

ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS

UNIVERSITÉ DE TOURS

FACULTE DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »

Année 2023

N  117

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

Mme FOUGERE Audrey

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20 DECEMBRE 2023

**Le rôle du pharmacien d'officine dans l'accompagnement de la femme, enceinte
souhaitant allaiter, ou allaitante : enquête auprès de pharmacies françaises**

JURY

Présidente : Mme MAVEL Sylvie, Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie de Tours - HDR

Membres :

Mme BARRAT Julie, Pharmacienne d'officine, Tours

Mme BASIER Stéphanie, Pharmacienne d'officine, Villard de Lans

M. DILLEMANN Loïc, Pharmacien d'officine, Tours

ANNEE : 2023 - 2024

Directeur : Pr Denys BRAND

Directeur Adjoint : M. Matthieu JUSTE

Assesseurs : M. Gildas PRIE, Mme Mélanie BOUVIN PLEY, Mme Emilie ALLARD-VANNIER, M. Bruno GIRAudeau, Mme Claire POUPLARD, Mme Audrey OUDIN

ENSEIGNANTS

14 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
BOUDESOCQUE-DELAYE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DIMIER-POISSON	Isabelle	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-INFECTIEUSE
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
MUNNIER	Émilie	PHARMACIE GALENIQUE
VIAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

6 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ ET PRATICIENS HOSPITALIERS

ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
GIRAudeau	Bruno	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIOLoGIE
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE

2 PROFESSEURS ÉMERITE

BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE
THIBAUT	Gilles	IMMUNOLOGIE

35 MAITRES DE CONFÉRENCES

AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BESSON	Pierre	PHYSIOLOGIE
BIRER-WILLIAMS	Caroline	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BONNIER	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE
BORDY	Romain	PHARMACOLOGIE & TOXICOLOGIE
BOUVIN-PLEY	Mélanie	MICROBIOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE GALENIQUE
DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-INFECTIEUSE
DELAYE	Pierre-Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DENEVAULT	Caroline	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DOUZIECH-EYROLLES	Laurence	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
DUMAS	Jean-François	BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
GERMON	Stéphanie	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-INFECTIEUSE
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE

Mise à jour du 18/09/2023

JUSTE	Matthieu	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-INFECTIEUSE
LAJOIE	Laurie	IMMUNOLOGIE
LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
ODIN	Audrey	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
POUPET	Cyril	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PASQUALIN	Côme	PHARMACOLOGIE
PRIE	Gildas	CHIMIE ORGANIQUE
SAHU	Ramla	PHARMACOGNOSIE
SIEROCKI	Pierre	CHIMIE ORGANIQUE
SOUCE	Martin	CHIMIE ANALYTIQUE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
VERCOILLIE	Johnny	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VERGER	Alexis	PHARMACIE GALENIQUE
VERGOTE	Jackie	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
VIERRON	Emilie	SANTÉ PUBLIQUE, BIOSTATISTIQUE & ÉPIDÉMIOLOGIE
ZHANG	Bei-Li	PHARMACOLOGIE

CAMUS GABRIEL	Mathilde	1 MAST Filière Officine
----------------------	-----------------	--

4 MAITRES DE CONFÉRENCES ET PRATICIENS HOSPITALIERS

FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
FOUCAULT	Amélie	HEMATOLOGIE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE
VEYRAT DUREBEX	Charlotte	BIOCHIMIE CLINIQUE

4 AHU (Assistant Hospitalier Universitaire)

BOULARD	Pierre	IMMUNOLOGIE
DOUEZ	Emmanuel	PHARMACIE GALENIQUE
POUPIN	Pierre	SANTÉ PUBLIQUE, BIOSTATISTIQUE & ÉPIDÉMIOLOGIE
TULOUP	Vianney	PHARMACIE CLINIQUE

1 ATER (Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche)

KICHOU	Hichem	CHIMIE ANALYTIQUE
--------	--------	-------------------

1 PRAG

WALTERS-GALOPIN	Susan	ANGLAIS
-----------------	-------	---------

1 contrat d'enseignement

GERBIER (contrat)	Soledad	ANGLAIS
-------------------	---------	---------

3 CHARGÉS DE RECHERCHE

EPARDAUD	Mathieu	INRAE
MEVELEC	Marie-Noëlle	INRAE
MOIRE	Nathalie	INRAE



SERMENT DE GALIEN

En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;

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 Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité ;

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels ;

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;

De coopérer avec les autres professionnels de santé ;

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Date : 20/12/2023

L'étudiant
Audrey FOUGERE

Le Doyen de la Faculté
Professeur Denys BRAND

Remerciements

A mon jury,

Madame Sylvie Mavel, présidente du jury et co-directrice de thèse, pour votre aide précieuse durant tout ce projet,

Madame Julie Barrat, membre du jury et co-directrice de thèse, pour tous tes conseils, tes encouragements et ta bonne humeur systématique et contagieuse,

Madame Stéphanie Basier, pour avoir accepté de faire partie du jury et pour m'avoir partagé tes connaissances sur ce sujet passionnant qu'est l'allaitement maternel,

Monsieur Loïc Dillemann, pour avoir accepté de faire partie du jury et pour votre bienveillance à mon égard depuis le début.

A ma famille, les personnes les plus importantes à mes yeux,

Mes parents, je ne vous remercierai jamais assez pour votre indéfectible soutien. Vous m'avez toujours accompagnée dans chaque étape de ma vie. Vous avez su trouver les mots justes pour me rassurer et m'aider lorsque j'en avais le plus besoin. Je n'aurais jamais pu rêver avoir de meilleurs parents. Maman, merci encore pour chacun de tes messages avant chaque examen et pour avoir constamment cru en moi. Papa, merci d'avoir traversé la moitié de la planète pour me retrouver et m'avoir sans cesse encouragé. Vous m'avez protégé sans relâche, vous avez fait tout ce qu'il fallait pour me rendre heureuse, et même plus encore, alors pour ça aussi, je tenais à vous dire sincèrement merci.

Ma sœur, merci d'être là pour moi en permanence. Même si ta vie est déjà bien remplie, je sais que j'y ai ma place. Tu pourras toujours compter sur moi, quoiqu'il arrive. Merci aussi à ta famille, de prendre soin de toi et d'égayer tes journées. Ton bonheur fait le mien.

Mon papy et ma mamie, j'aurais tellement aimé vous compter encore parmi nous. Vous avez tant fait pour moi, j'espérais vous rendre fiers en soutenant cette thèse devant vous. Merci pour tous les moments que l'on a partagé ensemble. J'aurais préféré qu'il y en ait encore des milliers d'autres, malgré tout je sais que vous serez toujours avec moi, et à jamais, dans mon cœur.

A Grégoire, merci pour tout ce que tu as pu faire pour moi. Tu m'as portée et supportée bien plus que je n'aurais pu l'espérer. Je suis réellement heureuse et reconnaissante de t'avoir rencontré et d'avoir pu partager toutes ces très belles années avec toi.

A mes amis, plus particulièrement,

Camille, tu es devenue bien plus qu'une voisine, une véritable amie. Merci d'avoir été mon binôme pendant toutes ces années et de m'avoir toujours épaulé. Merci d'avoir ce caractère que j'apprécie tellement, reste comme tu es.

Valentine, merci pour tous les beaux moments partagés depuis le lycée. Merci aussi d'avoir essayé de suivre mon parcours, pas toujours très simple. Je sais que je peux compter sur toi et tu sais que c'est réciproque.

Louis, merci pour ton aide, pour ton humour mais aussi pour ton honnêteté. Merci d'être là pour moi.

A toute l'équipe de la Pharmacie des Deux Lions, merci pour tout. Vous êtes véritablement géniaux.

Ainsi qu'à toutes les personnes qui m'ont aidée et soutenue durant toutes mes années d'études, à toutes les belles rencontres que j'ai pu faire, merci du fond du cœur.

Table des matières

Introduction	8
1. Généralités sur l'allaitement maternel	10
1.1. Anatomie et physiologie de la lactation.....	15
1.2. Composition du lait maternel	17
1.3. Impacts de l'allaitement maternel	20
1.4. Conseils aux femmes allaitantes	22
1.5. Contre-indications à l'allaitement maternel	25
1.6. Alimentation maternelle	32
1.7. Microbiote et allaitement.....	35
1.8. Préparations Pour Nourrissons (PPN)	40
2. Les principaux maux de l'allaitement	44
2.1. Engorgement.....	44
2.2. Mastite	47
2.3. Abscess	48
2.4. Crevasse	50
2.5. Mycose mammaire	51
2.6. Ampoule de lait	52
2.7. Réflexe d'Ejection Fort (REF).....	53
2.8. Insuffisance de lait (hypolactation)	53
2.9. Mamelons plats ou ombiliqués	54
3. Enquête auprès de pharmacies françaises	56
3.1. Questionnaire.....	56
3.2. Présentation générale des répondants	58
3.3. Comparaison entre pharmacies de quartier, pharmacies de centre ville, pharmacies rurales et pharmacies de centre commercial.....	69
3.4. Comparaison entre pharmaciens et préparateurs en pharmacie	72
3.5. Comparaison entre les professionnels ayant eu recours, ou non, à une formation spécifique sur l'allaitement et/ou la délivrance d'un tire-lait.....	75
4. Fiches pratiques à l'officine.....	80
4.1. Positions d'allaitement.....	81
4.2. Maux de l'allaitement.....	82
4.3. Médicaments et allaitement.....	83
Conclusion	84
Bibliographie	86
Annexe : Questionnaire	96

Introduction

Lors de chaque grossesse, le choix du mode d'alimentation du nouveau-né s'offre aux futurs parents. Parmi les différents modes d'alimentation, il y a bien sûr les laits artificiels en poudre ou l'allaitement maternel, mais des notions complémentaires sont à prendre en compte pour parler d'allaitement.

Depuis le milieu du XIXe siècle, l'allaitement maternel s'est vu substitué par les Préparations Pour Nourrissons (PPN) aussi appelées laits de substitution. En effet, la pression commerciale grandissante ainsi que la vie active des femmes orientent de plus en plus les mères vers le choix du lait en poudre, délaissant alors rapidement l'allaitement maternel. Aussi, informer sur les modes d'alimentation du nouveau-né est-il devenu un enjeu de santé publique.

En 2001, l'Organisation des Nations Unies (ONU) demande instamment à ses Etats Membres de promouvoir l'allaitement maternel en suivant les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations unies pour l'enfance (ou *United Nations International Children's Emergency Fund*) (UNICEF), mais aussi d'encourager le label Initiative Hôpital Ami des Bébés (ou *Baby-Friendly Hospital Initiative*) (IHAB) (1).

Ce label, désormais retrouvé dans plus de cinquante établissements français, permet d'assurer la qualité des soins offerts aux femmes enceintes, aux nouveau-nés et aux mères, à travers la certification de douze recommandations bénéficiant chacune d'un argumentaire scientifique (2). Cette approche IHAB repose en effet sur trois grands principes : une attitude de l'ensemble de l'équipe médicale centrée sur les besoins individuels de la mère et du nouveau-né, un environnement et un accompagnement en accord avec la philosophie des soins centrés sur la famille, ainsi qu'un travail en équipe et en réseau pour assurer la continuité des soins (3).

Dans le but de garantir la continuité et la qualité des soins, le personnel officinal peut se former. En effet, le pharmacien d'officine, maillon essentiel de la chaîne de soins, est souvent l'un des premiers professionnels de santé rencontré par la famille à la sortie de la maternité, que ce soit pour délivrer une ordonnance et/ou des conseils. Il est aussi le professionnel de santé le plus facilement accessible pour les patients. C'est donc également pourquoi, face à des patients ayant le désir de

procréer ou lorsqu'une grossesse est en cours, le pharmacien doit être en mesure de répondre aux nombreuses questions, tout en sachant écouter et conseiller les parents dans le but de satisfaire au mieux les besoins de chacun. Ainsi, le pharmacien a un rôle capital dans l'accompagnement de l'allaitement mais aussi dans l'éducation thérapeutique de ses patients à ce sujet, dès l'élaboration d'un projet de grossesse et jusqu'au sevrage de l'enfant.

Malgré les recommandations et les bienfaits avérés que procure l'allaitement maternel, aussi bien pour la mère que pour l'enfant, l'accompagnement du professionnel de santé doit se faire en adéquation avec la décision des parents concernant le mode d'alimentation. *In fine*, le but n'est pas de guider chaque parent obligatoirement à l'allaitement maternel mais plutôt de leur offrir tous les outils et connaissances nécessaires à un choix libre et éclairé. Cela s'entend, certaines situations ne se prêtent pas à un allaitement maternel exclusif, tout comme certaines situations n'induisent pas nécessairement l'arrêt de l'allaitement.

Cependant, pour que le pharmacien d'officine puisse accompagner au mieux les femmes enceintes souhaitant allaiter ainsi que les femmes allaitantes, il se doit de trouver sa place. Cette thèse a donc pour but de comprendre et approfondir le rôle du pharmacien d'officine dans cette mission.

Pour ce faire, après avoir présenté les bases concernant l'allaitement maternel, les principaux maux rencontrés lors de l'allaitement seront alors détaillés. En tant que professionnel de santé, le pharmacien doit pouvoir apporter des réponses cohérentes, c'est pourquoi elles seront ici décrites à la suite de chaque affection.

Aujourd'hui encore, un nombre trop important de pharmaciens ne se sent pas à l'aise face aux difficultés pouvant être rencontrées lors de l'allaitement maternel ou avec la délivrance des accessoires d'aide à l'allaitement, comme le tire-lait par exemple. Ainsi, beaucoup d'entre eux délèguent ou délivrent un tire-lait sans vraiment apporter quelconques conseils aux patients. Partant de cette constatation, ce travail vise également à enquêter auprès de pharmacies françaises afin de comprendre les différentes pratiques, les motivations et/ou les craintes et raisons pour lesquelles le personnel officinal s'intéresse plus ou moins à ce sujet.

1. Généralités sur l'allaitement maternel

L'allaitement maternel, qui désigne une alimentation de l'enfant par le lait de sa mère, peut être exclusif ou partiel. Dans ce second cas, l'allaitement maternel est associé à un substitut (PPN, lait, céréales, eau, eau sucrée). Aussi, selon le mode d'administration du lait, l'allaitement maternel est dit actif si le nourrisson tète directement le sein de sa mère, ou passif si l'administration est faite par un intermédiaire (biberon, tasse, cuillère) (4).

Du point de vue de la société, l'allaitement peut avoir un rôle de socialisation et de construction culturelle. Il manifeste également la liberté individuelle mais peut aussi être à l'origine de discrimination, notamment lors de la reprise du travail, ce qui peut inciter au sevrage plus rapidement. D'un point de vue utilitariste, il peut permettre la promotion du bien individuel des enfants, notamment par l'amélioration de leur santé, favorisant ainsi une diminution des dépenses de santé (5).

Depuis 2001, l'OMS et l'UNICEF préconisent de commencer l'allaitement maternel dans l'heure suivant la naissance, ainsi qu'un allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois de vie de l'enfant, ce qui sous-entend qu'il n'absorbe aucun autre aliment ou liquide, pas même de l'eau. Aussi, les nourrissons doivent être allaités à la demande, aussi souvent qu'ils le réclament, et l'utilisation de biberons, tétines ou sucettes est à proscrire. Parmi ces recommandations alimentaires, se trouve également la notion d'introduction d'aliments complémentaires sûrs et nutritionnellement adéquats, à partir de six mois, tout en continuant l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans, voire plus (6).

Le ministère de la santé et de la prévention se base également sur les avis de la Haute Autorité de Santé (HAS) et met donc l'allaitement maternel dans ses consignes des 1000 premiers jours de vie (7). En effet, l'allaitement fait partie des moyens énoncés permettant le bon développement de l'enfant (8).

En une vingtaine d'années, la fréquence d'initiation de l'allaitement maternel, en France, tout comme sa durée ont doublé. Malgré cette augmentation, l'allaitement maternel exclusif à 6 mois reste relativement subsidiaire. En effet, avec près de 70% des enfants concernés par l'allaitement maternel à la naissance, sa durée médiane

est de 15 semaines, puis à 3 mois, seulement un tiers de ces enfants est encore allaité (4,9). En cause, notamment, la reprise du travail qui peut être un obstacle, avec toute l'organisation que cela implique pour les femmes allaitantes. En effet, en France, la durée du congé post-natal est fixée à 10 semaines pour les salariées (10).

Sur la scène internationale, la France est l'un des pays à haut niveau de ressources ayant le plus faible taux d'initiation d'allaitement maternel exclusif. La prévalence de l'allaitement maternel exclusif est très élevée dans les pays scandinaves et au Japon, avec plus de 95% des nouveau-nés allaités exclusivement au sein, alors qu'elle est bien plus faible (moins de 70%) dans d'autres pays comme les Etats-Unis, le Royaume-Uni ou la France, que ce soit pour l'allaitement maternel exclusif ou tous les types d'allaitement confondus (figure 1).

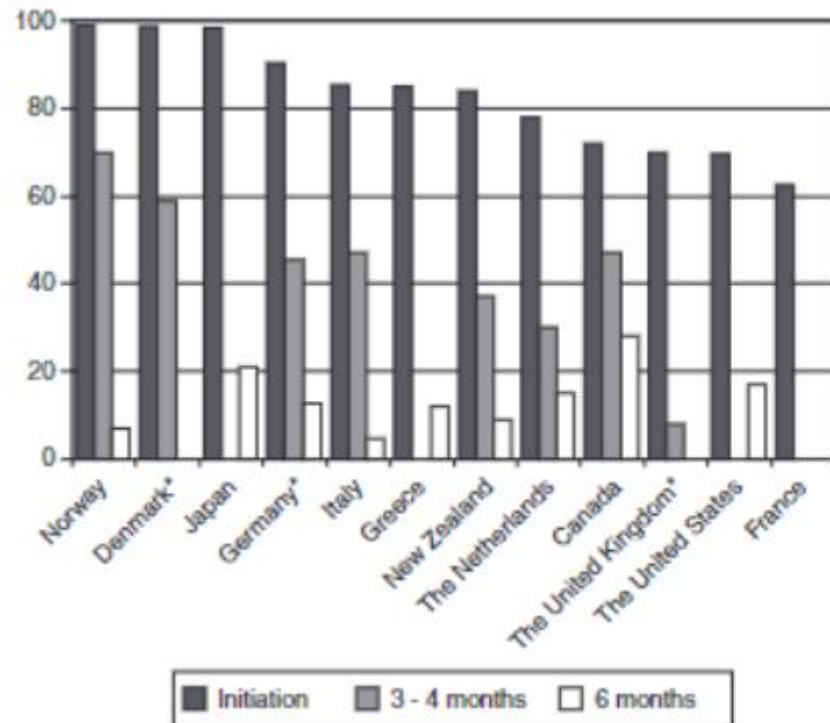


Fig. 2. Exclusive BF prevalence by country in the general population. * Exclusive breastfeeding (BF) data for Germany, the United Kingdom, and Denmark are given for only 4 months.

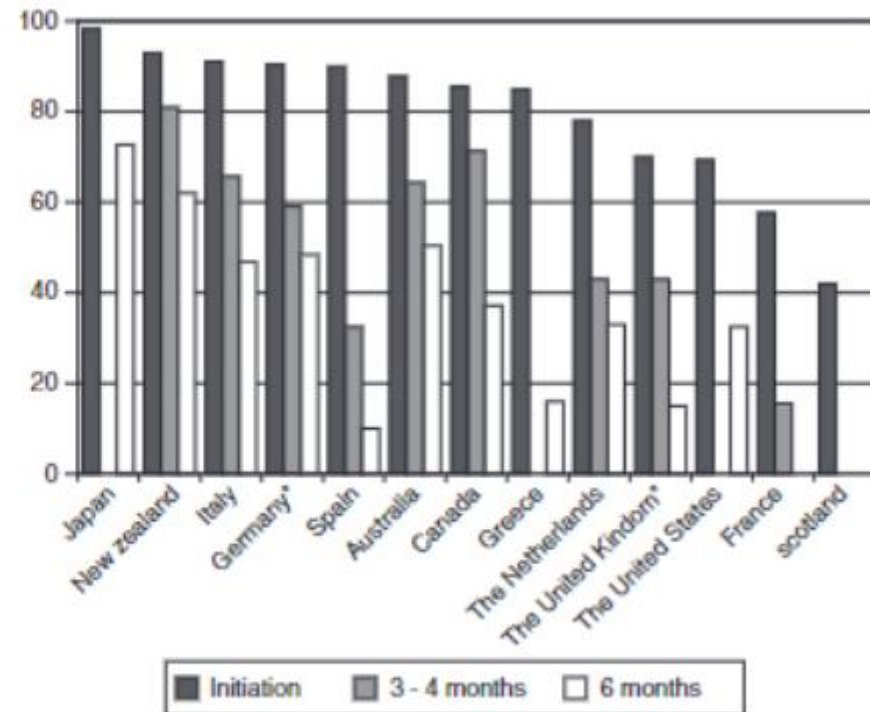


Fig. 3. Prevalence of all types of breastfeeding (BF) in the general population by country. * BF data for Germany and the United Kingdom are given for only 4 months.

Figure 1 : Comparaison du taux d'allaitement (allaitement maternel exclusif et tous les types d'allaitement) à l'initiation, à 3-4 mois et à 6 mois dans différents pays en 2012 (9)

Les études démontrent que les femmes qui allaitent le moins sont le plus souvent des mères jeunes, célibataires, ayant un faible niveau d'éducation et appartenant à des catégories socioprofessionnelles défavorisées. Cependant, les femmes immigrées et les femmes d'origine ethnique étrangère allaitent plus souvent leurs enfants que les femmes de nationalité française nées en France, même en tenant compte de leur statut économique et social. Parallèlement, l'allaitement maternel est donc plus fréquemment retrouvé chez les femmes de plus de 25 ans, ayant un indice de masse corporel (IMC) entre 18,5 et 24,9 kg/m² (corpulence normale), non fumeuses, avec un niveau d'études supérieur au baccalauréat et qui travaillent. Malgré l'augmentation de l'allaitement maternel, ce profil est le même depuis près de quarante ans (9).

Différents facteurs peuvent influencer le choix et l'initiation de l'allaitement maternel, à commencer par le moment où la décision d'allaiter est prise. En effet, la fréquence de l'allaitement maternel et sa durée sont plus importantes lorsque le choix de l'allaitement est fait avant même la grossesse. Cependant, le choix de l'allaitement maternel exclusif est retrouvé plus fréquemment lorsque les futurs parents ont connaissance des effets bénéfiques de l'allaitement maternel sur l'enfant. De plus, la famille et le (la) partenaire de la future mère prennent aussi une place importante dans cette décision. En effet, le soutien de l'entourage, tout comme le fait d'avoir été allaitée elle-même, augmenteraient le taux d'initiation de l'allaitement maternel (4). Les professionnels de santé ont également un rôle dans cette décision, puis pendant l'allaitement pour accompagner au mieux les jeunes parents, répondre à leurs besoins et savoir corriger les éventuels maux de l'allaitement (11). En France et dans plus de trente autres pays ayant adoptés le label IHAB, le taux d'initiation de l'allaitement maternel augmente significativement, tout comme le taux d'allaitement maternel exclusif et la durée de l'allaitement, même après la sortie de la maternité (4).

Ces dernières années plusieurs labels ont été mis en place pour notifier la place des professionnels de santé dans l'accompagnement de l'allaitement maternel, tels que le label IHAB pour les maternités et le label IPhAN (Initiative Pharmacie Amie des Nourrissons) pour les officines.

Le label IHAB étant basé sur douze points clés décrits par l'OMS comme les recommandations à respecter pour qu'un établissement soit labellisé (2), le personnel officinal peut donc, dans cette continuité, suivre les dix engagements du référentiel IPhAN (12). En effet, les officines certifiées garantissent le prolongement de l'accompagnement grâce à cette association, notamment à travers les trois piliers de la démarche IPhAN : un soutien individualisé, un travail en réseau et une formation spécifique (13).

Toutefois, ces labels sont parfois très pointilleux et imposent des règles qui ne conviennent pas à tous. La certification pharmacie amie des nourrissons demande par exemple aux officines de ne pas mettre les laits en poudre en vente libre.

Le démarrage de l'allaitement est une étape clé pour que celui-ci se déroule au mieux. L'accompagnement de la femme, dès l'initiation de l'allaitement est donc primordial. En effet, la qualité du démarrage ainsi que l'accompagnement tout au long de l'allaitement permettent d'allonger la durée de l'allaitement maternel (14).

La restriction des visites en maternité durant le premier confinement imposé par la pandémie de COVID-19 aurait d'ailleurs permis une meilleure initiation de l'allaitement maternel (15). Cette étude française a mis en évidence un véritable sentiment de calme et d'apaisement dans les services en période de restriction des visites en maternité. Les patientes rencontrées dans les services semblaient mieux vivre leur post-partum, avoir un meilleur début d'allaitement et les nouveau-nés semblaient plus apaisés. Ce paramètre de restriction pourrait être pris en compte pour des allaitements maternels difficiles et ainsi limiter certains facteurs d'échec de l'allaitement.

Tous ces éléments conduisent donc à privilégier l'éducation et la promotion de l'allaitement maternel, pouvant notamment passer par des entretiens pharmaceutiques à destination des futurs parents, afin de les accompagner le plus précocement possible.

1.1. Anatomie et physiologie de la lactation

La compréhension de la physiologie de la lactation permet d'améliorer la qualité de l'accompagnement des femmes allaitantes et donc les chances de réussite et du bon déroulement de l'allaitement (16).

Pour que la lactation se mette en place correctement et durablement, le développement de la glande mammaire est capital. Elle doit être fonctionnelle, avec suffisamment de tissu glandulaire, des canaux lactifères et une innervation intacts (16). La figure 2 ci-dessous schématise les différentes imbrications des canaux lactifères dans les tissus.

