopathique peut être envisagé pour sevrer la femme, même lors d'une méthode progressive et naturelle. Il consiste en la prise de 5 granules 3 fois par jour d'*Apis mellifica* 9CH (pour l'engorgement et la sensation piquante améliorée par le froid), *Bryonia* 9CH (pour

l'œdème, douleur de la montée laiteuse), *Lac caninum* 30CH (tension mammaire) et d'une dose matinale unique pendant 3 jours de suite de *Ricinus* 30CH.

De plus, les plantes de menthe poivrée, de sauge, de cerfeuil et de persil peuvent être utilisés en infusion pour aider à tarir la lactation.

4. Règles hygiéno-diététique

4.1 Nutrition

(49), (50), (51)

L'alimentation en période d'allaitement relève globalement des mêmes recommandations que l'alimentation de manière générale. Aucune règle alimentaire spécifique n'est justifiée, autre qu'une alimentation saine, variée et bien équilibrée. Une alimentation variée comprend divers groupes d'aliments sans en exclure aucun :

- Fruits et légumes frais de tous types, de préférence ceux de saison, à manger crus ou cuits ;
- Différentes céréales telles que le blé, le riz, le maïs, l'orge, le millet sous différentes formes : graines entières ou concassées, semoule, farine, et leurs produits dérivés comme le pain et les pâtes ; l'idéal nutritionnel sont les céréales entières.
- Protéines animales (produits laitiers, œufs, viande, poisson – surtout petits poissons, pour les bonnes graisses sans trop de polluants-) et/ou végétales (lentilles, haricots, soja) ;
- Graisses en petites quantités, de préférence des huiles végétales pressées à froid et non chauffées.

Pour les repères de consommation de chacun de ces groupes, le « livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé » rappelle ces valeurs. *Cf figure 21.*

La composition nutritionnelle du lait maternel, que recevra l'enfant lors des tétées, est en partie liée à l'alimentation de la mère. Malgré cela, hors privations extrêmes de la mère, son état nutritionnel à un moment T n'impacte que très peu la qualité nutritive du lait car son organisme sera capable de puiser dans ses réserves afin de produire les éléments importants pour le nourrisson dans le lait même si celle-ci a pas ou peu mangé avant la tétée. En effet, si la mère ne se nourrit pas suffisamment, le lait gardera la même composition idéale pour l'enfant mais des carences apparaîtront au niveau de la mère.

Les différents aliments consommés feront varier le goût du lait, exposant ainsi l'enfant dès son plus jeune âge aux différentes saveurs qu'il explorera au long de sa vie. Certains aliments peuvent donner un goût amer ou particulier au lait (ail, chou, artichaut, poivrons, ...), mais si la mère les consommait déjà durant sa grossesse, l'enfant y a été habitué à travers le liquide amniotique et les tolérera toujours durant l'allaitement.

Au sujet des allergies, une sensibilisation par le lait maternel est possible, mais il n'y aura pas de précautions alimentaires pour les éviter sauf dans le cas d'un enfant dit « à risque », c'est-à-dire

possédant au moins un parent du 1er degré (père, mère, frère ou sœur) allergique. Il faudra alors éviter l'arachide pendant la période d'allaitement. L'exclusion d'autres aliments se fera sur avis médical, après avoir réalisé les tests chez un allergologue.

Les besoins énergétiques sont propres à chaque mère, en fonction de son poids et de son activité physique bien qu'une limite inférieure de 1800kcal/j ne doit pas être franchie. La mère doit tenir compte dans son apport journalier de l'augmentation du besoin en énergie d'environ 500 kcal par jour que provoque l'allaitement. En effet, une femme qui nécessite un apport d'environ 2000 kcal par jour, devra l'augmenter à 2500 kcal par jour durant toute la période de l'allaitement.

Les différentes vitamines et minéraux sont apportés grâce à l'alimentation saine et variée. Une femme végétarienne, qui exclut la viande mais pas les produits d'origine animale dérivés, tels que les produits laitiers et les œufs, garde un régime généralement équilibré. Les compléments alimentaires ne seront recommandés que pour les femmes végétaliennes strictes, avec un apport en vitamine B12.

Au niveau de l'apport hydrique, il ne sera pas nécessaire de boire plus, mais simplement à sa soif. Une consommation trop faible de liquide diminue la quantité de lait maternel, mais une augmentation de la consommation n'augmente pas à part égale la production de lait. La sensation de soif se fera plus ressentir en cette période d'allaitement, il faut simplement l'écouter et boire quand on le veut.

Figure 21 : Récapitulatifs de l'équilibre alimentaire de la femme enceinte

REPÈRES DE CONSOMMATION POUR LES FEMMES ENCEINTES ET LES FEMMES QUI ALLAIENT

Fruits et/ou légumes 	Au moins 5 par jour	• À chaque repas et en cas de fringale. • Crus, cuits, nature ou préparés. • Frais, surgelés ou en conserve. Pendant la grossesse, veiller à ce qu'ils soient bien lavés et à éliminer toute trace de terre.
Pain et autres aliments céréaliers, pommes de terre et légumes secs 	À chaque repas et selon l'appétit	• Favoriser les aliments céréaliers complets ou le pain bis, y compris en cas de fringale. • Privilégier la variété des féculents : riz, pâtes, semoule, blé, maïs, pommes de terre, lentilles, haricots secs, pois chiche, etc. Pendant la grossesse et l'allaitement, limiter les aliments à base de soja : pas plus de un par jour.
Lait et produits laitiers 	3 par jour	• Jouer sur la variété. • Privilégier les produits nature et les produits les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés : lait, yaourts, fromage blanc, etc. Pendant la grossesse, ne consommez que les fromages à pâte pressée cuite (type abondance, beaufort, comté, emmental, gruyère, parmesan), dont vous aurez enlevé la croûte, et les fromages fondus à tartiner.
Viandes Poissons et produits de la pêche Œufs 	1 ou 2 fois par jour	• En quantité inférieure à celle de l'accompagnement constitué de légumes et de féculents. • Viande : privilégier la variété des espèces et les morceaux les moins gras (escalopes de veau, poulet, steak haché à 5 % MG). • Poisson : au moins 2 fois par semaine, frais, surgelé ou en conserve. Pendant la grossesse : • Poisson : au moins 2 fois par semaine, dont au moins un poisson gras (saumon, maquereau, sardine...), en veillant à diversifier les espèces de poisson. • Consommer immédiatement les préparations maison à base d'œufs crus. • Supprimer certaines charcuteries dont les rillettes, les pâtés, le foie gras et les produits en gelée, les viandes crues, les viandes fumées ou marinées (sauf si elles sont bien cuites), les coquillages crus et les poissons crus ou fumés. • Veiller à bien cuire viandes et poissons.
Matières grasses ajoutées 	Limiter la consommation	• Privilégier les matières grasses végétales (huiles d'olive, de colza, etc.) et favoriser leur variété. • Limiter les graisses d'origine animale (beurre, crème...). Pendant la grossesse et l'allaitement, la consommation de margarine enrichie en phytostérols est déconseillée.
Produits sucrés 	Limiter la consommation	• Limiter les boissons sucrées (sirops, sodas, boissons sucrées à base de fruits et nectars). • Limiter les aliments gras et sucrés (pâtisseries, viennoiseries, crèmes dessert, glaces, barres chocolatées, etc.).
Boissons 	De l'eau à volonté	• Au cours et en dehors des repas, eau du robinet ou eau en bouteille. • Limiter les boissons sucrées (sirops, sodas, boissons sucrées à base de fruits et nectars). • Pas de boisson alcoolisée.
Sel 	Limiter la consommation	• Utiliser du sel iodé. • Réduire l'ajout de sel en cuisinant et dans les eaux de cuisson et ne pas saler avant de goûter. • Limiter la consommation de produits salés : produits apéritifs salés, chips...
Activité physique 	L'équivalent d'au moins une demi-heure de marche chaque jour	• Pendant la grossesse : maintenir les activités physiques habituelles, excepté celles présentant un risque de chutes et de chocs. Proscrire la compétition. • Pendant la grossesse et l'allaitement : ne pas commencer de sport.

4.2 Alcool

(17),(52), (53), (54),

Il n'est pas formellement contre-indiqué de boire un verre d'alcool en période d'allaitement, cependant il faut le faire de manière sécuritaire. Il a été démontré que l'alcool transféré dans le lait est quasiment équivalent à la quantité d'alcool dans le sang de la mère. En fonction de différents facteurs - tels que la présence ou non d'aliments dans l'estomac, le poids de la mère et autres- un pic d'alcool est observé dans les 30 à 90 minutes après sa consommation. De même, lorsque le taux d'alcool dans le sang diminue, celui présent dans le lait retourne dans le sang afin d'être éliminé. Bien que le taux d'alcool contenu dans le lait soit très faible et que le nourrisson soit exposé qu'à une infime quantité, il ne faut pas négliger son métabolisme lent, dû à sa fonction hépatique immature, rendant l'élimination de l'alcool lente. De plus, des études suggèrent que la consommation régulière d'une faible quantité d'alcool, exposant le bébé lors des tétées, provoque une modification du rythme de sommeil de l'enfant ainsi que des conséquences à long terme sur son développement neurologique. Cela serait dû à l'immaturation de son cerveau ainsi qu'à l'accumulation de l'alcool au niveau de son système nerveux.

Afin de limiter tout risque pour l'enfant, il est recommandé d'attendre 2 à 3 heures minimum par consommation avant d'allaiter. On parle en durée par consommation et non globale, ce qui amènerait à une attente de 4 à 6 heures lors de la consommation de deux verres de boissons alcoolisées. Il est conseillé de ne pas dépasser 2 verres en cette période d'allaitement. Un programme canadien, Motherisk, a élaboré un tableau estimant les délais à attendre avant le prochain allaitement en fonction du poids de la mère et du nombre de verres consommés. La conduite idéale pour la mère serait d'allaiter son enfant ou d'exprimer son lait, à l'aide d'un tire-lait, avant la première consommation afin de faire une réserve à proposer à l'enfant peu importe le moment. Dans le cas où elle n'aurait pas exprimé son lait antérieurement, un temps d'attente de 2 à 3 heures suivant le verre sera utile puis elle pourra tirer son lait, même si elle ne le donne pas à l'enfant, afin de stimuler le sein pour la bonne production de lait. Le fait de tirer son lait n'aura pas d'impact sur l'élimination de l'alcool.

En revanche l'alcool a un impact négatif sur le réflexe d'éjection du lait. Il diminue le taux d'ocytocine, l'hormone responsable de l'éjection du lait et, en parallèle, augmente le taux de prolactine, hormone responsable de la production de lait. Cela va donner une sensation d'engorgement à la femme, avec les seins « pleins » mais une moindre quantité de lait tiré.

4.4 Caféine

(52)

On la retrouve dans le café, le thé, des boissons à base de cola, certains aliments et médicaments. Elle va pouvoir passer dans le lait et, à trop grande dose, provoquer de l'irritabilité, des troubles du sommeil et des coliques au nourrisson. Il est recommandé de ne pas en consommer plus de 300mg/jour.

4.5 Médicaments

(56), (57), (58), (59), (17)

La prescription médicamenteuse est à l'origine de 20 à 30% des arrêts précoces de l'allaitement, selon une publication de la COFAM (*Coordination Française pour l'Allaitement Maternel*) en 2010. Et pourtant, seul peu de médicaments sont contre-indiqués pendant l'allaitement, et si un tel médicament était envisagé, il est souvent possible de trouver une alternative. Lors de chaque prescription, il sera nécessaire de se poser la question de la réelle nécessité du traitement médicamenteux par rapport aux risques possiblement encourus pour le bébé mais également ceux pour la mère en l'absence de traitement.

- Passage des médicaments vers le lait maternel :

La prise de médicaments par la mère en période d'allaitement expose à un passage du compartiment plasmatique vers le lait maternel, qui sera ensuite absorbé par le nourrisson. Dans la grande majorité des cas, ce passage se fait par diffusion passive grâce à un gradient de concentration. Le médicament ira du compartiment le plus concentré, le plasma, vers le compartiment le moins concentré, le lait. Mais la facilité de diffusion dans le lait sera dépendante de plusieurs caractéristiques physicochimique du médicament, qu'on retrouvera dans les RCP du Vidal :

- Biodisponibilité : Si elle est faible chez la mère, elle sera faible également chez l'enfant. Mais on préférera tout de même une voie locale que systémique.
- Taux de liaison aux protéines plasmatiques : seul la fraction libre, non liée aux protéines plasmatiques peut diffuser dans le lait. Lorsqu'une molécule est fortement liée aux protéines plasmatiques (95%) elle diffuse très peu dans le lait. Par exemple l'ibuprofène et la warfarine sont très liés aux protéines plasmatiques donc on en retrouve très peu dans le lait. C'est l'inverse pour le Lithium qui a un passage important dans le lait.
- Poids moléculaire : Les molécules de haut PM (insuline, immunoglobuline, héparine...), supérieur à 600 Da, n'auront pas de diffusion dans le lait, tandis que les molécules de bas PM, inférieur à 600 Da, passent librement du plasma vers le lait.

- Liposolubilité : Plus une molécule est liposoluble, comme les médicaments actifs sur le système nerveux central, et plus elle diffusera au travers de la membrane des acini pour se concentrer dans le lait. Le lait de fin de tétée étant particulièrement riche en lipides, les molécules lipophiles auront tendance à s'y concentrer.
- Temps de demi-vie $T_{1/2}$: Il faudra privilégier les médicaments à $T_{1/2}$ le plus court possible. Il nécessite en général entre 5 et 7 demi-vies pour que le médicament soit éliminé du plasma de la mère. Les médicaments à $T_{1/2}$ court devront être donnés directement après la tétée, afin qu'ils soient éliminés dès la tétée suivante.
- Degré d'ionisation : Seules les molécules non-ionisées diffusent librement dans le lait, selon un gradient de concentration. Cela relève des caractéristiques acido-basiques entre le plasma et le lait.
- Critères à prendre en compte :
 - critères liés au bébé qui entreront en compte, comme son âge qui influe son immaturité physiologique, son état de santé et le type d'allaitement. Un bébé en allaitement maternel exclusif reçoit plus de lait et donc une plus grosse dose de médicament qu'un enfant en diversification alimentaire.
 - critères liés à la mère, en rapport avec sa métabolisation hépatique et l'élimination rénale.

Ce n'est pas parce qu'un médicament était autorisé durant la grossesse qu'il le sera durant l'allaitement, car les mécanismes de diffusion et d'élimination sont différents entre le nourrisson et le fœtus.

Le passage des médicaments dans le lait peut entraîner plusieurs types d'effets indésirables sur l'enfant, plus ou moins conséquents. De manière générale, la prise de médicaments pendant l'allaitement devra être évitée. Si elle est nécessaire, il sera essentiel d'avoir une documentation de qualité afin de valider la compatibilité de la prise médicamenteuse avec l'allaitement, l'horaire de prise et dans le cas contraire de trouver une alternative.

- Rôle du pharmacien :

Les pharmaciens ont ici un vrai rôle à jouer, non seulement avec la maman, qui pense souvent « empoisonner son bébé », mais également avec les prescripteurs, qui sont rarement suffisamment informés en matière de prescription chez la femme allaitante. Pour cela il faut que le pharmacien sache se documenter en utilisant les bonnes sources. Les informations trouvées dans la rubrique « grossesse/allaitement » des RCP du Vidal déconseille bien souvent la prise de médicament avec l'allaitement, mais ce n'est pas pour des raisons de toxicité, seulement par manque de données à ce sujet. Grâce aux données pharmacocinétiques et pharmacodynamiques des médicaments différentes études ont permis de déterminer de leur innocuité ou non pour le nourrisson, lors de l'allaitement. On retrouvera ces informations sur :

- Le CRAT : le centre de référence des agents tératogènes qui informe des risques foeto-toxiques et tératogènes des médicaments pendant la grossesse ainsi que sur l'usage de ces substances durant l'allaitement.
- LactMed : site internet mis à jour régulièrement qui donne des informations complètes sur les molécules commercialisées aux Etats-Unis
- Réseau MédicAl allaitement: C'est un réseau de professionnels de santé sur les médicaments et l'allaitement, particulièrement pour des situations complexes, joignable par téléphone pour les professionnels de santé.
- Les centres de pharmacovigilance : Ils recherchent dans les publications scientifiques les réponses aux situations compliquées. Ils sont joignables par téléphone.
- L'ouvrage *Medications and Mother's milk* de Thomas W. Hale : C'est un ouvrage en anglais répertoriant tous les médicaments et leur compatibilité avec l'allaitement selon l'Académie Américaine de Pédiatrie. Mais on y retrouve seulement les molécules commercialisées aux Etats-Unis.

Dans tous les cas, il ne faudra traiter la mère que si nécessaire et éviter les spécialités contenant une association de principes actifs. On préférera les médicaments « anciens » pour lesquels le recul est plus important, et de préférence ceux qui sont également utilisés en pédiatrie. Une mère ne devra en aucun cas faire de l'automédication, il faudra se diriger vers un professionnel de santé si la prise médicamenteuse est inévitable.

5. Complications de l'allaitement

5.1 Congestions mammaires et engorgements

(17), (60),

Il est important de distinguer la congestion mammaire de l'engorgement mammaire physiologique et pathologique. Le bouleversement hormonal en *post-partum* entraîne une congestion vasculaire mammaire intense permettant l'apport des matières premières nécessaires à la fabrication du lait. En parallèle, la production lactée va augmenter rapidement dès le 5^{ème} jour, ce qu'on appelle plus communément la « montée de lait ». Le lait va s'accumuler dans les alvéoles et change de composition. Il en résulte une sensation de chaleur et de tension dans les seins, appelée engorgement mammaire physiologique, mais qui se résout rapidement par des tétées efficaces. On parlera d'engorgement mammaire pathologique lorsqu'on retrouve un œdème des tissus interstitiels secondaire à une stase capillaire et lymphatique. Il est accompagné de fièvre, de douleur et d'une gêne à l'écoulement du lait. S'il n'est pas pris en charge suffisamment tôt il pourra évoluer en mastite.