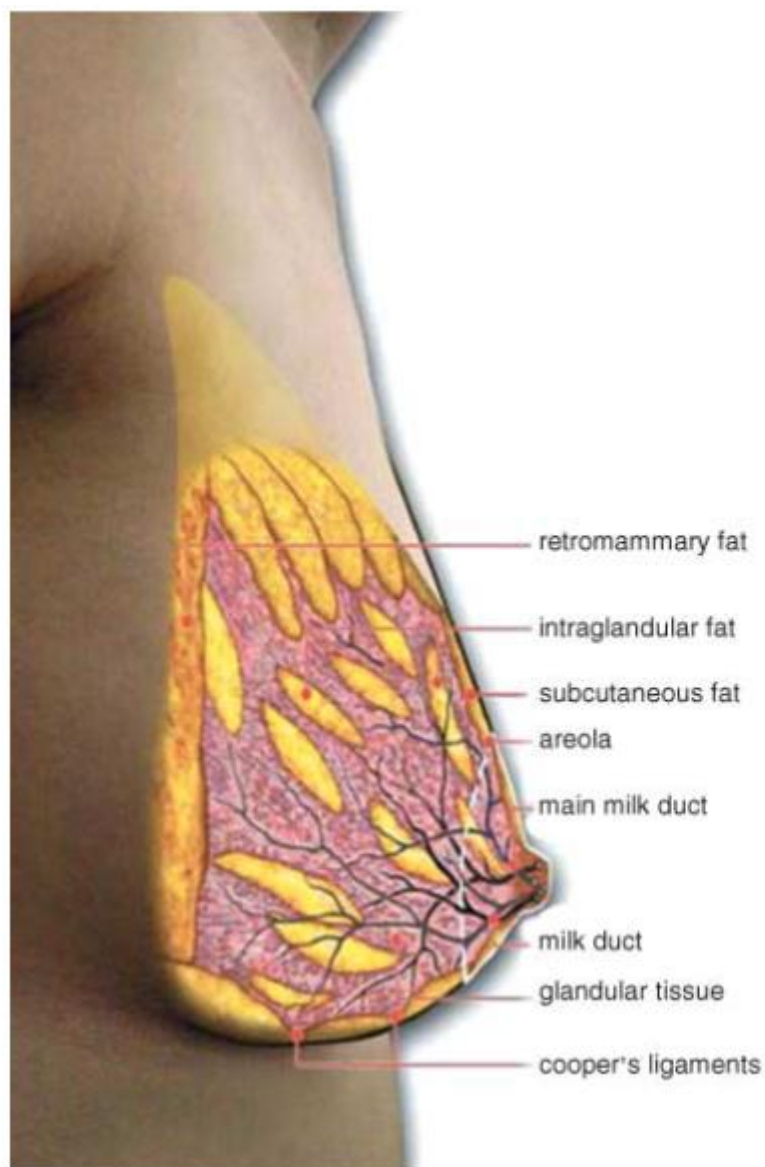


Figure 2 : Dessin de l'anatomie du sein en lactation, à partir des observations échographiques des canaux lactifères et de la distribution des différents tissus (17)

Le ratio tissu glandulaire/tissu adipeux est en moyenne de 2:1, mais il reste très variable d'une femme à l'autre. En effet, chez certaines femmes ce ratio peut atteindre 1:1, ainsi le tissu adipeux représenterait la moitié du volume tissulaire total. Le volume d'un sein n'est donc pas un indicateur de sa capacité fonctionnelle. A l'exception du plan sous-cutané, ces tissus sont étroitement liés et donc inséparables. Près des deux tiers du tissu glandulaire se situent dans un rayon de trois centimètres à partir de la base du mamelon. Ce tissu est drainé par tout un réseau en amont, composé de canalicules, canaux lobulaires, lobaires et principaux, appelé réseau canalaire. Il s'agit d'un réseau complexe, sinueux où toutes ses structures se trouvent enchevêtrées.

Les canaux lactifères principaux ont un diamètre moyen de deux millimètres, ils sont très superficiels et facilement compressibles, ce qui explique qu'ils peuvent parfois se boucher et ainsi provoquer un engorgement. Ils sont en moyenne au nombre de neuf. Ces canaux vont s'aboucher à la base du mamelon et ont pour fonction le transport du lait (16).

Le lait est synthétisé par les cellules épithéliales mammaires et est sécrété en continu dans la lumière des alvéoles, où il est stocké jusqu'au moment de son éjection dans les canaux lactifères (figure 3).

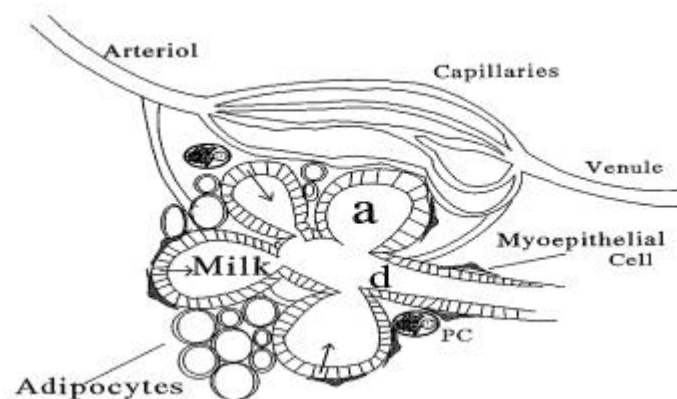


Figure 3 : Modèle représentant une alvéole mammaire avec ses structures environnantes dont un canal lactifère (18).

La synthèse, la sécrétion et l'éjection du lait sont contrôlés par deux mécanismes, l'un central endocrine et l'autre local autocrine. Le contrôle endocrine fait intervenir de nombreuses hormones, notamment la prolactine pour la synthèse et l'ocytocine pour l'éjection du lait (19). Le contrôle autocrine quant à lui est dépendant

du cycle drainage-remplissage des alvéoles, expliquant ainsi que plus les alvéoles se remplissent de lait, plus la synthèse est ralentie, et a contrario, plus les tétées, et donc les stimulations, sont fréquentes et efficaces, plus la vitesse de production du lait augmente (16,20).

1.2. Composition du lait maternel

Le lait maternel est le meilleur aliment pour la nutrition du nouveau-né. C'est en effet l'alimentation de choix, destiné à sa propre espèce (20). En cas de naissance prématurée, la physiologie de la mère influe en partie sur la composition du lait maternel, ce qui explique qu'il soit plus difficile d'établir une corrélation entre la croissance ou le développement neurologique de l'enfant et la composition du lait. De plus, certains biomarqueurs (lipides, oligosaccharides) ont été identifiés dans le lait maternel, mais leur fonction n'est pas toujours connue (21).

La composition du lait maternel évolue naturellement au cours de l'allaitement pour répondre aux besoins adaptés à l'âge de l'enfant. Mais il existe aussi des changements au cours d'une même tétée (22).

Le colostrum est le premier lait sécrété par la glande mammaire des mammifères, immédiatement après la naissance et pendant les premiers jours. Il est composé de macro- et micronutriments, facteurs antimicrobiens, facteurs de croissances et de nombreuses cellules de l'immunité, macrophages et lymphocytes (23). Il assure ainsi un fort soutien immunitaire aux nouveau-nés (24,25).

La phase d'activation sécrétoire (ou « montée de lait ») a lieu dans les 2 à 4 jours suivant la naissance en moyenne lorsque l'accouchement s'est déroulé sans complication, par voie basse. Il existe des variations et la montée de lait peut avoir lieu jusqu'à près d'une semaine après la naissance pour les accouchements plus compliqués, notamment lorsqu'il y a eu une césarienne par exemple. Ensuite, il existe une période d'ajustement de la production où l'on parle de lait de transition. Durant cette période, pouvant aller jusqu'à 1 mois post-partum, environ 500 millilitres sont produits par 24 heures. Au-delà de cette période, la production de lait se

stabilise pour atteindre environ 800 millilitres par jour, même si de très nombreuses variations individuelles persistent, notamment en lien avec la vitesse de croissance de l'enfant. Le lait est alors dit mature et permet de couvrir tous les besoins adaptés à l'enfant (16).

Le lait maternel est constitué d'environ 87% d'eau, 7% de glucides, 4% de lipides, 1% de protéines, ainsi que de nombreux minéraux et vitamines. Le lait humain contient également des composés intervenant dans la protection contre les maladies infectieuses. En effet, il confère à l'enfant une protection immunitaire directe grâce à ses nombreuses immunoglobulines, dont les immunoglobulines A (IgA) sécrétoires. Le lait maternel aide aussi à moduler cette protection immunitaire, par la lactoferrine, les cytokines pro- ou anti-inflammatoires et les oligosaccharides qu'il contient (25,26).

En comparaison avec les laits d'autres mammifères, le lait humain contiendrait moins de protéines (3,5% dans le lait de vache), mais également une proportion de caséines par rapport aux protéines totales plus faible. En effet, cette proportion est de l'ordre de 50% dans le lait maternel contre 80% dans le lait de vache (21,27). A l'inverse, certaines protéines mineures seraient plus présentes dans le lait humain (lysozyme, lactoferrine), tout comme la fraction azotée non protéique : urée, acides aminés libres (dont la taurine) (25).

La composition en oligo-éléments essentiels (fer, zinc, cuivre, sélénium) du lait est très différente entre le lait humain et celui de différents bovins (vache, bufflonne, chèvre, brebis et chameau). En effet, le lait maternel humain présente les concentrations les plus faibles de tous ces oligo-éléments essentiels, à l'exception du sélénium (28).

En ce qui concerne les acides gras, le lait humain possède une plus forte proportion d'acides gras polyinsaturés à longue chaîne, ω -6 (comme l'acide arachidonique) et ω -3 (comme l'acide eicosapentaénoïque et l'acide docosahexaénoïque [DHA]), qui sont dérivés des acides gras essentiels : acide linoléique et α -linolénique (27). Ces acides gras sont essentiels pour le développement cérébral du nouveau-né. Comparativement au lait de vache, le lait maternel contiendrait également plus de cholestérol, précurseur d'hormones et intervenant aussi dans le développement cérébral. Il contient également des

enzymes, dont la lipase stimulée par les sels biliaires (BSSL, *Bile Salt Stimulated Lipase*), qui permet notamment de faciliter la digestion des lipides et d'améliorer a minima l'utilisation des triglycérides par le nouveau-né (25).

Cependant, les études peuvent être contradictoires au vu de l'évolution de la composition du lait, notamment à propos du cholestérol et il existe finalement encore assez peu d'études ayant analysé ces évolutions à grande échelle (29,30).

L'OMS recommande le lait humain comme la meilleure source d'alimentation pour les nourrissons, ce qui s'explique principalement par la fragilité de l'intestin des jeunes organismes (6). Il a été démontré que le lait le plus proche du lait humain est le lait de jument. Toutefois, aucun des laits de mammifères ne peut remplacer strictement le lait maternel humain pour l'alimentation des nourrissons.

Il a également été démontré que même les PPN conçues et recommandées pour le début de la vie ne garantissent pas un apport suffisant en composants souhaitables, comme par exemple le cholestérol (30).

Au cours d'une tétée la composition du lait se modifie également. En effet, lorsque le nouveau-né commence à téter, il reçoit en premier lieu majoritairement des glucides. A la fin, ce sont les lipides qui sont majoritaires, c'est pourquoi il est question de « graisses de fin de tétée ». Ces dernières sont essentielles au nouveau-né pour la prise de poids et la sensation de satiété. Sans elles, les coliques sont plus fréquentes et les selles sont alors vertes. Le transfert des nutriments est optimal lorsque les selles sont semi-liquides, de couleur jaune d'or, d'odeur aigrette et surviennent habituellement après les tétées (21).

En plus du moment de la journée, il existe de nombreux facteurs dans l'environnement de la mère qui peuvent influencer sur la composition du lait maternel (figure 4), tels que les polluants ou le stress par exemple (32).

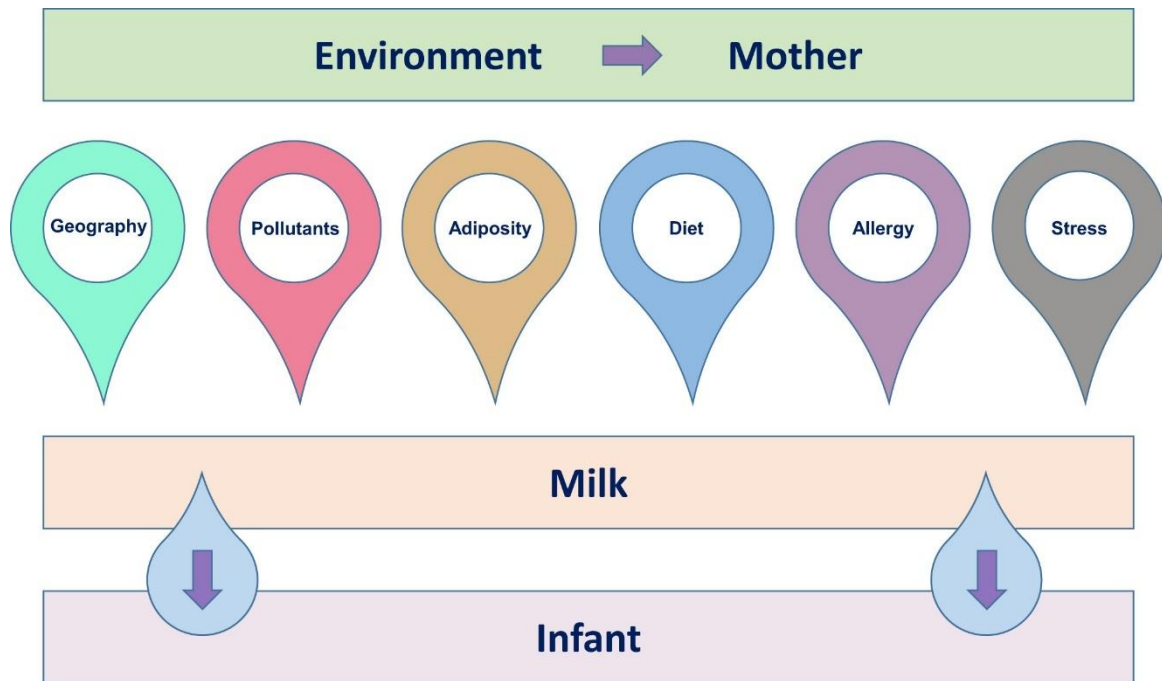


Figure 4 : Facteurs environnementaux pouvant influencer sur la composition du lait maternel (32)

1.3. Impacts de l'allaitement maternel

L'allaitement maternel impacte la santé de l'enfant, celle de la mère mais également la santé publique. En effet, l'allaitement maternel est connu et reconnu pour ses bienfaits. Il est cependant important de prendre en compte différents aspects de cette pratique afin de ne pas se cantonner à ses avantages, pour éclairer au mieux la future maman et ainsi l'aider dans le choix de l'alimentation donnée à son nourrisson.

L'objectif premier est évidemment la survie de l'espèce. L'Homme est un mammifère et l'allaitement maternel est donc naturellement spécifique aux besoins de l'espèce. Pourtant, il présente de nombreux autres avantages, que ce soit pour l'enfant ou pour la mère (33).

Pour l'enfant, l'allaitement maternel présente de multiples bénéfices, notamment avec l'amélioration de nombreux aspects de la santé (34). En effet, l'allaitement maternel est associé à un meilleur développement cognitif des enfants,

et ce d'autant plus lorsque les mères pratiquent un allaitement exclusif et prolongé (35).

Au niveau infectieux, l'allaitement est lié à une diminution de la fréquence des otites et des infections respiratoires ainsi qu'une diminution de l'incidence des infections gastro-intestinales, où là encore l'effet est accentué à raison que l'allaitement est exclusif et prolongé (36). L'allaitement est une réponse aux besoins physiologiques de l'enfant et la composition du lait maternel évolue donc avec l'âge afin d'améliorer son système immunitaire, encore immature, et ainsi éviter les infections (37,38).

Aussi, l'allaitement maternel est associé à une réduction de morbi-mortalité, notamment grâce à une diminution de la fréquence de l'obésité et des maladies vasculaires (39). L'allaitement est également rapporté comme un paramètre dans la baisse de l'incidence de la mort inattendue du nourrisson (4,40). Toutefois, le niveau de preuves des études épidémiologiques reste insuffisant pour que l'allaitement maternel soit officiellement recommandé en tant que moyen de prévention de la mort inattendue du nourrisson. En ce qui concerne les pathologies atopiques cutanées telles que les dermatites atopiques et l'eczéma, l'allaitement maternel est corrélé à une diminution de leur fréquence (41). Néanmoins, l'allaitement maternel n'est pas synonyme de panacée. Qu'il soit question d'affections allergiques ou asthmatiques, l'effet préventif de l'allaitement reste à l'heure actuelle un effet protecteur controversé, non scientifiquement prouvé (42,43).

De plus, l'allaitement a également un rôle non nutritif pour le nourrisson. En effet, son aspect fonctionnel est moins connu mais il permet par exemple le bon développement des mâchoires ainsi que le placement de la langue, et est donc lié au langage et à l'élocution (44).

Ainsi, au total, l'allaitement affermit la santé de l'enfant notamment à titre préventif, tout comme son développement physique, psychologique et social. En effet, le lien mère-enfant se renforce également grâce à la sécrétion maternelle d'ocytocine produite à chaque tétée. Ainsi, l'allaitement maternel pourrait contribuer à la sécurité de l'attachement de l'enfant (45).

Pour la mère, l'allaitement maternel présente également de nombreux bénéfices, bien que moins documentés (46,47). Il est associé à une moindre

réduction du poids pris pendant la grossesse et ne modifie pas plus l'aspect des seins que la grossesse en elle-même (4,48).

L'allaitement maternel reste une expérience psychologique et physique singulière pour la femme. Il a notamment une influence sur l'établissement du lien mère-enfant et renforce la résilience de la femme face aux éventuels problèmes de santé de l'enfant comme dans le cas de prématuré. Ce fort lien, qui se crée et se renforce notamment grâce à l'allaitement, entre la mère et l'enfant pourrait être altéré en cas de difficultés lors de l'allaitement maternel (49), ce qui confirme l'importance d'un bon accompagnement. Il existe une relation significative entre la dépression maternelle et l'insécurité de l'attachement du nourrisson (50).

L'allaitement maternel est également relié à la prévention du risque de dépression post-partum. En effet, les études montrent une fréquence moins élevée de dépression post-partum et d'anxiété chez les femmes allaitantes (51–53). Cependant, le niveau de preuves des études est insuffisant pour pouvoir recommander l'allaitement en tant que moyen de prévention de la dépression post-partum. D'autres études ne montrent pas de différence significative dans le risque de dépression post-partum entre les femmes ayant des intentions d'allaitement différentes (4). De plus, la durée de l'allaitement maternel est inversement corrélée au risque de dépression post-partum, ainsi plus le nombre de semaines d'allaitement d'une femme augmente, plus son score de risque de dépression post-partum diminue. Toutefois ces données sont à analyser avec précautions car, en dépit des co-variables prises en compte dans les études, il en existe bien d'autres, en particulier l'exclusivité de l'allaitement, sa fréquence ou encore les connaissances de la femme sur l'allaitement par exemple (54).

En outre, l'allaitement maternel diminue les risques de cancers hormono-dépendants et cardio-vasculaires. Un allaitement maternel prolongé est recommandé pour réduire l'incidence du cancer du sein (55).

1.4. Conseils aux femmes allaitantes

L'OMS recommande l'allaitement à la demande, il est donc difficile de conseiller un nombre de tétés précis (6). La fréquence des tétés est liée à la capacité de stockage de la mère, celle-ci variant d'une femme à une autre et parfois même

d'un sein à l'autre. Ainsi, si la capacité de stockage de la mère est faible, le nouveau-né peut être amené à téter très fréquemment (22,56).

En effet, le nombre de tétées de jour peut aller de 3 à 11 pour un nourrisson à l'âge de 2 semaines, et de 3 à 8 tétées de jour à l'âge de 20 semaines. Le nombre de tétées de nuit (entre 22h et 6h) est en moyenne de 1 à 5 à l'âge de 2 semaines, et de 0 à 4 à l'âge de 20 semaines (16).

Des graphiques permettant de réaliser notamment les courbes de poids de l'enfant sont disponibles dans le carnet de santé (57). Afin de suivre l'évolution du poids du nourrisson, il est également possible de louer un pèse-bébé en pharmacie. Bien qu'une prescription ne soit pas obligatoire pour cette location, les sages-femmes peuvent en prescrire. Toutefois, avec ou sans ordonnance, ce dispositif médical n'est pas remboursable par l'Assurance Maladie (58).

Pour la société, l'allaitement représente un bien commun avec l'amélioration de la santé publique tout en impliquant une diminution des dépenses de santé. L'arrêt précoce de l'allaitement est souvent dû à la reprise du travail. Pourtant, dans les droits individuels se trouve le droit d'allaiter au travail. Ainsi, l'allaitement devient une forme de manifestation de la liberté individuelle, tout en sachant qu'il peut faire l'objet de discrimination. Ces discriminations peuvent par exemple venir de la part de l'employeur qui souhaite que la femme allaitante ne soit pas absente trop longtemps. Aussi, dans le cadre de la prévention, notamment des risques reprotoxiques liés aux expositions professionnelles, se pose la question des limites entre droit et discrimination (4).

A compter du jour de la naissance de l'enfant, la femme allaitante dispose, pendant une année, d'une heure par jour durant les heures de travail. Elle peut ainsi librement allaiter ou tirer son lait pendant ce temps. De plus, l'employeur qui emploie plus de cent salariés, peut être mis en demeure d'installer, dans son établissement ou à proximité, des locaux dédiés à l'allaitement (59).

Le pharmacien a donc, là encore, un rôle à jouer puisque la location ou l'achat d'un tire-lait peut se faire à l'officine. Lors de la location d'un tire-lait soumis à la Liste des Produits et Prestations (LPP), un forfait de mise à disposition d'une valeur de 30 euros est facturé à l'Assurance Maladie (60). Puis, chaque semaine, la location de

l'appareil est prise en charge, à hauteur de 7,5 euros (61). La complémentaire santé de la mère peut également intervenir dans la prise en charge de la location.

Pour assurer une dispensation et un suivi correct de ces dispositifs médicaux, le pharmacien peut conseiller les patientes, notamment sur l'utilisation du tire-lait mais également sur le stockage du lait maternel exprimé.

Il est également important que les professionnels de santé aient connaissance de sites internet fiables et d'associations officielles sur l'allaitement. A cet effet, la leche league peut être conseillée aux patientes (62), tout comme le guide de l'allaitement maternel proposé par Santé Publique France (63).

Une fois exprimé, le lait maternel se conserve jusqu'à 4 heures à température ambiante (entre +20 et +25°C) et jusqu'à 48 heures s'il est conservé au réfrigérateur (à +4°C). Si la mère souhaite en faire des réserves, elle peut le mettre au congélateur (à -18°C) et ainsi le conserver jusqu'à 4 mois après expression (64).

Le lait maternel, une fois décongelé, doit être utilisé dans les 24 heures suivant une décongélation au réfrigérateur, dans l'heure suivant une décongélation à température ambiante ou dans la demi-heure suivant une décongélation au bain-marie. En effet, une fois le lait maternel réchauffé, la durée de conservation ne doit jamais excéder 30 minutes. Au-delà, tout biberon de lait maternel réchauffé mais non terminé doit être jeté ou peut être utilisé dans un but non nutritif (56).

Afin d'être conservé plus longtemps, le lait maternel peut également être pasteurisé, permettant ainsi son stockage jusqu'à 6 mois au congélateur. Ceci étant, la pasteurisation endommage certaines protéines du lait maternel, mais le degré d'impact causé varie en fonction de la méthode de pasteurisation utilisée (23).

L'utilisation du tire-lait peut également être recommandée en cas d'hyperlactation. En effet, en cas de production excessive de lait, si la mère ne draine pas ses seins, il y a un risque d'engorgement voire de mastite à répétition. De plus, le fait de faire des réserves peut également être une solution pour prolonger l'allaitement par exemple à la reprise du travail (65).

Si la mère le souhaite, elle pourra également faire don de son lait au lactarium afin qu'il soit utilisé par des enfants pour qui le lait maternel est indispensable, tels que les nouveau-nés prématurés ou ceux présentant des pathologies digestives particulières. En effet, les professionnels de santé doivent promouvoir le don de lait

maternel aux lactariums (66). Toutefois, il existe des contre-indications au don de lait. C'est pourquoi un entretien médical est obligatoire, visant notamment à détecter les facteurs de risques de la femme allaitante pour le nourrisson. Parmi les différentes contre-indications, les infections sexuellement transmissibles ou la consommation de substances toxiques contre-indiquées pour le nourrisson sont notamment retrouvées (67).

La mère peut également chercher à réduire cette production de lait. Ainsi, l'homéopathie, le persil ou encore des décoctions de sauge à volonté peuvent être conseillés (68).

Dans le cas d'un sevrage souhaité, des solutions pour réduire la production lactée doivent être conseillées, associées à un accompagnement efficace et bienveillant. En effet, pour que l'arrêt de l'allaitement se passe au mieux pour la mère et pour l'enfant, la diminution du nombre de tétés doit être progressive, à raison d'une tétée en moins tous les deux à trois jours, en alternant sein et biberon (56).

1.5. Contre-indications à l'allaitement maternel

L'allaitement peut, dans de rares cas, être contre-indiqué. Il est cependant important de différencier une contre-indication définitive d'une contre-indication temporaire. Les quatre à six premières semaines étant essentielles pour la mise en place de l'allaitement, une contre-indication même temporaire, pourrait engendrer des difficultés pour la suite du projet d'allaitement, voire un abandon. En effet, les contre-indications temporaires, comme leur nom l'indique, ne durent qu'un temps, généralement relativement court. Il est donc primordial de bien accompagner les mères en amont et durant l'arrêt temporaire pour éviter un sevrage non désiré. L'arrêt temporaire de l'allaitement survient souvent en cas de prise de médicaments à contre-indication absolue avec l'allaitement maternel, ou selon l'état de santé transitoire de la mère ou de l'enfant.

Les véritables contre-indications définitives sont assez exceptionnelles. Cependant, elles existent et sont importantes à connaître, parfois liées à l'état de santé du nouveau-né et le plus souvent liées à l'état de santé de la mère.

Concernant le nourrisson, une galactosémie congénitale et une phénylcétonurie sont les deux principales pathologies contre-indiquant l'allaitement maternel. La galactosémie congénitale est une pathologie rare, dont l'incidence annuelle est estimée entre 1/40000 à 1/60000 naissances dans les pays occidentaux. Elle se manifeste notamment par des difficultés alimentaires, des vomissements, une léthargie, une atteinte hépatique sévère (hépatomégalie, ictère) et un retard staturo-pondéral. Le diagnostic est effectué dans les premières semaines de vie (69). La phénylcétonurie, plus fréquente (de l'ordre de 1/10000 naissances), fait quant à elle partie des tests de dépistage néonatal systématiques (70). La prise en charge doit être spécialisée et l'allaitement maternel dans ce cas pourra être partiel, selon le taux sérique de phénylalanine.

Concernant l'état de santé de la mère, les infections virales telles que l'infection au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et au virus de la leucémie humaine à lymphocyte (HTLV1) sont des contre-indications absolues et définitives à l'allaitement. Le dépistage du VIH est systématiquement proposé mais non obligatoire lors de la grossesse en France (71). Le dépistage du HTLV1 est quant à lui recommandé pour les populations à risque (Afrique Noire, Asie du Sud-Est, Caraïbes et Amérique du Sud). Une infection au virus Ebola est également une contre-indication absolue dans les trois mois de convalescence. La tuberculose maternelle quant à elle représente une contre-indication absolue au début du traitement, généralement associée à la séparation de la mère et de son enfant pendant une à deux semaines. L'herpès du mamelon contre-indique l'allaitement sur le sein pathologique mais l'allaitement reste possible sur l'autre sein. En cas de cancer, les traitements par chimiothérapies et/ou substances radioactives peuvent être des contre-indications à l'allaitement, temporaires ou définitives (72).

Concernant l'infection par les virus des hépatites A, B, C ou E, elle ne représente pas une contre-indication absolue à l'allaitement. Cependant, le don de lait n'est pas autorisé en cas de séropositivité maternelle au virus de l'hépatite C (ou si la mère est porteuse de l'antigène HBs) et si la charge virale est élevée, une discussion collégiale est nécessaire pour évaluer la balance bénéfice-risque de l'allaitement (73).

Il est donc tout de même important de régulièrement reconsidérer l'allaitement, notamment à cause de l'éventuelle présence d'agents infectieux ou de

xénobiotiques dans le lait maternel pouvant mettre en danger l'enfant. Ainsi, la balance bénéfice-risque est à réévaluer, notamment en cas de séropositivité au VIH, de mastite ou encore lorsque la mère est exposée à l'alcool, aux pesticides, drogues et médicaments (4).