5.1.1 Symptômes

Lors de l'engorgement mammaire, les seins sont gonflés, tendus, durs, chauds, douloureux, avec une rougeur diffuse. La peau des seins aura une apparence brillante et plus ou moins inflammatoire. Cette symptomatologie peut être en uni- ou bilatéral. Elle peut être accompagnée de fièvre et de gêne à l'écoulement du lait. La tension mammaire va rendre l'aréole dure et plate et de ce fait moins accessible à la tétée pour le nourrisson.



Figure 23 : Engorgement mammaire

5.1.2 Causes

L'engorgement mammaire est, par définition, un phénomène congestif d'accumulation de liquide dans le sein avec des difficultés d'évacuation. Il découle de l'augmentation du flux vasculaire dans les seins qui, sous l'influence de la prolactine, va apporter la matière première nécessaire à la fabrication du lait ainsi que sa transformation en lait dans les acini. Quand les acini sont pleins, la production lactée se stoppe. La succion du bébé provoque l'augmentation de l'ocytocine qui permet l'éjection du lait hors des acini, et le démarrage de l'allaitement. Dans le cas où la succion du bébé n'est pas efficace ou peu fréquente, il y aura une diminution de l'ocytocine, créant un déséquilibre entre le débit de matière première affluant et la faible éjection. Cette stase lactée dans l'acini diminue la production de lait tandis que les apports restent massifs. L'eau apportée par la circulation va s'infiltrer dans les tissus interstitiels du sein formant un œdème. Le tissu glandulaire va être écrasé par le tissu œdémateux bloquant ainsi la circulation capillaire et lymphatique. L'engorgement mammaire est donc dû à une stase lactée, accompagnée d'un œdème interstitiel, lié lui à une stase sanguine et lymphatique.

Certains facteurs vont donc favoriser la survenue d'engorgement, parmi eux un mauvais drainage du sein en rapport avec des erreurs de pratique : tétées à heures fixes et limitées, tétées nocturnes sautées (surtout quand le bébé commence à faire ses nuits), bébé qui ne tète pas efficacement entraînant un mauvais transfert de lait, biberons de complément.

Le risque d'engorgement non pris en charge est l'évolution vers une mastite, la destruction des cellules sécrétrices de lait ainsi qu'une importante baisse de la synthèse lactée.

5.1.3 Traitements et conseils

Le pharmacien pourra donner des conseils sur la conduite à tenir et sur la gestion de la douleur, mais il sera nécessaire que la mère consulte un médecin pour un avis médical. De plus, la mère pourra être rassurée quant à la poursuite de son allaitement, malgré l'engorgement.

Il existe 4 points essentiels pour traiter un engorgement :

- **Aider le lait à s'écouler.** Pour éviter une stase lactée il faut favoriser les tétées à l'éveil et à la demande, vérifier qu'elles soient efficaces et qu'aucun obstacle, du type soutien-gorge non adapté ou mauvaise présentation du sein, ne s'y oppose. L'application de chaleur, par un gant de toilette humidifié à l'eau chaude ou un bain chaud, permet également de soulager la mère avant les tétées et de faciliter l'éjection. Pour désengorger le sein trop tendu et par conséquent compliqué à saisir par l'enfant, il est possible d'exprimer son lait manuellement en début de tétée, en pratiquant un massage aréolaire (Cf. figure 24) permettant de déclencher le réflexe d'éjection et donc d'assouplir le sein. L'utilisation d'un tire-lait peut également être une solution afin de soulager la tension ressentie.



Figure 24 : Massage aréolaire et expression manuelle du lait

- **Favoriser la circulation sanguine de retour.** Les bonnes tétées, ainsi qu'une expression efficace permettent d'augmenter la circulation. Il peut également être conseillé un massage du dos, qui améliore le retour sanguin ainsi que le repos couché à plat et les mouvement des épaules. Les applications de froid pendant 10 minutes après la tétées permet de limiter l'arrivée du sang et donc de favoriser le retour veineux et diminuer l'œdème.

- **Diminuer l'inflammation, aider l'œdème à se résorber et gérer la douleur.** Malgré l'allaitement, la prise d'anti-inflammatoires, ibuprofène et kétoprofène, est possible en respectant la posologie maximum. L'application de feuilles de chou sur les seins a fait l'objet de plusieurs études, il en ressort un soulagement avéré pour les femmes employant cette méthode. Au niveau homéopathique les souches *Phytolacca* 9CH ainsi que *Belladonna* 9CH à raison de 5 granules toutes les heures peuvent soulager.
De plus, des enzymes protéolytique, la bromélaïne 50mg et la trypsine 1mg ont également montrés leur efficacité sur la diminution de la douleur mammaire à raison de 8 comprimés le premier jour et de 4 comprimés les 2^{ème} et 3^{ème} jours.
- **Prévenir ou lutter contre l'infection.** En cas d'aggravation, de fièvre ou d'apparition de crevasses, il faudra immédiatement consulter le médecin.

Certaines pratiques (restrictions hydriques, bandage des seins, port de soutien-gorge serré) étaient anciennement recommandées, pensant que l'engorgement était dû à une augmentation de la production lactée, mais cela n'étant pas le cas, il faut les éviter.

5.2 Crevasses

5.2.1 Symptômes

(17), (61),

Les crevasses sont des lésions traumatiques de la surface cutanée du mamelon et/ou de l'aréole. En fonction de leur profondeur et de leur gravité on peut les classer en 3 stades distincts. Dans le premier stade, la peau est normale mais avec une irritation identifiable par des rougeurs et des œdèmes. Dans le second stade, l'irritation touche l'épiderme, pouvant aller jusqu'au derme superficiel, et apparaît sous forme de vésicules ou de fissurations. Dans le dernier stade, la fissuration est plus profonde dans le derme pouvant provoquer des saignements. La lésion ouverte peut être exposée à des micro-organismes, provoquant sa surinfection, visible par un écoulement purulent. Les crevasses provoquent des douleurs intenses, particulièrement en début de tétée, qui régressent en général lorsque le lait jaillit. Elles peuvent perturber le réflexe d'éjection et par la suite amener à des engorgements. Si la crevasse saigne lors des tétées, des traces de sang peuvent être retrouvées dans les régurgitations du bébés, mais sans risques pour celui-ci. Les fortes douleurs que ressent la mère peuvent devenir source de stress, conduisant à des arrêts précoces de l'allaitement. Il est important d'identifier les causes des crevasses chez la mère, afin de pouvoir y pallier et qu'elle puisse poursuivre son allaitement paisiblement.



Figure 25 : Crevasse du mamelon

5.2.2 Causes

La principale cause des crevasses est la mauvaises prise en bouche du sein par l'enfant, qui provoque une friction anormale entre le mamelon et une partie de la bouche du nourrisson. Cela peut être dû :

- à une mauvaise position du bébé pendant la tétée. Dans ce cas, on peut demander à la mère de nous montrer comment elle procède lors de l'allaitement, afin de pouvoir rectifier la position de l'enfant, comme vu dans le paragraphe 1.3-la mise au sein.

- à une mauvaise prise du sein par le bébé, malgré que sa position soit adéquate. C'est le cas pour les bébés présentant une anomalie physique tel qu'un frein de langue trop court, une difficulté de succion, un torticolis...

- au bébé qui pince trop fort le sein avec ses gencives. Ce phénomène est fréquemment retrouvé après introduction de tétines ou de biberons chez le jeune nourrisson, provoquant une confusion « sein-tétine ». La succion d'une tétine étant différente de celle au sein, elle provoque une mauvaise prise du sein par l'enfant.

D'autres causes peuvent également être à l'origine des crevasses. Parmi celles-ci on retrouve la macération, lorsque la mère laisse trop longtemps le mamelon au contact d'un vêtement ou d'un coussinet d'allaitement en oubliant de le changer régulièrement. Mais également une erreur d'hygiène, en nettoyant trop le mamelon, fragilisant l'épiderme ou, au contraire, en oubliant de se laver les mains avant la tétée ou le lavage quotidien des seins à l'eau claire.

5.2.3 Traitements et conseils

- Revoir le **déroulement de la tétée** avec la mère afin de rectifier au mieux la position de l'enfant et sa prise du sein. Suite aux corrections apportées, la mère devra être vigilante à l'aspect de son mamelon qui, immédiatement après la tétée, doit être étiré mais de même forme globale. Si ce n'est pas le cas, les conseils ne lui ont pas été suffisants, il sera essentiel de la rediriger vers un spécialiste de l'allaitement, qui par la même occasion, pourra éliminer la possibilité d'une anomalie physique de l'enfant.

- **Calmer la douleur.** C'est un élément essentiel afin de pouvoir assurer la bonne

poursuite de l'allaitement par la femme. Pour cela, il est tout à fait possible d'associer les antalgiques paracétamol et ibuprofène, tous deux compatibles avec l'allaitement, en respectant les doses maximales à ne pas dépasser, de 1g de paracétamol toutes les 6 heures et 400mg d'ibuprofène 3 fois par jour, à prendre en alternance.

Homéopathie : *Nitricum acidum* 9CH à raison de 5 granules 4 à 5 fois par jour

- **Traitement local.** L'hygiène quotidienne du mamelon à l'eau et au savon doux devra être poursuivie, mais veiller à éviter les savons antibactériens ou abrasifs, l'hygiène excessive du mamelon ou un séchage au sèche-cheveux qui vont fragiliser la peau.

Quelques gouttes de lait maternel peuvent être appliquées sur le mamelon après chaque tétée pour un effet préventif contre les crevasses, mais aussi cicatrisant dû à sa composition. Après avoir laissé sécher, une crème à base de lanoline purifiée, préalablement chauffée entre les doigts pour faciliter son application, sera étalée sur le mamelon. On privilégiera la lanoline (Lansinoh®, Purelan 100®, crevasses Doddie®), qui a l'avantage d'être comestible, plutôt qu'une crème à base de vaseline (Castor Equi®) qui, n'étant pas comestible, obligera la mère à rincer son mamelon avant chaque tétée, le rendant encore plus fragile. Les compresses d'hydrogel (Medela®) se veulent également efficaces dans la cicatrisation, grâce au milieu humide qu'elles génèrent. Appliquées sur les mamelons entre chaque tétée, elles soulagent la douleur en déposant un film protecteur rafraîchissant, mais elles ne sont à utiliser qu'en l'absence de contre-indications, telles que la surinfection ou une candidose mammaire. Il faudra les retirer avant la tétée et rincer le sein avant de le présenter à l'enfant. Elles sont ensuite réutilisables pendant 24 heures.

- **Accessoires.** Afin de limiter les frottements du soutien-gorge sur les mamelons douloureux, des coquilles protège-mamelon peuvent être utilisées. Néanmoins, une surveillance régulière des seins sera nécessaire afin de déceler une stase lactée, due à la compression du sein dans la coquille. Les bouts de sein en silicone sont utilisables lorsqu'il y a un excès de dépression intra buccale, une difficultés de prise de sein ou de succion.

Si les douleurs sont si forte qu'elles rendent l'allaitement impossible, il y aura la possibilité d'utiliser un tire lait en attendant.

L'allaitement pourra être débuté par le sein le moins douloureux, moment où le bébé tète le plus fort jusqu'au réflexe d'éjection, puis le passer sur le sein plus douloureux lorsque le lait commence à jaillir. Il est également possible d'initier le réflexe d'éjection manuellement puis de mettre le nourrisson au sein.

Il faudra bien insister sur l'importance d'une bonne position lors de la tétée, pouvant éviter ce genre de gêne. Et lors de l'arrêt de la tétée, de ne pas tirer sur le sein pour le sortir de la bouche de l'enfant,

mais de placer son petit doigt dans la bouche du nourrisson pour « casser le vide » et pouvoir retirer le sein.

Les **limites** du conseil au niveau de la pharmacie débutent lors de la persistance des douleurs et des lésions, et ceux malgré une prise du sein correcte. Les signes de surinfection, tels que du pus, écoulement purulent, ou des douleurs en « coup de poignard », doivent amener à consulter le médecin. Mais également lorsqu'une candidose y est associée ou un muguet buccal du nourrisson.

5.3 Mastite ou lymphangite

(17), (62)

Une mastite est une inflammation du sein, compliquée parfois par une infection bactérienne, voire un abcès. C'est une affection fréquente chez la femme allaitante, particulièrement dans les 6 semaines qui suivent la naissance. Elle peut faire suite à un engorgement ou à des crevasses au mamelon.

5.3.1 Causes

La mastite est une réponse inflammatoire souvent liée à un drainage insuffisant du lait maternel dans une zone du sein, dû à une mauvaise conduite de l'allaitement. Un sein engorgé ou des canaux obstrués peuvent provoquer une mastite si ils ne sont pas convenablement traités. On observe deux types de mastites :

- La mastite inflammatoire : La stase lactée (engorgement, canal lactifère obstrué, pression anormale sur le sein) provoque une augmentation de la perméabilité alvéolo-capillaire par réouverture des jonctions serrées. Cette réouverture permet à des substances plasmatiques de passer dans le lait et inversement. Ceci explique la modification de la composition et du goût du lait pendant environ 1 semaine en cas de mastite : il contient d'avantage de sodium et d'immunoprotéines et moins de lactose qui se retrouve dans le plasma et les urines de la maman.

- La mastite infectieuse : Il s'agit d'une mastite inflammatoire surinfectée. Il y a différentes origines possible de l'infection. Elle peut provenir d'une lésion du mamelon (crevasse), même s'il ne semble pas y avoir d'infection, mais également d'un foyer infectieux localisé à un autre site (furoncle, cystite, infection dentaire, panaris...). Un épisode infectieux chez un autre membre de la femme, tel que la rhinite chez l'enfant, peut également être à l'origine de cette infection. La bactérie la plus souvent impliquée est le staphylocoque doré. En début d'infection, la bactérie est captée par le système lymphatique : il n'y a donc pas d'infection du lait au commencement d'une mastite infectieuse.

Déoulant d'une inflammation due à une stase lactée, les facteurs favorisant la mastite sont ceux d'une stase du lait, c'est à dire :

- Mauvaise conduite de l'allaitement favorisant la stase lactée: tétées peu fréquentes, à horaires fixes, de durée limitée, « sautées », mauvaise prise au sein qui empêche le sein d'être vidé correctement.
- Hyperproduction lactée.
- Traumatisme du sein : lésions, pression répétée.
- Canal lactifère bouché.
- Sevrage rapide.
- Stress ou fatigue de la mère.

5.3.2 Symptômes

La mastite se déclare en général sur un seul sein, et non en bilatéral, par une réaction inflammatoire localisée douloureuse, provoquant une sensation de chaleur et une rougeur.

Elle est très souvent localisée sur la partie supéro-interne du sein, partie naturellement moins bien drainée. La tension mammaire importante entraîne une distension de l'aréole et du mamelon, qui rend la prise au sein difficile. L'écoulement du lait est retardé, voire impossible. Lorsque la peau prend un aspect de « peau d'orange », c'est indicateur de gravité. Elle entraîne un état grippal, avec tous les symptômes qui lui sont propre, tels que des frissons, de la fièvre, des douleurs musculaires et articulaires,... . Une mère se présentant à l'officine pensant avoir une grippe doit laisser suggérer qu'elle à une mastite.

Les complications de la mastite sont une involution de la glande mammaire avec un arrêt de la lactation, entraînant un arrêt précoce de l'allaitement. Mais également la formation d'un abcès, petite masse circonscrite, remplie de pus, inflammatoire et très douloureuse, toujours associée à de la fièvre et de la fatigue.



Figure 26 : Mastite

5.3.3 Traitements et conseils

Le traitement d'une mastite repose sur la vidange efficace et régulière du sein. Pour cela, il faudra soutenir la maman, fatiguée et découragée, quant à la poursuite de l'allaitement et ce malgré la mastite. En effet, le lait n'est pas toxique, même dans cette situation, et il sera primordial qu'elle

continue d'allaiter, aussi bien pour son enfant que pour elle. En effet, plus le nourrisson tètera pour vider le sein, plus la guérison sera rapide. Afin d'optimiser l'écoulement du lait, la mère devra adopter une position d'allaitement qui permet au nez ou au menton du bébé d'être placé sur le point d'inflammation de la mastite. Elle allaitera le plus fréquemment possible son bébé et sans restriction de durée. Si le début de la tétée est trop compliqué dû au sein tendu et douloureux, elle peut pratiquer un massage aréolaire pour l'assouplir. Si malgré ça, elle ne réussit pas à mettre son bébé au sein, il est recommandé qu'elle extraie son lait manuellement ou à l'aide d'un tire-lait 8 à 12 fois par jour dans le but de réduire la stase lactée.

Le repos couché au lit est primordial pour la mère. En fonction de son ressenti, elle pourra appliquer de la chaleur sur la zone atteinte, avant les tétées, afin de faciliter l'écoulement du lait et de soulager la douleur, ou bien des compresses froides entre les tétées.

Afin de soulager la douleur et réduire l'inflammation, la maman peut prendre de l'ibuprofène.

En homéopathie, le traitement des mastites est *Rana bufo* 5CH à raison de 5 granules 3 fois par jour. *Belladonna* 9CH – 5 granules toutes les heures puis 5 granules 3 fois par jour- peut également être un bon adjuvant. Si l'on soupçonne une mastite infectieuse, il est possible de conseiller *Pyrogénium* 9CH – 1 dose par jour pendant 4 jours- en soin de support d'un antibiotique, pour diminuer les symptômes liés à l'infection.

La consultation médicale est essentielle lors d'une mastite, afin d'éliminer le risque d'une mastite infectieuse. La mastite infectieuse se soigne de la même manière, mais nécessite en plus la prise d'une antibiothérapie. De manière générale, la femme se verra prescrire des antibiotiques si :

- Les symptômes ne s'améliorent pas au bout de 24 heures lorsque le lait est bien évacué.
- Les symptômes sont d'apparition très brutale et d'emblée très graves (forte fièvre, douleurs très importantes, fatigue intense...).
- Des lésions sont présentes sur le mamelon.
- Les deux seins sont atteints.
- Après examen, la mastite s'avère être infectieuse.

Le médecin prescrira un antibiotique compatible avec l'allaitement tel que la pristinamycine (Pyostacine®), fréquemment donnée dans cette indication pendant 10 à 14 jours. Il est important de respecter la durée du traitement pour éviter tout risque de récurrence.

5.4 Candidose

(63), (64), (65), (66)

La candidose est une affection fréquente qui atteint le sein (mamelon, canaux) et la bouche de l'enfant (muguet), provoquée par un champignon, en général *Candida Albicans*.

5.4.1 Symptômes

La candidose provoque des démangeaisons et une douleur caractéristique intense au niveau du mamelon. Elle est de type brûlure irradiante, qui peut se ressentir également à l'intérieur du sein, quand elle « remonte » le long des canaux lactifères. A contrario des crevasses, c'est une douleur qui est ressentie durant toute la tétée, et particulièrement en fin de tétée, mais également entre les tétées. Elle peut être associée à un muguet dans la bouche du bébé ou un érythème fessier, mais ce n'est pas toujours le cas.

Au niveau visuel, on observe un mamelon irrité, d'aspect rose vif, lisse et luisant. L'érythème que provoque la candidose est sec et présente une desquamation sur les bords. Malgré la contagiosité d'une candidose, il est possible de la retrouver seulement sur un seul sein et pas les deux.



Figure 27 : Photo d'une candidose du mamelon

Pour le muguet buccal du bébé, il apparaît sous forme de plaques blanches, ressemblant à du lait caillé mais impossible à déloger, sur les joues, le palais ou la langue. Il ne provoque en général pas de douleur.



Figure 28 : Photo d'un muguet buccal chez le nourrisson

5.4.2 Causes

Candida albicans est un champignon commensal naturellement présent sur la peau, les muqueuses et dans le tube digestif, qui devient pathogène lors d'une faiblesse immunitaire, d'une rupture de l'intégrité de la peau ou des muqueuses et lors d'un déséquilibre de la flore habituelle.

Les facteurs favorisant ce déséquilibre du *Candida albicans* sont :

- L'existence d'un autre site de candidose chez la mère (par exemple vaginale), ou chez l'enfant (muguet buccal, érythème fessier)
- La prise d'antibiotiques
- Une crevasse persistante, avec risque de surinfection
- La fatigue ou tout ce qui abaisse le système immunitaire
- Le port de coussinet ou de vêtements serrés favorisant la macération
- Le surplus ou le manque d'hygiène
- Le diabète, la contraception orale et la grossesse

5.4.3 Traitements et conseils

Si un diagnostic de candidose a été établi chez la femme, il faudra l'orienter vers un médecin car la prise en charge thérapeutique repose sur un **traitement antifongique**. Pour soulager ses symptômes en attendant son rendez-vous médical, il est possible de lui proposer un antalgique pour soulager la douleur, ainsi qu'un traitement homéopathique à base de Monilia Albicans en 9CH -3 granules 3 fois par jour.

Il est important de traiter simultanément et durant la même période, la mère et l'enfant, même si l'enfant ne présente pas de symptômes, au risque de se réinfecter l'un et l'autre dans un cycle sans fin. Le traitement peut être local ou général, seuls ou en conjonction.

Le traitement local repose sur l'application d'un antifongique local dont l'ingestion est autorisée pour le bébé. On appliquera le même traitement de façon concomitante dans la bouche du bébé. Il existe des gels buccaux à base de miconazole (Daktarin®, gel buccal), des suspensions buvables à base de nystatine (Mycostatine®), d'amphotéricine B (Fungizone®), et des crèmes à base de kétoconazole (Ketoderm®...). Les suspensions buvables ainsi que le gel buccal sont à appliquer sur les seins et dans la bouche du bébé avec un coton-tige ou le doigt. *Candida albicans* ayant un cycle de reproduction rapide, il faudra renouveler les applications après chaque tétée (toutes les 3 heures environ) pendant environ 10-15 jours.

Pendant de nombreuses années, les femmes avaient recours, même sans ordonnance, au violet de gentiane pour guérir la candidose. C'est une substance chimique colorante, en solution aqueuse qui est appliquée localement sur le mamelon et dans la bouche du bébé à l'aide d'un coton tige. En 2022,

l'ANSM informe sur les risques du violet de gentiane ingéré par le nourrisson. En effet, si il est utilisé pendant plus de 7 jours à des dosages trop importants, il est nocif pour l'enfant. C'est pourquoi, il est recommandé aux médecins de ne pas le prescrire en première intention, mais seulement à l'échec de tout autre traitement sur la candidose. Pour le pharmacien, on ne délivrera une préparation à base de violet de gentiane pour une candidose de femme allaitante que sur présentation d'une prescription établie par un médecin. La posologie traditionnelle sera d'une application par jour avec un coton-tige dans la bouche du bébé et sur le sein pendant 3-4 jours, sans dépasser une durée de 7 jours.

Si le *Candida albicans* est résistant au traitement local ou s'il s'est étendu aux canaux lactifères, il faudra prendre un traitement oral, par un antifongique diffusant bien dans le lait, tel que le fluconazole Triflucan®. Il est initié à une dose de charge de 200mg le premier soir puis de 100mg deux fois par jour pendant deux semaines ou plus. L'allaitement ne sera pas interrompu durant cette période. Bien que le fluconazole ingéré par le nourrisson via le lait est important, aucun événement particulier n'est observé à ce jour, ne contre-indiquant pas son utilisation. En effet, sur le site du CRAT (centre de référence des agents tératogènes), l'utilisation de fluconazole est considérée comme compatible avec la poursuite de l'allaitement lorsque la dose ne dépasse pas 2mg par jour *per os* pendant un maximum de 3 semaines.

Les conseils à promouvoir à la femme pour éviter une recontamination seront :

- stériliser quotidiennement tout ce qui est en contact avec les seins ou la bouche du bébé (tire-lait, tétines, jouets...)
- se laver les mains après avoir touché la zone infectée, ainsi que les mains du nourrisson qui les porte régulièrement à la bouche
- jeter les coussinets d'allaitement après chaque tétée
- changer de soutien-gorge quotidiennement et laver le linge en contact à haute température
- le lait exprimé ou stocké durant l'infection ne sera pas nécessairement jeté, il pourra être donné au nourrisson

Lorsque la candidose est à répétition chez une mère allaitante, il est utile de voir si elle ne souffre pas d'une affection qui abaisserait son niveau immunitaire.

6. Matériels autour de l'allaitement

6.1 Tire-lait

(67), (68)

Un tire-lait est un appareil qui permet d'extraire le lait des seins, comme le ferait le bébé pendant la tétée. Pour cela, il reproduit la succion du bébé en stimulant les récepteurs à l'étirement de l'aréole et en créant une dépression rythmique permettant l'aspiration du lait.

De manière générale, l'allaitement maternel ne nécessite pas de tire-lait mais simplement la mise au sein de l'enfant. Cependant, la mère allaitante peut y avoir recours dans diverses situations, car il permet :

- de recueillir le lait et de maintenir la lactation lorsque le bébé est prématuré, malade ou hospitalisé. De même dans le cas où la mère est hospitalisée.
- de constituer une réserve de lait utilisable quand il le faut, notamment lors de la reprise du travail, ou d'en faire don au lactarium si il y a un excès de production de lait.
- de stimuler une lactation insuffisante
- d'aider à la guérison d'un engorgement ou d'une mastite et d'assouplir l'aréole en début de tétée lorsque le sein est trop tendu et empêche le bébé de saisir le mamelon.

Ils peuvent être manuels ou électriques, avec la possibilité de régler de façon plus ou moins précise, selon les modèles, la force d'aspiration (dépression) et la fréquence de succion (cadence). Dans tous les cas il sera important de le choisir en fonction du confort d'utilisation, de son efficacité, et de l'usage que souhaite en faire la mère.

6.1.1 Tire-lait manuel

Il se constitue généralement d'une pompe, d'un récipient collecteur de lait et d'une tétérèlle qui se place sur le sein. Cette tétérèlle devra être adaptée à la taille du mamelon, afin d'éviter tout frottement ou inconfort. La force et la fréquence d'aspiration se font manuellement grâce à la pression exercée sur la poignée. Sur les tire-lait manuels récents, il est possible de régler la cadence et la dépression par l'intermédiaire de la poignée, mais de manière moins précise qu'avec le tire-lait électrique. Le coté court permet la phase de stimulation (cadence rapide) et le coté long la phase d'expression (cadence lente). Ces tire-lait n'ont pas d'option double pompage.

Le pompage manuel explique l'utilisation ponctuelle et occasionnelle de ce type d'appareil, car il serait très fatigant pour la mère de le faire une dizaine de minutes plusieurs fois par jour. Cependant, il aura l'avantage d'être léger, peu volumineux et de ne pas dépendre d'une source électrique, permettant un transport facile et une utilisation discrète.



Figure 29 : Différents modèles de tire-lait manuels

Comment l'utiliser ?

Avant la première utilisation, il sera important de démonter chaque pièce afin de les laver soigneusement et de les désinfecter en les faisant bouillir 5 minutes. Par la suite, il devra être lavé soigneusement après chaque utilisation et stérilisé une fois par jour.

Pour débiter la séance d'expression du lait, il faut se laver les mains puis placer la tétérille sur le sein afin que le mamelon soit centré sur l'embout. La phase de stimulation se réalise par des mouvements rapides sur la petite poignée. Lorsque le lait coule, la phase d'expression débute, il faudra réaliser des mouvements profonds et lents sur la grande poignée.

6.1.2 Tire-lait électrique

Les tire-lait électriques récents, grâce à la possibilité de réglage de la cadence et de la dépression, permettent d'imiter au mieux le rythme de succion du nourrisson qui varie au cours de la tétée. En effet, le nourrisson débute par une succion non-nutritive d'un rythme rapide avec une dépression faible pour déclencher le réflexe d'éjection, puis une succion nutritive avec un rythme plus lent, accompagné d'une dépression plus importante quand le lait sort du sein. Au niveau du tire-lait, il débutera une phase de stimulation de l'aréole avec une cadence rapide (100 à 120/minute), puis lorsque le lait coule, une phase d'expression avec une force d'aspiration élevée et une cadence lente (30 à 60/minute).

Ces tire-lait apportent à la mère le confort de pouvoir régler l'intensité de la dépression ainsi que le rythme de succion, en fonction de la sensibilité et des besoins individuels.

Selon le modèle, l'option double pompage permet à la mère de tirer son lait sur les deux seins en même temps. Cette double stimulation permet une production accrue de prolactine, responsable de l'augmentation de la production lactée, permettant un gain de temps à la mère par augmentation du flux de lait avec un temps d'expression amoindri.

La mère peut avoir du mal à s'habituer à l'appareil ce qui aura pour conséquence de retarder ou d'annihiler le réflexe d'éjection puisqu'il est directement lié à ses émotions. C'est pourquoi, son emploi doit se faire dans des conditions optimales avec un environnement apaisant pour la mère. Parfois, elle peut avoir recours à des objets lui rappelant son bébé, une musique spécifique voir même utiliser son tire- lait avec son bébé près d'elle.

Le nettoyage du tire-lait électrique est similaire à celui du manuel. Il faudra procéder au démontage du set, en veillant bien à séparer la valve de la membrane de la tétérèlle. Avant la première utilisation et au moins une fois par jour, il est important de stériliser les pièces qui sont susceptibles d'être en contact avec le sein et/ou le lait (la tétérèlle, le connecteur, la valve, la membrane, le biberon, le capuchon de protection, la bague et le disque de transport) à l'eau bouillante. Après chaque utilisation, laver les différentes pièces dans de l'eau chaude et savonneuse afin d'éviter la prolifération de bactéries, les rincer à l'eau claire puis les sécher avec un chiffon propre ou les laisser sécher à l'air libre. Le bloc-moteur se nettoie simplement en l'essuyant avec un chiffon propre et humide.



Figure 30 : Différents tire-lait électriques

6.1.3 Choix du tire-lait adapté

(68)

Pour choisir le tire-lait le plus adapté à la demande de la femme, 3 questions élémentaires lui seront posées :

- **Pourquoi ?** afin de lancer la lactation lorsque le bébé ne peut pas téter directement (prématuré, hospitalisation,...), stimuler une lactation insuffisante, reprise du travail, complications (engorgement, mastite,...)
- **Quand ?** de manière fréquente et régulière ou ponctuellement
- **Où ?** au travail, en déplacement, à la maison

En fonction des réponses de la mère et au vu du grand nombre de tire-lait existants, qu'ils soient manuels ou électriques, volumineux ou non, sur secteur ou sur batterie, il faudra décider de celui qui sera la plus adéquat à son utilisation.

	Tire-lait électrique à double pompage	Tire-lait électrique à simple pompage	Tire-lait manuel à simple pompage
FREQUENCE D'UTILISATION			
Usage occasionnel			x
Usage quotidien	x	x	
INDICATION			
Bébé prématuré ou hospitalisé	x		
Faible production de lait maternel	x		
Problèmes de tétées ou pathologies mammaires	x (en 1 ^{er} intention)	x	
Reprise du travail	x (en 1 ^{er} intention)	x	
Recueillir du lait en réserve	x		
Mamelons douloureux ou engorgés	x	x	
Mamelons plats ou ombiliqués	x	x	x (en 1 ^{er} intention)

6.1.4 Choix de la téterelle

(70), (71), (72)

La téterelle est l'embout en silicone en forme d'entonnoir qui se pose sur le sein et le mamelon lors des séances d'expression du lait à l'aide d'un tire-lait. Elle se constitue d'une partie présentant un angle d'ouverture de 90° afin de s'adapter à la poitrine et un embout dans lequel le mamelon doit pouvoir bouger librement pendant la séance d'expression.



Figure 31 : Téterelle

Elle existe en plusieurs tailles d'embouts pour s'ajuster aux mamelons de différents diamètres. Le choix de la taille de la téterelle est un élément essentiel pour exprimer le lait de manière optimale et sans douleur. Une téterelle trop petite ou trop grande sera à l'origine de frottements et d'irritations, et pourra bloquer l'afflux de lait, réduisant ainsi sa production.

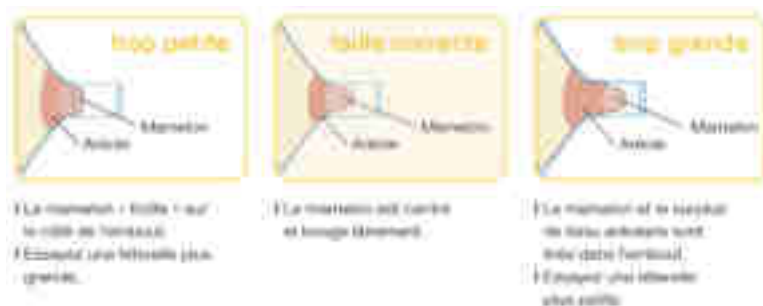


Figure 32 : Placement du mamelon dans la tétérèlle

Afin de connaître la taille de tétérèlle adaptée il faudra mesurer le diamètre du mamelon après une tétée ou après avoir tiré son lait. Si la mesure est faite sur un mamelon au repos, il faudra compter 2mm en plus. Les différents laboratoires qui proposent des tire-lait ainsi que des tétérèlles (Medela®, Kitett®,...) fournissent des réglettes qui permettent de mesurer le diamètre du mamelon et ainsi déterminer quelle taille est la plus appropriée. De plus, en fonction de la taille du sein plutôt arrondi et généreux ou de forme pointue l'embout externe de la tétérèlle se décline en deux tailles, respectivement large ou small. Il est possible que deux tailles différentes soient nécessaire pour chaque sein, mais également que cette taille varie au cours de l'allaitement. Dès qu'une gêne est ressentie il faudra vérifier que la taille de la tétérèlle utilisée soit toujours adaptée afin d'optimiser au mieux chaque séance d'expression du lait.

L'Assurance Maladie prend en charge un kit de 2 tétérèlles (double pompage) tous les 6 mois.

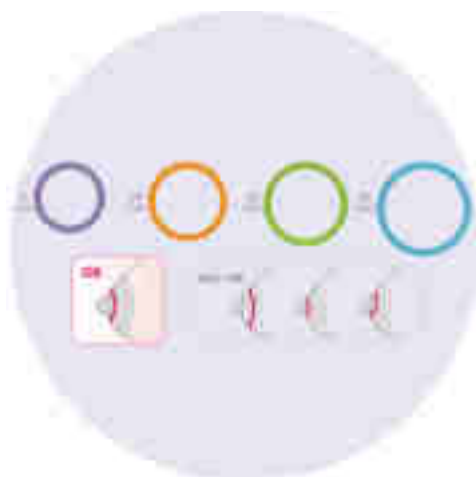


Figure 33 : Réglette de mesure du diamètre du mamelon Kitett®

Afin de confirmer la bonne taille de la tétérèlle, la maman va devoir centrer le mamelon dans l'embout et s'assurer qu'après la mise en route du tire-lait le mamelon et seulement une partie de l'aréole s'étirent dans la tétérèlle. Le mamelon doit pouvoir bouger librement dans l'embout en ayant un mouvement doux et rythmé. La mère ressent que son sein se vide pendant l'expression, sans aucune douleur.

6.1.5 Conservation du lait maternel

(17), (73)

L'information sur la conservation du lait maternel est une notion très importante à aborder avec la femme lors de la délivrance du tire-lait. Il s'avère utile de lui fournir une fiche-conseil récapitulative (*exemple du tableau ci-dessous*) en fin de formation sur le tire-lait.

Température ambiante (16 à 25°C)	4 heures	- Refroidir le lait exprimé sous l'eau froide avant de le mettre dans le réfrigérateur ou le congélateur. - Si on rajoute du lait dans un biberon de lait réfrigéré, refroidir le lait à température ambiante sous l'eau froide. - Secouer délicatement le contenant pour homogénéiser les corps gras. - Après réchauffage, le lait non consommé doit être jeté.
Réfrigérateur (0 à 4°C)	48 heures <i>(maximum 5 jours)</i> Pas dans la porte car la température n'y est pas stable	
Congélateur (-18 à -20°C)	4 mois Dans un biberon ou un sachet de conservation, laisser un peu d'espace libre pour l'expansion du lait Inscrire la date d'expression et le volume exprimé sur le contenant	
Lait maternel décongelé	Décongelé à température ambiante : à utiliser dans un délai de max. 4 heures Décongelé à température du réfrigérateur : à utiliser dans un délai de 24 heures - Ne pas décongeler dans le micro-ondes ou une casserole d'eau bouillante (pertes de certains composants du lait) - Ne pas recongeler - Possible odeur de rance due à la lipolyse du lait, mais sans impact sur sa qualité ou sa sécurité.	