La consommation d'alcool est à limiter durant l'allaitement, au même titre que la population générale. En effet, il n'a pas été démontré qu'une consommation occasionnelle d'alcool pendant l'allaitement pouvait avoir des effets négatifs sur les nourrissons (74,75). Il sera évidemment recommandé à la femme allaitante souhaitant consommer de l'alcool de limiter cette consommation et ne pas nourrir son enfant avec un lait pouvant contenir des traces d'alcool. Le cas échéant, elle pourra tirer son lait durant tout le temps nécessaire à l'élimination de l'alcool dans son sang.

Le tabac est déconseillé durant tout l'allaitement car il va perturber la composition du lait maternel, mais les études pour quantifier l'impact sur la santé de l'enfant sont rares (76). En cas de prescription d'un traitement substitutif nicotinique (TSN), les timbres transdermiques peuvent être utilisés chez la femme allaitante. Pour minimiser la quantité de nicotine ingérée par le nourrisson, les formes orales (gommes, pastilles, comprimés, inhalateurs ou sprays buccaux) de TSN peuvent également être conseillées, à condition d'être différées de 2 à 3 heures d'une tétée (77).

La HAS déconseille l'usage de drogues, telles que la cocaïne, l'héroïne ou encore le cannabis, même lors d'usage ponctuel puisque le tétra-hydro-cannabinol (THC) qu'il contient a une élimination très lente (77). Puisque d'un point de vue éthique des études sont difficilement réalisables à ce sujet, il n'y a pas de preuve formelle pouvant contre-indiquer l'utilisation de drogues durant l'allaitement. Cependant, d'importantes conséquences comportementales et altérations neurobiologiques ont été décrites chez les nouveau-nés allaités par une mère consommant des drogues. Il est malgré tout difficile de définir ces associations, notamment à cause de facteurs de confusions retrouvés le plus souvent, tels que la consommation de plusieurs drogues, tabac et alcool (78).

L'utilisation de méthadone, quant à elle, est possible durant l'allaitement (72). Les études manquent sur l'utilisation de médicaments, notamment les psychoactifs, durant l'allaitement (79). Toutefois, l'allaitement est toujours possible avec de

nombreux médicaments (56,80). Afin de vérifier la compatibilité d'un médicament pendant l'allaitement, il existe des sites internet fiables et régulièrement mis à jour, notamment le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) qui renseigne sur les risques des médicaments, vaccins, radiations et dépendances, pendant la grossesse et l'allaitement (81). Le transfert du médicament pris par la mère durant l'allaitement peut être représenté par un modèle pharmacocinétique à trois compartiments : le compartiment plasmatique de la mère, celui du lait maternel et le compartiment plasmatique de l'enfant allaité (figure 5).

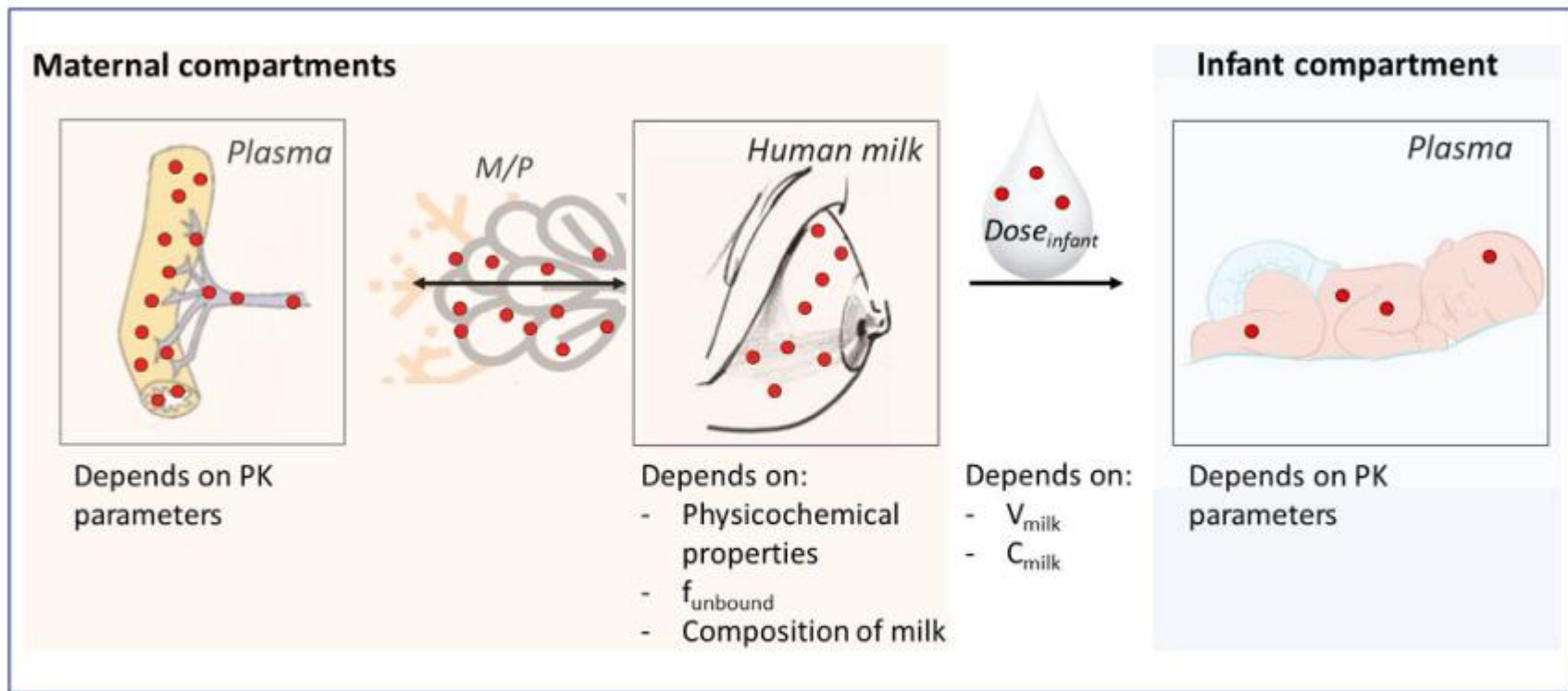


Figure 1. Pharmacokinetic model of the drug transfer from mother to infant. C_{milk} : drug concentration in human milk; $\text{Dose}_{\text{infant}}$: ingested dose by the breastfed infant; f_{unbound} : unbound fraction; M/P: milk-to-plasma ratio; PK: pharmacokinetics; V_{milk} : volume of human milk ingested. Composition of milk refers to e.g. lipids and ions, and physicochemical properties includes e.g. molecular weight, charge, lipophilicity. Drug is represented by red dots.

Figure 5 : Modèle pharmacocinétique représentant le transfert d'un médicament pris par la femme allaitante (82)

Le passage du médicament dans le lait maternel dépend donc de plusieurs paramètres, notamment les propriétés physicochimiques du médicament (56,82,83).

Si le médicament peut être utilisé lors de l'allaitement, le moment de la prise médicamenteuse est également important. En effet, pour limiter le transfert de médicament de la mère à l'enfant, il est recommandé d'administrer le traitement immédiatement après la fin de la tétée (22,56,82). Plusieurs stratégies sont évidemment envisageables, en fonction du nombre de prise(s) et de la demi-vie du médicament (figure 6).

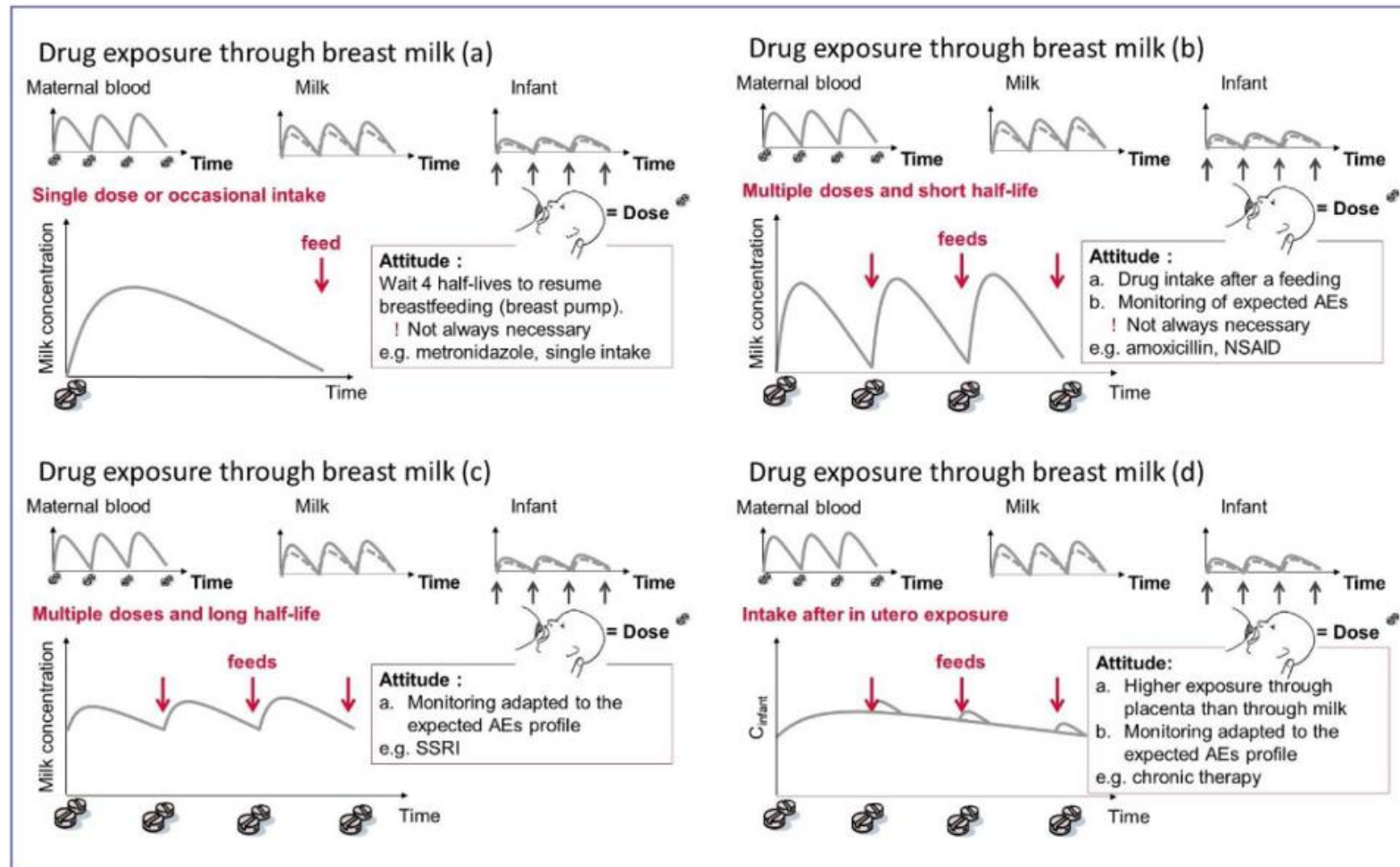


Figure 2. Strategies to mitigate and communicate the risk to patients. AEs: adverse effects; C_{infant} : plasma infant concentration; NSAID: non-steroidal anti-inflammatory drug; SSRI: selective serotonin reuptake inhibitor.

Figure 6 : Stratégies pouvant être utilisées pour limiter la quantité de médicament transmise à l'enfant allaité après une prise médicamenteuse maternelle (82)

Les centres régionaux de pharmacovigilance peuvent aussi être consultés et doivent être informés, en particulier devant tout comportement anormal d'un bébé allaité après une prise médicamenteuse maternelle (72,83).

1.6. Alimentation maternelle

Une bonne alimentation pendant toute la grossesse et l'allaitement est un facteur important pour optimiser la santé de la mère et de l'enfant (84). Les besoins nutritionnels moyens (BNM) sont définis comme 77 % des apports nutritionnels conseillés (ANC) de la population en France (35). Chez la femme allaitante, il existe une inadéquation entre les apports alimentaires et nutritionnels. De plus, selon une étude en 2014, sur 250 femmes, l'observance des femmes allaitantes aux recommandations du Programme National Nutrition Santé (PNNS) et des ANC est faible (80% étaient en dessous des recommandations en apports énergétiques) (35). Il existe également de nombreuses situations de grossesses à risque nutritionnel pour l'enfant, répertoriées dans une étude de 2020 (tableau 1) (36).

Tableau 1

Quelques situations de grossesses « à risque nutritionnel » pour l'enfant.

Situation de la mère	Risque pour le fœtus
IMC < 18 et/ou dénutrition pré-existante	Retard de croissance intra-utérin (RCIU)
Tabagisme maternel	RCIU
Maladie digestive avec malabsorption	RCIU
Grossesse gémellaire, ou grossesses rapprochées,	Carence en fer, vitamines A, D, E, K et vitamine B12
allaitement prolongé après les précédentes grossesses	RCIU
Obésité, régimes déséquilibrés	Carences multiples en micronutriments
	Carences en micronutriments
	Pré-éclampsie
Chirurgie bariatrique moins d'un an avant la grossesse	RCIU
	Carences en micronutriments
Mère végétalienne (végane)	Carence en fer et vitamine B12
Apports < 3 laitages par jour	Carence fœtale en calcium
Apports faibles en légumes	Carence en acide folique, spina bifida
Antécédents de spina bifida lors de grossesses précédentes	Carence en acide folique, spina bifida
Consommation abondante de thé	Carence en calcium et en fer
Peau pigmentée et/ou sédentarité	Carence en vitamine D
Antécédent de pré-éclampsie	RCIU, prématurité
Diabète gestationnel	Macrosomie, malformations fœtales, hypoglycémie néonatale

Tableau 1 : Situations de grossesses à risque nutritionnel pour l'enfant (36)

Certaines de ces situations sont immuables ou difficilement modifiables, mais pour d'autres les facteurs de risques sont intrinsèques et modifiables. Pour le fœtus, les risques peuvent être de nombreuses carences, un retard de croissance intra-utérin (RCIU) ou même une prématurité, ce qui peut drastiquement compliquer l'état de santé du nouveau-né (36). Par exemple, si la mère a pour régime alimentaire le végétalisme, il faudra la supplémenter en vitamine B12, ainsi que le nouveau-né, car une carence en vitamine B12 peut avoir un impact négatif sur le développement psychomoteur et les défenses immunitaires notamment. Sans supplémentation, le pronostic vital pourrait donc être engagé. Pour limiter le risque de carences, la supplémentation est également recommandée lors de l'allaitement (72).

La nutrition durant les 1000 premiers jours de la vie (de la conception au 2^{ème} anniversaire de l'enfant), permet notamment d'assurer la croissance et le développement psychomoteur mais également, grâce à un effet rémanent, de conditionner le risque de développer des maladies chroniques à l'âge adulte (36). L'OMS a, en effet, rédigé de nombreux rapports, tous en faveur de l'allaitement maternel durant cette période charnière des mille premiers jours de vie (85,86), ce qui pourrait permettre d'atteindre de nombreux objectifs de santé publique (87).

En effet, une dénutrition par diminution des apports en acides aminés au fœtus est responsable de RCIU, ce qui augmente la morbi-mortalité périnatale mais également le risque de maladies chroniques telles que l'obésité, l'hypertension artérielle, le diabète de type 2 ou même l'insuffisance coronarienne chez le futur adulte (88). Même si les mécanismes ne sont pas encore complètement élucidés aujourd'hui, ils impliquent des altérations de la croissance de certains organes, des modifications épigénétiques, une surexposition fœtale au cortisol, une croissance de rattrapage tardive ou encore une modification du microbiote (36).

La prévention est donc très importante et repose ainsi sur l'optimisation de la nutrition de la femme dès la conception, l'intensification de la nutrition des prématurés en néonatalogie et la promotion de l'allaitement maternel (36,88).

Lors de l'allaitement, les besoins en oligo-éléments, vitamines et minéraux sont quasiment tous couverts grâce à une alimentation équilibrée. Cependant, une supplémentation en vitamines D et K1 est nécessaire car le lait maternel, à lui seul,

ne suffit pas. De plus, une supplémentation en fer peut également être recommandée, notamment chez les mères végétariennes (56,72).

Les nutriments de l'alimentation maternelle étant principalement utilisés par le nouveau-né à travers le lait maternel, la mère pourra être amenée à utiliser certains compléments alimentaires, afin de lutter contre un risque de carences maternelles, notamment en acides gras essentiels (89).

Même si le goût du lait peut être modifié après la consommation d'aliments à goût prononcé, aucun aliment n'est interdit pour son goût (56). En effet, tout comme la couleur du lait maternel peut changer après consommation de brocolis ou épinards par exemple, le goût du lait est également impacté par l'alimentation maternelle (31). Les aliments à goût prononcé, comme l'ail, l'oignon ou les épices, consommés régulièrement participeront également à l'éducation gustative et alimentaire du nourrisson (90). En effet, plusieurs études ont démontré l'acceptation d'une alimentation variée, au moment de la diversification alimentaire, grâce à l'allaitement (91,92). Pour ce qui est de la continuité des préférences alimentaires, le type ou la durée de l'allaitement maternel n'apportent pas de différence (93).

Les effets bénéfiques de l'allaitement maternel quant à la prévention de différentes allergies ont également été démontrés, mais ces effets sont plus discutés concernant les allergies alimentaires (94). Pour exemple, en ce qui concerne l'allergie aux protéines de lait de vache (APLV), aucune étude n'a, pour l'heure, permis d'établir un lien de causalité entre allaitement maternel et prévention de l'APLV (95). Pour les aliments allergènes comme l'arachide, il est donc préférable d'introduire la consommation par petites quantités, de manière précoce et régulière (96,97).

1.7. Microbiote et allaitement

La colonisation bactérienne précoce de l'intestin a des conséquences à moyen et long termes sur l'homéostasie digestive et immunitaire, le métabolisme mais également le comportement. Ainsi, le début de la vie serait un moment idéal pour programmer la santé par la modulation du microbiote (98–100).

Le premier jour de vie, le microbiote intestinal des nouveau-nés nés par voie basse ressemble beaucoup à celui du vagin et du tractus intestinal maternels, contrairement à ceux nés par césarienne, dont le microbiote ressemble à la peau maternelle. Le microbiote intestinal à la naissance se caractérise par sa faible variété. Dès l'âge de 1 à 2 ans, il est plus complexe que le microbiote intestinal des adultes ; la première année de vie joue donc un rôle crucial dans l'établissement du microbiote, l'allaitement maternel étant le principal facteur d'influence en termes de composition et d'impact à long terme sur la santé (88).

Il est donc important de savoir comment le lait maternel pourrait influencer le développement des enfants et participer à leur programmation nutritionnelle. En effet, il s'agit également d'un enjeu important pour une meilleure prise en charge de la nutrition, en particulier celle des enfants les plus fragiles (enfants prématurés, dénutris, ...) (25).

Les probiotiques ont été définis par l'ONU et l'OMS comme des micro-organismes vivants, qui, lorsqu'ils sont consommés en quantités adéquates, confèrent des avantages pour la santé de l'hôte. Les bactéries probiotiques ont de nombreuses caractéristiques telles que leurs capacités à coloniser et à prédominer dans l'intestin, à résister à l'acidité gastrique et aux sels biliaires, à adhérer à la muqueuse intestinale, à induire des réponses anti-inflammatoires, à inhiber les pathogènes par la production de substances antimicrobiennes et à stimuler le système immunitaire (101).

Le lait maternel est une source alimentaire complexe, avec de nombreux composants qui peuvent donc influencer la composition du microbiote du nourrisson, que ce soit en favorisant la croissance de bactéries spécifiques ou en limitant la croissance d'autres bactéries (99).

En plus de fournir des nutriments essentiels et des composés bioactifs au nourrisson en pleine croissance, le lait maternel est une source de bactéries commensales qui améliorent d'autant plus la santé du nourrisson, notamment en empêchant l'adhésion des pathogènes. Les bénéfices associés à l'allaitement maternel comprennent une nutrition complète, l'amélioration du développement immunitaire, la protection contre les agents pathogènes, la colonisation de l'intestin et la diminution de l'incidence des maladies gastro-intestinales (figure 7) (101,102).

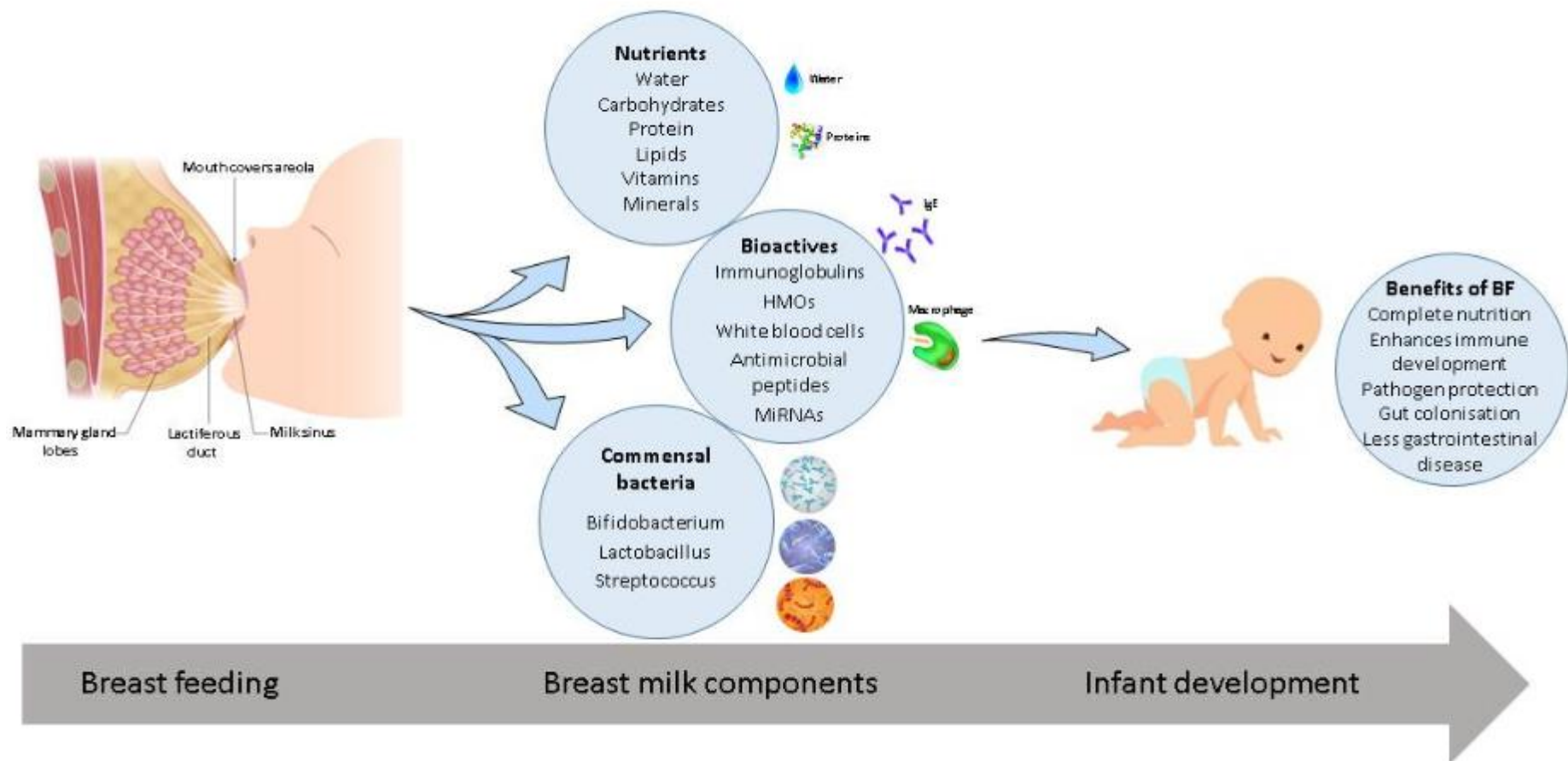


Figure 7 : Composition du lait maternel et bénéfices associés (101)

Le lait maternel contient de nombreux prébiotiques pouvant être transmis aux nourrissons par l'allaitement. Les prébiotiques dominants sont *Bifidobacterium spp.*, *Lactobacillus spp.*, et *Staphyococcus spp.*, dont les quantités varient, par exemple en fonction du mode d'accouchement (88,102,103).

Les bifidobactéries jouent notamment un rôle majeur dans le développement du système immunitaire, prévenant ainsi les infections. Elles permettent une meilleure réponse immunitaire à la vaccination, la production de vitamines, la réduction de la prévalence de la dermatite atopique et des infections à rotavirus, ainsi que la diminution de l'intolérance au lactose chez les enfants et les adultes. Leur abondance est également corrélée à un risque réduit d'obésité et de maladies allergiques (88).

L'allaitement maternel façonne le microbiote intestinal du nourrisson, à la fois directement par l'exposition au microbiote du lait et indirectement, par l'intermédiaire de facteurs contenus dans le lait maternel, engendrant la croissance et le métabolisme des bactéries, tels que les oligosaccharides du lait maternel, les immunoglobulines (en particulier les IgA) et les peptides antibactériens (88,100). Ainsi, cela permet une meilleure réponse du système immunitaire, notamment aux allergènes, améliorant ainsi la prévention des maladies allergiques (figure 8) (100).

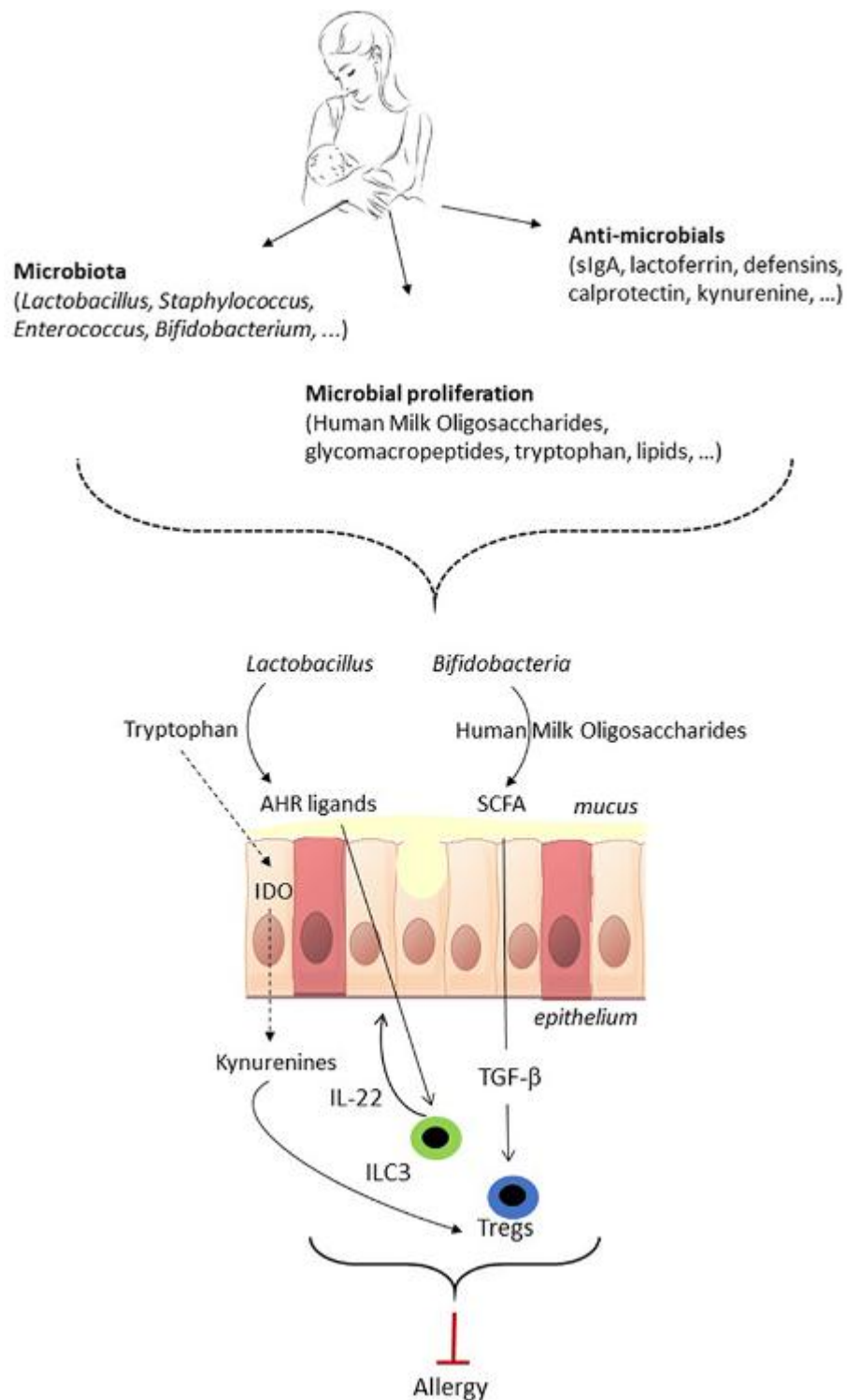


Figure 8 : Le potentiel du lait maternel pour prévenir les maladies allergiques en modulant le microbiote intestinal du nouveau-né (100)

Les nourrissons allaités ont un microbiote intestinal dynamique. L'allaitement maternel agit comme un prébiotique et un probiotique grâce à ses oligosaccharides

et à ses bactéries qui ne sont pas encore reproduites dans les PPN (26,88). Ce potentiel est donc un outil prometteur, entre autres, pour la prévention des allergies.

Les probiotiques peuvent être utilisés comme des thérapies non invasives composées de bactéries et de levures vivantes (100). Des études indiquent que la supplémentation en probiotiques a réduit l'anxiété et a diminué la dépression chez les femmes enceintes et les femmes allaitantes. Cette supplémentation a également amélioré le microbiote intestinal des nourrissons et réduit la durée des pleurs, de la distension abdominale, des coliques et de la diarrhée des nourrissons (104).

La manipulation du microbiote par l'ajout de probiotiques au lait maternel (ou au lait infantile) offre donc une piste intéressante pour façonner le microbiote, programmer par la suite la réponse immunitaire et *in fine*, améliorer la santé des nourrissons (100,103). Pourtant, les connaissances sur les possibilités de moduler les facteurs du lait maternel impliqués dans la formation du microbiote sont encore largement insuffisantes (36).

1.8. Préparations Pour Nourrissons (PPN)

Les laits infantiles, autrefois appelés laits maternisés, sont désormais retrouvés sous le nom de Préparations Pour Nourrissons. Il est intéressant pour le pharmacien de connaître ces PPN afin de conseiller tous les parents, et non uniquement les mères ayant décidé de ne pas allaiter. Ce choix pour l'alimentation du nouveau-né peut aussi être fait en relai ou en complément de l'allaitement maternel, dans ce cas il sera alors recommandé de stimuler la production lactée, notamment avec l'utilisation d'un tire-lait (56).

Les besoins alimentaires spécifiques des jeunes enfants doivent être respectés au mieux car dans le cas contraire, la morbi-mortalité ultérieure de l'enfant peut être impactée (105). Les PPN doivent donc répondre à des normes afin de satisfaire ces besoins nutritionnels particuliers. Ainsi, les nourrissons qui consomment d'autres préparations tels que les laits écrémés, demi-écrémés, les jus végétaux (soja, riz, amande, châtaigne, ...) sont exposés à un haut risque de carence nutritionnelle (106).

Les laits premier âge sont utilisés de 0 à 6 mois puis, les laits deuxième âge sont recommandés, associés à une alimentation appropriée à partir des 6 mois de l'enfant. Les laits de croissance, quant à eux, sont préconisés de 12 à 36 mois (38,106).

Il existe de nombreuses catégories de laits infantiles, dès le premier âge, afin de correspondre au mieux aux besoins (38,105,106). Désormais, la composition des laits infantiles tend à se rapprocher de la composition du lait maternel, sans toutefois pouvoir prétendre à l'identique (107). Cette composition varie évidemment en fonction du type de lait infantile et entraîne donc certaines indications ou contre-indications (tableau 2) (105,106).

Tableau 1. Les différentes catégories de lait pour nourrissons de la naissance à 6 mois (liste non exhaustive) [14].

Types de lait	Composition globale	Indications (I) et contre-indications (CI)
Lait standard (en pharmacie ou grande surface)	À partir de lait de vache ou de chèvre (apports protéiques, glucidiques, lipidiques, vitaminiques et minéraux réduits ou adaptés)	I : nourrisson de la naissance à 6 mois sans pathologie particulière CI : APLV ou chèvre
Lait hypoallergénique (HA) (en pharmacie, sans prescription)	PLV subissant un traitement thermique, une hydrolyse et une ultrafiltration	I : si antécédents d'allergies familiales (cutanée, respiratoire, digestive) au premier degré ; uniquement en prévention d'une allergie éventuelle aux PLV ; sans intérêt après la diversification alimentaire CI : APVL avérée
Lait anti-régurgitations (AR) (en pharmacie sans prescription car entre dans la catégorie des ADDFMS au-delà d'un certain taux d'amidon [2 g/100 mL] ou s'il contient de la caroube [taux maximal autorisé 0,4 g/100 mL de lait])	La caséine permet la coagulation du contenu gastrique en diminuant le risque de reflux, mais prolonge la vidange gastrique L'amidon (pomme de terre, riz, maïs, tapioca), utilisé sous forme précuite, ralentit le transit intestinal et peut donc induire une constipation La farine de caroube est épaississante et résiste à l'hydrolyse gastrique mais peut accélérer le transit intestinal	I : régurgitations gênantes, c'est-à-dire fréquentes et importantes (rejets ou mâchonnements), s'accompagnant de pleurs CI : APLV
Lait anti-coliques (AC) ou transit (en pharmacie ou grande surface en fonction des marques)	Le temps de digestion gastrique est raccourci par l'acidification du lait (avec ferments lactiques par exemple) ou la diminution du taux de lactose et de sucres fermentescibles L'ajout d'enzymes activerait la digestion du lactose ¹	I : crises de coliques (cris, pleurs, agitation, inconfort digestif, ballonnements, non calmés par le repas) CI : APLV
Lait contre la constipation ou transit + (en pharmacie ou grande surface en fonction des marques)	Composition exclusive en lactose accélérant le transit Lipides du lait restructurés pouvant optimiser l'absorption et donc le transit ²	I : moins de trois selles par semaine ou selles dures et difficiles à évacuer CI : APLV
Lait contre l'APLV (en pharmacie sur prescription uniquement, précisant le volume quotidien et par biberon, leur fréquence et la durée de traitement)	Substituts à base d'hydrolysats poussés de PLV ou de protéines de riz ; substituts à base d'acides aminés libres (toujours compléter en calcium)	I : APLV avérée CI : lait de vache (exclusion totale) ; ne pas utiliser les laits HA et les laits seulement appauvris en lactose

ADDFMS : aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales ; APLV : allergie aux protéines du lait de vache ; PLV : protéines du lait de vache.

¹ De nombreuses formules sont proposées par les industriels, mais peu s'appuient sur des études scientifiques validées.

² Indiquer un volume hydrique (limiter l'usage de l'eau d'Hépar® pouvant être délétère pour la fonction rénale notamment) et conseiller de masser l'enfant.

Tableau 2 : Différentes catégories de lait pour nourrissons de la naissance à 6 mois (105)

Pour reconstituer un biberon de PPN, il est recommandé de verser 1 cuillère-mesure rase pour 30 millilitres d'eau. Afin que l'arasage ne soit pas synonyme de contamination bactérienne, il est préconisé de ne pas le faire avec les doigts, même après lavage des mains (108).

La règle d'Appert permet également de quantifier la quantité de lait journalière dont le nourrisson a besoin (109). Cette formule est la suivante : Quantité de lait par 24 heures (en millilitres) = Poids du bébé (en grammes) / 10 + 200 (ou 250). Cette règle est évidemment à titre indicatif et ne peut strictement s'appliquer ; il convient de s'adapter à l'enfant et à sa satiété. Pour calculer la quantité d'un biberon, il faut donc diviser ce résultat par le nombre de biberons donnés en 24 heures (110).

2. Les principaux maux de l'allaitement

L'allaitement maternel peut susciter beaucoup de questions, provoquant parfois l'arrêt de l'allaitement. En effet, les femmes allaitantes s'interrogent, notamment sur la quantité de lait produite et donc l'apport suffisant ou adéquat de nutriments à leur enfant (22). L'inquiétude relative à la couverture des besoins du nourrisson peut donc amener les parents à consulter.

Aussi, la reprise d'une activité professionnelle, tout comme la gêne ou la crainte d'allaiter en public du fait de la sexualisation de la poitrine, sont autant de raisons qui peuvent également pousser les femmes allaitantes vers le sevrage (22,37).

Le manque de soutien, le modèle culturel, un défaut d'informations ou des connaissances erronées des femmes ou de leur entourage sont également des motifs d'arrêt de l'allaitement maternel (37). Ainsi, le passage au lait artificiel peut se faire effectivement sur les conseils de l'entourage, conforté par un soutien insuffisant de la part des professionnels de santé (14).

Dans de nombreux cas, ce sont quand même les difficultés physiques, les complications mammaires et la fatigue qui mènent à l'arrêt de l'allaitement (22,37).

Parmi les complications les plus fréquentes, les crevasses, l'engorgement et la mycose mammaire sont les principaux maux de l'allaitement pouvant être rencontrés à l'officine (22,37,38). Ainsi, il est nécessaire que le personnel officinal puisse reconnaître certaines affections et savoir comment les prendre en charge, dans la mesure du possible, pour accompagner au mieux les femmes allaitantes.

2.1. Engorgement

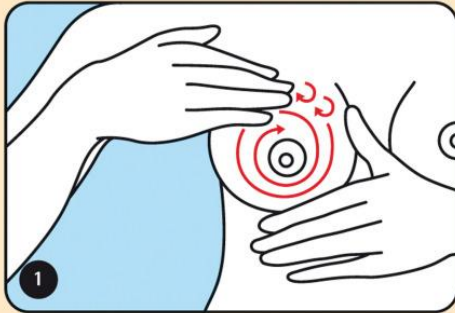
L'engorgement est dû à l'accumulation de lait maternel dans la glande mammaire. Il se caractérise par un sein œdématié et algique (22). Généralement bilatéral, il peut entraîner une diminution du débit de lait (37). Ainsi, cela peut engendrer une plus grande difficulté pour le nourrisson à téter, ce qui peut conduire à une diminution du nombre de tétées et donc à un sevrage non désiré (65).

Lors de l'utilisation d'un tire-lait, la taille des téterelles doit être adaptée. En effet, si la téterelle est trop grande, l'expression peut être plus douloureuse et moins efficace, pouvant ainsi causer un engorgement (111).

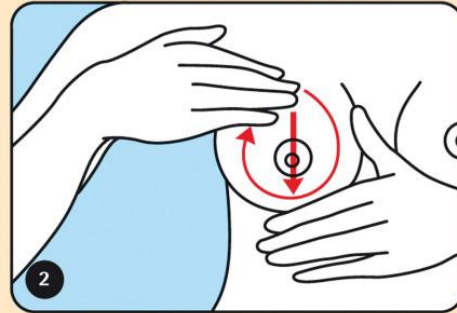
Pour traiter l'engorgement, il est recommandé de drainer le sein par différents moyens : des tétées plus fréquentes (si le bébé arrive à téter), des massages aréolaires (figure 9) ou encore grâce à l'expression du lait maternel au tire-lait (22,37,38,65).

Le recueil manuel du lait

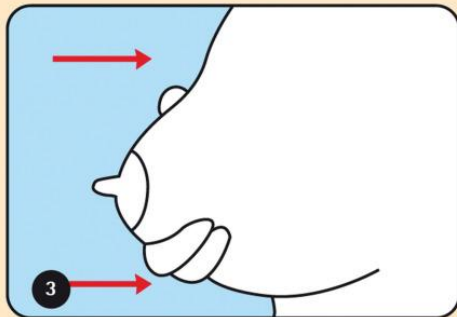
Le massage aréolaire (dessins 1 et 2) peut être utilisé pour désengorger les seins tendus (*voir aussi l'engorgement, page 34*). Vous pouvez effectuer ce massage en préalable de l'expression manuelle du lait (dessins 3 et 4).



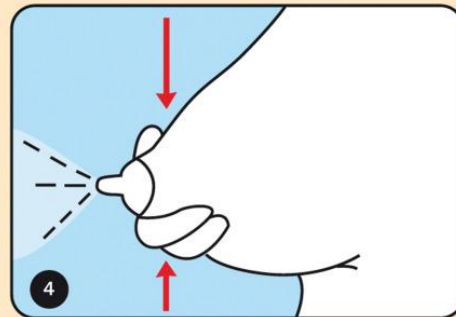
Massage aréolaire :
avec trois ou quatre doigts,
effectuez des mouvements circulaires
de l'extérieur du sein vers l'aréole.



Avec les mains à plat, avancez progressivement
de l'extérieur vers l'aréole, jusqu'au mamelon.
Répétez l'opération tout autour
de la circonférence des seins.



Expression manuelle du lait :
placez votre pouce (au-dessus), l'index
et le majeur (en dessous), à 2 ou 3 cm
en arrière de l'aréole, en formant la lettre C.
Pressez doucement, tout en appuyant
horizontalement vers la cage thoracique,



en rapprochant doucement les doigts
sans les déplacer sur la peau (risque de douleur).
Répétez ce mouvement jusqu'à ce que le lait
ne coule plus, ensuite déplacez vos doigts
tout autour du sein et recommencez.

Figure 9 : Recueil manuel du lait grâce à un massage aréolaire (22)

De plus, l'accompagnement de la femme allaitante aurait des conséquences positives dans le traitement de l'inconfort lié à l'engorgement (37).

L'application de compresses pour lutter contre l'œdème et la douleur est, quant à elle, controversée. Certaines études privilégient l'utilisation de froid ou de

chaud mais aucune ne démontre une efficacité significative supérieure de l'une ou l'autre de ces méthodes (22,37,38,65).

Sans prise en charge, l'engorgement peut évoluer rapidement vers une mastite (65). Cette évolution peut se faire en moins de 24 heures, d'où l'importance de bien informer les patientes en amont.

2.2. Mastite

Aussi appelée lymphangite, la mastite correspond à une inflammation du sein, résultant d'une stase de lait maternel, et peut se compliquer par une infection (38,56,65). Généralement, un seul sein est touché et les symptômes peuvent aller d'une inflammation localisée (avec rougeur, douleur et chaleur) à un aspect beaucoup plus sévère de cellulite avec peau d'orange associant parfois un syndrome pseudo-grippal (frissons, fièvre et myalgies) (37,38,56,65).

En cas de suspicion de mastite, un prélèvement bactériologique du lait maternel est recommandé (37). Certaines études recommandent une antibiothérapie probabiliste anti-staphylococcique, mais la plupart des études préconisent un traitement antibiotique, une fois l'infection prouvée ou devant un tableau clinique sévère (37,38,65).

La suspension de l'allaitement par le sein atteint n'est recommandée qu'en cas d'infection avérée, tout en poursuivant son drainage par une expression manuelle ou à l'aide d'un tire-lait (37,56,65). En effet, l'arrêt brutal de l'allaitement s'accompagne d'une augmentation du risque de survenue d'un abcès (65).

Traditionnellement, les facteurs de risque de mastite sont la primiparité, le stress ou encore un accompagnement inadapté à la phase précoce de l'allaitement (37). D'autres facteurs sont évidemment mis en cause tels que l'engorgement ou les crevasses (38).

Il est important de déterminer la cause (mauvaise position, crevasse, changement de rythme des tétées, surproduction de lait, mauvais drainage, ...) pour conseiller la patiente, mieux prendre en charge la mastite et éviter une récurrence (65).

La prise en charge de la mastite repose essentiellement sur le drainage du sein, en favorisant les tétées sans restriction (durée ou fréquence), l'expression manuelle ou l'utilisation d'un tire-lait (38,65).

Cette prise en charge doit être rapide et efficace afin d'éviter l'évolution de la mastite vers l'abcès. Il est également conseillé d'éviter le port de soutien-gorge trop serré (65). L'utilisation d'anti-inflammatoires ou d'antalgiques peut également être intéressante pour soulager la femme allaitante, mais le rapport bénéfice-risque de ces traitements doit être réévalué régulièrement car ils ne sont pas recommandés de manière systématique dans le traitement des mastites (37,65).

2.3. Abscesses

L'abcès mammaire est une collection purulente localisée au niveau de la glande mammaire, responsable de douleurs intenses, souvent lancinantes et insomniantes et accompagnées de fièvre et de fatigue (37,56,65,112). L'examen clinique met également en évidence une masse limitée fluctuante et un placard rouge de la peau de sein souvent gonflé et tendu. Une échographie peut aussi être justifiée pour confirmer le diagnostic (37,65).

L'abcès mammaire, également appelée abcès puerpéral chez la femme allaitante, peut compliquer un engorgement (112). Dans la plupart des cas il survient suite à une mastite, en cas de défaut ou retard de prise en charge de cette dernière (65,112).

Dans 99% des cas, *Staphylococcus aureus* est le pathogène identifié sur le liquide de ponction. De plus, la proportion de *S. aureus* résistant à la méticilline (SARM) serait en augmentation, sans que sa prévalence en France ne soit connue dans ce contexte (65,112).

Pour traiter l'abcès puerpéral la collection doit être drainée et une antibiothérapie doit être envisagée en fonction de la sensibilité de la bactérie et des éventuelles allergies de la femme allaitante (figure 10) (37,112).

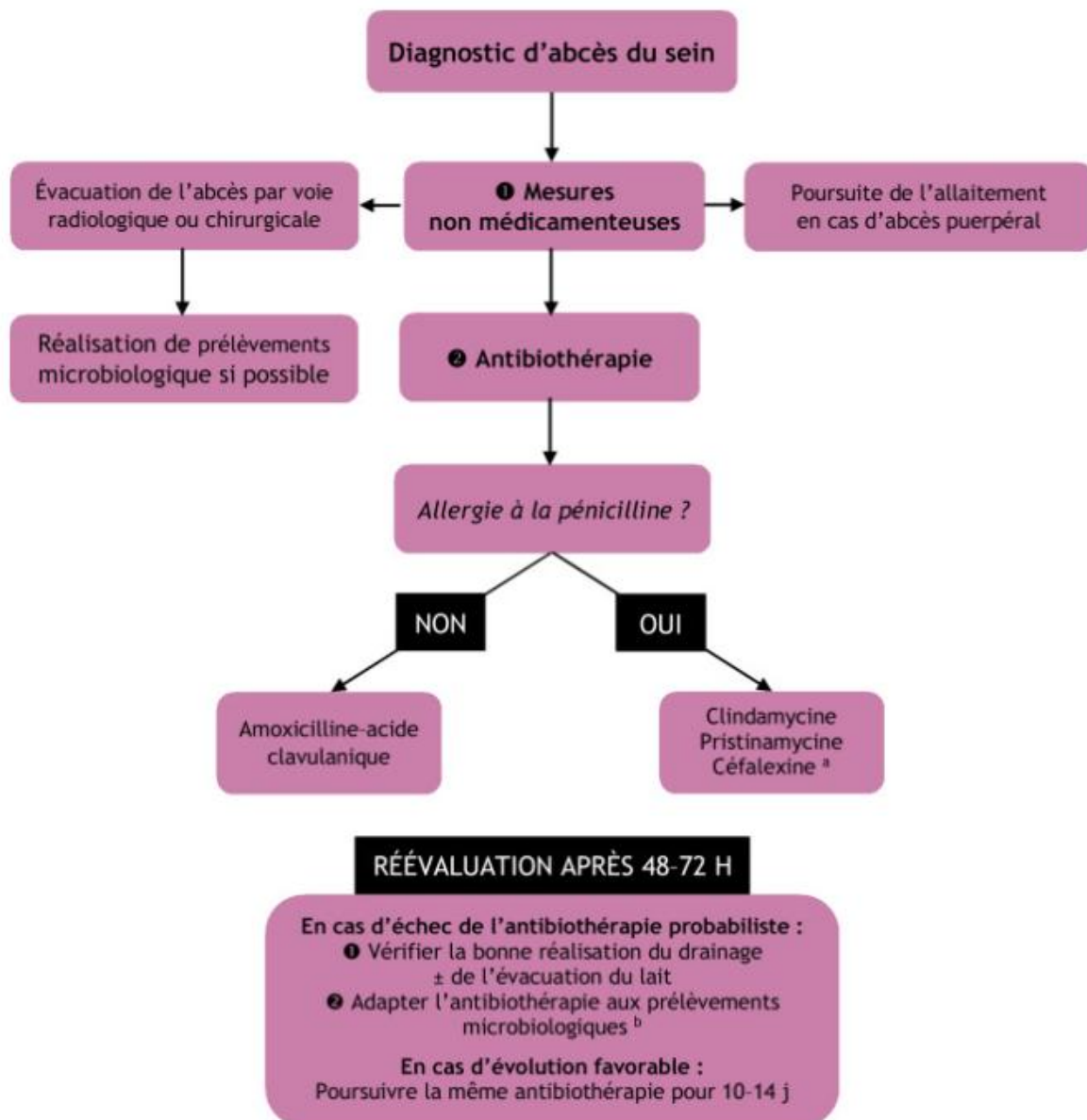


Figure 10 : Algorithme de prise en charge d'un abcès mammaire (112)

La poursuite de l'allaitement du sein controlatéral est recommandée quelle que soit la situation. Du côté de l'abcès, la poursuite de l'allaitement permet la bonne vidange du sein, diminue l'inflammation et facilite la guérison. Elle est donc également possible et recommandée, avec accompagnement. En cas de réticence ou de douleurs lors des tétées, l'expression manuelle ou à l'aide d'un tire-lait est à encourager (37,56,65,112).

Toutefois, la suspension de l'allaitement doit être envisagée si l'abcès est proche de l'aréole et risque donc d'être en contact avec l'enfant allaité. Dans le cas où le lait maternel est recueilli (grâce aux expressions manuelles ou au tire-lait), il

pourra être donné à l'enfant, à condition qu'il n'ait pas été contaminé par l'écoulement purulent (37,56).

2.4. Crevasse

Au niveau du mamelon, les crevasses sont des petites coupures ou gerçures, principalement causées par une mauvaise position de la bouche du bébé lors de la tétée (22,38). Leur apparition est également favorisée par une initiation retardée de l'allaitement, une insuffisance des tétées ou un frein de langue antérieur (56,65).

Ces lésions de la surface cutanée du mamelon et/ou de l'aréole, pouvant être plus ou moins profondes, sont très douloureuses et peuvent occasionner des saignements (56,65).

En prévention il faut donc examiner la mobilité linguale du bébé, choisir et varier les positions d'allaitement (adaptées pour la mère et son bébé), vérifier la position du sein en bouche et appliquer dès les premiers jours quelques gouttes de colostrum sur le mamelon et l'aréole après chaque tétée (38,65). L'idéal serait d'expliquer en amont aux patientes la différence entre donner le sein et présenter le sein.

De plus, si la femme allaitante utilise des coussinets d'allaitement, il est recommandé de les changer fréquemment afin de lutter contre la macération (38,56). Le recours aux coquilles d'allaitement est contesté. En effet, elles peuvent être utiles en cas de fortes douleurs, pour protéger la zone sensible et permettre l'application de lait ou de crèmes au niveau du mamelon et de l'aréole mais nécessitent un entretien régulier et une vigilance particulière, sans quoi elles peuvent favoriser les engorgements (38,56). Contrairement aux coquilles, les coquillages d'allaitement sont en nacre et peuvent donc en plus permettre d'apaiser les douleurs grâce à une sensation de fraîcheur (113). Peu de données sont actuellement disponibles sur ces coquillages, mais leur efficacité semble être reconnue par la majorité des utilisatrices et mériterait d'être étudiée (114).

La prise en charge des crevasses installées repose essentiellement sur la correction de la position d'allaitement si l'allaitement est exclusif (22,38). Par ailleurs,

il est important de veiller à identifier l'introduction d'un biberon ou d'une tétine qui pourrait être la cause de la crevasse, mais également de vérifier et ajuster au besoin la taille des téterelles (si utilisation d'un tire-lait). En effet, si la téterelle est trop petite, le mamelon risque de frotter contre les parois à chaque expression, pouvant ainsi causer des douleurs et des crevasses (111).

Afin d'accélérer la cicatrisation, il est préconisé de laisser les seins à l'air libre aussi souvent et aussi longtemps que nécessaire (56).

La suspension de l'allaitement au sein n'est pas recommandée. Si la douleur est trop forte, l'utilisation de bouts de sein, d'un tire-lait (idéalement manuel pour limiter la douleur) et/ou l'expression manuelle du lait peuvent être nécessaires (38,65). Aussi, la prise d'antalgiques, comme le paracétamol, peut soulager les douleurs de la femme allaitante (65), tout comme l'application de glaçons sur l'aréole avant la tétée (56).

L'efficacité de crèmes cicatrisantes et/ou protectrices à base de lanoline purifiée ou de miel et d'acide hyaluronique mélangées avec du lait n'a pas été démontrée. Leur utilisation reste tout de même conseillée, en fonction de la sévérité, pour favoriser la cicatrisation, notamment grâce aux propriétés régénératrices du lait maternel pouvant être appliqué sur le mamelon après chaque tétée (22,56,65).

Les pansements à base d'hydrogel sont également un traitement à conseiller en cas de crevasses au niveau du mamelon. Il semblerait même que ce dispositif soit plus efficace pour soulager la douleur que l'utilisation d'une crème à base de lanoline (115). En effet, en milieu humide la cicatrisation est facilitée, permettant ainsi un soulagement plus rapide (116).

2.5. Mycose mammaire

Une mycose mammaire est une infection de la glande mammaire par *Candida albicans*. Elle peut être due à la surinfection d'une crevasse ou une infection des canaux galactophores (72).

Cette infection fongique engendre des douleurs lancinantes caractéristiques donnant à la femme allaitante des sensations type brûlure, verre pillé ou coup d'aiguilles, en fin de tétée ou entre les tétées, et irradiant vers l'épaule (72).

Pour prévenir l'apparition de candidose mammaire, il est intéressant de rééquilibrer la flore maternelle à l'aide de probiotiques, dès la naissance du bébé (65). De plus, l'hygiène est un facteur important, à raison d'une douche par jour et le changement régulier de soutien-gorge et de coussinets d'allaitement est capital (65,72). Il est également possible de laisser les seins à l'air libre et d'appliquer sur le mamelon du colostrum ou du lait maternel (qui contient des facteurs antiseptiques et cicatrisants) (72).

Pour traiter une mycose mammaire, il est conseillé, dans un premier temps, d'alcaliniser le milieu en nettoyant le mamelon avec de l'eau bicarbonatée (bicarbonate à 14 pour mille) ou en buvant de l'eau de Vichy (pour une alcalinisation interne). Par la suite, il peut être nécessaire d'avoir recours à un traitement antifongique par voie systémique (56,65,72).

De plus, si la mère a des crevasses au niveau du mamelon, un muguet buccal chez le bébé doit systématiquement être recherché et traité le cas échéant (56,65,72).