6.1.6 Ordonnance et remboursement

(74), (75), (76)

Le tire-lait manuel n'est en aucun cas pris en charge par l'assurance maladie, il sera uniquement à l'achat et à la charge de l'acheteur.

Le tire-lait électrique peut être acheté ou loué en pharmacie ou auprès d'une société de matériel de puériculture. A l'achat il n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale et est plutôt onéreux comparé à un tire-lait manuel. Pour la location, la Sécurité Sociale rembourse sur présentation d'une ordonnance établie par un médecin ou un sage-femme. Pour cela, il faut une prescription mentionnant le tire-lait, ses accessoires et la durée de location sur une ordonnance séparée et indépendante de toute autre prescription. La prescription initiale est limitée à 10 semaines mais peut faire l'objet de renouvellements successifs limité chacun à 3 mois. Les accessoires du tire-lait qui sont au contact de la peau ou le lait de la mère (téterelles, biberon de recueil, tuyaux) sont à usage personnel et unique et sont donc uniquement à l'achat, sans remboursement.

Seuls les tire-lait répondant au cahier des charges de la LPP (statut de dispositif médical, réglage manuel et automatique des puissances et des fréquences d'aspiration...) peuvent prétendre au remboursement par l'Assurance maladie.

Les codes de tarification depuis 2019 sont les suivants :

Code	Désignation	Tarif en € TTC
1161248	Forfait de mise à disposition d'un tire-lait électrique (<i>formation de la patiente à l'utilisation, aux règles d'hygiène et de conservation du lait, choix de la taille de la téterelle</i>)	30,00
1129440	Forfait de location hebdomadaire d'un tire-lait électrique	7,50
1140252	Kit téterelles de pompage simple	12,00 (PLV : 20,00)
1128044	Kit téterelles de pompage double	22,00 (PLV : 37,00)

Le pharmacien est tenu de « former » la patiente à qui il délivre le tire-lait, en lui expliquant le fonctionnement et l'entretien du matériel, en plus de lui délivrer la notice d'utilisation. Il devra l'aiguiller sur le choix de la bonne taille de téterelle, mais également lui rappeler les règles d'hygiènes et de conservation du lait. Cette formation sous forme d'un échange direct avec la personne donne lieu au forfait de mise à disposition pour le pharmacien.

Afin que la délivrance du tire-lait soit menée à bien, j'ai conçu un petit livret d'aide à la dispensation du tire-lait qui sera présenté dans le chapitre 3. Il est à destination des pharmaciens et suit une trame permettant de n'oublier aucun point de la formation de la mère allaitante, quant à l'expression de son lait. (*Cf annexe I*).

6.2 Coussin d'allaitement

C'est un polochon légèrement incurvé, étudié pour être positionné comme une bouée autour du ventre de la mère. Il permet de la soulager aussi bien pendant la grossesse, lorsque la forme du ventre empêche de trouver des positions confortables, que pendant l'allaitement comme accoudoir pour une bonne position lors des tétées.

Il se décline en différentes tailles, différentes épaisseurs, différents remplissages et matières extérieures.

- Tailles : la taille est importante lorsqu'il est utilisé pour l'allaitement de jumeaux. En effet, à ce moment là, il devra faire le tour de la taille de la mère afin qu'elle puisse reposer ses bras de chaque côté durant les tétées. Pour les autres situations, la mère devra déterminer en fonction de son usage la taille appropriée. L'idéal est qu'il soit assez long pour que peu importe les positions d'allaitement, la mère et le bébé reposent dessus de manière sécuritaire.
- Épaisseur : il devra être suffisamment épais pour qu'une fois posé autour de la mère, elle puisse reposer ses bras dessus, tel un accoudoir.
- Remplissages : il peut contenir des graines d'épeautre, des billes bio de maïs, granulés de liège, des microbilles de polystyrène ou d'écographites etc... Tous ces remplissages lui permettent d'être malléable et souple afin de s'adapter parfaitement au besoin de la mère. Il faudra veiller à ce qu'il ne soit pas trop lourd afin que la mère puisse le manipuler aisément. De plus, en fonction du remplissage, les mouvements du coussin peuvent être plus ou moins bruyant, chaque femme comparera et choisira en fonction de sa sensibilité au bruit. Il n'est pas idéal de prendre un remplissage en mousse, qui sera bien moins malléable et qui s'affaisse une fois reposé dessus.
- Extérieur : Certains seront déhoussables, afin de pouvoir laver régulièrement l'enveloppe extérieure. D'autres pourront être intégralement lavables à 60°.

Il est très utile pour l'aide à la tétée à condition qu'il soit bien utilisé. Il ne faut en aucun cas poser l'enfant dessus et se pencher en avant pour lui donner le sein. Cette mauvaise position pourra être à l'origine de complications tels que des crevasses. Il est préférable de positionner le coussin correctement autour de la taille et de l'utiliser comme accoudoir afin d'avoir le bébé à bonne hauteur pour une tétée sans se fatiguer.



Figure 34 : Coussin d'allaitement

6.3 Récipients de conservation

Il en existe deux types disponible à l'officine :

- **Les sachets recueil-lait maternel à usage unique** : sachets en plastique se fermant par un « zip ». Ils permettent de conserver, transporter et réchauffer le lait maternel. Certains peuvent s'adapter directement sur le tire-lait. Si ce n'est pas le cas, il faudra veiller à ne pas toucher l'intérieur du sachet lors du remplissage afin d'éviter toute contamination. Ils présentent l'avantage de pouvoir se poser à plat et de ne prendre que très peu de place dans le congélateur ou le frigo. De plus, ils résistent aux variations de volume lors de la congélation.



Figure 35 : Sachet de recueil-lait

- **Les pots de conservation** : ils peuvent se fixer directement au tire-lait afin de recueillir le lait, puis se transformer en biberon en ajoutant une tétine. Il y aura moins de manipulation du lait par la mère donc moins de perte de la quantité exprimée. Ils sont lavables et réutilisables, mais nécessitent des conditions d'hygiène strictes. Un pot possède un nombre maximal de réutilisations selon la marque, il faut s'en informer et le respecter.



Figure 36 : Pot de conservation

6.4 Bout de sein

(77), (78)

Les bouts de sein doivent être réservés, après avis médical, aux difficultés de prise du sein (mamelons plats ou ombiliqués, nourrisson hypotonique, ...), aux difficultés de succion (frein de la langue court, ...) et aux mamelons très douloureux. Ils doivent être une solution à court terme pour faciliter l'allaitement.

C'est un accessoire en silicone souple dont l'extrémité est perforée, que la mère place sur le mamelon lors des tétées afin d'éviter le contact direct de la bouche de l'enfant avec le sein.



Figure 37 : Bout de sein

Sa mise en place requiert de l'humidifier à l'eau pour faciliter son adhésion, d'exercer une pression sur l'extrémité en la poussant vers l'intérieur et le placer sur l'aréole avec le mamelon centré à l'intérieur. Le fait de l'avoir préalablement mouillé provoquera un effet ventouse sur le sein pour sa bonne adhésion. Il existe différentes tailles de bouts de sein, afin de s'adapter parfaitement au mamelon de la mère.



Figure 38 : Pression de l'extrémité vers l'intérieur pour la mise en place

Il est recommandé de les stériliser avant la première utilisation puis de les nettoyer à l'eau et au savon après chaque utilisation.

Leur usage reste très controversé car leur utilisation comporte des inconvénients tel que :

- Il n'est pas facile d'évaluer si il est bien positionné et si l'enfant tète correctement.
- Il peut induire une confusion sein-tétine chez l'enfant, entraînant le refus du sein par la suite.

Il sera préférable d'être suivi par une consultante en allaitement afin de contrôler si l'enfant tète efficacement et sa bonne prise de poids.

6.5 Crèmes et compresses pour les mamelons

Les crèmes permettent d'apaiser et de protéger les mamelons douloureux en cas de crevasses et d'irritations. On en différencie deux sortes :

- **La crème à base de lanoline purifiée.** Elle présente l'avantage d'être « comestible », donc nul besoin de rincer le mamelon avant la tétée. Il est possible de l'appliquer après chaque tétée sur les mamelons propres, après l'avoir chauffée entre les doigts. Pour plus d'efficacité, on peut mélanger une goutte de lait maternel avec une noisette de crème et l'appliquer sur la zone douloureuse.



Figure 39 : Crème à base de lanoline purifiée

- **La crème à base de vaseline.** Elle permet également la cicatrisation du mamelon mais n'est pas « comestible », ce qui oblige à rincer le sein avant chaque tétée.



Figure 40 : Crème à base de vaseline

Les **compresses d'hydrogel** optimisent également la cicatrisation en créant un milieu humide et permettent un soulagement de la douleur par effet rafraichissant immédiat. Elles protègent le mamelon

du frottement des vêtements, évitant ainsi l'irritation. Elles peuvent être appliquées entre les tétées sur le sein, mais il faudra les retirer avant les tétées et rincer soigneusement le mamelon. Elles sont ensuite réutilisables pendant 24 heures, il suffit de les conserver dans un endroit frais, propre et sec entre deux utilisations. Il faut veiller à ne pas les appliquer sur un mamelon présentant des crevasses surinfectées ou une candidose au risque de l'aggraver.



Figure 41 : Compresse hydrogel

6.6 Les coquilles

(79)

Les coquilles protège-mamelon sont des accessoires qui évitent le frottement des vêtements tout en favorisant la cicatrisation lorsque les mamelons sont douloureux ou présentent des crevasses. Elles se composent d'une part, d'une membrane en silicone souple et de l'autre, d'une coque externe munie de petits trous d'aération. La membrane souple se met au contact du sein, en centrant son ouverture sur le mamelon, tandis que les orifices d'aération se placent vers le haut, pour que l'air puisse circuler et ainsi éviter la macération. Elles peuvent être portées entre les tétées, mais il faut éviter de les porter au lit la nuit car il y a un risque d'aggravation de l'irritation des mamelons. De plus, par compression du sein elles peuvent surstimuler la lactation, engendrant des écoulements de lait ou une stase lactée et un engorgement. Pour cela, il faut éviter de les porter en permanence et dans tous les cas les porter avec un soutien-gorge d'allaitement qui ne soit pas trop serré.

Avant première utilisation et une fois par jour pour la suite, elles devront être stérilisées en les laissant bouillir cinq minutes.



Figure 42 : Coquilles protège-mamelon

6.7 Les coussinets d'allaitement et coupelles recueil-lait

Ce sont des coussinets à placer dans le soutien-gorge afin d'absorber les fuites de lait possibles entre les tétées, ou du sein opposé pendant les tétées, et ainsi d'éviter les tâches sur les vêtements. Il existe des coussinets en coton lavable et réutilisable ou à usage unique, donc jetable. Dans tous les cas, il est important de les changer régulièrement afin d'éviter d'avoir un environnement humide au niveau de mamelon qui, par macération, serait propice aux crevasses, infections ou candidoses.



Figure 43 : Coussinets d'allaitement

Dans le même ordre d'idée, il existe les **coupelles recueil-lait** en silicone à placer sur le sein. Elles permettent lors de l'allaitement, si le sein opposé fuit, de recueillir l'excès de lait. Mais également, portées entre les tétées, elles évitent les auréoles sur les vêtements. Il est important, toutes les 2-3 heures de laisser sécher le sein à l'air libre et de nettoyer les coupelles afin d'éviter l'humidité qui fragilise le mamelon. Il faut éviter de les porter toute la journée car la pression qu'elles exercent crée une stimulation permanente de la lactation qui peut au contraire favoriser les fuites de lait.



Figure 44 : Coupelles recueil-lait

Chapitre 3 : Accompagnement de la femme allaitante par les professionnels de santé

Dans le cadre des préconisations mondiales pour un allaitement exclusif jusqu'au 4 à 6 mois du nourrisson, l'offre d'accompagnement de la maman et de son enfant a connu une riche évolution en France. Parmi cette offre, nous retiendrons, par exemple :

- la prise en charge de l'accompagnement par l'assurance maladie d'une sage-femme, accompagnant la jeune mère et son bébé jusqu'au 12^{ème} jour de ce dernier ou un accompagnement ponctuel entre le 8^{ème} jour et la 14^{ème} semaine de l'enfant.
- le dispositif PRADO -prise en charge à domicile de la mère et de l'enfant par une sage-femme en cas de sortie précoce de la maternité.
- un accompagnement par les centres de protection maternelle et infantile(PMI), qui regroupent des professionnels de santé, tels auxiliaires de puériculture, infirmières et puéricultrices, sages-femmes et médecins -gynécologues, pédiatres- où l'on peut faire suivre sa grossesse, bénéficier de consultations après l'accouchement et d'un suivi médical du bébé.
- l'évolution des missions de santé des pharmaciens d'officine qui deviennent acteurs dans l'information aux patients, en étant un premier recours pour certaines situations. Il a été ainsi mis en place différents entretiens ciblés liés à certaines pathologies, mais aussi et surtout dans le contexte qui nous intéresse, l'entretien femme enceinte sur la prise en charge médicamenteuse.

Ce terreau privilégié devrait nous permettre de cibler les futures mamans afin de leur offrir les informations essentielles à leur prise de décision concernant le mode d'alimentation du bébé, de les accompagner et de leur faciliter l'accès aux soins en cas de nécessité.

1. Etude

1.1 Contexte

Dans le cadre de cette évolution, j'ai décidé de réaliser une étude à l'aide d'un court questionnaire, simple et compréhensible auprès de femmes allaitantes ou ayant allaité, afin d'évaluer la situation actuelle au niveau de leurs connaissances, des accompagnements proposés, de leur mise en œuvre et de leur propre ressenti. Celui-ci a été distribué dans une pharmacie à Hautepierre, un quartier populaire de la ville de Strasbourg. Il s'est axé sur 4 questions (*cf. annexe 2*) ciblant l'accompagnement de la femme allaitante qui avait la possibilité de répondre sur une échelle en 6 points, allant de 0 : « non pas du tout » à 5 : « oui tout à fait ».

L'ALLAITEMENT MATERNEL

Dans le cadre de ma thèse sur l'allaitement maternel, je réalise un sondage sur
l'accompagnement des femmes allaitantes.



Age :

Avant votre allaitement, vous sentiez-vous suffisamment INFORMÉE sur la question ?

1	2	3	4	5
Non du tout				Oui

Saviez-vous vers QUEL PROFESSIONNEL DE SANTE vous diriger pour répondre à vos questions (montée de lait, mastite, engorgement, crevasse,...) ?

1	2	3	4	5
Non du tout				Oui

Si oui, vers quelles sources vous êtes-vous dirigée ? (Sage-femme, gynécologue, médecin traitant, pharmacien, internet et réseaux)

.....

Vous-êtes vous sentie suffisamment ACCOMPAGNEE par ce professionnel de santé ?

1	2	3	4	5
Non du tout				Oui

Saviez-vous QUELS MEDICAMENTS vous avez le droit de prendre durant l'allaitement ?

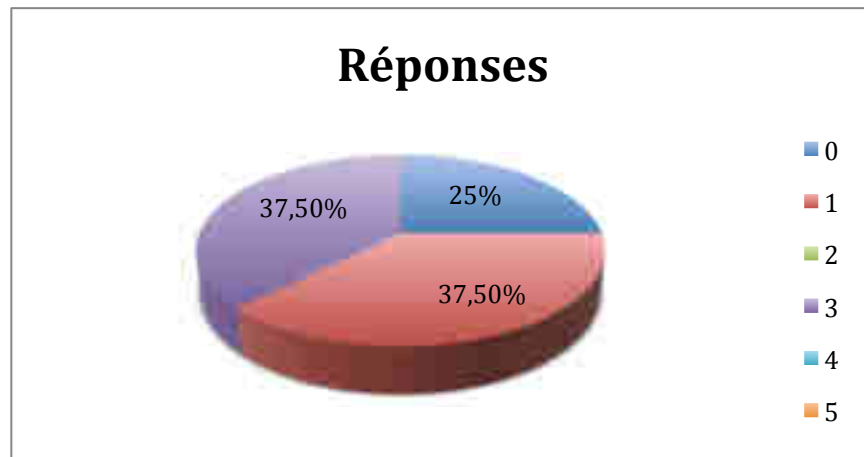
1	2	3	4	5
Non du tout				Oui

Figure 45 : Questionnaire

Dans la majorité des cas, le questionnaire a été rempli à l'officine avec la mère, afin de s'assurer de la compréhension de toutes les questions. Il n'y a eu aucune réticence au questionnaire, du fait de sa longueur permettant de le renseigner en quelques minutes seulement. Au total, 32 questionnaires remplis ont été collectés, permettant ainsi le traitement des réponses.

1.2 Analyse des résultats

- **Avant votre allaitement, vous sentiez-vous suffisamment informée sur la question ?**



Dans l'ensemble, la réponse tend entre 0 « Non pas du tout » et 3. On constate par ces réponses que l'information à faire en amont, lors de la grossesse n'est pas encore suffisante. Certaines mères vont être convaincues de l'allaitement, il n'y aura pas à les persuader des bienfaits, mais simplement à les former et les aider aux bons gestes pour sa mise en place. D'autres mères peuvent être hésitantes ou avoir déjà fait le choix d'un allaitement par préparations infantiles. Cela peut être dû au contexte familial, aux croyances ou simplement à un manque d'information sur le sujet. Certaines chercheront les réponses par elles-mêmes en se tournant vers les professionnels de santé, soit au sein de la maternité ou lors d'une visite à la pharmacie afin de prendre leur décision. D'autres non.

- **Rôle du pharmacien :** C'est dans ce contexte là que le pharmacien a un grand rôle à jouer.