2.6. Ampoule de lait

Une ampoule de lait, aussi appelée cloque de lait, correspond à une vésicule remplie de lait, à l'entrée d'un pore lactifère bouché. Généralement, une surveillance suffit dans ce cas car l'ampoule de lait disparaît le plus souvent de manière spontanée (65).

Il est toutefois possible de l'aider à se résorber. Pour ce faire, il faut utiliser un gommage doux (à l'aide d'une crème ou avec une serviette, ce qui aidera à enlever la fine pellicule de peau obstruant le canal), voire la percer avec une aiguille stérile. En effet, elle peut être sensible et donc nécessiter d'être percée si elle ne se perce pas spontanément. Il est évidemment conseillé d'appliquer localement un antiseptique avant et après le geste (56,65).

2.7. Réflexe d'Ejection Fort (REF)

Le réflexe d'éjection fort est dû à une pression trop importante du lait éjecté en début de tétée, il peut surprendre le bébé qui aura alors des difficultés à synchroniser la succion-déglutition. Le REF peut alors entraîner une toux chez le bébé voire des fausses routes et un refus du sein (56,65).

Ainsi, il est conseillé d'exprimer un peu de lait, jusqu'à ce que l'aréole soit souple, avant de donner la tétée. Il convient également d'adapter les positions d'allaitement, notamment en installant le bébé à plat sur le ventre de sa mère ou en face à face à califourchon sur un genou. Le même sein pourra également être présenté plusieurs fois de suite (44,58,88). Il peut également être recommandé de réduire la consommation maternelle de produits laitiers, d'aliments galactogènes et/ou riches en lipides (117).

2.8. Insuffisance de lait (hypolactation)

Peu fréquente, l'insuffisance de lait est souvent transitoire et est généralement liée à un défaut de stimulation. Elle peut être dépistée par une prise de poids insuffisante chez le bébé, ce qui justifie une consultation médicale pour éliminer une autre cause (56,65).

La perception d'insuffisance de lait est une des principales raisons d'arrêt de l'allaitement. La séparation de la mère et de l'enfant, notamment en cas d'accouchement prématuré, est une situation favorisant de cette perception d'insuffisance de lait par la mère (37). De plus, cette perception est souvent retrouvée lors des pics de croissance de l'enfant, où la mère peut donc être amenée à venir à l'officine afin de trouver les conseils et solutions proposées par le professionnel de santé. Le soutien psychologique de la femme allaitante est donc là encore très important (56).

En effet, lorsque le bébé pleure, les parents n'en connaissent pas toujours la raison. Les mères peuvent donc s'inquiéter d'une insuffisance de lait et viennent

chercher conseil à la pharmacie. Principalement durant les trois premiers mois, le nourrisson relargue les émotions accumulées pendant la journée et les pleurs du soir peuvent donc être un moment de décharge pour lui. Ainsi, après avoir éliminé les autres causes possibles de pleurs, le pharmacien doit pouvoir expliquer, rassurer et conseiller au mieux les parents sur ces pleurs de décharge (118).

Afin d'augmenter la production de lait maternel, il est recommandé d'optimiser la vidange mammaire. Pour ce faire, il faut ajuster la position d'allaitement et stimuler le bébé, notamment en repérant les phases d'éveil calme et en comprimant le sein si nécessaire (tétouillage). Il est également conseillé d'augmenter la fréquence de la mise au sein et de proposer les deux seins à chaque tétée (56,65).

Malgré le manque d'argument scientifique pour recommander l'utilisation d'un tire-lait (37), celui-ci peut tout de même être utilisé pour augmenter la stimulation, entre les tétées ou pour vider complètement les seins après les tétées (56,65).

Dans la mesure du possible, il est recommandé de limiter le stress, favoriser une alimentation équilibrée et une hydratation suffisante (jusqu'à deux litres d'eau par jour). Le portage peau à peau est également une mesure complémentaire à prôner chez la femme allaitante (65).

L'emploi de l'homéopathie ou de compléments alimentaires est souvent conseillé, en dépit d'un manque d'argument scientifique (37,56,65).

2.9. Mamelons plats ou ombiliqués

Bien qu'avoir des mamelons plats ou ombiliqués n'empêche pas l'allaitement maternel, le bébé peut avoir plus de difficultés pour prendre correctement la totalité du mamelon dans sa bouche et donc téter efficacement (4,56,65).

Il semblerait que, chez les femmes concernées, l'allaitement maternel soit plus difficile à initier, engendrant alors une perte de poids excessive plus fréquente pour le nourrisson et un raccourcissement de la durée de l'allaitement maternel (4).

Aucune méthode de préparation des seins, pendant la grossesse ou lors des tétées, n'a fait ses preuves pour améliorer l'allaitement ou en prévention des complications (4).

Pour autant, il est proposé de vaporiser sur le mamelon de l'eau thermale ou d'effectuer quelques expressions (manuellement ou à l'aide d'un tire-lait) jusqu'à ce que le mamelon ressorte. L'utilisation de dispositifs permettant une légère aspiration du mamelon, pouvant ainsi le faire ressortir, ou encore l'usage de bords de sein en silicone peuvent également être énoncés, en veillant au bon positionnement du bébé (56,65).

3. Enquête auprès de pharmacies françaises

Cette enquête, s'adressant au personnel officinal, a été menée sur un échantillon de 100 personnes. Bien que l'échantillon soit trop petit pour être représentatif de la population générale et permettre d'extrapoler des résultats significatifs, il donne tout de même matière à en dégager les principales tendances.

En effet, cette enquête a pour but de questionner les différentes pratiques, les motivations et/ou les craintes et raisons pour lesquelles le personnel officinal s'investit plus ou moins dans l'accompagnement de l'allaitement.

Pour ce faire, un questionnaire a permis la comparaison entre les différentes typologies d'officines, la comparaison entre les pharmaciens et les préparateurs ou étudiants ainsi que la comparaison entre les pharmacies ayant eu recours, ou non, à une formation spécifique allaitement.

Afin de faciliter la collecte des réponses, le questionnaire a été réalisé via Google Forms® (annexe). Il a été diffusé par mail et, majoritairement, grâce au réseau social Facebook®.

3.1. Questionnaire

Le questionnaire utilisé pour cette étude se décompose en 3 principales parties.

La première partie de ce questionnaire, s'intéressant à la personne interrogée, est composée de 6 questions afin de connaître la localisation de l'officine, le nom de la pharmacie (facultatif), la typologie de l'officine, le poste occupé, le sexe de la personne interrogée ainsi que la tranche d'âge à laquelle il appartient.

La seconde partie s'intéresse aux connaissances du personnel officinal quant à l'allaitement et l'utilisation du tire-lait.

Premièrement en questionnant la personne sur d'éventuelles formations effectuées, sur l'allaitement et/ou sur la délivrance d'un tire-lait. Si la personne a été

formée, d'autres questions sont posées pour savoir quelle(s) est (sont) la (les) formation(s) réalisée(s) ainsi que la date de la dernière formation réalisée. Si la personne interrogée n'est pas formée sur ces sujets, une question lui est adressée pour en connaître la (les) raison(s).

Deuxièmement, plus largement dans l'officine, « Des entretiens aux patientes enceintes ou allaitantes sont-ils proposés ? » : Si oui, « Quel(s) type(s) d'entretien(s) et à quel(s) moment(s) » ; si non, « Pourquoi ? ».

L'entretien court de la femme enceinte, faisant partie des nouvelles missions du pharmacien et rémunéré par l'Assurance Maladie (119), fait l'objet de la question suivante : « Êtes-vous intéressé(e) par cet entretien ? ».

Puis, concernant les tire-lait, quatre questions sont posées, afin de savoir quel(s) modèle(s) de tire-lait est (sont) à disposition à la location ou à l'achat dans l'officine, le nombre moyen de tire-lait continuellement en location, la durée moyenne de délivrance d'un tire-lait, et plus personnellement, sur une échelle de 0 à 10, si la personne interrogée se sent à l'aise avec la délivrance d'un tire-lait. A la suite de cette dernière question, optionnellement, la personne interrogée peut expliquer pourquoi et ajouter des commentaires.

Enfin, le questionnaire s'intéresse également aux maux de l'allaitement et à la compatibilité des médicaments avec l'allaitement. Pour cela, une première question personnelle jauge le ressenti de la personne interrogée, sur une échelle de 0 à 10, afin de sonder si elle est à l'aise pour répondre aux maux de l'allaitement (douleur, crevasse, engorgement, mycose mammaire, ...). Consécutivement à cela, deux questions sont à réponse libre, à propos des conseils donnés à une patiente concernant la crevasse et l'engorgement. Dernièrement, une autre question personnelle attribue, sur une échelle de 0 à 10, si la personne interrogée se sent à l'aise pour conseiller les patientes vis-à-vis des médicaments compatibles avec l'allaitement. A la suite de quoi, sont demandés les outils utilisés à l'officine pour vérifier cette compatibilité.

La troisième et dernière partie de ce questionnaire concerne la formation acquise durant le cursus scolaire de la personne interrogée et d'éventuelle(s) formation(s) supplémentaire(s).

Une question fermée engage cette dernière partie : « Diriez-vous que les connaissances acquises lors de vos études sont suffisantes pour accompagner au mieux vos patientes ? », suivie d'une question ouverte facultative : « Pourquoi ? ».

Puis, la personne interrogée est questionnée sur son souhait de bénéficier de formation(s) supplémentaire(s) d'abord par une question fermée, et peut s'exprimer sur les raisons de sa réponse ensuite.

Pour clore le questionnaire, chaque personne interrogée est invitée, si elle le souhaite, à y apporter des remarques et transmettre des photos du rayon allaitement de son officine.

3.2. Présentation générale des répondants

Sur les 100 personnes interrogées, 23 personnes travaillent dans une officine située en Indre-et-Loire, 8 dans le Nord et 6 dans le Cher (figure 11).

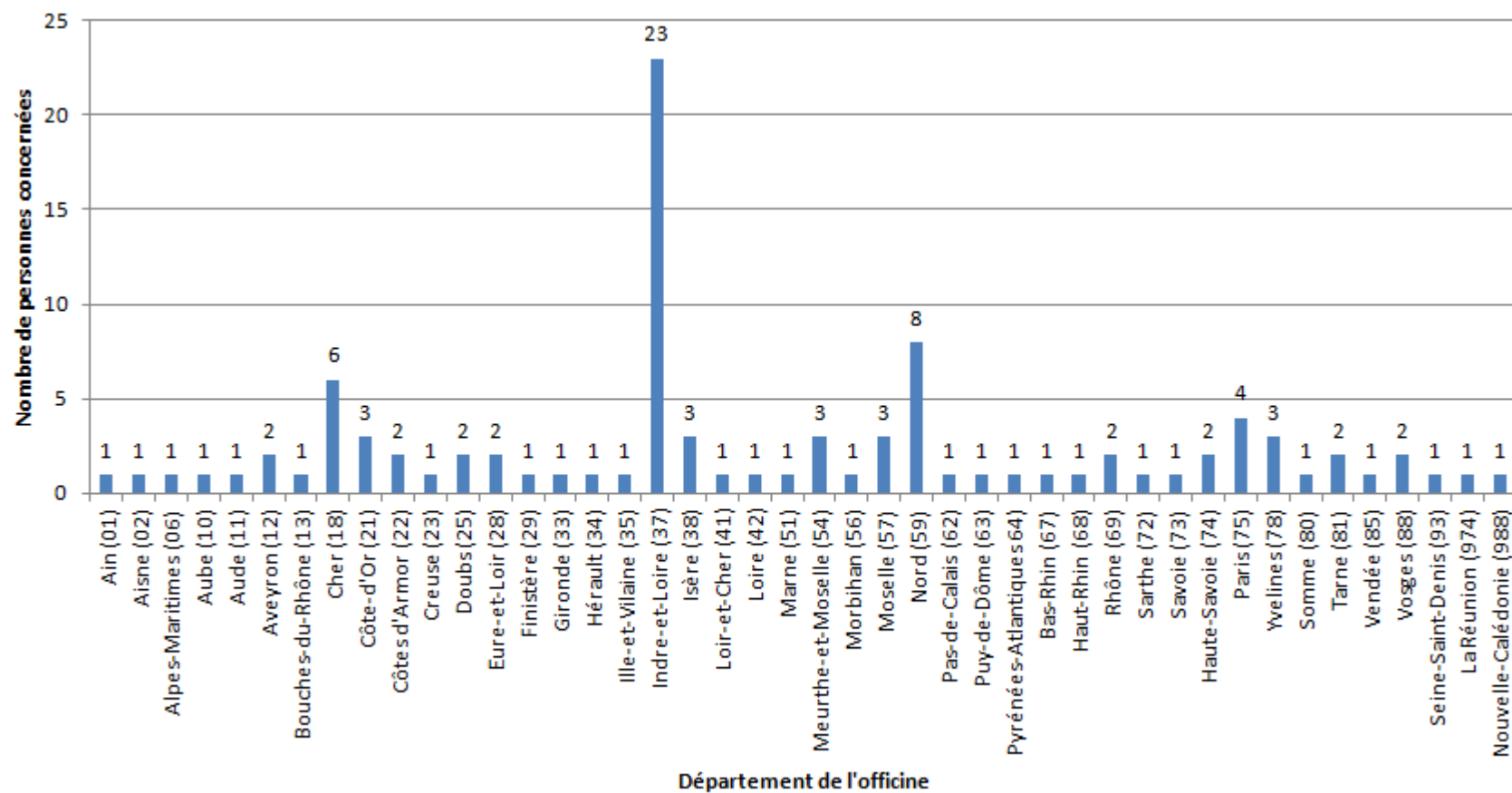


Figure 11 : Localisation de l'officine

Sur les 96 départements métropolitains, environ 45% du territoire est représenté ici, avec des répondants exerçant dans 43 départements différents de métropole. L'un des répondants exerce en Nouvelle-Calédonie.

Parmi ces 100 personnes, 46 travaillent dans une pharmacie de campagne, 26 dans une pharmacie de quartier, 20 dans une pharmacie de ville et 8 dans une pharmacie de centre commercial (figure 12).

Il s'agit d'une pharmacie :

100 réponses

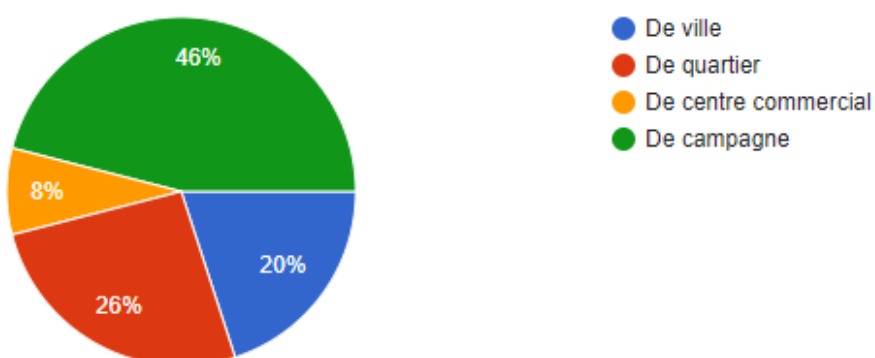


Figure 12 : Typologie de l'officine

Le poste de pharmacien titulaire est occupé majoritairement, à 49%, par les personnes interrogées. Ensuite, 34% occupent le poste de pharmacien adjoint. Les préparateurs en pharmacie représentent quant à eux 13% de l'échantillon. Les 4% restants correspondent à 1 pharmacien remplaçant et 3 étudiants en pharmacie (figure 13). Au total, 84 répondants sont donc des pharmaciens.

Votre poste :

100 réponses

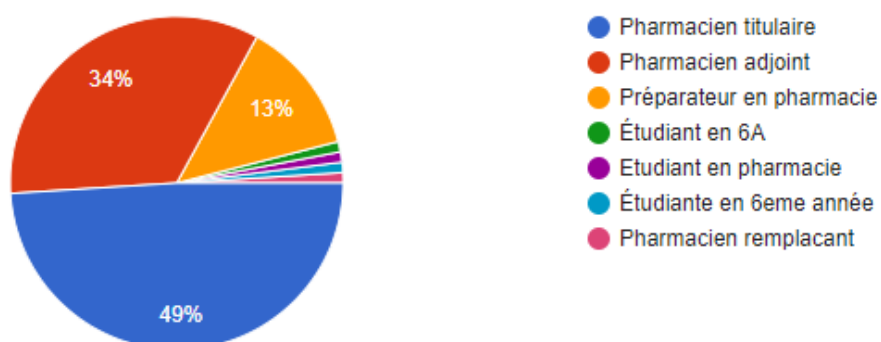


Figure 13 : Poste occupé dans l'officine

La majorité des personnes interrogées est féminine à 80%, contre 20% de répondants masculins (figure 14).

Vous êtes :

100 réponses

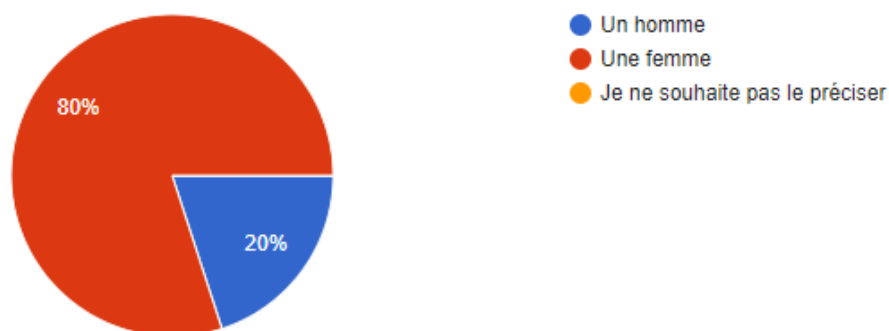


Figure 14 : Diagramme représentant le pourcentage d'hommes et de femmes interrogé(e)s

Tous les répondants sont âgés d'au moins 21 ans et 52 personnes, la majorité d'entre eux donc, ont entre 26 et 40 ans (figure 15).

Votre âge :

100 réponses

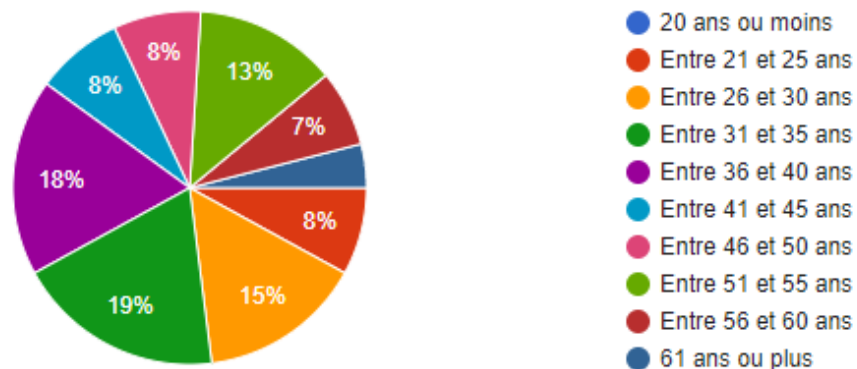


Figure 15 : Tranche d'âge de la personne interrogée

Cette répartition peut s'expliquer par le fait que la plupart des répondants sont des pharmaciens et ont donc fait des études longues. De plus, les répondants entre 26 et 40 ans sont certainement les plus actifs pour répondre à ce type d'enquête.

Près de deux tiers des personnes interrogées, 60%, n'ont aucune formation spécifique, en dehors de leur cursus scolaire, que ce soit sur l'allaitement ou sur la délivrance de tire-lait. A l'inverse, 28% se sont formés sur ces deux sujets.

Sur les douze personnes n'ayant réalisé de formation que sur l'un de ces deux sujets, huit se sont formées uniquement sur la délivrance d'un tire-lait, quatre uniquement sur l'allaitement (figure 16).

Avez-vous une formation spécifique sur l'allaitement et/ou la délivrance du tire-lait ?

100 réponses



Figure 16 : Titulaire d'une formation spécifique sur l'allaitement et/ou la délivrance du tire-lait à l'officine

La principale justification apportée par les personnes n'ayant jamais effectué de formation sur ces sujets est un manque de moyens (manque de temps, manque de personnel, ...).

Pour la plupart des formations effectuées, il s'agit de formations réalisées par les laboratoires ou le fournisseur de matériel médical. La leche league est intervenue pour la formation de 3 répondants et une personne travaille dans une pharmacie ayant le label IPhAN.

Parmi les 40 personnes formées, plus de la moitié d'entre elles a bénéficié d'une formation il y a moins de 4 ans. En effet, 16,7% (soit 6 personnes) ont effectué leur dernière formation en 2022, 19,4% (soit 7 personnes) en 2021, 5,6% (soit 2 personnes) en 2020 et 19,4% (soit 7 personnes) en 2019 (figure 17).

Si vous êtes formé(e), de quand date votre dernière formation ?

36 réponses

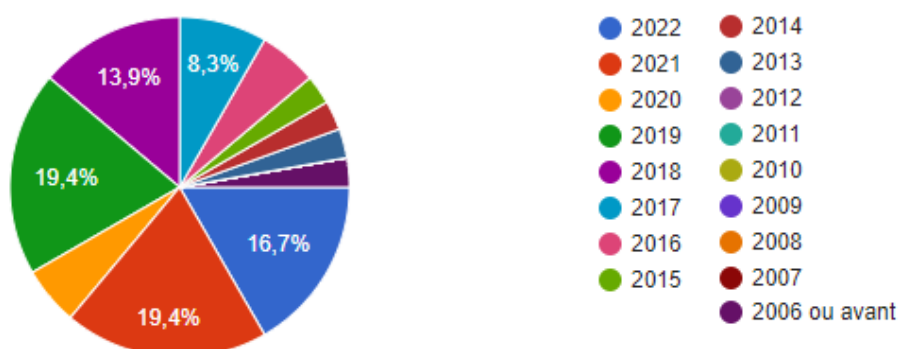


Figure 17 : Année de la dernière formation réalisée, le cas échéant

Sachant que les modalités de prise en charge des tire-lait ont été modifiées par un arrêté publié le 11 mars 2019 (120), les personnes formées avant cette date se doivent d'avoir des informations à jour. La formation continue des professionnels de santé est indispensable pour prodiguer les meilleurs conseils.

Des entretiens aux patientes enceintes ou allaitantes sont réalisés dans moins d'un tiers des pharmacies. En effet, 70% des personnes interrogées dans ce questionnaire ont confirmé ne pas proposer de tels entretiens (figure 18).

Dans votre pharmacie, proposez-vous des entretiens aux patientes enceintes ou allaitantes ?

100 réponses

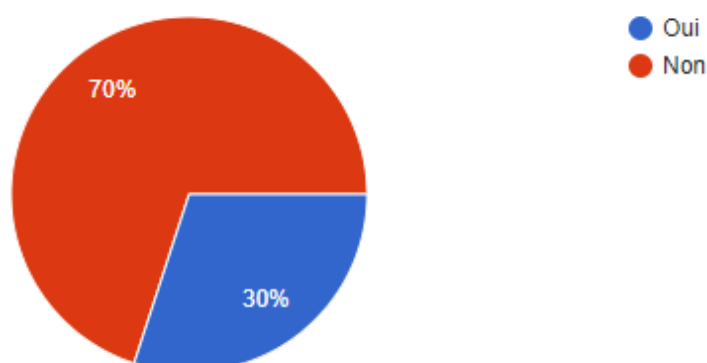


Figure 18 : Diagramme représentant le pourcentage de personnes interrogées réalisant, ou non, des entretiens aux patientes enceintes ou allaitantes, dans son officine

Concernant les tire-lait, le nombre d'appareils en location se situe entre 0 et 4 pour 47% des répondants (figure 19).

Combien de tire-lait avez-vous en location continuellement dans votre officine ?

100 réponses

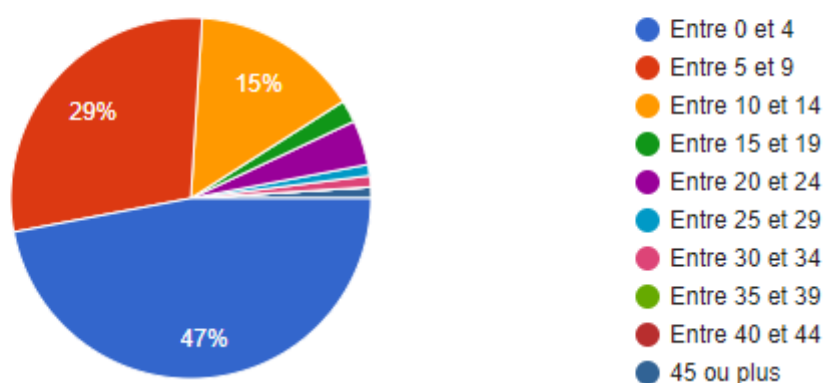


Figure 19 : Diagramme représentant le nombre de tire-lait moyen continuellement en location dans l'officine des personnes interrogées

Parmi les différents tire-lait faisant partie de la LPP, deux marques sont principalement retrouvées chez les répondants : Medela® et Kittet®. Trois autres marques sont également souvent citées : Lansinoh®, Philips Avent® et Seinbiose®.

La délivrance moyenne d'un tire-lait est généralement estimée entre 10 et 20 minutes, pour 61% des personnes interrogées (figure 20).

Combien de temps prenez-vous, en moyenne, pour la délivrance d'un tire-lait ?

100 réponses

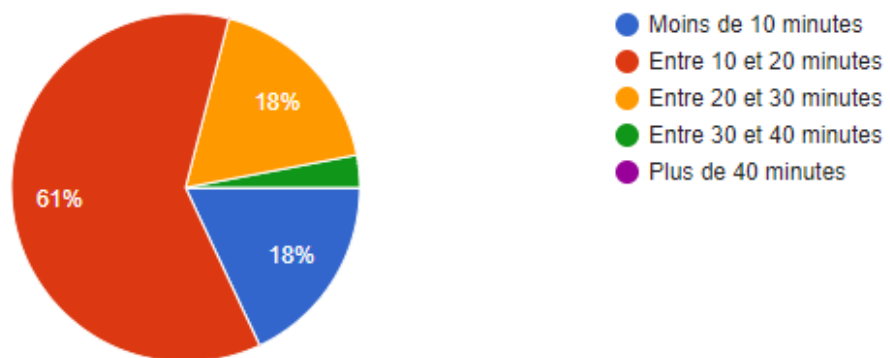


Figure 20 : Diagramme représentant la durée moyenne de temps consacrée à la délivrance d'un tire-lait

La note médiane de 7 a été attribuée, sur une échelle de 0 à 10, par les personnes interrogées sur la question du ressenti face à la délivrance d'un tire-lait (figure 21), aux maux de l'allaitement (figure 22) ainsi qu'à la compatibilité des médicaments avec l'allaitement (figure 23).

Cette note est attribuée à titre personnel, 0 étant équivalent au fait que la personne ne se sente pas du tout à l'aise et 10 tout à fait à l'aise avec le sujet. L'appréciation est donc purement qualitative et relative aux connaissances du répondant.

Vous sentez-vous à l'aise avec la délivrance d'un tire-lait ?