Lorsqu'une femme enceinte se présente à l'officine, il devra discuter avec le couple sur le choix de l'alimentation pour leur futur enfant. Il pourra détecter les hésitations du couple et leur donner des informations complètes, claires et précises afin qu'ils aient les clés en main pour faire leur propre choix. Le but n'est pas de les convaincre d'allaiter, mais de les convaincre que l'allaitement est le meilleur moyen de nutrition pour l'enfant et qu'il apporte également beaucoup de bienfaits à la mère. Il sera essentiel d'instaurer un climat de confiance, donnant envie à la mère de venir chercher les conseils et le soutien nécessaire à la mise en place de son allaitement.

Afin que ce suivi soit possible, il est intéressant qu'au moins un membre de l'équipe officinale se forme sur le sujet de manière continue. Un site internet d'aide aux pratiques professionnelles (www.pharmallait.fr), à destination des équipes officinales a également été créé pour permettre de conseiller de manière optimale les femmes rencontrant des difficultés en allaitant ou les femmes

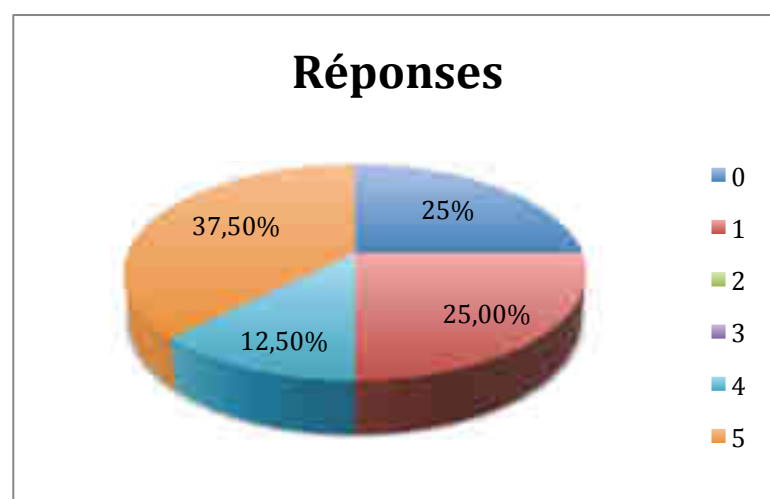
enceintes souhaitant obtenir des conseils sur le sujet de l'allaitement maternel. De plus, il y a possibilité de commander des brochures d'information sur l'allaitement sur le site du CESPARM (30) ou de l'URPS Pharmacien afin de les distribuer aux femmes enceintes pour qu'elles aient toutes les informations nécessaires pour préparer l'arrivée de leur nourrisson. Le fait de présenter la brochure au comptoir donne l'occasion d'échanger avec la future mère sur l'allaitement et sa grossesse.



Figure 46 : Le guide de l'allaitement maternel retrouvé sur le site du CESPARM

- **Saviez-vous vers quel professionnel de santé vous diriger pour répondre à vos questions (montée de lait, mastite, engorgement, crevasse,...) ?**

Si oui, vers quelles sources vous êtes-vous dirigée ? (Sage-femme, gynécologue, médecin traitant, pharmacien, internet et réseaux)



Cette fois les réponses sont partagées entre 0 « non pas du tout » et au contraire, 5 « oui tout à fait ». Lorsque la réponse se rapproche de 5 « Oui tout à fait » c'est en général que la femme allaitante est suivie par une sage-femme. Dans ce cas là, elle sait rapidement vers qui se tourner pour toute

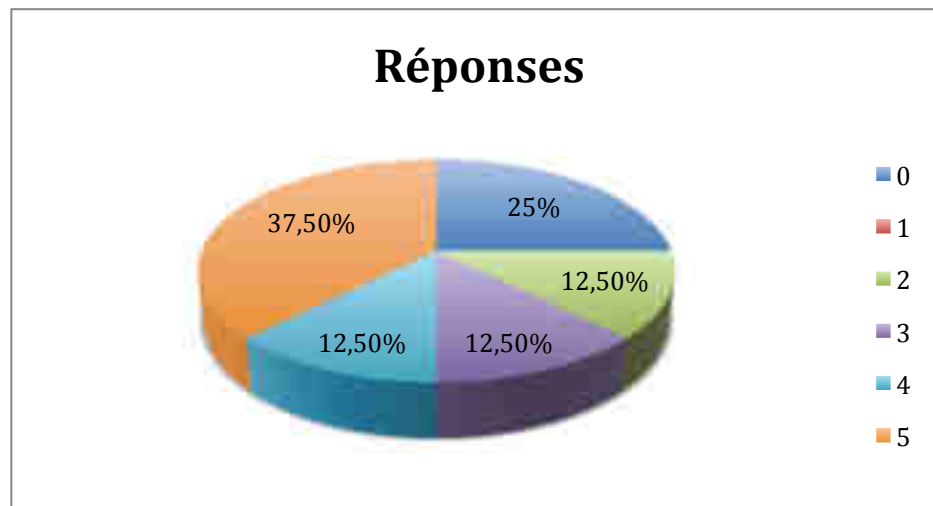
complication et a affaire à une professionnelle de l'allaitement. En ce qui concerne les autres réponses, les femmes ne savent pas vers qui se tourner pour poser leurs questions.

- **Rôle du pharmacien** : Il est essentiel pour le pharmacien de promouvoir l'allaitement au sein de son officine et de montrer à l'aide d'affiches ou autres moyens de communication – réseaux sociaux de l'officine, écrans vidéos derrière les comptoirs,...- que la femme allaitante peut venir chercher des conseils auprès de l'équipe officinale en cas de besoin. Il faut une fois de plus réussir à instaurer un climat de confiance qui permettra à la femme de se livrer aisément et ainsi de pouvoir la conseiller. Il restera néanmoins nécessaire pour le pharmacien de détecter les limites de son conseil et d'orienter la femme vers un médecin si cela est nécessaire.



Figure 47 : Exemple d'affiche pour la promotion de l'allaitement dans l'officine

- **Vous-êtes vous sentie suffisamment accompagnée par ce professionnel de santé ?**



Comme pour la question précédente, lorsque la femme était accompagnée d'une sage-femme, elle s'est sentie suivie et soutenue durant son allaitement. Or, les femmes qui ne savaient pas quel professionnel de santé solliciter ne se sont, de toute évidence, pas senties assez accompagnées.

- **Rôle du pharmacien** : De même que pour les entretiens pharmaceutiques destinés aux femmes enceintes sur la prise en charge médicamenteuse - information affichée aux rayon maman/bébé des pharmacies qui les pratiquent –, des entretiens pour l'allaitement pourraient être mis en place dans les officines afin de permettre aux femmes, avant l'accouchement, de mieux comprendre l'allaitement, et d'avoir un interlocuteur post-accouchement si d'éventuelles questions, préoccupations ou complications devaient survenir.

Dans ce sens, j'ai imaginé un ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE (*Cf annexe 3*), mené à l'officine, destiné aux femmes, ayant pour projet d'allaiter au sein ou étant encore indécises, avec beaucoup de questionnements.

L'objectif principal est de fournir les informations utiles et objectives à la mère, durant sa grossesse, afin de guider son choix, sans toutefois prendre une position pro-allaitement qui risquerait de culpabiliser la mère. Le but prioritaire est de lui faire comprendre qu'allaiter n'est, pour le bébé, pas équivalent à donner un biberon de lait infantile et ainsi lui permettre de faire un choix éclairé.

Il s'articule en deux ateliers : l'un reprenant les bienfaits de l'allaitement tant pour la mère que pour l'enfant, le second répondant à toutes les idées reçues qui gravitent autour de l'allaitement.

ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE

Accompagnement de l'allaitement



Objectif : Fournir les informations utiles et objectives dans le but d'aider la mère, durant sa grossesse, sur la décision d'allaiter son enfant, sans toutefois prendre une position pro-allaitement qui risquerait de culpabiliser la mère.

Le but prioritaire est de lui faire comprendre qu'allaiter n'est, pour le bébé, pas équivalent à donner un biberon de lait infantile et ainsi lui permettre de faire un choix éclairé.

Public ciblé : Femmes enceintes dans le 3^{ème} trimestre de grossesse, ayant pour projet d'allaiter au sein ou étant encore indécises, avec beaucoup de questionnements. +/- leur conjoint

Nombre de séances : séance unique

Durée de la séance : 30 à 45 minutes

Matériel : guide de l'allaitement maternel du CESPHEM, à leur remettre en fin de séance.

Recrutement : Lorsque la femme enceinte se présente à l'officine (peu importe la raison), lui poser la question sur le choix d'alimentation pour son futur-bébé.



Déroulement de la séance :

- Présentation de l'entretien et son objectif
- Ecoute du projet de la femme quant à l'alimentation de son enfant, de ses envies, ses attentes et ses peurs
- 1^{er} atelier sur les bienfaits de l'allaitement pour l'enfant et la femme pour vérifier son niveau de connaissances sur la question.
- 2^{ème} atelier sur les idées reçues par rapport l'allaitement
- Distribution de la brochure « guide de l'allaitement maternel » du CESPHEM

ATELIER 1 : BIENFAITS DE L'ALLAITEMENT

Laisser quelques minutes à la mère pour remplir le tableau ci-dessous selon ses connaissances. Puis le compléter avec elle en rajoutant les points non mentionnés.

Bénéfices pour l'enfant	Bénéfices pour la mère



ATELIER 2 : IDEES RECUES

Disposer sur la table les papiers sur lesquels sont notés les différentes idées reçues en matière d'allaitement. Demander à la mère de sélectionner celles qui la préoccupent et pour lesquelles elle voudrait une réponse :

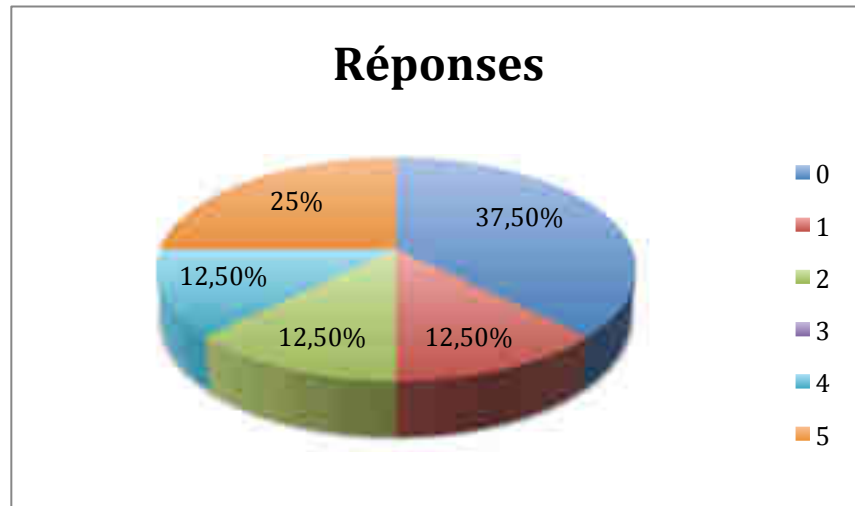
- La réussite de l'allaitement dépend de la taille des seins
- Je ne saurai pas si mon bébé est assez nourri
- Allaiter est douloureux
- Allaiter abîme les seins
- Pour allaiter je dois suivre un régime particulier
- Je vais être trop fatiguée
- Je ne peux pas fumer pendant mon allaitement
- Je ne peux pas boire d'alcool pendant mon allaitement
- C'est difficile d'allaiter et de travailler en même temps
- Je ne peux prendre aucun médicament pendant mon allaitement

Tableau récapitulatif des idées reçues à remettre aux femmes en fin de séance.
(Cf annexe 1.)

Annexe 1

IDEES RECUES	REPONSES
La réussite de l'allaitement dépend de la taille des seins	La taille de la poitrine est simplement due à une glande mammaire plus ou moins généreuse et à la quantité de graisse qui l'entoure, elle n'aura aucun impact sur la quantité de lait produit.
L'allaitement ne fonctionne pas chez toutes les femmes	Il est rare de manquer de lait. De manière générale, et sauf cas particuliers, une femme produira suffisamment de lait pour nourrir son enfant, si il tète de façon fréquente et « efficace » pour stimuler la lactation. L'important est de se faire confiance.
Je ne saurai pas si mon bébé est assez nourri	Tant que l'enfant tète régulièrement et de manière efficace, le lait produit sera le meilleur apport nourrissant car il s'adapte parfaitement à ses besoins au fil des tétées et de sa croissance.
Allaiter est douloureux	Ce qui peut faire mal, c'est une mauvaise position du bébé ou une mauvaise prise du sein quand il tète. Un allaitement convenablement réalisé n'est pas douloureux. La première semaine, les mamelons peuvent être sensibles. C'est un phénomène normal et transitoire.
Allaiter abîme les seins	Les changements brutaux du volume des seins durant la grossesse peuvent être à l'origine d'un problème esthétique. Mais cela est indépendant de l'allaitement et peut se produire même si la femme prend la décision de ne pas allaiter.
Pour allaiter je dois suivre un régime particulier	Non, nul besoin d'avoir une alimentation particulière. Que vous allaitiez ou non, il est conseillé de manger de façon variée, équilibrée. Le goût de votre lait varie en fonction de ce que vous mangez. Vous offrez ainsi à votre bébé des saveurs variées au fil des jours. Pensez aussi à bien vous hydrater, en buvant de l'eau régulièrement.
Je vais être trop fatiguée	Une femme en postpartum, allaitant ou non son enfant, ressentira de la fatigue. C'est la maternité dans son ensemble, avec les modifications hormonales et le nouveau mode de vie centré sur les besoins du bébé, qui est fatigante pour la mère. L'allaitement, quant à lui, présentera les avantages de ne nécessiter aucune préparation de biberons, donc pas de vaisselle, tout est disponible, à portée de main et à bonne température pour le bébé, même au milieu de la nuit. La mère va pouvoir nourrir son bébé en position allongée, ce qui lui permettra également de se reposer.
Je ne peux pas fumer pendant mon allaitement	L'idéal pour la mère comme pour l'enfant est d'éviter la cigarette. Si cela n'est pas possible, il est possible de fumer, le moins souvent possible, après les tétées et loin du bébé.
Je ne peux pas boire d'alcool pendant mon allaitement	Il n'est pas formellement contre-indiqué de boire un verre d'alcool en période d'allaitement, cependant il faut le faire de manière sécuritaire. Afin de limiter tout risque pour l'enfant, il est recommandé d'attendre 2 à 3 heures minimum par consommation avant d'allaiter.
C'est difficile d'allaiter et de travailler en même temps	Si vous reprenez votre travail, vous pouvez continuer à allaiter votre enfant le matin et le soir, ainsi que les week-ends. Si vous le souhaitez, vous pouvez aussi tirer votre lait dans les heures aménagées à cet effet sur votre lieu de travail.
Je ne peux prendre aucun médicament pendant mon allaitement	Par mesure de précaution, les médicaments sont en général à éviter pendant l'allaitement, surtout en automédication. Toutefois certaines situations peuvent nécessiter la prise d'un traitement, mais après analyse par un professionnel de santé.

- **Saviez-vous quels médicaments vous avez le droit de prendre durant l'allaitement ?**



Pour cette dernière question, il en ressort une nouvelle fois un manque d'information à ce sujet. Les femmes ayant eu un entretien pharmaceutique durant la grossesse sont plus sensibilisées à la prise de médicaments, et aux éventuelles restrictions. Pour les autres, il sera nécessaire de leur expliquer les risques qu'encourt l'enfant allaité lors de la prise de certains médicaments et les inciter à se tourner vers un professionnel de santé avant la prise de médicaments, et de ne surtout procéder à aucune automédication.

1.3 Limites et conclusion

Cette analyse relative à l'accompagnement de la femme durant son allaitement s'est limitée à une seule pharmacie, située dans un univers social peu favorisé, où les recommandations de santé ne sont pas forcément bien intégrées. Il se peut que les réponses à ce questionnaire divergent en fonction des catégories sociales des patientes et en fonction des officines. Néanmoins, au vu du nombre d'allaitements exclusifs jusqu'au 6^{ème} mois de l'enfant en France, il en ressort un enjeu de santé publique évident quant à la promotion de l'allaitement maternel. Et ceci doit se faire en coordination entre tous les professionnels de santé qui suivent la femme du début de sa grossesse jusqu'à la fin de son allaitement. L'information peut lui être prodiguée aussi bien à la maternité, que par la sage-femme qui la suit, que dans une PMI ou à l'officine dans laquelle elle se rend. Il est primordial pour ces professionnels de santé de suivre une formation en continu afin d'acquérir toutes les notions permettant l'information et le suivi de la femme désirant allaiter.

2. A l'officine

Le pharmacien a de tout temps eu un rôle important à jouer en matière d'éducation à la santé, en contribuant à l'information et à l'éducation sanitaire et sociale du public. Sa proximité géographique, son accessibilité et sa disponibilité, font de lui un acteur de soin de premier recours dans grand nombre de situations. Et dans le cas de l'allaitement il aura de multiples objectifs d'information et de soutien du couple. Ces objectifs peuvent se classer en différents points selon le stade dans lequel se trouve la mère, grossesse ou post-partum.

2.1 Informer et promouvoir l'allaitement

C'est un point d'une extrême importance, connaissant les bienfaits de l'allaitement que ce soit pour le nourrisson ou pour la mère. Le passage par la pharmacie est un indispensable que ce soit au cours de la grossesse, en sortie de maternité, ou plus tard pour la location d'un tire-lait ou l'achat d'accessoires pour des complications liées à l'allaitement. C'est à ces moments-clés, que le pharmacien pourra repérer et fournir les informations de manière claire et objective à la future mère quant aux bénéfices et à la pratique de l'allaitement. Lors de la grossesse, la décision d'allaiter peut être une évidence pour certaines femmes mais pas pour toutes. Une discussion sur le mode d'alimentation prévu pour le nouveau-né permettra d'aiguiller les femmes encore hésitantes, en leur délivrant toutes les informations nécessaires. De plus, la place du père dans l'allaitement pourra être abordée, car il aura un rôle de soutien psychologique et d'aide essentiel pour la mère allaitante. Il est nécessaire à ce stade de savoir adapter son discours afin qu'il n'y ait aucun jugement, ni aucun ressenti de culpabilisation pour la mère, et qu'elle puisse confier ses envies, ses peurs ou ses croyances en ayant une oreille attentive et de confiance.