100 réponses

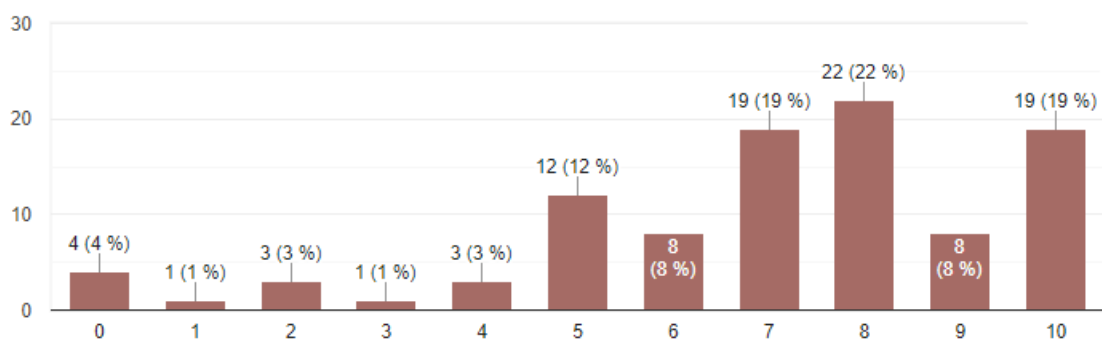


Figure 21 : Diagramme représentant le ressenti du professionnel de santé face à la délivrance d'un tire-lait sur une échelle de 0 à 10

La plupart des répondants se sentant tout à fait à l'aise avec la délivrance d'un tire-lait (note de 10/10) ont justifié leur ressenti en indiquant avoir déjà utilisé un tire-lait à titre personnel.

Vous sentez-vous à l'aise pour répondre aux maux de l'allaitement ? (douleur, crevasse, engorgement, mycose mammaire, ...)

100 réponses

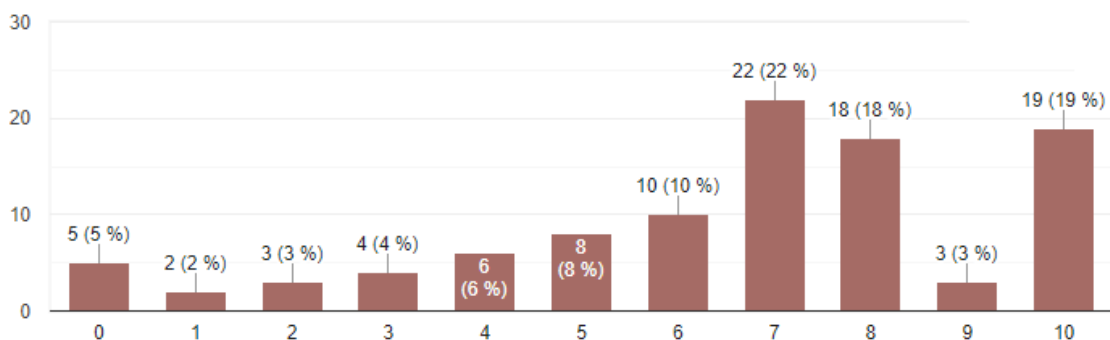


Figure 22 : Diagramme représentant le ressenti du professionnel de santé face aux maux de l'allaitement sur une échelle de 0 à 10

La majorité des répondants se sentant tout à fait à l'aise avec les maux de l'allaitement (note de 10/10) ont donné des conseils pertinents pour les crevasses et l'engorgement. Pour les autres, en particulier ceux ayant donné une note inférieure

ou égale à 6, les conseils étaient très souvent incomplets, inexistants voire incorrects.

Vous sentez-vous à l'aise pour conseiller vos patientes vis-à-vis des médicaments compatibles avec l'allaitement ?

100 réponses

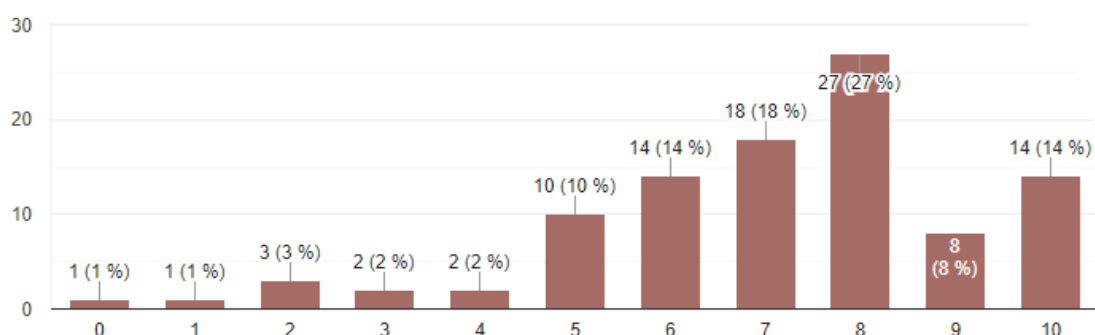


Figure 23 : Diagramme représentant le ressenti du professionnel de santé face à la compatibilité des médicaments avec l'allaitement sur une échelle de 0 à 10

Le CRAT est l'outil le plus utilisé par les répondants pour vérifier la compatibilité d'un médicament avec l'allaitement.

D'après le plus grand nombre, 92% des personnes interrogées, les connaissances acquises lors des études sont insuffisantes pour accompagner au mieux les patientes. A contrario, huit personnes estiment que leurs études sont suffisantes (figure 24).

Diriez-vous que les connaissances acquises lors de vos études sont suffisantes pour accompagner au mieux vos patientes ?

100 réponses

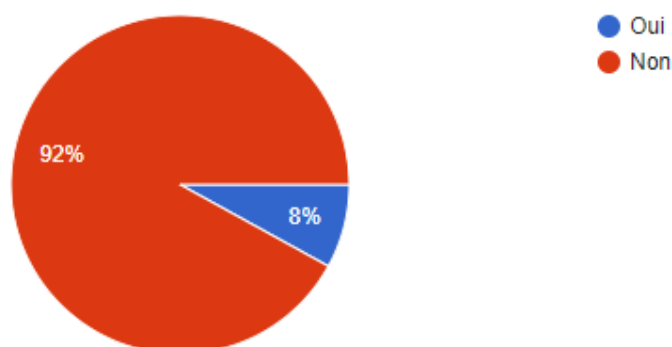


Figure 24 : Diagramme représentant l'opinion de la personne interrogée sur la formation suivie durant le cursus scolaire

Cependant, parmi les 8 personnes estimant leurs études suffisantes, deux d'entre elles ont également répondu que malheureusement, leurs connaissances étaient désormais trop lointaines pour conseiller au mieux les patientes.

Des connaissances trop lointaines sont également évoquées chez les personnes ayant répondu que les connaissances acquises lors des études sont insuffisantes. Pourtant, pour la majorité, il s'agit surtout de cours abordés trop succinctement, voire même d'une absence de cours à ce sujet.

La majorité des répondants, 90%, souhaiterait bénéficier de formation(s) supplémentaire(s) (figure 25).

Souhaitez-vous bénéficier de formation(s) supplémentaire(s) ?

100 réponses

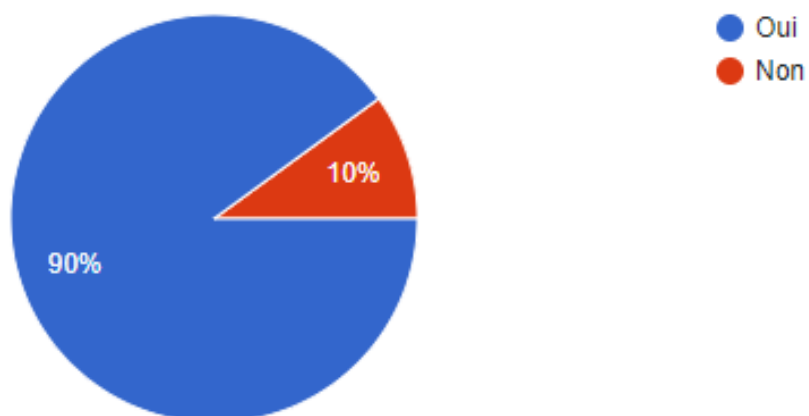


Figure 25 : Diagramme représentant le pourcentage de personnes souhaitant bénéficier de formation(s) supplémentaire(s)

Parmi les 10 personnes ne souhaitant pas bénéficier de formation(s) supplémentaire(s) au sujet de l'allaitement, quatre d'entre elles ont indiqué une justification. Deux personnes estiment que les connaissances acquises avec leur expérience personnelle sont suffisantes, une personne indique avoir une équipe formée pour pouvoir déléguer l'accompagnement de la femme allaitante et une autre personne confie ne pas avoir le temps et ne plus avoir l'envie.

La majorité des répondants évoquant le souhait de bénéficier de formation(s) supplémentaire(s) appuie sur l'importance de la formation continue, pour mettre à jour ses connaissances, dans l'intérêt des patients.

3.3. Comparaison entre pharmacies de quartier, pharmacies de centre ville, pharmacies rurales et pharmacies de centre commercial

Une pharmacie de ville est définie comme étant une pharmacie située en zone urbaine, à différencier d'une pharmacie de quartier, qui est définie comme étant une pharmacie semi-rurale/semi-urbaine (121).

Quelle que soit la typologie de l'officine, la majorité des répondants n'a effectué aucune formation complémentaire sur la délivrance d'un tire-lait ou sur l'allaitement (figure 26).

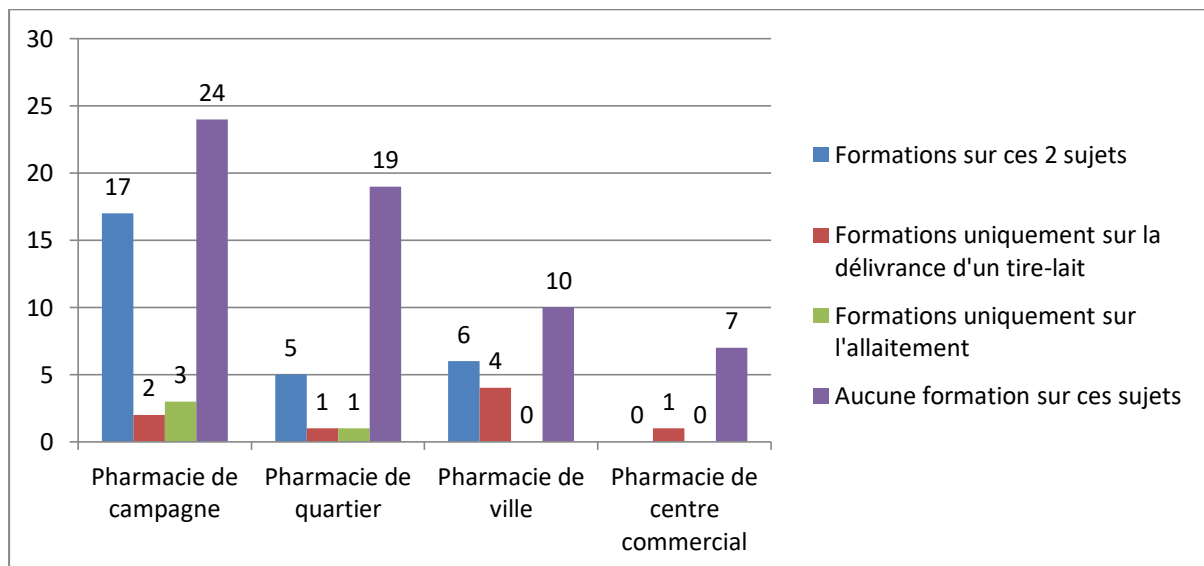


Figure 26 : Diagramme représentant le nombre de répondants formés ou non sur la délivrance d'un tire-lait et/ou l'allaitement, en fonction de la typologie de l'officine

Les pharmacies de centres commerciaux semblent être les moins formées, mais ce sont aussi les minoritaires parmi les répondants. Les pharmacies de quartiers sont également peu formées puisque les trois quarts des répondants exerçant dans cette typologie d'officine n'ont effectué aucune formation sur l'allaitement ou la délivrance d'un tire-lait. En ville et à la campagne, la proportion de personnes formées à ces sujets est plus importante puisqu'environ une personne sur deux a été formée à au moins un des deux sujets.

Dans la majorité des officines, aucun entretien n'est proposé aux femmes enceintes ou allaitantes. Les pharmacies de campagne semblent néanmoins être celles ayant le plus initié ces entretiens (figure 27).

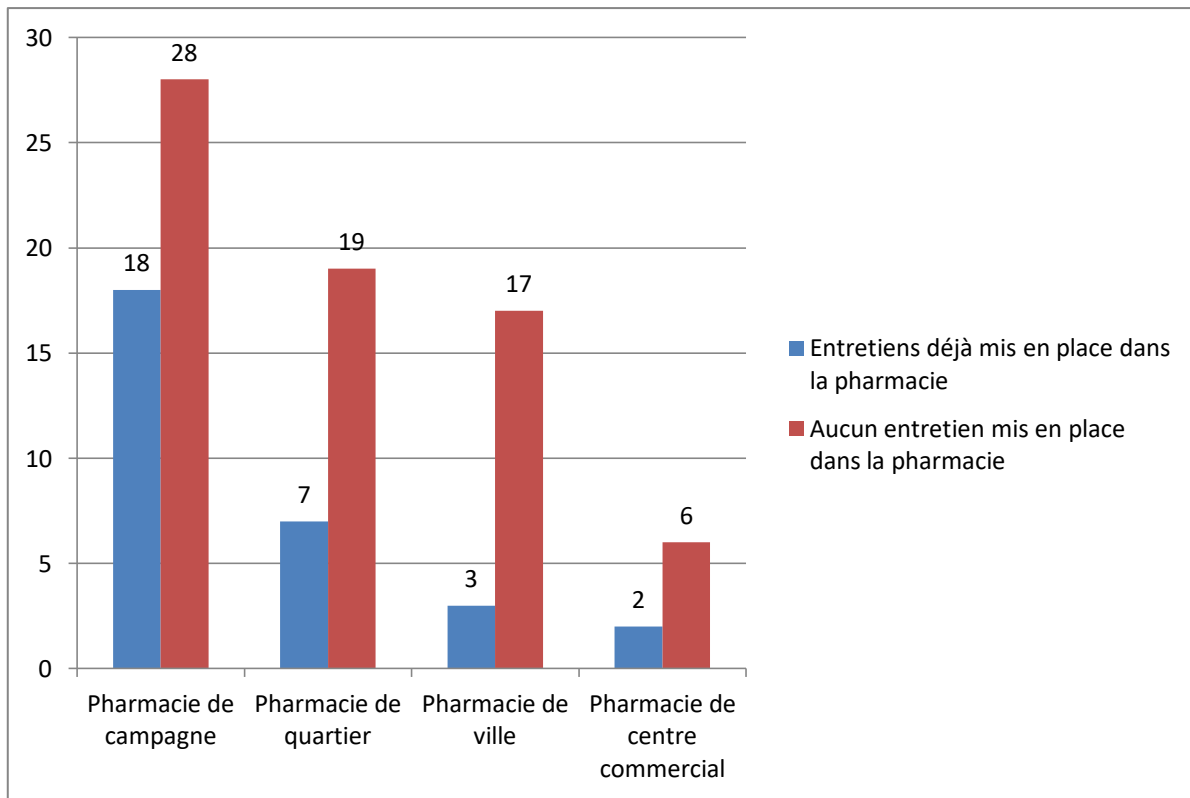


Figure 27 : Diagramme représentant le nombre de pharmacies proposant déjà, ou non, des entretiens pour les femmes enceintes ou allaitantes, en fonction de la typologie de l'officine

A contrario, en ville, la proportion de pharmacies ayant déjà mis en place des entretiens à destination des femmes enceintes ou allaitantes est la plus faible.

Pourtant, la plupart des personnes interrogées, peu importe la typologie de l'officine, est intéressée par l'entretien court de la femme enceinte (figure 28).

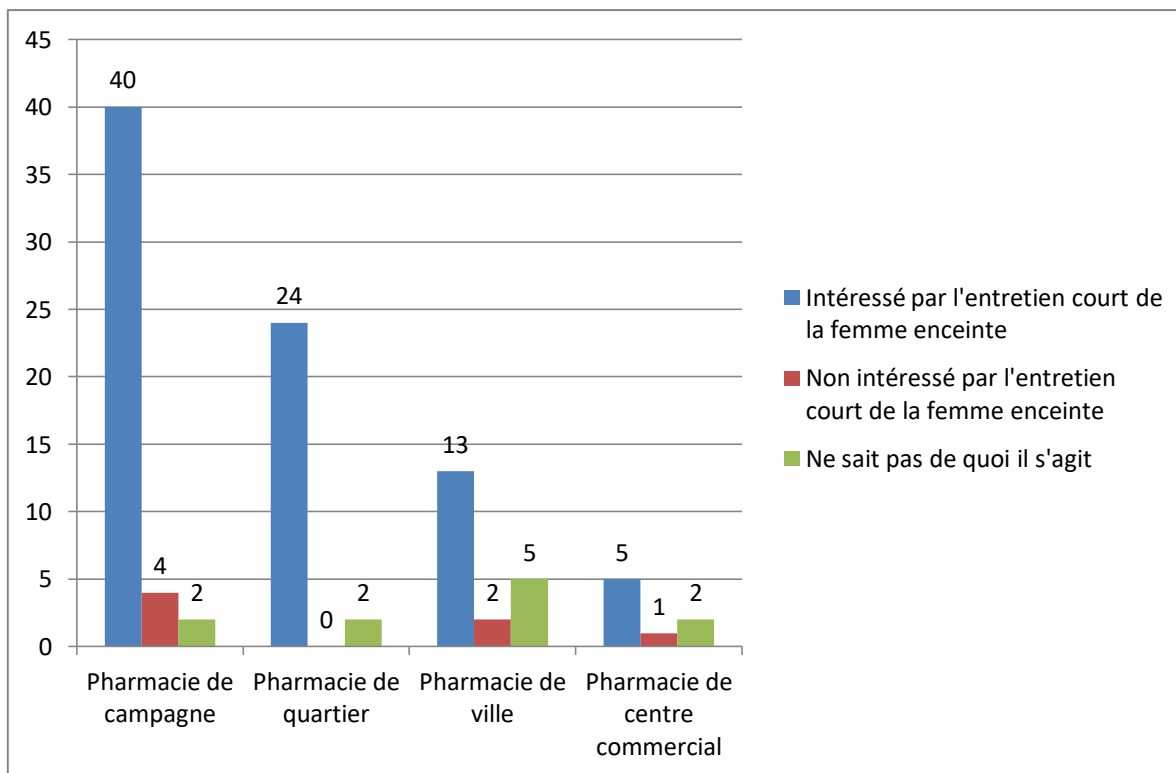


Figure 28 : Diagramme représentant le nombre de personnes intéressées par l'entretien court de la femme enceinte, en fonction de la typologie de l'officine

Pour la majorité des officines, qu'elles soient rurales, urbaines, semi-rurales/semi-urbaines ou dans un centre commercial, le nombre moyen de tire-lait continuellement en location est inférieur à 10 (figure 29).

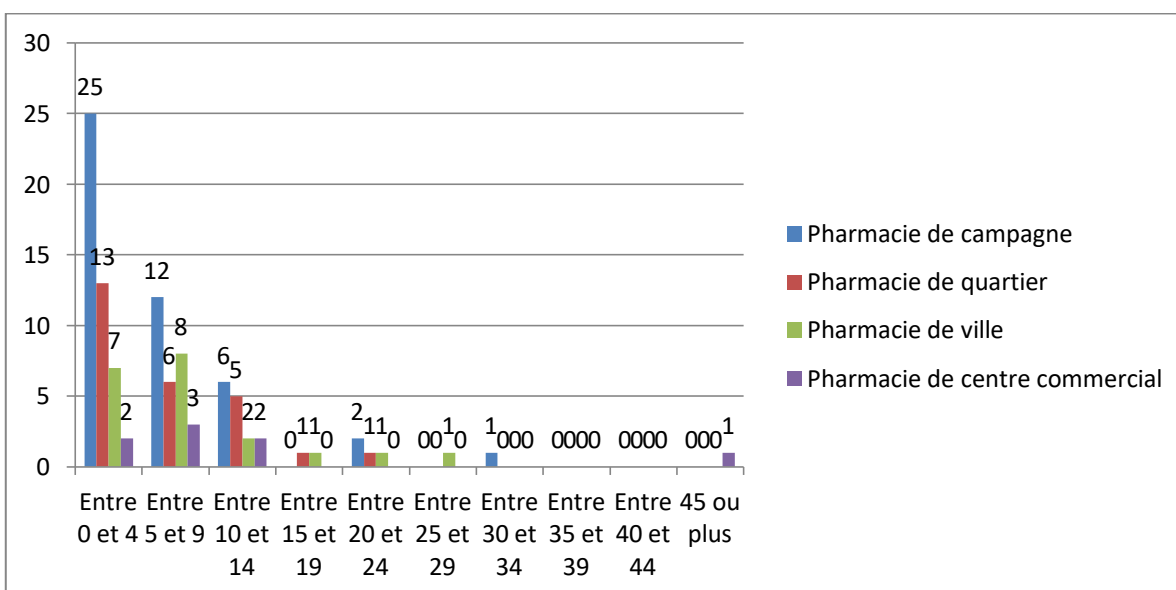


Figure 29 : Diagramme représentant le nombre de tire-lait continuellement en location dans l'officine, en fonction de la typologie de l'officine

Pour les pharmacies de campagne et de quartier, le nombre moyen de tire-lait loués continuellement se situe majoritairement entre 0 et 4. Pour les pharmacies de ville et de centre commercial, la majorité se situe plutôt entre 5 et 9 appareils.

La durée moyenne attribuée à la délivrance d'un tire-lait est, généralement, comprise entre 10 et 20 minutes, dans toutes les typologies d'officine (figure 30).

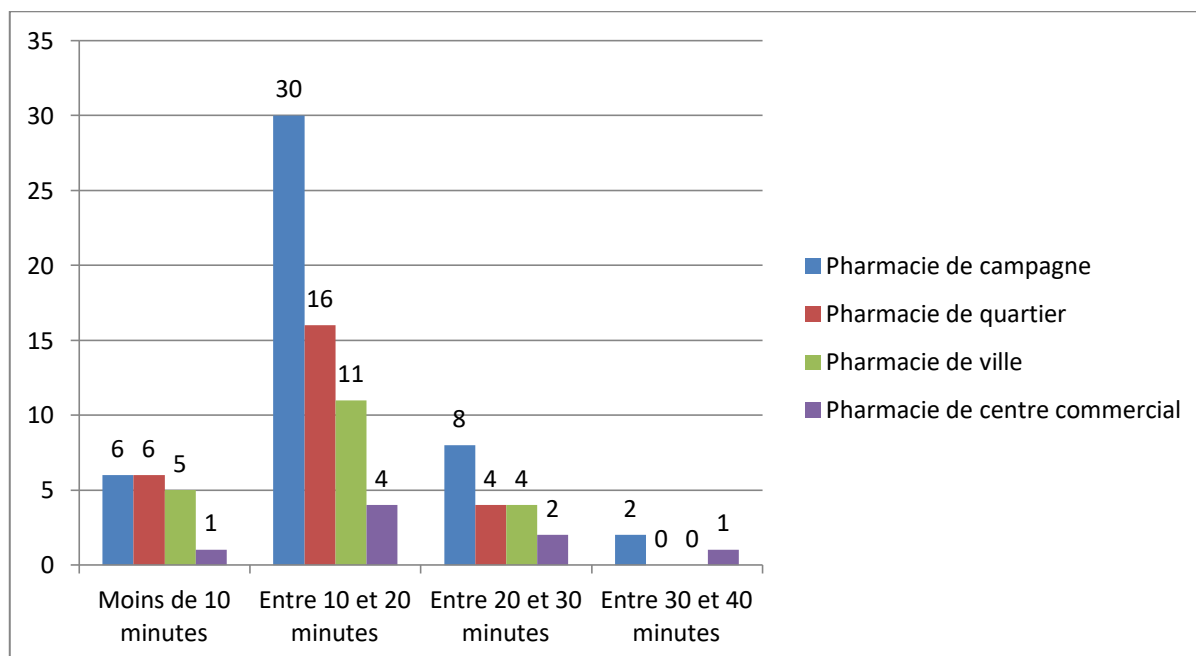


Figure 30 : Diagramme représentant la durée moyenne attribuée à la délivrance d'un tire-lait, en fonction de la typologie de l'officine

D'après les répondants, aucun travaillant dans une pharmacie de ville ou de quartier n'alloue plus de 30 minutes à la délivrance d'un tire-lait.

3.4. Comparaison entre pharmaciens et préparateurs en pharmacie

La plupart des répondants n'a effectué aucune formation spécifique, en dehors du cursus scolaire effectué, sur l'allaitement ou la délivrance d'un tire-lait (figure 31).

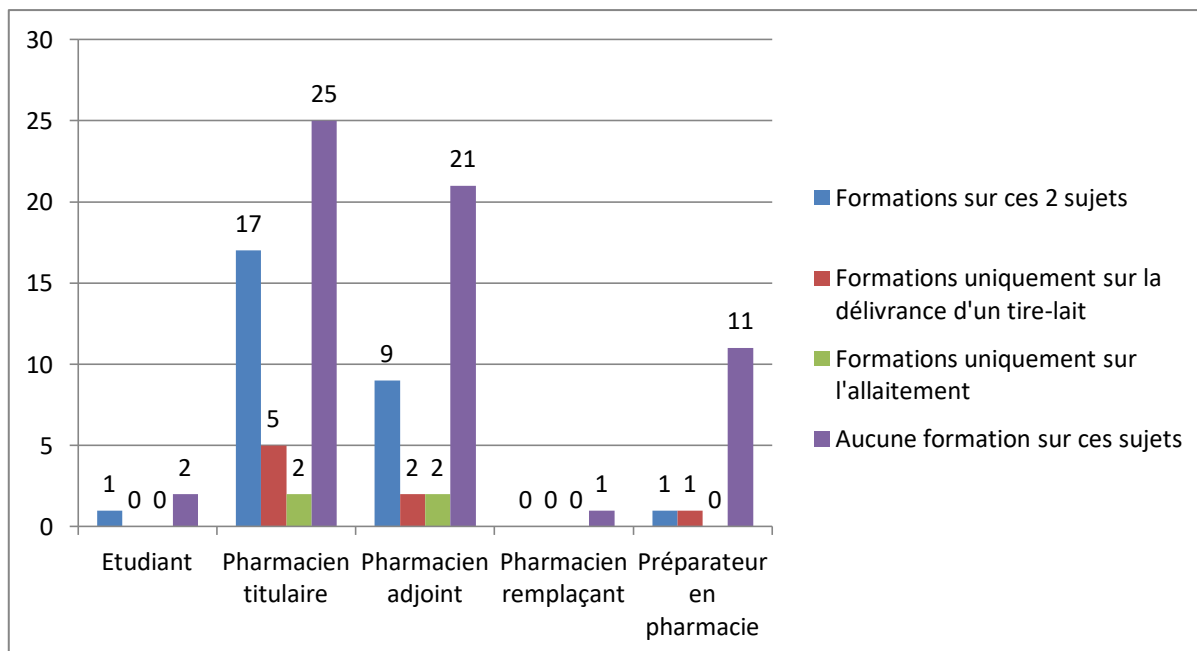


Figure 31 : Diagramme représentant le nombre de répondants formés ou non sur la délivrance d'un tire-lait et/ou l'allaitement, en fonction du poste occupé

Les pharmaciens, répondants majoritaires à ce questionnaire, sont ceux ayant proportionnellement réalisé le plus de formations sur l'allaitement et/ou la délivrance d'un tire-lait. Pourtant, environ 55% n'a réalisé aucune formation complémentaire.

La raison évoquée le plus souvent par les pharmaciens non formés est un manque de moyens (manque de temps, manque de personnel, ...), alors que celle évoquée le plus par les préparateurs non formés est que, d'après eux, cela n'apportera pas plus de demandes et/ou de nouveaux patients

Quel que soit le poste occupé par le répondant, la majorité est intéressée par l'entretien court de la femme enceinte (figure 32).

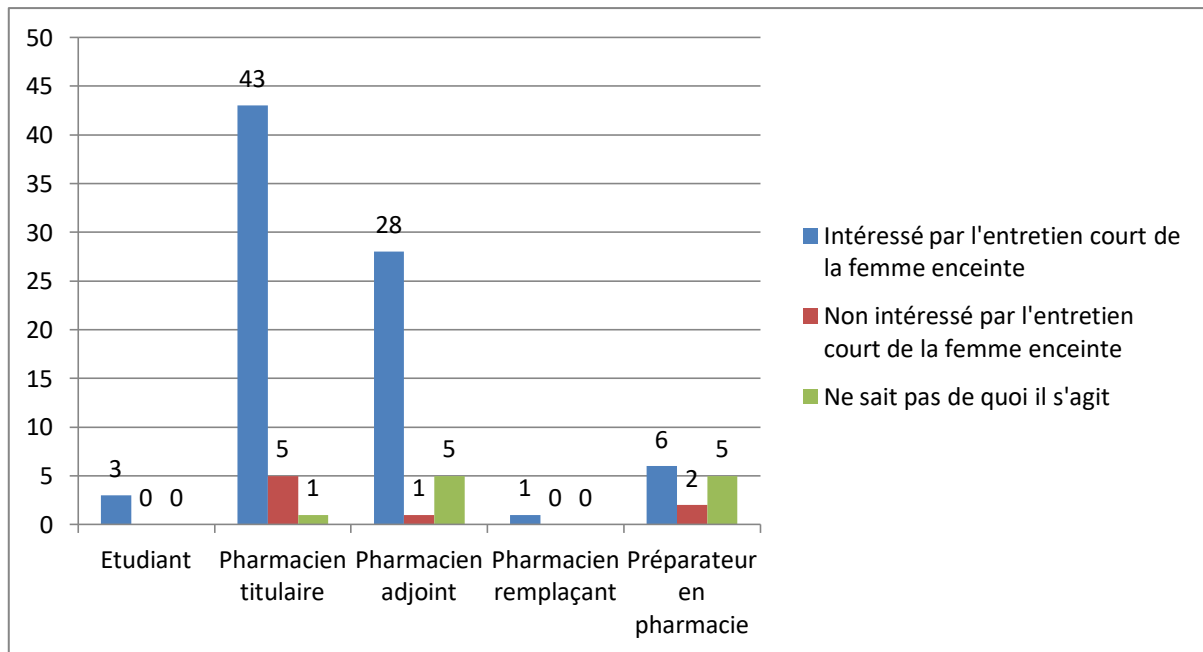


Figure 32 : Diagramme représentant le nombre de personnes intéressées par l'entretien court de la femme enceinte, en fonction du poste occupé

Cependant, 11 personnes, dont 6 pharmaciens et 5 préparateurs, ne savent pas de quoi il s'agit.

La durée moyenne associée à la délivrance d'un tire-lait, quel que soit le poste occupé, est généralement inférieure à 20 minutes (figure 33).

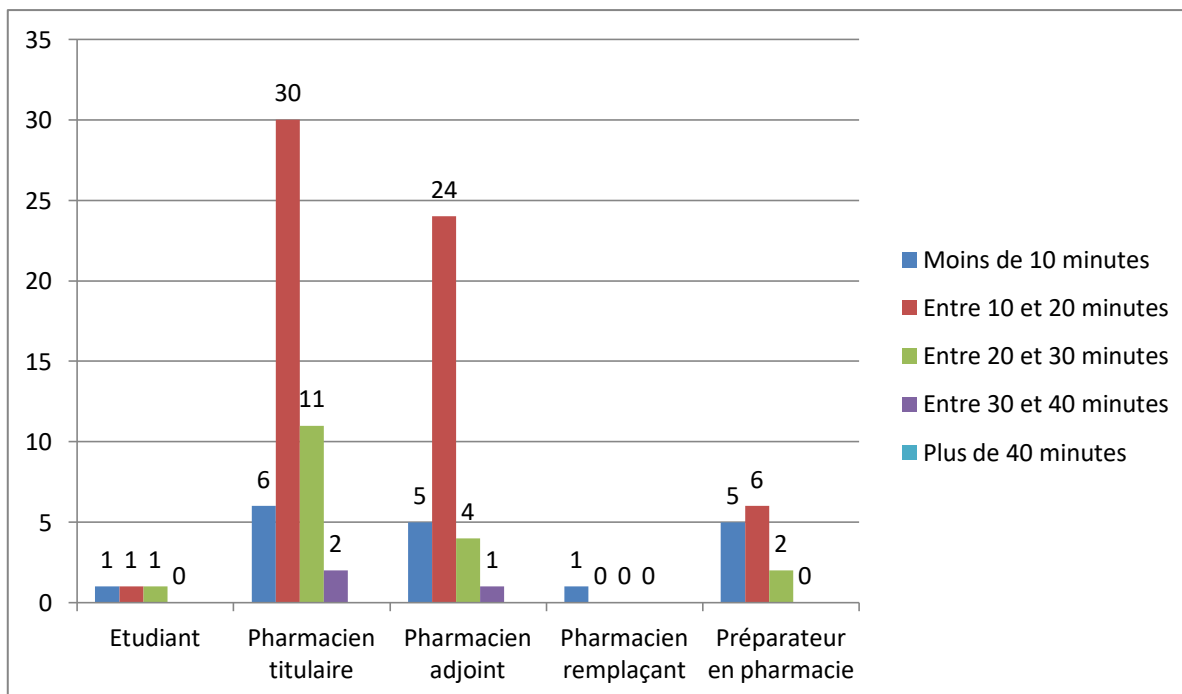


Figure 33 : Diagramme représentant la durée moyenne attribuée à la délivrance d'un tire-lait, en fonction du poste occupé

Parmi les répondants, aucun étudiant ou préparateur en pharmacie n'accorde plus de 30 minutes à la délivrance d'un tire-lait. En effet, seulement trois pharmaciens s'autorisent à passer plus d'une demi-heure pour la mise à disposition de l'appareil.

3.5. Comparaison entre les professionnels ayant eu recours, ou non, à une formation spécifique sur l'allaitement et/ou la délivrance d'un tire-lait

Les professionnels ayant eu recours à des formations spécifiques sur l'allaitement et sur la délivrance d'un tire-lait ont majoritairement déjà mis en place des entretiens destinés aux femmes enceintes ou allaitantes. Contrairement aux professionnels n'ayant effectué aucune formation, ou uniquement sur l'un de ces deux sujets, pour lesquels aucun entretien n'est proposé aux femmes enceintes ou allaitantes à l'officine (figure 34).

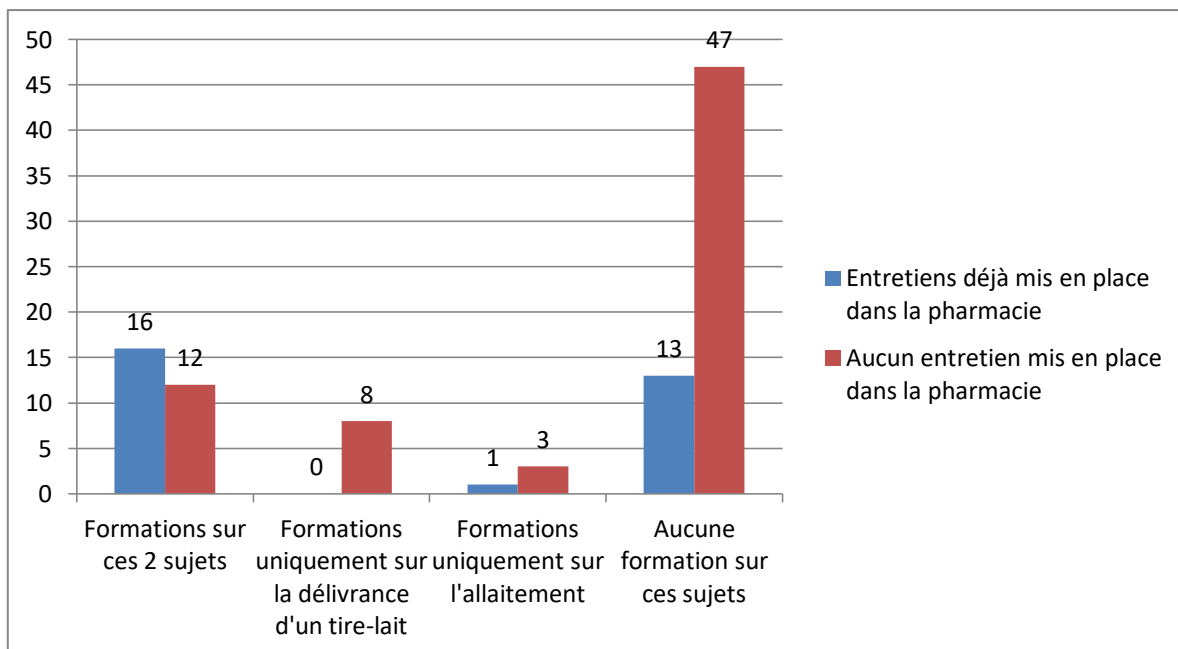


Figure 34 : Diagramme représentant le nombre de pharmacies proposant déjà, ou non, des entretiens pour les femmes enceintes ou allaitantes, en fonction d'éventuelle(s) formation(s) spécifique(s) effectuée(s) par le répondant

Le personnel officinal, qu'il ait déjà bénéficié de formations spécifiques ou non, est en majorité intéressé par l'entretien court de la femme enceinte (figure 35).

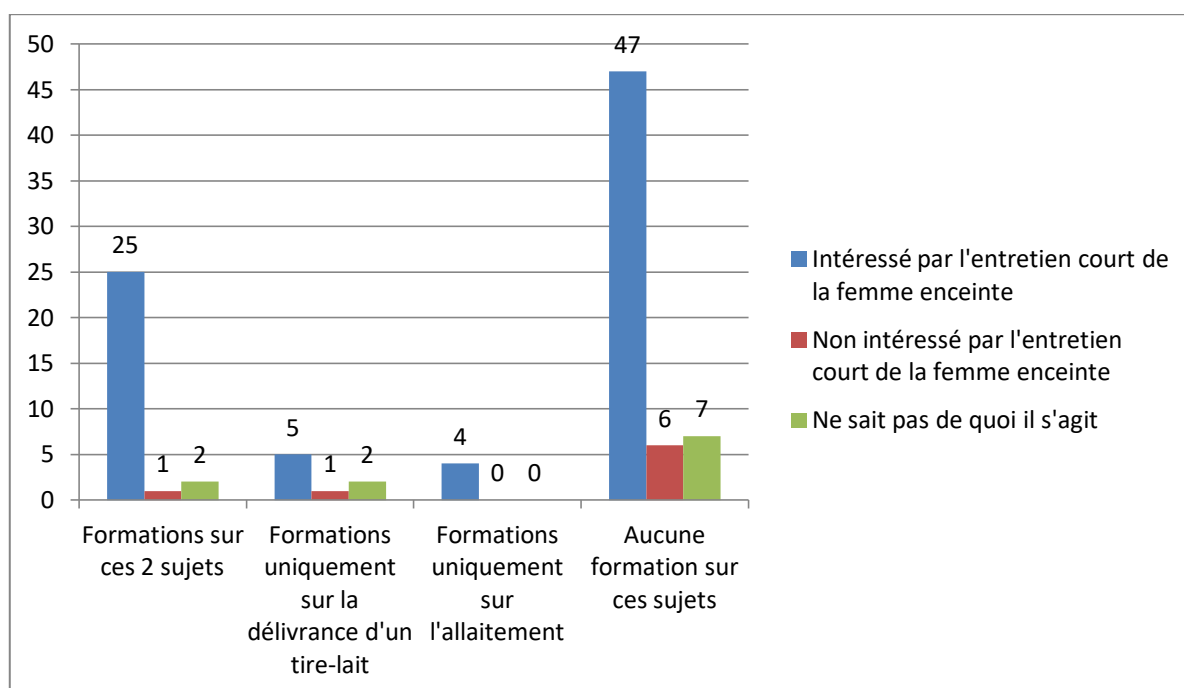


Figure 35 : Diagramme représentant le nombre de personnes intéressées par l'entretien court de la femme enceinte, en fonction d'éventuelle(s) formation(s) spécifique(s) effectuée(s) par le répondant

La majorité de ceux n'étant pas intéressé par cet entretien, ou ne sachant pas même de quoi il s'agit, n'a effectué aucune formation sur l'allaitement ou la délivrance d'un tire-lait. Cela peut donc s'expliquer par une désinformation ou un manque d'intérêt sur le sujet.

Le nombre moyen de tire-lait continuellement en location dans l'officine ne semble pas lié à d'éventuelles formations spécifiques effectuées ou non (figure 36). Toutefois, le répondant peut ne pas avoir fait lui-même de formations mais travailler dans une officine où d'autres personnes sont formées.

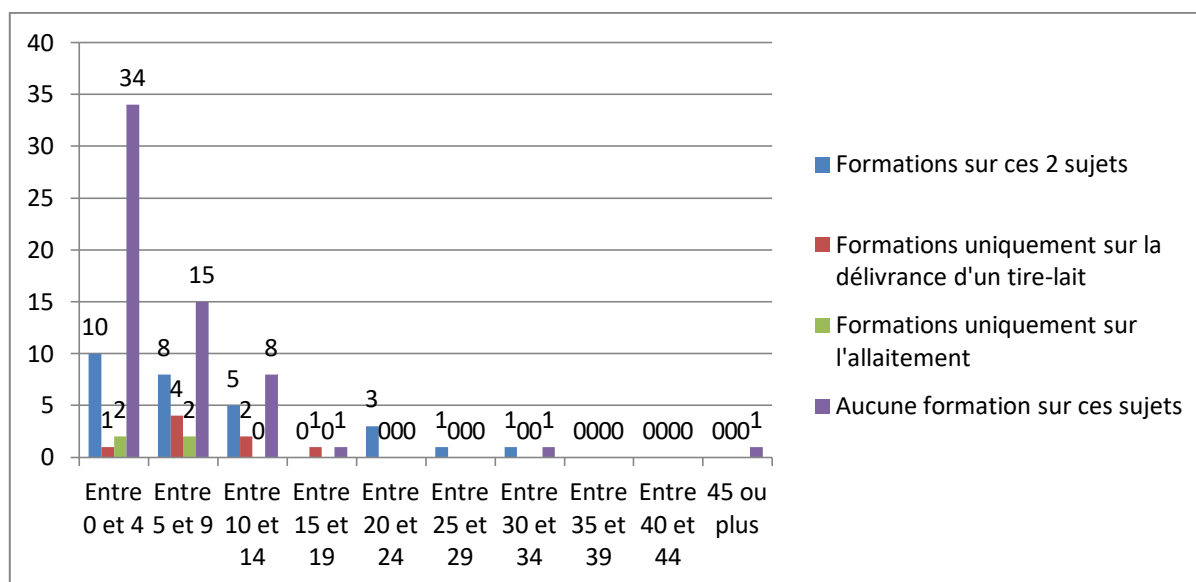


Figure 36 : Diagramme représentant le nombre de tire-lait continuellement en location dans l'officine, en fonction d'éventuelle(s) formation(s) spécifique(s) effectuée(s) par le répondant

Aussi, l'investissement que représente le matériel médical est une notion à prendre en considération. En effet, il peut être lié à un coût important, que ce soit en termes de ressources humaines, temporelles et/ou financières.

La durée moyenne consacrée à la délivrance d'un tire-lait est généralement plus importante lorsque la personne concernée a été formée spécifiquement sur ce sujet et sur l'allaitement (figure 37).

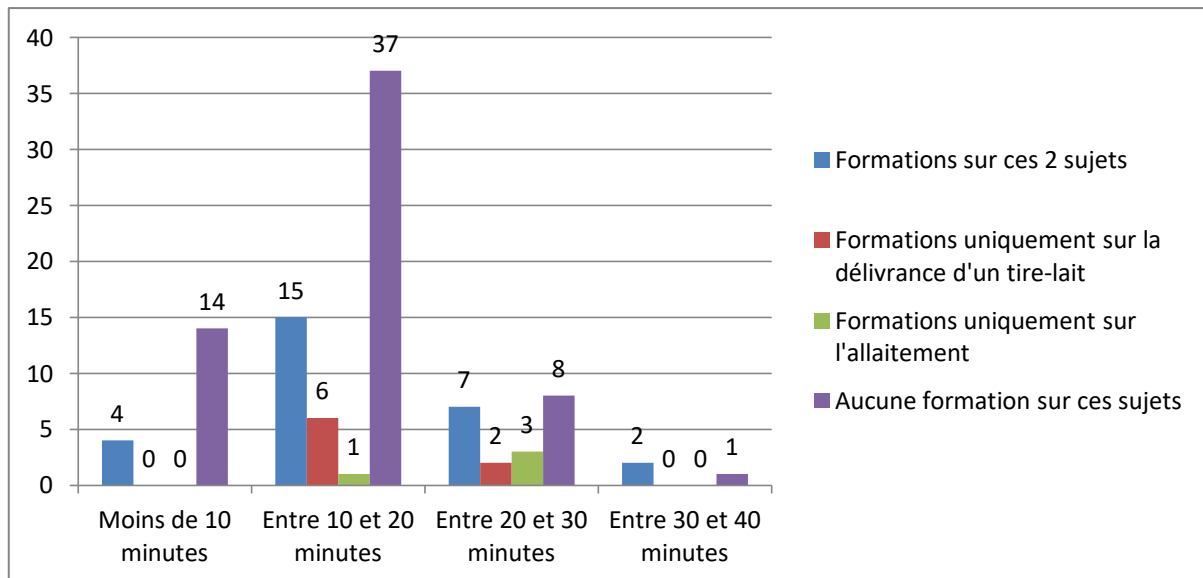


Figure 37 : Diagramme représentant la durée moyenne attribuée à la délivrance d'un tire-lait, en fonction de la typologie de l'officine

Parmi les trois répondants qui allouent plus de 30 minutes à la délivrance d'un tire-lait, deux sont formés sur l'allaitement et la délivrance d'un tire-lait, alors que le troisième n'a effectué aucune formation sur ces sujets.

Grâce aux formations, l'explication du matériel, la prise de mesure de la taille des téterelles mais également le temps accordé pour répondre aux questions, sont autant d'éléments pouvant fidéliser les femmes allaitantes.

Ainsi, il serait intéressant de comparer les délivrances afin d'en connaître la qualité, que ce soit au niveau des conseils, des ventes associées ou de la fidélisation que cela peut créer pour l'officine.

Il serait également intéressant de connaître la raison et la durée moyenne de la location. En effet, un tire-allaitement n'aura pas le même impact et ne demandera pas les mêmes ressources qu'une location à court terme, pour pallier à un engorgement par exemple.

Globalement, les professionnels ayant été formés sur l'allaitement et sur la délivrance d'un tire-lait se sentent plus à l'aise pour accompagner leurs patientes que les officinaux n'ayant effectué aucune formation spécifique (figure 38).

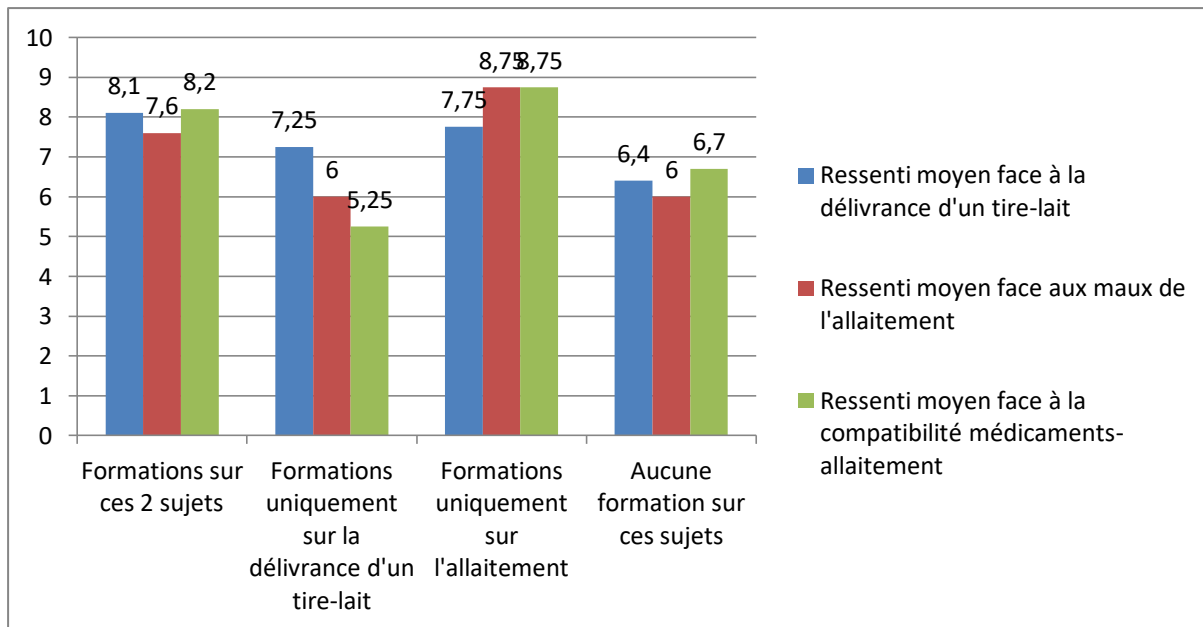


Figure 38 : Diagramme représentant le ressenti moyen des officinaux formés ou non, face à différentes situations liées à l'allaitement

Les professionnels de santé formés ont apporté globalement de meilleures réponses au sujet des crevasses et de l'engorgement, comparativement à ceux n'étant pas formés. En effet, la majorité des répondants non formés a fourni des conseils incomplets ou ne savait pas répondre à ces maux, alors que la plupart des répondants formés ont donné les conseils adéquats.

4. Fiches pratiques à l'officine

En complément de ce travail, des fiches utiles à l'officine sont disponibles ci-après afin d'aider les officinaux dans l'accompagnement de la femme, enceinte souhaitant allaiter, ou allaitante. Il est également possible de les télécharger en scannant le QR-code (figure 39), situé en bas à droite de chaque fiche.



Figure 39 : QR-code donnant accès au fichier PDF regroupant les fiches réalisées pour l'accompagnement de l'allaitement

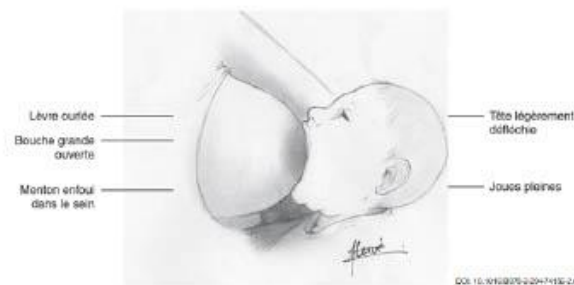
En effet, ces fiches portent sur des sujets pouvant amener la patiente à demander conseils à son pharmacien, tels que les différentes positions d'allaitement (d'après (56,65,72)), les principaux maux de l'allaitement (d'après (56,72)) et, évidemment, la compatibilité entre médicaments et allaitement (d'après (22,56,72,83)).

4.1. Positions d'allaitement

POSITIONS D'ALLAITEMENT

Bien se positionner

- S'installer confortablement, nuisance sonore limitée
- Soutien du bébé ferme au niveau de son rachis jusqu'à sa nuque
- Tête légèrement défléchie lui permettant d'ouvrir grand sa bouche et de déglutir
- Mamelon ressort rond (si pincé, aréole non englobée : mamelon ressort en bâton de rouge à lèvres)



S'assurer de l'efficacité de la tétée

Du côté de la maman

- Sensation de sein tété : picotement, chaleur, tension
- Sein vidé (souple) en fin de tétée

Du côté du bébé

- Succion type "bouche grande ouverte-pause-compression bouche ouverte", déglutition sonore langue sortie
- Calme, apaisé après la tétée (rot non systématique)
- Selle liquide jaune d'or (+/- grumeleuse)

Exemples de positions d'allaitement

Position dite "biologic nurturing" (BN) : mère allongée sur le dos, légèrement surélevée (à son goût), seins entièrement libres, bébé sur le ventre, allongé sur sa mère, les bras de la mère étant en berceau autour de lui.



Position dite « en ballon de rugby »

Position dite « Madone »

Position allongée

4.2. Maux de l'allaitement

MAUX DE L'ALLAITEMENT

Engorgement

Prévention	● S'assurer de l'efficacité des tétées / bonne vidange du sein
Prise en charge	● Drainer (augmenter fréquence des mises au sein, expression manuelle ou au tire-lait, vider le sein si besoin après chaque tétée) ● Antalgique (paracétamol) si besoin
Conseils associés	● Massage aréolaire (possible sous douche chaude) ● Eviter soutien-gorge trop serré ● Surveillance renforcée et prise en charge rapide pour éviter évolution mastite/lymphangite voire abcès

Crevasse

Prévention	● Position correcte du bébé lors des tétées ● Application de colostrum, lait maternel ou crèmes (lanoline, baume allaitement) sur le mamelon ● Si utilisation d'un tire-lait : vérifier taille des téterelles
Prise en charge	● Favoriser la cicatrisation du mamelon en fonction de la sévérité (application locale : lait maternel, lanoline, baume allaitement, pansement hydrogel, crèmes cicatrisantes à base de miel et d'acide hyaluronique) ● Antalgique (paracétamol) si besoin
Conseils associés	● Laisser les seins à l'air libre un maximum de temps ● Utilisation possible de bouts de seins ou d'un tire-lait

Mycose mammaire

Prévention	● Position correcte du bébé lors des tétées ● Hygiène normale (1 douche par jour, changement fréquent des coussinets d'allaitement) ● Vérifier absence de muguet buccal chez le bébé
Prise en charge	● Traitement local du mamelon : alcaliniser (bicarbonate à 14%, eau de Vichy) ● Traitement antifongique (voie locale ou générale, après avis médical) ● Antalgique (paracétamol) si besoin
Conseils associés	● Cure de probiotiques ● Si utilisation d'un tire-lait : lait maternel à conserver à température ambiante ou à congeler (pas au réfrigérateur : risque de contamination) ● Traiter muguet buccal chez bébé le cas échéant (après avis médical)

4.3. Médicaments et allaitement

MÉDICAMENTS ET ALLAITEMENT

Rappels

- **Devant tout comportement anormal** d'un bébé allaité (somnolence, défaut de prise de poids, etc.) :
 - rechercher une **prise médicamenteuse maternelle**
 - contacter les **centres de pharmacovigilance**
- La majeure partie des médicaments est **compatible** avec l'allaitement, mais le caractère de compatibilité d'une molécule peut être **modifié si plusieurs molécules sont prises concomitamment** (risque d'interactions médicamenteuses et possibles effets de potentialisation).