Pour cela le pharmacien peut s'appuyer sur des outils d'information, comme les propose le CESPARM sur son site, avec de la documentation à commander et à mettre à disposition des parents. On y retrouve par exemple le livret « Le guide de l'allaitement maternel » - *Cf figure 48.* - réalisé par le ministère de la santé et par Santé Publique France. Il répertorie les bénéfices de l'allaitement maternel, apporte des explications à la future mère sur le début de l'allaitement, ainsi que sur son déroulement (signes d'éveil du nourrisson, positions, prise en bouche du sein, signes d'un allaitement efficace...) et aborde les interrogations des mères par l'intermédiaire de questions-réponses. De plus, une officine peut proposer ses propres fiches-comptoir, réalisées en collaboration avec son équipe et à destination des femmes dans le désir ou l'interrogation d'allaiter et proposer un entretien thématique sur l'allaitement comme celui que j'ai proposé ci-dessus.



Figure 48 : Page d'accueil du site web du CESP^{PHARM}

2.2 Accompagner l'allaitement au quotidien

(80), (79)

C'est en général en sortie de maternité que peuvent débuter les complications de l'allaitement et mener à un arrêt précoce si la femme ne trouve pas le soutien nécessaire. Les séjours en maternité sont très souvent raccourcis et toutes les femmes ne sont pas accompagnées par une sage-femme au retour à domicile. De par sa disponibilité, et sa facilité d'accès, le pharmacien deviendra l'interlocuteur de choix pour la prise en charge de ces complications. Il va accompagner la mère et lui promulguer les conseils adéquats à la guérison de ses maux. Néanmoins, il sera essentiel qu'il sache reconnaître les limites de son conseil et de la rediriger vers un praticien qualifié si cela s'avère nécessaire.

En région Ile-de-France, le projet « Allaité Lib' » propose aux mamans un réseau d'espaces pour allaiter ou recueillir leur lait en toute intimité ainsi qu'une source d'information fiable sur l'allaitement. Les pharmacies d'officine offrant un espace « Allaité Lib' » mettent à disposition des femmes allaitantes et de leurs enfants un espace dédié leur permettant une mise au sein et/ou le recueil de lait dans des conditions respectant la confidentialité, la sécurité et la propreté.

Lors de sa pratique à l'officine, le pharmacien se retrouve souvent confronté à la délivrance de tire-laits, qui peut parfois être un véritable casse-tête. En effet, depuis la nouvelle réglementation de 2019, un forfait de mise à disposition du tire-lait électrique est mis en place, comprenant également la formation de la patiente à son nouveau dispositif médical. Plusieurs points importants sont à aborder avec la cliente, tels que :

- le choix du tire-lait
- le choix de la tétérèlle à utiliser
- le fonctionnement et l'utilisation du tire-lait et des accessoires associés
- les règles d'hygiène à respecter

- les règles de conservation du lait maternel exprimé
- la réglementation quant à la prescription et la délivrance du tire-lait

Afin qu'une information complète soit prodiguée à la femme, sans en oublier aucun point, il m'a semblé utile de concevoir un livret, destiné aux pharmaciens, répertoriant de manière claire et concise chacun des points mentionnés ci-dessus. (Cf annexe 1).

Ce livret est conçu selon une trame précise, permettant au pharmacien de tourner les pages une à une en délivrant les informations utiles à la cliente. Il lui est également possible d'imprimer la page 7 du livret, récapitulant les règles d'hygiène de l'appareil et de conservation du lait, afin de lui remettre en fin de formation.



Figure 49 : Le livret du tire-lait (Cf annexe 1)

2.3 Sécuriser la délivrance de médicaments

Dernier professionnel de santé pouvant vérifier la prescription avant la prise du médicament par la mère, le pharmacien a un grand rôle à jouer aussi bien avec la mère, qui pense souvent « empoisonner » son enfant mais également avec les prescripteurs, qui sont rarement informés en matière de prescription chez la femme allaitante. En effet, les prescripteurs ont tendance à chercher les informations dans le Vidal, dans la rubrique « grossesse/allaitement » qui déconseille bien souvent la prise de médicaments avec l'allaitement, non pas pour des raisons de toxicité, mais pour un manque de données à ce sujet. Le pharmacien devra vérifier la compatibilité du traitement prescrit par le médecin avec l'allaitement maternel, assurer la bonne observance, et éviter les interruptions inutiles pour cause médicamenteuse. La prescription médicamenteuse chez les mères allaitantes a été identifiée comme la deuxième cause d'arrêt précoce ou tardif de l'allaitement maternel. Beaucoup de restrictions sont

données par excès de précaution et méconnaissance des risques réels pour l'enfant. Il n'y a pourtant que très peu de médicaments qui présentent des risques cliniquement significatifs pour les nourrissons allaités.

Les outils essentiels à la sécurisation de la délivrance des médicaments ont été répertoriés dans cette thèse au chapitre 2- 3.5 Médicament.

2.4 Pharmacie amie de l'allaitement maternel PHAAM

(81), (82), (83)

Le label « ami des bébés » est à l'origine décerné aux maternités dont le personnel est formé à l'allaitement maternel. Mais depuis une trentaine d'années, une association italienne à but non lucratif, *Il Melograno*, invite les pharmaciens à favoriser et soutenir l'allaitement dans la population avec le label « *Pharmacie Amie de l'Allaitement Maternel* ». Le but de ce label est de rendre l'allaitement plus accessible aux femmes et de promouvoir son image plutôt que celle des boîtes de lait et des biberons.

Pour cela, la pharmacie « s'engage à respecter toutes les initiatives ayant pour objectif la promotion, le soutien et la protection de l'allaitement maternel selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé ». Pour l'obtention de ce label, une charte d'engagement existe, stipulant différents points sur la formation du personnel, sur les informations à délivrer aux mères, la non-adhésion aux campagnes promotionnelles de substituts de laits et les aménagement de l'officine pour accueillir les mères et leur enfant. Des entretiens pharmaceutiques individuels pourront être proposés aux femmes allaitantes afin de les conseiller, de les aider et de les soutenir après la sortie de la maternité, lors de la reprise du travail ou du sevrage de l'enfant.

Actuellement, seulement quatre pharmacies sur le territoire français ont obtenu ce label, mais l'initiative est toujours en cours de déploiement.

3. En dehors de l'officine

Lorsque le pharmacien au sein de son officine se rend compte que la demande de conseil sort de son champ de compétence et nécessite un avis médical, il peut réorienter la mère vers un médecin généraliste ou un pédiatre. Mais il existe également d'autres professionnels pouvant répondre sur cette thématique.

3.1 Sage-femme

(84), (85), (86)

Parmi les professionnels de santé en mesure de prendre en charge l'allaitement maternel on retrouve la sage-femme. Elle est présente pour le couple, et particulièrement pour la jeune mère avant, pendant et après la grossesse. Elle jouera un rôle majeur, car étant présente dès le début de la grossesse, elle pourra, tout comme le pharmacien, être à l'écoute des choix de la mère pour son

nourrisson à naître. La future mère va venir avec sa propre culture de l'allaitement, très souvent influencée par son entourage ou la société de consommation actuelle, qui tend à pousser à l'achat d'une quantité énorme de matériels pour l'allaitement (biberons, tétines, sucette...). C'est à ce moment là qu'elle devra, sans aucun jugement ou contrainte, élaborer un accompagnement personnalisé du couple et fournir des conseils personnalisés sur l'allaitement afin de leur permettre de faire un choix éclairé vis-à-vis de l'alimentation de leur nouveau-né.

En sortie de maternité, elle pourra poursuivre son suivi expliquant la mise en place de l'allaitement, en écoutant les différentes demandes ou craintes de la mère et en la guidant avec bienveillance tout au long de cette expérience. Elle sera à son écoute jusqu'au sevrage de l'enfant, lorsque la mère l'aura décidé.

Afin de trouver une sage-femme à proximité les parents peuvent consulter le site de l'ASFLA (<http://asfla.fr>), l'association de *Sage-femmes Libérales d'Alsace*, qui répertorie toutes les sage-femmes en fonction de la localisation géographique demandée.

Dans le même registre, l'annuaire santé de l'Assurance maladie (<http://annuairesante.ameli.fr>) propose également de trouver une sage-femme à proximité.

3.2 Associations ou structures pour l'allaitement

(87), (88), (89), (90), (91), (92), (93), (94), (95)

Afin d'assurer un suivi et une prise en charge pour mener à bien son allaitement, les mamans peuvent se diriger vers différentes structures ou associations à la rencontre de professionnels de l'allaitement. On retrouve ici une liste non-exhaustive des différents choix qui s'offrent à la femme de manière générale, mais également plus spécifiquement à la ville de Strasbourg, ville où a été rédigée cette thèse.

- **Les maternités** : on retrouve dans la ville de Strasbourg plusieurs maternités qui accueillent les femmes dès le début de leur grossesse (hôpital de Hautepierre, CMCO, clinique Rhena, clinique Sainte-Anne).

Parmi celles-ci, la clinique Rhena propose d'accompagner les femmes dans leur projet d'allaitement à l'aide « d'ateliers d'information et de préparation à l'allaitement maternel » une fois par mois ou de consultation individuelles sur rendez-vous.

La clinique Sainte-Anne organise quant à elle, des ateliers autour du nourrisson lors du séjour dans leur maternité, mais également des consultations d'allaitement après le séjour à la maternité.

Au CMCO (Centre Médico-Chirurgical Obstétrique) de Schiltigheim, un groupe de parole « Que du bonheur ! » propose des ateliers de rencontre avec d'autres parents sur différents thèmes (pleurs, sommeil, alimentation...) après le séjour à la maternité. Le but est que chaque personne puisse

partager son expérience, tout en se sentant moins seule et en étant accompagnée par l'équipe du CMCO. Ces rencontres ont lieu deux fois par mois et sont entièrement gratuites.

- **Centre de *Protection Maternel et Infantile PMI*** : C'est un service départemental qui assure la protection sanitaire de la mère et de l'enfant jusqu'à 6 ans. Il se compose d'un grand nombre de professionnels, tels que des médecins, sage-femmes, infirmières, puéricultrices ainsi que des psychologues, des assistants sociaux, diététiciennes etc... Il propose des consultations et des actions médico-sociales de prévention et de suivi des femmes enceintes, mais également des consultations post-accouchement ou des suivis médicaux du bébé jusqu'à ses 6 ans. C'est un service gratuit et ouvert à tous.

- ***La Leche League France LLL*** : elle est affiliée à *La Leche League International (LLLI)* qui est une ONG membre consultante de l'UNICEF qui travaille avec l'OMS. C'est la plus importante organisation de soutien de l'allaitement. *La Leche League France* est une association reconnue d'intérêt général pour ses activités à caractère éducatif, social et familial. Elle est composée d'un réseau de mères bénévoles, ayant allaité leurs enfants, et bénéficiant d'une formation donnée par LLL. Elles ont un rôle d'information et de soutien durant l'allaitement, qu'elles partagent lors de réunions de groupe, ou en répondant au téléphone, aux messages, mails etc... Il est possible de retrouver sur le site de la *Leche League* les coordonnées de l'animatrice à proximité ainsi que les dates des réunions qu'elle organise (<https://www.lllfrance.org/reunions/trouver-une-reunion>). Son numéro de téléphone est également à disposition, proposant bénévolement un service 7j/7 pour répondre aux difficultés de chaque femme allaitante. Si elle ne répond pas, il y a également une animatrice de permanence chaque jour, qui se propose de répondre à toutes les interrogations.

- ***Action pour l'Allaitement*** : c'est une association de droit local, inscrite au registre des associations du tribunal de Strasbourg, constituée de bénévoles – mères et professionnels de santé – ayant suivi une formation spécifique sur l'allaitement maternel. Cette association propose des rendez-vous mensuels pour les femmes et leur bébé, auquel elles peuvent se rendre sans inscription préalable. Ils proposent également une permanence téléphonique de 9 à 21 heures tous les jours, permettant à une femme en difficulté de les appeler et de recevoir des solutions rapidement.

- **Le réseau *Solidarilait*** : c'est un réseau de solidarité qui a pour vocation d'aider et de soutenir les mères qui ont pour désir d'allaiter en respectant leur projet. Il est en partenariat avec Co-naitre qui propose des formations en périnatalité aux professionnels de santé. Le réseau Solidarilait est tenu par des bénévoles, que ce soit des professionnels de santé ou des mères ayant elles-mêmes allaité et ayant reçu une formation régulière et homogène sur l'allaitement maternel. Ils proposent une écoute

téléphonique 7j/7 afin de répondre au mieux, et selon l'expérience, aux difficultés rencontrées par les mères allaitantes.

- ***Association Française des Consultants en Lactation AFCL*** : elle rassemble les consultants en lactation de France ayant la certification internationale IBCLC. Ils s'adressent aussi bien aux familles qu'aux professionnels de santé, ayant une demande pour une patiente, afin de soutenir, écouter et résoudre les problèmes techniques dans le projet d'allaitement. La consultation en lactation consiste en une rencontre avec le consultant afin de discuter de l'allaitement, de la mise au sein et des différentes techniques existantes.

- ***Coordination Française pour L'allaitement Maternel COFAM*** : c'est une association à but non-lucratif qui œuvre pour la protection et le soutien de l'allaitement maternel. A cet effet, elle coordonne les différentes actions liés à l'allaitement à travers la France. Elle organise tous les 3 ans une Journée Nationale de l'Allaitement qui a pour but de sensibiliser et d'informer les professionnels de santé sur les bienfaits de l'allaitement. Mais également une Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel tous les ans, au mois d'octobre qui permet à des organisations et des particuliers à travers le monde de soutenir, encourager et protéger l'allaitement maternel.

- ***L'association des Lactariums de France*** : elle a pour rôle de promouvoir l'allaitement maternel ainsi que d'améliorer les conditions de collecte et de distribution afin d'avoir une meilleure qualité de lait humain.

- ***Information Pour l'Allaitement IPA*** : cette association rassemble des professionnels de santé qui ont pour but de promouvoir l'allaitement maternel par des informations et des formations auprès des autres professionnels de santé.

Conclusion

Bien qu'ayant prouvé sa supériorité pour la santé du bébé par rapport au lait infantile artificiel, l'allaitement maternel est encore trop peu initié par les femmes ayant accouché en France, et trop peu poursuivi au delà des 6 mois de l'enfant, comme le préconise l'OMS.

Ayant perdu son côté « facile et naturel » du temps où la maman n'avait que peu ou prou d'alternative, l'allaitement nécessite aujourd'hui un plus grand accompagnement par les professionnels de santé, afin de prodiguer, à la femme enceinte ou la maman allaitante, toutes les informations et les conseils nécessaires pour s'affranchir des idées reçues, et le mener à bien.

De par sa compétence, sa proximité, son accessibilité et sa disponibilité, le pharmacien d'officine est ainsi un maillon fort dans le parcours de soins de la femme allaitante. Il est souvent dans la confidence d'un désir d'enfant -au moment de l'achat d'un test par exemple- et sera présent à chaque étape de la grossesse, puis dès la sortie de la maternité.

Devenu un interlocuteur de confiance, le pharmacien pourra ainsi se proposer comme « guide » pour les parents, en levant leurs doutes et en répondant à leurs interrogations concernant l'allaitement. Sa formation, ses connaissances, et son engagement pour la santé lui permettront d'assurer un accompagnement personnalisé. En plus des ressources dont il dispose déjà, j'ai eu à cœur de proposer et développer deux outils supplémentaires, qui me paraissaient indispensables et pertinents pour faciliter l'échange et la richesse des informations. A savoir, un entretiens pharmaceutiques « allaitement », ainsi qu'un livret d'aide à la dispensation du tire-lait qui, je l'espère, seront utiles aux équipes officinales qui me liront ! J'envisage d'ailleurs de développer encore ce dernier support, afin de le rendre accessible à un plus grand nombre d'officines.

Et comme le dit le Docteur Jack Newmann, spécialiste en pédiatrie, fondateur de la première clinique d'allaitement en milieu hospitalier au Canada en 1984 et consultant pour l'UNICEF dans le cadre de l'*Initiative Hôpital Ami des Bébé*s, : « Je suis partisane de l'allaitement *indiscret* – plus les gens voient des bébés au sein, plus ce sera normal. ».

Le livret du tire-lait

Spécial pharmacien



PLAN

C'est quoi ? Pourquoi ? **P. 2**
Lequel choisir ? **P.2-3**
Taille de la tétérèlle **P.3-4**

Utilisation **P.4-5**
Règles d'hygiène **P.6**
Conservation du lait maternel **P.6**
Réglementation **P.7**

C'EST QUOI UN TIRE-LAIT ?

Appareil qui permet **d'extraire le lait des seins**, comme le ferait un bébé pendant la tétée. Il reproduit la succion du bébé en stimulant les récepteurs à l'étirement de l'aréole et en créant une dépression rythmique permettant l'aspiration du lait.



QUAND L'UTILISER ?

- ♥ Pour entretenir ou stimuler la lactation : séparation mère-enfant, stase de lait (engorgement, mastite)
- ♥ Si allaitement difficile pour le bébé (prématuré, difficulté de succion)
 - ♥ Reprise du travail
 - ♥ Don à un lactarium

LEQUEL CHOISIR ?

Tire-lait MANUEL



- Peu encombrant
- Silencieux
- Utilisation ponctuelle
- A l'achat et non remboursé

Tire-lait ELECTRIQUE



- Plus gros
- Modèles +/- silencieux
- Pour une longue période
- A double ou simple pompage
- A l'achat ou location

POURQUOI tirez-vous votre lait ?
QUAND allez-vous le faire ? (fréquence)
OÙ allez-vous le faire ?



En fonction des **réponses** de la mère, se référer à ce tableau :

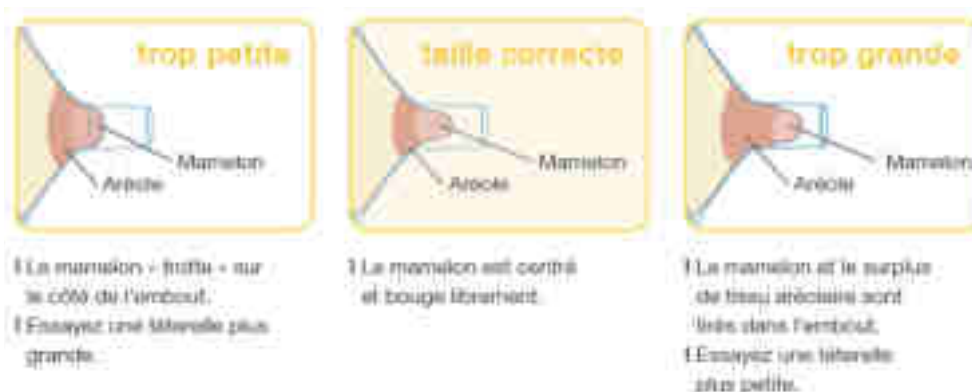
	Tire-lait électrique à double pompage	Tire-lait électrique à simple pompage	Tire-lait manuel à simple pompage
FREQUENCE D'UTILISATION			
Usage occasionnel			x
Usage quotidien	x	x	
INDICATION			
Bébé prématuré ou hospitalisé	x		
Faible production de lait maternel	x		
Problèmes de tétées ou pathologies mammaires	x (en 1 ^{er} intention)	x	
Reprise du travail	x (en 1 ^{er} intention)	x	
Recueillir du lait en réserve	x		
Mamelons douloureux ou engorgés	x	x	
Mamelons plats ou ombiliqués	x	x	x (en 1 ^{er} intention)

TAILLE DE LA TÉTERELLE

Comment bien choisir ?

→ La **téterelle** est l'embout en silicone en forme d'entonnoir qui se pose sur le sein et le mamelon lors des séances d'expression du lait à l'aide d'un tire-lait.

Le **choix de la taille** de la téterelle est un élément essentiel pour exprimer le lait de manière optimale et sans douleur.



Ty

La mesure du diamètre du mamelon (et non de l'aréole) se fait **après** une tétée ou **après** avoir tirée sont lait.

Si la mesure est faite sur le mamelon au repos, compter 2mm en plus.

La mesure se fait à l'aide de la règlette que propose chaque laboratoire qui commercialise des tételles, ou bien à l'aide d'un mètre ruban. Exemple des règlettes Medela® ou Kitett® :



En fonction de la taille du sein, plutôt arrondi et généreux ou de forme pointue, l'embout externe de la tételle se décline en deux tailles, respectivement **LARGE** ou **SMALL**.



Durant l'allaitement, la taille des tételles peut évoluer

→ l'Assurance Maladie prend en charge un kit de 2 tételles (double pompage) tous les 6 mois

UTILISATION

- Montage du kit tételle Medela Symphony® :

1. Placer la membrane dans la pièce de raccordement et fermer le couvercle



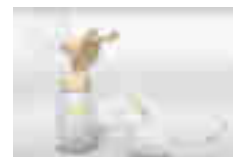
2. Insérer la tételle dans le connecteur



3. Visser le biberon sur le connecteur



4. Insérer un côté de la tubulure dans le connecteur et l'autre côté dans la capsule



5. Centrer le connecteur de la tubulure dans la rainure située sur le dessus du tire-lait.



- Montage du kit tétérrelle Kittett fisio® :

- Visser la tétérrelle Kolor® sur le récipient de collecte
- Raccorder la tubulure au niveau de la tétérrelle d'un côté et sur le flacon d'interface sur l'appareil de l'autre côté (si simple pompage, fermer à l'aide du capuchon la deuxième entrée du flacon d'interface sur l'appareil)



- Montage du kit tétérrelle Mamivac® :



- Insérer la valve « bec de canard » dans la pièce de raccordement
- Visser le flacon de recueil sur la pièce de raccordement
- Positionner la valve « demi-sphère » en haut de la pièce de raccordement et fermer avec le couvercle jaune.
- Brancher la tubulure dans la pièce de raccordement et sur le tire-lait.

Le tire-lait mime le rythme de succion du nourrisson.

Début de tétée : succion rapide, pour stimuler le réflexe d'éjection, et dépression (force) faible.

Lorsque le lait coule : rythme plus lent avec une dépression plus importante.

- Mise en route du tire-lait :

- Se laver soigneusement les mains à l'eau et au savon.



- Brancher l'appareil.
- Placer la ou les tétérrelles sur les seins afin que l'embout soit centré sur le mamelon.

- Mettre en route l'appareil en appuyant sur l'interrupteur marche/arrêt.

- **Phase de stimulation** : cadence rapide et force d'aspiration légère. Il y a possibilité de régler la force d'aspiration afin d'ajuster au niveau de confort.

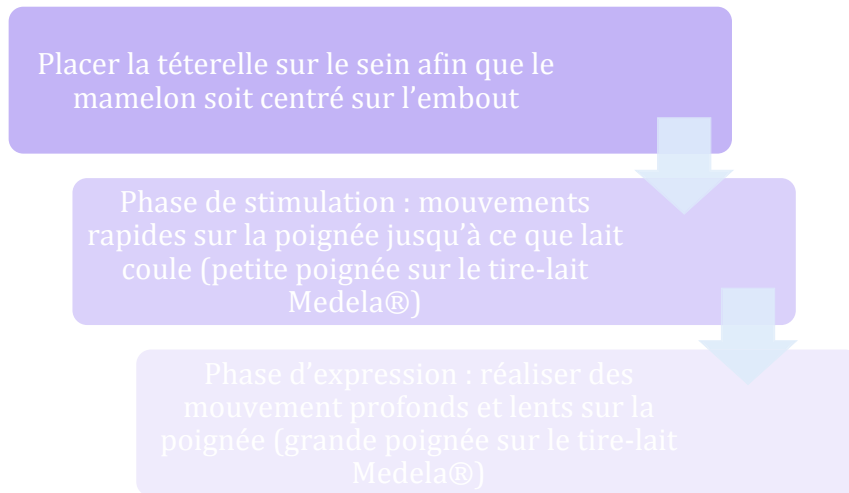
- Attendre que les premières gouttes de lait coulent pour passer en phase d'expression. Sur certains appareils la phase d'expression passe automatiquement au bout de 2 minutes.

- **Phase d'expression** : cadence plus faible et augmentation progressive de la puissance d'aspiration avec le bouton de réglage jusqu'à sentir un léger inconfort (non douloureux), puis diminuer légèrement.

- Fin de la séance d'expression : mettre le bouton de réglage au minimum (position « Stimulation »), appuyer sur l'interrupteur marche/arrêt.

- Le sein peut maintenant être enlevé de la tétérelle.
- Débrancher les tubulures de l'arrière du biberon.

- Fonctionnement d'un tire-lait manuel :



NETTOYAGE & HYGIÈNE

- **Avant 1^{ère} utilisation** : Démonter intégralement le set pour tire-lait, le nettoyer et le stériliser
- **Après chaque utilisations** : Démonter intégralement le set pour tire-lait et nettoyer toutes les pièces en contact avec le sein ou le lait.



* Possibilité de les nettoyer au lave-vaisselle (hors tubulure)

- **Une fois par jour** : STÉRILISER toutes les pièces (hors tubulure) en les plongeant dans de l'eau et porter à ébullition pendant 5 minutes.

CONSERVATION

Température ambiante (16 à 25°C)	Réfrigérateur (0 à 4°C)	Congélateur (-18 à -20°C)	Lait maternel décongelé
4 heures	48 heures (maximum 5 jours) Pas dans la porte car la T° n'y est pas stable	4 mois • Dans un biberon ou un sachet de conservation, laisser un peu d'espace libre pour l'expansion du lait. • Inscrire la date d'expression et le volume exprimé sur le contenant	Décongelé à température ambiante : à utiliser dans un délai de max. 4 heures Décongelé à température du réfrigérateur : à utiliser dans un délai de 24 heures Ne pas décongeler dans le micro-ondes ou une casserole d'eau bouillante (pertes de certains composants du lait) Ne pas recongeler Possible odeur de ranci due à la lipolyse du lait, mais sans impact sur sa qualité ou sa sécurité.
Refroidir le lait exprimé sous l'eau froide avant de le mettre dans le réfrigérateur ou le congélateur. Si on rajoute du lait dans un biberon de lait réfrigéré, refroidir le lait à température ambiante sous l'eau froide. Secouer délicatement le contenant pour homogénéiser les corps gras. Après réchauffage, le lait non consommé doit être jeté.			

RÉGLEMENTATION

Le tire-lait électrique peut être acheté ou loué :

- **A l'achat** : pas remboursé par la Sécurité Sociale.
- **En location** : remboursement par la Sécurité Sociale. Les accessoires du tire-lait au contact de la peau ou du lait de la mère (téterelles, biberon de recueil, tuyaux) sont à usage personnel et unique et donc à l'achat, sans remboursement.

Ordonnance établie par un médecin ou un sage-femme, mentionnant le tire-lait, ses accessoires et la durée de location sur une ordonnance séparée et indépendante de toute autre prescription.

Prescription initiale : limitée à 10 semaines.
Renouvellements successifs limitée chacun à 3 mois.

Les codes de tarification depuis 2019 sont les suivants :

Code	Désignation	Tarif en € TTC
1161248	Forfait de mise à disposition d'un tire-lait électrique (<i>formation de la patiente à l'utilisation, aux règles d'hygiène et de conservation du lait, choix de la taille de la téterelle</i>)	30,00
1129440	Forfait de location hebdomadaire d'un tire-lait électrique	7,50
1140252	Kit téterelles de pompage simple	12,00 (PLV : 20,00)
1128044	Kit téterelles de pompage double	22,00 (PLV : 37,00)

L'ALLAITEMENT MATERNEL

Dans le cadre de ma thèse sur l'allaitement maternel, je réalise un sondage sur
l'accompagnement des femmes allaitantes.



Age :

Avant votre allaitement, vous sentiez-vous suffisamment INFORMÉE sur la question ?

	0	1	2	3	4	5	
Pas du tout du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Oui tout à fait

Saviez-vous vers QUEL PROFESSIONNEL DE SANTE vous diriger pour répondre à vos questions (montée de lait, mastite, engorgement, crevasse,...) ?

	0	1	2	3	4	5	
Pas du tout du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Oui tout à fait

Si oui, vers quelles sources vous êtes-vous dirigée ? (Sage-femme, gynécologue, médecin traitant, pharmacien, internet et réseaux)

.....

Vous-êtes vous sentie suffisamment ACCOMPAGNEE par ce professionnel de santé ?

	0	1	2	3	4	5	
Pas du tout du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Oui tout à fait

Saviez-vous QUELS MEDICAMENTS vous avez le droit de prendre durant l'allaitement ?

	0	1	2	3	4	5	
Pas du tout du tout	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Oui tout à fait

ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE

Accompagnement de l'allaitement



Objectif : Fournir les informations utiles et objectives dans le but d'aider la mère, durant sa grossesse, sur la décision d'allaiter son enfant, sans toutefois prendre une position pro-allaitement qui risquerait de culpabiliser la mère.
Le but prioritaire est de lui faire comprendre qu'allaiter n'est, pour le bébé, pas équivalent à donner un biberon de lait infantile et ainsi lui permettre de faire un choix éclairé.

Public cible : Femmes enceintes dans le 3^{ème} trimestre de grossesse, ayant pour projet d'allaiter au sein ou étant encore indécises, avec beaucoup de questionnements. +/- leur conjoint

Nombre de séances : séance unique

Durée de la séance : 30 à 45 minutes

Matériel : guide de l'allaitement maternel du CESPARM, à leur remettre en fin de séance.

Recrutement : Lorsque la femme enceinte se présente à l'officine (peu importe la raison), lui poser la question sur le choix d'alimentation pour son futur-bébé.



Déroulement de la séance :

- Présentation de l'entretien et son objectif
- Ecoute du projet de la femme quant à l'alimentation de son enfant, de ses envies, ses attentes et ses peurs
- 1^{er} atelier sur les bienfaits de l'allaitement pour l'enfant et la femme pour vérifier son niveau de connaissances sur la question.
- 2^{ème} atelier sur les idées reçues par rapport l'allaitement
- Distribution de la brochure « guide de l'allaitement maternel » du CESPARM

ATELIER 1 : BIENFAITS DE L'ALLAITEMENT

Laisser quelques minutes à la mère pour remplir le tableau ci-dessous selon ses connaissances. Puis le compléter avec elle en rajoutant les points non mentionnés.

Bénéfices pour l'enfant	Bénéfices pour la mère



ATELIER 2 : IDEES RECUES

Disposer sur la table les papiers sur lesquels sont notés les différentes idées reçues en matière d'allaitement. Demander à la mère de sélectionner celles qui la préoccupent et pour lesquelles elle voudrait une réponse :

- La réussite de l'allaitement dépend de la taille des seins
- Je ne saurai pas si mon bébé est assez nourri
- Allaiter est douloureux
- Allaiter abîme les seins
- Pour allaiter je dois suivre un régime particulier
- Je vais être trop fatiguée
- Je ne peux pas fumer pendant mon allaitement
- Je ne peux pas boire d'alcool pendant mon allaitement
- C'est difficile d'allaiter et de travailler en même temps
- Je ne peux prendre aucun médicament pendant mon allaitement

Tableau récapitulatif des idées reçues à remettre aux femmes en fin de séance.
(Cf annexe 1.)

Annexe 1

IDEES RECUES	REPONSES
La réussite de l'allaitement dépend de la taille des seins	La taille de la poitrine est simplement due à une glande mammaire plus ou moins généreuse et à la quantité de graisse qui l'entoure, elle n'aura aucun impact sur la quantité de lait produit.
L'allaitement ne fonctionne pas chez toutes les femmes	Il est rare de manquer de lait. De manière générale, et sauf cas particuliers, une femme produira suffisamment de lait pour nourrir son enfant, si il tète de façon fréquente et « efficace » pour stimuler la lactation. L'important est de se faire confiance.
Je ne saurai pas si mon bébé est assez nourri	Tant que l'enfant tète régulièrement et de manière efficace, le lait produit sera le meilleur apport nourrissant car il s'adapte parfaitement à ses besoins au fil des tétées et de sa croissance.
Allaiter est douloureux	Ce qui peut faire mal, c'est une mauvaise position du bébé ou une mauvaise prise du sein quand il tète. Un allaitement convenablement réalisé n'est pas douloureux. La première semaine, les mamelons peuvent être sensibles. C'est un phénomène normal et transitoire.
Allaiter abîme les seins	Les changements brutaux du volume des seins durant la grossesse peuvent être à l'origine d'un problème esthétique. Mais cela est indépendant de l'allaitement et peut se produire même si la femme prend la décision de ne pas allaiter.
Pour allaiter je dois suivre un régime particulier	Non, nul besoin d'avoir une alimentation particulière. Que vous allaitiez ou non, il est conseillé de manger de façon variée, équilibrée. Le goût de votre lait varie en fonction de ce que vous mangez. Vous offrez ainsi à votre bébé des saveurs variées au fil des jours. Pensez aussi à bien vous hydrater, en buvant de l'eau régulièrement.
Je vais être trop fatiguée	Une femme en postpartum, allaitant ou non son enfant, ressentira de la fatigue. C'est la maternité dans son ensemble, avec les modifications hormonales et le nouveau mode de vie centré sur les besoins du bébé, qui est fatigante pour la mère. L'allaitement, quant à lui, présentera les avantages de ne nécessiter aucune préparation de biberons, donc pas de vaisselle, tout est disponible, à portée de main et à bonne température pour le bébé, même au milieu de la nuit. La mère va pouvoir nourrir son bébé en position allongée, ce qui lui permettra également de se reposer.
Je ne peux pas fumer pendant mon allaitement	L'idéal pour la mère comme pour l'enfant est d'éviter la cigarette. Si cela n'est pas possible, il est possible de fumer, le moins souvent possible, après les tétées et loin du bébé.
Je ne peux pas boire d'alcool pendant mon allaitement	Il n'est pas formellement contre-indiqué de boire un verre d'alcool en période d'allaitement, cependant il faut le faire de manière sécuritaire. Afin de limiter tout risque pour l'enfant, il est recommandé d'attendre 2 à 3 heures minimum par consommation avant d'allaiter.
C'est difficile d'allaiter et de travailler en même temps	Si vous reprenez votre travail, vous pouvez continuer à allaiter votre enfant le matin et le soir, ainsi que les week-ends. Si vous le souhaitez, vous pouvez aussi tirer votre lait dans les heures aménagées à cet effet sur votre lieu de travail.
Je ne peux prendre aucun médicament pendant mon allaitement	Par mesure de précaution, les médicaments sont en général à éviter pendant l'allaitement, surtout en automédication. Toutefois certaines situations peuvent nécessiter la prise d'un traitement, mais après analyse par un professionnel de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Turck D. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Arch Pédiatrie. 1 déc 2005;12:S145-65.
2. Santé Publique France. Santé publique France. 2022 [cité 4 avr 2023]. Santé publique France partenaire de la 6ème édition de l'Enquête Nationale Périnatale. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/sante-publique-france-partenaire-de-la-6eme-edition-de-l-enquete-nationale-perinatale>
3. Jesinger RA. Breast anatomy for the interventionalist. Tech Vasc Interv Radiol. mars 2014;17(1):3-9.
4. Le sein : structure et vascularisation [Internet]. MEDECINE FACILE. 2015 [cité 13 janv 2022]. Disponible sur: <https://medecinefa.wordpress.com/le-sein-structure-et-vascularisation/>
5. Camus G. Chapitre 1. Rappel physiologique. Bebe Petite Enfance. 2017;15-30.
6. Anatomie de la glande mammaire. :21.
7. Christelle. La Leche League. [cité 27 sept 2021]. La lactation : de la grossesse au sevrage. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/1260-da-54-la-lactation-de-la-grossesse-au-sevrage>
8. Action pour l'allaitement strasbourg [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Evolution de l'arbre mammaire. Disponible sur: <http://action.allaitement.free.fr/pages/livre/evolution.html>
9. Outrequin G. Glande mammaire [Internet]. [cité 21 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.anatomie-humaine.com/Glande-mammaire.html>
10. Hartmann Pe. La Leche League. [cité 27 sept 2021]. Régulation de la synthèse du lait chez les femmes. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-%20allaitement/1426-da-hs-jia-2000-regulation-de-la-synthese-du-lait-chez-les-%20femmes>
11. Vorherr H. The Breast: Morphology, Physiology, and Lactation. Elsevier; 2012. 295 p.
12. Ronald D. Beesley - Julia V. Johnson. Global Women's Medicine. [cité 27 sept 2021]. The Breast During Pregnancy and Lactation | GLOWM. Disponible sur: <http://www.glowm.com/section-view/heading/The Breast During Pregnancy and Lactation/item/304>
13. PITTE Mo. EspaceSoignant.com. [cité 30 sept 2021]. L'allaitement maternel - Cours soignants. Disponible sur: <https://www.espacesoignant.com/soignant/gynecologie-obstetrique/allaitement-maternel>
14. Université Médicale Virtuelle Francophone. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2011 [cité 2 oct 2021]. Physiologie de la lactation. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/lactation/site/html/1.html#1>
15. Neville MC, Morton J, Umemura S. Lactogenesis. The transition from pregnancy to lactation. Pediatr Clin North Am. févr 2001;48(1):35-52.
16. Sriraman NK. The Nuts and Bolts of Breastfeeding: Anatomy and Physiology of Lactation. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. déc 2017;47(12):305-10.

17. Geiler I, Fouassier I. Le conseil en allaitement à l'officine. Rueil-Malmaison: Éd. « Le Moniteur des pharmacies »; 2013. (Pro-officina).
18. Christelle. DA 57 : Colostrum : l'or liquide [Internet]. [cité 18 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1268-da-57-colostrum-or-liquide>
19. Chantry AA, Monier I, Marcellin L. Allaitement maternel (partie 1) : fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation. Recommandations pour la pratique clinique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2015;44(10):1071-9.
20. Didierjean-Jouveau Cl. La Leche League. [cité 4 mai 2023]. AA 47 : Doit-on se préparer à allaiter ? Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1129-47-doit-on-se-preparer-a-allaiter>
21. Allaitement_rap.pdf [Internet]. [cité 4 mai 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf
22. guide-allaitement-maternel-a-usage-pro-2020.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2023]. Disponible sur: https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Brochures/guide-allaitement-maternel-a-usage-pro-2020.pdf
23. Panard M. lansinoh-fr. [cité 5 sept 2023]. Les idées reçues sur l'allaitement maternel. Disponible sur: <https://lansinoh.fr/blogs/allaitement-au-sein/idees-recues-allaitement-maternel>
24. Olivero C. Influence des réseaux sociaux sur le vécu de l'allaitement : étude qualitative par des entretiens semi-dirigés. 1 avr 2021;32.
25. Grangé G, Berlin I, Bretelle F, Bertholdt C, Berveiller P, Blanc J. Rapport d'experts et recommandations CNGOF-SFT sur la prise en charge du tabagisme en cours de grossesse—texte court. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. juill 2020;48(7-8):539-45.
26. Equipe OMS. Organisation mondiale de la santé. [cité 17 mai 2023]. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9241591544>
27. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet Lond Engl. 3 nov 1990;336(8723):1105-7.
28. Tiny To. INSPQ. [cité 22 mai 2023]. La tétée, étape par étape | Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/alimentation/nourrir-bebe-au-sein/la-tetee-etape-par-etape>
29. Newman Ja, Lasne Va. La Leche League. [cité 22 mai 2023]. Effectuer la mise au sein. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/feuillets-du-dr-newman/988-feuillet-effectuer-mise-au-sein>
30. Costa-Prades Be. Santé publique France. [cité 22 mai 2023]. Le guide de l'allaitement

- maternel. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/le-guide-de-l-allaitement-maternel>
31. Eastman An. La Leche League. [cité 23 mai 2023]. AA 55 : Positions d'allaitement. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1140>
 32. DepSignBonnetetee-Sept2016.pdf [Internet]. [cité 13 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.reseau-naissance.fr/medias/2016/12/DepSignBonnetetee-Sept2016.pdf>
 33. Bruguères D. La Leche League. [cité 6 sept 2023]. La prise de poids des bébés allaités : les nouvelles données de l'OMS et les données françaises. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1177-71-la-prise-de-poids-des-bebes-allaites-les-nouvelles-donnees-oms-et-les-donnees-francaises>
 34. eliseD. Courbes de croissance 2018 [Internet]. Centre of Research in Epidemiology and Statistics Sorbonne Paris Cité - CRESS UMR1153. [cité 6 sept 2023]. Disponible sur: <https://cress-umr1153.fr/index.php/courbes-carnet-de-sante/>
 35. Courbes-Poids-Taille-PC-nourrissons-allaites.pdf [Internet]. [cité 6 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/Courbes-Poids-Taille-PC-nourrissons-allaites.pdf>
 36. Gremmo-Feger G. La Leche League. [cité 8 sept 2023]. AA 86 : Allaitement des prématurés. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1611-aa-86-allaitement-des-prematures>
 37. CHU Bordeaux. CHU Bordeaux. [cité 8 sept 2023]. Allaitement enfant prématuré. Disponible sur: <https://www.chu-bordeaux.fr/>
 38. DFME_Alimentation_avec_dispositif_d_aide_a_la_lactation_NAT_DFME_FT__0-18_ans_0068_1.0_.pdf [Internet]. [cité 8 sept 2023]. Disponible sur: https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dfme/Methode_de_soins/DFME_Alimentation_avec_dispositif_d_aide_a_la_lactation_NAT_DFME_FT__0-18_ans_0068_1.0_.pdf
 39. Hopitaux universitaire genève. Hopitaux universitaire Genève. [cité 5 sept 2023]. La mise au sein. Disponible sur: <http://www.hug.ch/enfants-ados/mise-au-sein>
 40. Medela. Medela. [cité 5 sept 2023]. Nourrir votre bébé prématuré au lait maternel. Disponible sur: <https://www.medela.fr/allaitement/experience-de-maman/allaitement-bebe-premature>
 41. plaquetteLactarium.pdf [Internet]. [cité 8 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.chru-strasbourg.fr/wp-content/uploads/2021/12/plaquetteLactarium.pdf>
 42. Inserm. Inserm. [cité 5 sept 2023]. Prématurité · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/prematurite/>
 43. Montagne P, Cuillière ML, Molé C, Béné MC, Faure G. Immunological and Nutritional Composition of Human Milk in Relation to Prematurity and Mothers' Parity During the First 2 Weeks of Lactation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* juill 1999;29(1):75.

44. Composition immunologique et nutritionnelle du lait humain chez R... : Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition [Internet]. [cité 22 oct 2023]. Disponible sur: https://journals.lww.com/jpgn/fulltext/1999/07000/immunological_and_nutritional_composition_of_human.18.aspx
45. INPES-Guide-allaitement-maternel.pdf [Internet]. [cité 10 sept 2023]. Disponible sur: <https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/INPES-Guide-allaitement-maternel.pdf>
46. Inspq. Institut national de santé publique du Québec. [cité 10 sept 2023]. Allaiter, est-ce toujours possible? | INSPQ. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/alimentation/nourrir-bebe-sein/allaiter-est-toujours-possible>
47. service public [Internet]. [cité 8 sept 2023]. Une salariée peut-elle allaiter pendant les heures de travail ? Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1769>
48. mpedia.fr [Internet]. [cité 8 sept 2023]. Allaiter et travailler : quelle organisation ? Disponible sur: <https://www.mpedia.fr/art-allaiter-travailler-organisation/>
49. HAS. Haute Autorité de Santé. [cité 21 sept 2023]. Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272220/fr/allaitement-maternel-mise-en-oeuvre-et-poursuite-dans-les-6-premiers-mois-de-vie-de-l-enfant
50. Castel B, Billeaud C. Alimentation de la mère allaitante. Cah Nutr Diététique. 1 avr 2017;52(2):89-93.
51. PARPIA KHAN SL. La Leche League. [cité 21 sept 2023]. Se nourrir quand on allaite. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1152-aa-113-se-nourrir-quand-on-allaite>
52. Christelle. La Leche League. [cité 10 juill 2023]. AA 96 : Allaitement et tabac, alcool, drogues, etc. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1692-allaitement-et-tabac-alcool-drogues-etc>
53. CHU Sainte-Justine. CHU Sainte-Justine. [cité 11 juill 2023]. Allaitement : Allaitement et habitudes de vie. Disponible sur: <https://www.chusj.org/fr/soins-services/A/Allaitement/Se-preparer-et-bien-debuter-l-allaitement/Allaitement-et-habitudes-de-vie>
54. Haastrup MB, Pottegård A, Damkier P. Alcohol and Breastfeeding. Basic Clin Pharmacol Toxicol. 2014;114(2):168-73.
55. Christelle. AA 96 : Allaitement et tabac, alcool, drogues, etc. [Internet]. [cité 11 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1692>
56. ANSM [Internet]. [cité 10 sept 2023]. Dossier thématique - Médicaments et allaitement. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/medicaments-et-grossesse/medicaments-et-allaitement>

57. Assurance Maladie [Internet]. [cité 10 sept 2023]. Médicaments et allaitement. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/sante/medicaments/medicaments-et-situation-de-vie/medicament-allaitement>
58. Doutriaux. La Leche League. [cité 21 sept 2023]. Médicaments et allaitement. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1472-da-62-medicaments-et-allaitement>
59. ANSM [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Dossier thématique - Médicaments et allaitement. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/medicaments-et-grossesse/medicaments-et-allaitement>
60. Claude. La Leche League. [cité 13 sept 2023]. Engorgement et feuilles de chou. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/votre-allaitement/surmonter-les-obstacles/2008-engorgement-et-feuilles-de-chou>
61. 24 MESNIL allaitement.pdf [Internet]. [cité 11 sept 2023]. Disponible sur: https://centre-maladies-sein-saint-louis.org/formations/presentations/M2_2012/24%20MESNIL%20%20allaitement.pdf
62. Santé Publique france. Le guide de l'allaitement maternel.
63. Christelle. La Leche League. [cité 12 sept 2023]. AA 57 : Candidose mammaire. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1169-57-candidose>
64. la leche league. La Leche League. [cité 12 sept 2023]. Conservation du lait humain destiné à un usage domestique pour un bébé né à terme. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1025-8-conservation-du-lait-humain>
65. ANSM [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Actualité - Candidose mammaire et allaitement : éviter le violet de gentiane. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/candidose-mammaire-et-allaitement-eviter-le-violet-de-gentiane>
66. CRAT. crat. [cité 12 sept 2023]. Fluconazol-grossesse et allaitement. Disponible sur: <https://www.le-crat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=fluconazole>
67. Thirion M. Santé et allaitement maternel. [cité 14 sept 2023]. Tire-lait. Disponible sur: https://www.santeallaitementmaternel.com/se_former/aider_vos_patientes/accompagnement/bien_etre_mere/accompagnement16.php
68. Courdent M. La Leche League. [cité 19 sept 2023]. Tour d'horizon : les tire-lait. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1792-da-77-tour-d-horizon-les-tire-lait>
69. Legoy A. Les dispositifs médicaux en officine pour l'allaitement maternel. Rouen; 2014.
70. Lansinoh. lansinoh-fr. [cité 19 sept 2023]. Bien choisir ses tétérilles de tire-lait. Disponible sur:

<https://lansinoh.fr/blogs/allaitement-au-sein/bien-choisir-ses-teterelles-de-tire-lait>

71. Medela. Medela. [cité 19 sept 2023]. Taille de tétérèlle - Choisir la bonne tétérèlle. Disponible sur: <https://www.medela.fr/allaitement/experience-de-maman/tailles-teterelle>
72. assurance maladie. Assurance Maladie. [cité 22 sept 2023]. Liste des produits et des prestations : Fiche. Disponible sur: http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p_code_tips=1128044&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI
73. Depliant_lait_maternel_2013.pdf [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depliant_lait_maternel_2013.pdf
74. 2019-03-22_tire-laits.pdf [Internet]. [cité 19 sept 2023]. Disponible sur: https://www.cpm21.fr/EnDirectPS/Pharma/2019/2019-03-22_tire-laits.pdf
75. Arrêté du 11 mars 2019 portant modification des modalités de prise en charge des tire-laits inscrits au titre Ier de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale.
76. Julien C. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 19 sept 2023]. Délivrer et facturer un tire-lait - Porphyre n° 552 du 23/04/2019 - Revues. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/porphyre/article/n-552/delivrer-et-factorer-un-tire-lait.html>
77. Panard M. lansinoh-fr. [cité 20 sept 2023]. Les bouts de sein en silicone. Disponible sur: <https://lansinoh.fr/blogs/allaitement-au-sein/les-bouts-de-sein-en-silicone>
78. Medela. Medela. [cité 20 sept 2023]. Bouts de sein Contact™ | Produits d'allaitement. Disponible sur: <https://www.medela.fr/allaitement/produits/soin-des-seins/bouts-de-sein-contact>
79. Medela. medela. [cité 21 sept 2023]. Coquilles d'allaitement | Produits d'allaitement. Disponible sur: <https://www.medela.fr/allaitement/produits/soin-des-seins/protege-mamelons>
80. URPS. Charte du projet Allait Lib' [Internet]. URPS-Pharmaciens-IDF. 2023 [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.urps-pharmaciens-idf.fr/projet-allait-lib-2/>
81. PHAAM_presentation_generale_simplifiee.pdf [Internet]. [cité 27 sept 2023]. Disponible sur: https://www.gifa.org/wp-content/uploads/2018/09/PHAAM_presentation_generale_simplifiee.pdf
82. Chopard A. lepharmacien.fr. [cité 27 sept 2023]. Les pharmacies amies de l'allaitement. Disponible sur: <http://www.lepharmacien.fr/blog-pharmacien/article/les-pharmacies-amies-de-l-allaitement>
83. PHAAM_charte_engagement.pdf [Internet]. [cité 27 sept 2023]. Disponible sur: https://www.gifa.org/wp-content/uploads/2018/09/PHAAM_charte_engagement.pdf
84. Doutriaux A. Walter sante. [cité 27 sept 2023]. Comment accompagner la patiente qui allaite ? Disponible sur: <https://walter-learning.com/blog/sante/sage-femme/allaitement/accompagner-patiente-qui-allait>
85. Trouver une sage-femme en Alsace | Association des Sages femmes libérales d'Alsace [Internet]. Sages-femmes libérales Alsace. 2016 [cité 27 sept 2023]. Disponible sur:

<https://www.asfla.fr/trouver-une-sage-femme/>

86. Assurance Maladie [Internet]. [cité 27 sept 2023]. Annuaire santé d'ameli.fr : trouver un médecin, un hôpital... Disponible sur: <http://annuairesante.ameli.fr/>
87. Clinique Rhéna [Internet]. [cité 27 sept 2023]. Accompagnement à l'allaitement maternel | Rhéna Clinique de Strasbourg. Disponible sur: <https://www.clinique-rhena.fr/fr/vous-etes-future-maman/votre-grossesse-pas-pas/accompagnement-lallaitement-maternel>
88. Séjour à la maternité | Maternité Strasbourg - Clinique Sainte Anne [Internet]. Clinique Sainte-Anne. [cité 27 sept 2023]. Disponible sur: <https://maternite-sainte-anne.org/sejour-maternite/>
89. CHRU Strasbourg [Internet]. 2021 [cité 27 sept 2023]. Groupe de parole "Que du Bonheur ?!" - Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Disponible sur: <https://www.chru-strasbourg.fr/groupe-de-parole-que-du-bonheur/>
90. 1000 Premiers Jours - Là où tout commence [Internet]. [cité 27 sept 2023]. Qu'est-ce que la PMI ? Disponible sur: <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/quest-ce-que-la-pmi>
91. La Leche League [Internet]. [cité 27 sept 2023]. La Leche League. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/nous-connaître>
92. Solidarilait [Internet]. [cité 27 sept 2023]. Solidarilait. Disponible sur: <https://www.solidarilait.org/>
93. Cofam [Internet]. [cité 27 sept 2023]. Coordination Française pour l'Allaitement Maternel - CoFAM. Disponible sur: <https://www.cofam-allaitement.org/>
94. AFCL [Internet]. [cité 28 sept 2023]. Association Française des Consultants en Lactation. Disponible sur: <https://www.consultants-lactation.org/>
95. Journée Régionale de l'Allaitement maternel (JRA) - Information Pour l'Allaitement [Internet]. Information Pour l'Allaitement - IPA information pour les professionnels. 2022 [cité 28 sept 2023]. Disponible sur: <https://info-allaitement.org/journee-regionale-de-lallaitement-maternel-jra/>

Nom : Scheer

Prénom : Ingrid

Titre du mémoire : Allaitement maternel : Conseils et prise en charge à l'officine

Mots-clés : allaitement, tire-lait, accompagnement, nourrisson

Résumé : Le taux d'initiation et la durée de l'allaitement maternel en France sont toujours largement insuffisants par rapport aux recommandations mondiales et aux autres pays européens.

Lors de mes différentes missions effectuées en tant qu'étudiante ou remplaçante dans différentes officines locales, j'ai constaté que les questionnements au sujet de ce mode d'alimentation ou des tracas et difficultés qu'il peut engendrer étaient souvent pris en charge, à l'officine, par des femmes ayant elle-même allaité, ce qui leur permettait d'avoir les connaissances théoriques et pratiques pour un bon conseil.

Il m'est alors apparu nécessaire de prodiguer à tous les professionnels de santé à l'officine, les mêmes connaissances, en dressant un état des lieux de l'allaitement, que ce soit sur sa mise en place, les complications qu'il peut engendrer, ainsi que le matériels qu'il peut nécessiter.

La promotion de l'allaitement maternel est une action majeure de santé publique, dans laquelle le pharmacien d'officine a un grand rôle à jouer.

Membres du jury :

Présidente : Madame le Professeur Béatrice HEURTAULT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Alexandra CHAMPERT,

Autre membre du jury : Madame le Docteur Julie BERGANTZ,