Conseils

- Recommander la prise du médicament **juste après** la tétée, en privilégiant ceux ayant une **demi-vie courte** (< 3 heures) et **sans métabolites actifs**.
- **Utilisation possible d'un tire-lait**
- **Pas d'automédication**

Recommandations

Diffusion passive	● Le passage des médicaments dans le lait maternel se réalise essentiellement par diffusion passive, donc une molécule ayant un faible poids moléculaire pénètre plus facilement ● Les molécules lourdes (insuline, héparines, interférons, immunoglobulines) ne passent pratiquement pas dans le lait.
Degré d'ionisation	● Le passage dépend également du degré d'ionisation de la molécule : plus une substance est ionisée, moins elle pénètre à travers les membranes. Le pH du lait maternel est acide (6,6 à 7,3) comparativement au pH plasmatique (7,4). ● Les bases faibles se retrouvent donc dans le lait maternel (barbituriques, bêta-bloquants)
Solubilité	● Le lait maternel est lipophile, les médicaments liposolubles se retrouvent donc dans le lait. ● Les anxiolytiques et antidépresseurs sont généralement liposolubles.
Fraction libre	● Seule la fraction libre du médicament peut arriver dans le lait maternel. ● Privilégier un médicament fortement (> 90%) lié aux protéines plasmatiques si possible (paroxétine, anti-inflammatoire non stéroïdien, propranolol, ...)

Se référer

- www.le-crat.fr
- ANSM, Vidal, Thériaque, Base de données publiques des médicaments, ...
- Les RCP et AMM étant opposables, la survenue d'un effet indésirable attribuable au non-respect d'une recommandation engage la responsabilité du prescripteur.

Conclusion

Malgré tous ses avantages, en France, l'allaitement maternel n'est pas le choix unanime des futurs et nouveaux parents pour l'alimentation des nourrissons. Lorsque ce choix d'alimentation est fait, il est essentiel d'être bien accompagné pour qu'il se déroule au mieux. Pourtant, parmi les professionnels de santé entourant la femme allaitante, le personnel officinal manque cruellement d'armes pour répondre aux différentes questions et maux de l'allaitement. En effet, peu importe la typologie de l'officine ou le poste occupé en son sein, sans formation spécifique les connaissances acquises lors des études au sujet de l'allaitement sont majoritairement insuffisantes. En cause, des connaissances trop lointaines pour certains mais, pour la plupart, il s'agit surtout d'un sujet qui a été trop brièvement, très peu, voire pas du tout abordé pendant les études.

L'entretien court de la femme enceinte proposé par l'Assurance Maladie pourrait permettre un premier pas vers l'accompagnement de l'allaitement, même si cet entretien encadré ne prévoit pas de discussion autour du choix de l'alimentation du futur nouveau-né (119). L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) recommande aux femmes enceintes souhaitant allaiter d'en informer les professionnels de santé qui l'accompagne (122). Ainsi, il serait pertinent d'ajouter une partie informative sur l'allaitement maternel afin que les pharmaciens soient plus impliqués à ce sujet, qu'ils puissent guider au mieux les femmes ayant déjà choisi d'allaiter, mais également les femmes demandeuses d'informations à ce propos. Il ne s'agit pas de convaincre toutes les femmes d'allaiter, mais de s'assurer que chaque personne ait accès au soutien et à l'éducation nécessaires pour prendre une décision libre et éclairée. Proposer systématiquement la participation du (de la) partenaire à cet entretien permettrait également une sensibilisation maximale du couple sur les différents sujets évoqués (123). De plus, malgré une rémunération jugée insuffisante, le personnel officinal est majoritairement intéressé par cet entretien (même les préparateurs en pharmacie qui ne sont, pour l'heure, pas autorisés à le réaliser). Pourtant, peu d'entretiens sont encore mis en place à l'officine, vraisemblablement principalement à cause d'un manque de moyens (manque de temps, manque de personnel, ...).

L'enquête réalisée confirme également l'envie d'apprendre du personnel officinal. En effet, la majorité des répondants souhaite bénéficier de formations supplémentaires, notamment pour s'améliorer et pouvoir ainsi mieux conseiller et accompagner les patientes à l'officine. Une formation en allaitement adaptée aux besoins des officinaux a une efficacité immédiate sur leurs connaissances et pourrait donc être diffusée afin d'améliorer la prise en charge des femmes allaitantes à l'officine (39). Des études en Australie et en Belgique ont également mis en évidence le manque de formation des pharmaciens sur l'allaitement (124,125). Des formations supplémentaires à ce sujet seraient donc pertinentes afin d'améliorer les connaissances des pharmaciens et par conséquent, contribuer véritablement à une meilleure prise en charge des femmes allaitantes. Les femmes, enceintes souhaitant allaiter, ou allaitantes, devraient ainsi pouvoir compter sur un soutien pluridisciplinaire avec des professionnels de santé qualifiés pour répondre à leurs attentes et les soutenir dans leur choix d'alimentation pour leur bébé.

Bibliographie

1. OMS. [En ligne]. Infant and young child feeding [cité le 10 nov 2023]. Disponible: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
2. Initiative Hôpital Ami des Bébé. IHAB [En ligne]. Les 12 recommandations du programme IHAB [cité le 6 juin 2022]. Disponible: <https://www.i-hab.fr/le-programme-ihab/12-recommandation-s-ihab/>
3. Buisson O. Le label Ihab, la parole aux professionnels de maternité. Sages-Femmes. 2021;20(6):40-2. DOI: 10.1016/j.sagf.2021.09.010
4. 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. 2015;44(10):1071-9. DOI: 10.1016/j.jgyn.2015.09.026
5. Pougnet R, Tanneau C, Pougnet L. L'allaitement est-il un "bien" ? Sages-Femmes. 2020;19(2):45-9. DOI: 10.1016/j.sagf.2020.01.012
6. OMS. [En ligne]. Allaitement [cité le 6 juin 2022]. Disponible: <https://www.who.int/fr/health-topics/breastfeeding>
7. HAS. [En ligne]. Allaitement maternel [cité le 16 nov 2023]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf
8. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention [En ligne]. 15 nov 2023. Les 1000 premiers jours, qu'est-ce que c'est ? [cité le 15 nov 2023]. Disponible: <https://sante.gouv.fr/archives/archives-affaires-sociales/familles-enfance/les-1000-premiers-jours-qu-est-ce-que-c-est/>
9. Ibanez G, Martin N, Denantes M, Saurel-Cubizolles M-J, Ringa V, Magnier A-M. Prevalence of breastfeeding in industrialized countries. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 2012;60(4):305-20. DOI: 10.1016/j.respe.2012.02.008
10. Ameli. [En ligne]. Durée du congé maternité d'une salariée [cité le 16 nov 2023]. Disponible: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/duree-du-conge-maternite/conge-maternite-salariee>
11. Courtois F, Péneau S, Salanave B, Andreeva VA, Roland-Cachera MF, Touvier M, et al. Trends in breastfeeding practices and mothers' experience in the French NutriNet-Santé cohort. Int Breastfeed J. 2021;16(1):50. DOI: 10.1186/s13006-021-00397-x
12. IPhAN. [En ligne]. Pharmacie amie des nourrissons [cité le 16 nov 2023]. Disponible: <https://iphan.fr/>
13. Le Fournier C. L'Initiative pharmacie amie des nourrissons, une démarche innovante. Actual Pharm. 2022;61(614):24-8. DOI: 10.1016/j.actpha.2021.12.045

14. Poumellec L, Hemadou J, Maccagnan S, Delotte J, Chamorey E, Musso A. P085 - Facteurs favorisant la durée de l'allaitement maternel d'au moins six mois chez les femmes allaitantes françaises. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. 2023;71:101729. DOI: 10.1016/j.respe.2023.101729
15. Delemer C, Musso A, Maccagnan S, Delotte J, Chamorey E, Bourgeois M, et al. Effet de la restriction des visites en maternité sur le déroulement des allaitements pendant le 1er confinement. Étude de cohorte bicentrique avant et pendant période COVID. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 2023;51(1):98. DOI: 10.1016/j.gofs.2022.11.127
16. Gremmo-Féger G. Actualisation des connaissances concernant la physiologie de l'allaitement. *Arch Pédiatrie*. 2013;20(9):1016-21. DOI: 10.1016/j.arcped.2013.06.011
17. Ramsay DT, Kent JC, Hartmann RA, Hartmann PE. Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. *J Anat*. 2005;206(6):525-34. DOI: 10.1111/j.1469-7580.2005.00417.x
18. Neville MC. Physiology of Lactation. *Clin Perinatol*. 1999;26(2):251-79. DOI: 10.1016/S0095-5108(18)30053-8
19. Sriraman NK. The Nuts and Bolts of Breastfeeding: Anatomy and Physiology of Lactation. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017;47(12):305-10. DOI: 10.1016/j.cppeds.2017.10.001
20. Geddes DT, Gridneva Z, Perrella SL, Mitoulas LR, Kent JC, Stinson LF, et al. 25 Years of Research in Human Lactation: From Discovery to Translation. *Nutrients*. 2021;13(9):3071. DOI: 10.3390/nu13093071
21. Boquien C-Y. Human Milk: An Ideal Food for Nutrition of Preterm Newborn. *Front Pediatr*. 2018;6:295. DOI: 10.3389/fped.2018.00.295
22. Radan C. Le lait maternel, un aliment de premier choix. *Actual Pharm*. 2018;57(577):42-5. DOI: 10.1016/j.actpha.2018.04.009
23. Ballard O, Morrow AL. Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors. *Pediatr Clin North Am*. 2013;60(1):49-74. DOI: 10.1016/j.pcl.2012.10.002
24. El-Loly MM. Colostrum ingredients, its nutritional and health benefits - an overview. *Clin Nutr Open Sci*. 2022;44:126-43. DOI: 10.1016/j.nutos.2022.07.001
25. Boquien C-Y. Le lait maternel : un aliment idéal pour la nutrition du nouveau-né (En lien avec sa croissance et son devenir neuro-moteur). *Cah Nutr Diététique*. 2018;53(6):322-31. DOI: 10.1016/j.cnd.2018.07.003
26. Okburan G, Kızıler S. Human milk oligosaccharides as prebiotics. *Pediatr Neonatol*. 2023; DOI: 10.1016/j.pedneo.2022.09.017

27. Roy D, Ye A, Moughan PJ, Singh H. Composition, Structure, and Digestive Dynamics of Milk From Different Species—A Review. *Front Nutr.* 2020;7:577759. DOI: 10.3389/fnut.2020.577759
28. Kandhro F, Kazi TG, Afridi HI, Baig JA. Compare the nutritional status of essential minerals in milk of different cattle and humans: Estimated daily intake for children. *J Food Compos Anal.* 2022;105:104214. DOI: 10.1016/j.jfca.2021.104214
29. Hageman JHJ, Danielsen M, Nieuwenhuizen AG, Feitsma AL, Dalsgaard TK. Comparison of bovine milk fat and vegetable fat for infant formula: Implications for infant health. *Int Dairy J.* 2019;92:37-49. DOI: 10.1016/j.idairyj.2019.01.005
30. Pietrzak-Fiećko R, Kamelska-Sadowska AM. The Comparison of Nutritional Value of Human Milk with Other Mammals' Milk. *Nutrients. Multidisciplinary Digital Publishing Institute;* 2020;12(5):1404. DOI: 10.3390/nu12051404
31. Tounian P, Javalet M, Sarrio F. 1 - Allaitement maternel. Dans: Tounian P, Javalet M, Sarrio F, directeurs. *Alimentation de L'enfant de 0 a 3 Ans (Troisième Édition).* Paris: Elsevier Masson; 2017. DOI: 10.1016/B978-2-294-74853-0.00001-6
32. Gridneva Z, George AD, Suwaydi MA, Sindi AS, Jie M, Stinson LF, et al. Environmental determinants of human milk composition in relation to health outcomes. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. 2022;111(6):1121-6. DOI: 10.1111/apa.16263
33. Meek JY, Noble L, Section on Breastfeeding. Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics.* 2022;150(1):e2022057988. DOI: 10.1542/peds.2022-057988
34. North K, Gao M, Allen G, Lee AC. Breastfeeding in a Global Context: Epidemiology, Impact, and Future Directions. *Clin Ther.* 2022;44(2):228-44. DOI: 10.1016/j.clinthera.2021.11.017
35. Hébel P, Francou A, Egroo LDV, Rougé C, Mares P. Consommation alimentaire et apports nutritionnels chez les femmes allaitantes, en France. *Cah Nutr Diététique.* 2018;53(4):209-17. DOI: 10.1016/j.cnd.2018.02.001
36. Darmaun D. La nutrition des mille premiers jours : quels enjeux ? *Nutr Clin Métabolisme.* 2020;34(3):183-93. DOI: 10.1016/j.nupar.2020.04.004
37. Marcellin L, Chantry AA. Allaitement maternel (partie III) : complications de l'allaitement – Recommandations pour la pratique clinique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2015;44(10):1084-90. DOI: 10.1016/j.jgyn.2015.09.029
38. Clere N. L'alimentation du nouveau-né. *Actual Pharm.* 2014;53(533):40-2. DOI: 10.1016/j.actpha.2013.12.010
39. Carré M, Geiler I, Dumoulin D, Schanen C, Bomy H, Rousseau S, et al. Allaitement maternel et pratiques à l'officine : intérêt d'une formation pour les

- pharmaciens et préparateurs en pharmacie. *Rev Médecine Périnatale*. 2017;9(3):171-7. DOI: 10.1007/s12611-017-0393-5
40. Dubois C, Kugener B. Mort inattendue du nourrisson : comment l'éviter ? Mise au point sur les facteurs de risque et de protection. *J Pédiatrie Puériculture*. 2023; DOI: 10.1016/j.jpp.2023.09.002
 41. Amalia N, Orchard D, Francis KL, King E. Systematic review and meta-analysis on the use of probiotic supplementation in pregnant mother, breastfeeding mother and infant for the prevention of atopic dermatitis in children. *Australas J Dermatol*. 2020;61(2):e158-73. DOI: 10.1111/ajd.13186
 42. Westerfield KL, Koenig K, Oh R. Breastfeeding: Common Questions and Answers. *Am Fam Physician*. 2018;98(6):368-73.
 43. Lodge CJ, Tan DJ, Lau MXZ, Dai X, Tham R, Lowe AJ, et al. Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. 2015;104(467):38-53. DOI: 10.1111/apa.13132
 44. Ancel H. L'influence de l'allaitement maternel sur la croissance craniofaciale. *Rev Sage-Femme*. 2019;18(2):61-7. DOI: 10.1016/j.sagf.2018.12.001
 45. Linde K, Lehnig F, Nagl M, Kersting A. The association between breastfeeding and attachment: A systematic review. *Midwifery*. 2020;81:102592. DOI: 10.1016/j.midw.2019.102592
 46. Del Ciampo L, Del Ciampo I. Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet*. 2018;40(06):354-9. DOI: 10.1055/s-0038-1657766
 47. Sattari M, Serwint JR, Levine DM. Maternal Implications of Breastfeeding: A Review for the Internist. *Am J Med*. 2019;132(8):912-20. DOI: 10.1016/j.amjmed.2019.02.021
 48. Lambrinou C-P, Karaglani E, Manios Y. Breastfeeding and postpartum weight loss. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2019;22(6):413-7. DOI: 10.1097/MCO.0000000000000597
 49. Ondrušová S. Breastfeeding and Bonding: A Surprising Role of Breastfeeding Difficulties. *Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med*. 2023;18(7):514-21. DOI: 10.1089/bfm.2023.0021
 50. Barnes J, Theule J. Maternal depression and infant attachment security: A meta-analysis. *Infant Ment Health J*. 2019;40(6):817-34. DOI: 10.1002/imhj.21812
 51. Tsai J-M, Tsai L-Y, Tsay S-L, Chen Y-H. The prevalence and risk factors of postpartum depression among women during the early postpartum period: a retrospective secondary data analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2023;62(3):406-11. DOI: 10.1016/j.tjog.2023.03.003

52. Xia M, Luo J, Wang J, Liang Y. Association between breastfeeding and postpartum depression: A meta-analysis. *J Affect Disord.* 2022;308:512-9. DOI: 10.1016/j.jad.2022.04.091
53. Mikšić Š, Uglešić B, Jakab J, Holik D, Milostić Srb A, Degmečić D. Positive Effect of Breastfeeding on Child Development, Anxiety, and Postpartum Depression. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(8):2725. DOI: 10.3390/ijerph17082725
54. Toledo C, Cianelli R, Villegas Rodriguez N, De Oliveira G, Gattamorta K, Wojnar D, et al. The significance of breastfeeding practices on postpartum depression risk. *Public Health Nurs.* 2022;39(1):15-23. DOI: 10.1111/phn.12969
55. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet Lond Engl.* 2016;387(10017):475-90. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
56. Rigourd V, Nicloux M, Hovanishian S, Giuséppi A, Hachem T, Assaf Z, et al. Conseils pour l'allaitement maternel. *J Pédiatrie Puériculture.* 2018;31(2):53-74. DOI: 10.1016/j.jpp.2018.03.004
57. DGS_Anne.M, DGS_Anne.M. Ministère de la Santé et de la Prévention [En ligne]. 22 nov 2023. Le carnet de santé de l'enfant [cité le 22 nov 2023]. Disponible: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/carnet-de-sante>
58. Ameli. [En ligne]. Droit de prescription des sages-femmes [cité le 22 nov 2023]. Disponible: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/delivrance-produits-sante/droits-prescription/droit-prescription-sages-femmes>
59. Légifrance. [En ligne]. Sous-section 5 : Dispositions particulières à l'allaitement. (Articles L1225-30 à L1225-33) - Légifrance [cité le 22 nov 2023]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072050/LEGI_SCTA000006195594/#LEGISCTA000006195594
60. Assurance Maladie. [En ligne]. LPP : Fiche TIRE-LAIT ÉLECTRIQUE RÉGLABLE À DÉPRESSION, FORFAIT MISE À DISPOSITION [cité le 22 nov 2023]. Disponible: http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p_code_tips=1161248&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI
61. Assurance Maladie. [En ligne]. LPP : Fiche TIRE-LAIT ÉLECTRIQUE RÉGLABLE À DÉPRESSION, FORFAIT LOCATION HEBDOMADAIRE [cité le 22 nov 2023]. Disponible: http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p_code_tips=1129440&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI
62. La Leche League. La Leche League - Réseau Pour l'Allaitement [En ligne]. S.O.S. Allaitement [cité le 16 nov 2023]. Disponible: <https://lalecheleague.fr/sos-allaitement/>

63. Cespharm. [En ligne]. Allaitement maternel : procurez-vous le guide actualisé [cité le 24 nov 2023]. Disponible: <https://www.cespharm.fr/prevention-sante/actualites/2023/allaitement-maternel-procurez-vous-le-guide-actualise>
64. 1000 Premiers Jours. 1000 Premiers Jours - Là où tout commence [En ligne]. Tirer son lait [cité le 22 nov 2023]. Disponible: <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/lallaitement-en-tirant-son-lait>
65. Rigourd V, Jacquemain K, Mari S, De Villepin B, Bellanger C, Serror JY, et al. Allaitement maternel : difficultés et complications. *Perfect En Pédiatrie*. 2019;2(1):62-71. DOI: 10.1016/j.perped.2019.01.003
66. HAS. [En ligne]. Indications lactarium [cité le 22 nov 2023]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-05/_reco323__indications__lactarium__fiche_memo__mel.pdf
67. ANSM [En ligne]. Actualité - L'ANSM publie le nouveau référentiel des bonnes pratiques en matière de lait maternel pasteurisé issu des lactariums [cité le 22 nov 2023]. Disponible: <https://ansm.sante.fr/actualites/lansm-publie-le-nouveau-referentiel-des-bonnes-pratiques-en-matiere-de-lait-maternel-pasteurise-issu-des-lactariums>
68. van Veldhuizen-Staas CG. Overabundant milk supply: an alternative way to intervene by full drainage and block feeding. *Int Breastfeed J*. 2007;2:11. DOI: 10.1186/1746-4358-2-11
69. Orphanet. [En ligne]. Galactosémie classique [cité le 15 févr 2023]. Disponible: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=FR&Expert=79239
70. Améli. [En ligne]. Suivi de l'enfant après l'accouchement [cité le 15 févr 2023]. Disponible: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accouchement-et-nouveau-ne/depistage-neonatal-suivi-bebe>
71. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [cité le 2 déc 2023]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
72. Chapitre 3 - Allaitement maternel et alimentation du nouveau-né/nourrisson. Dans: Battut A, Harvey T, Lapillonne A, directeurs. 105 Fiches pour le Suivi Post-Natal Mère-enfant. Paris: Elsevier Masson; 2015. DOI: 10.1016/B978-2-294-74156-2.00003-8
73. Marcellin L, Chantry AA. Allaitement maternel (partie II) : méthodes d'inhibition de la lactation – recommandations pour la pratique clinique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2015;44(10):1080-3. DOI: 10.1016/j.jgyn.2015.09.028
74. Haastrup MB, Pottegård A, Damkier P. Alcohol and breastfeeding. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2014;114(2):168-73. DOI: 10.1111/bcpt.12149
75. Koletzko B, Lehner F. Beer and breastfeeding. *Adv Exp Med Biol*. 2000;478:23-8. DOI: 10.1007/0-306-46830-1_2

76. Macchi M, Bambini L, Franceschini S, Alexa ID, Agostoni C. The effect of tobacco smoking during pregnancy and breastfeeding on human milk composition-a systematic review. *Eur J Clin Nutr.* 2021;75(5):736-47. DOI: 10.1038/s41430-020-00784-3
77. HAS. [En ligne]. *Grossesse_tabac_long.pdf* [cité le 29 nov 2023]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_long.pdf
78. Navarrete F, García-Gutiérrez MS, Gasparyan A, Austrich-Olivares A, Femenía T, Manzanares J. Cannabis Use in Pregnant and Breastfeeding Women: Behavioral and Neurobiological Consequences. *Front Psychiatry.* 2020;11:586447. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.586447
79. Zucker I. Psychoactive drug exposure during breastfeeding: a critical need for preclinical behavioral testing. *Psychopharmacology (Berl).* 2018;235(5):1335-46. DOI: 10.1007/s00213-018-4873-0
80. Marcellin L, Chantry AA. Allaitement maternel (partie IV) : usages des médicaments, diététique et addictions – recommandations pour la pratique clinique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2015;44(10):1091-100. DOI: 10.1016/j.jgyn.2015.09.030
81. CRAT. [En ligne]. Centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte [cité le 5 mars 2023]. Disponible: <https://lecrat.fr/>
82. Cardoso E, Monfort A, Ferreira E, Nordeng H, Winterfeld U, Allegaert K, et al. Maternal drugs and breastfeeding: Risk assessment from pharmacokinetics to safety evidence - A contribution from the ConcePTION project. *Thérapies.* 2023;78(2):149-56. DOI: 10.1016/j.therap.2023.01.008
83. Coulm B. Prescription médicamenteuse en cours d'allaitement. *Sages-Femmes.* 2021;20(4):28-32. DOI: 10.1016/j.sagf.2021.05.008
84. Geddes D, Perrella S. Breastfeeding and Human Lactation. *Nutrients. Multidisciplinary Digital Publishing Institute;* 2019;11(4):802. DOI: 10.3390/nu11040802
85. World Health Organization. [En ligne]. Nutrition [cité le 15 nov 2023]. Disponible: <https://www.who.int/fr/health-topics/nutrition>
86. OMS. [En ligne]. Infant and young child nutrition [cité le 6 juin 2022]. Disponible: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r2.pdf
87. World Health Organization. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. 2014. Disponible: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.1>
88. Muro-Valdez JC, Meza-Rios A, Aguilar-Uscanga BR, Lopez-Roa RI, Medina-Díaz E, Franco-Torres EM, et al. Breastfeeding-Related Health Benefits in Children and Mothers: Vital Organs Perspective. *Medicina (Mex). Multidisciplinary Digital Publishing Institute;* 2023;59(9):1535. DOI: 10.3390/medicina59091535

89. Blondeau N, Schneider SM. Les acides gras essentiels de la famille des oméga-3 et la santé de la mère et de l'enfant. *Nutr Clin Métabolisme*. 2006;20(2):68-72. DOI: 10.1016/j.nupar.2006.04.008
90. La Leche League France. [En ligne]. AA 113 : Se nourrir quand on allaite [cité le 24 nov 2023]. Disponible: <https://www.llfFrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1152-aa-113-se-nourrir-quand-on-allaite>
91. Maier AS, Chabanet C, Schaal B, Leathwood PD, Issanchou SN. Breastfeeding and experience with variety early in weaning increase infants' acceptance of new foods for up to two months. *Clin Nutr*. 2008;27(6):849-57. DOI: 10.1016/j.clnu.2008.08.002
92. Mennella JA, Jagnow CP, Beauchamp GK. Prenatal and Postnatal Flavor Learning by Human Infants. *Pediatrics*. 2001;107(6):e88. DOI: 10.1542/peds.107.6.e88
93. Moali M, Bencharif M, Agli A, Oulamara H. Les expériences gustatives précoces persistent-elles à influencer les préférences alimentaires des enfants à l'âge scolaire ? *Nutr Clin Métabolisme*. 2022;36(2):99-105. DOI: 10.1016/j.nupar.2021.12.002
94. Allaitement au sein et allergie de l'enfant. *Rev Francoph Lab*. 2008;2008(398):19. DOI: 10.1016/S1773-035X(08)70127-8
95. Payot F. Prévention primaire de l'allergie IgE-médiée aux protéines du lait de vache. *Rev Fr Allergol*. 2020;60(6):566-70. DOI: 10.1016/j.reval.2020.01.018
96. Sabouraud-Leclerc D. Quelles recommandations actuelles pour prévenir les allergies alimentaires ? *Rev Fr Allergol*. 2022;62(6, Supplément):6S29-34. DOI: 10.1016/S1877-0320(22)00487-0
97. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW, COMMITTEE ON NUTRITION, SECTION ON ALLERGY AND IMMUNOLOGY, Abrams SA, et al. The Effects of Early Nutritional Interventions on the Development of Atopic Disease in Infants and Children: The Role of Maternal Dietary Restriction, Breastfeeding, Hydrolyzed Formulas, and Timing of Introduction of Allergenic Complementary Foods. *Pediatrics*. 2019;143(4):e20190281. DOI: 10.1542/peds.2019-0281
98. Sindi AS, Geddes DT, Wlodek ME, Muhlhausler BS, Payne MS, Stinson LF. Can we modulate the breastfed infant gut microbiota through maternal diet? *FEMS Microbiol Rev*. 2021;45(5):fuab011. DOI: 10.1093/femsre/fuab011
99. Boudry G, Charton E, Le Huerou-Luron I, Ferret-Bernard S, Le Gall S, Even S, et al. The Relationship Between Breast Milk Components and the Infant Gut Microbiota. *Front Nutr*. 2021;8:629740. DOI: 10.3389/fnut.2021.629740
100. van den Elsen LWJ, Garssen J, Burcelin R, Verhasselt V. Shaping the Gut Microbiota by Breastfeeding: The Gateway to Allergy Prevention? *Front Pediatr*. 2019;7:47. DOI: 10.3389/fped.2019.00047

101. Lyons KE, Ryan CA, Dempsey EM, Ross RP, Stanton C. Breast Milk, a Source of Beneficial Microbes and Associated Benefits for Infant Health. *Nutrients*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute; 2020;12(4):1039. DOI: 10.3390/nu12041039
102. Layuk N, Sinrang AW, Asad S. Early initiation of breastfeeding and gut microbiota of neonates: A literature review. *Med Clínica Práctica*. 2021;4:100222. DOI: 10.1016/j.mcpsp.2021.100222
103. Zimmermann P, Curtis N. Breast milk microbiota: A review of the factors that influence composition. *J Infect*. 2020;81(1):17-47. DOI: 10.1016/j.jinf.2020.01.023
104. Halemani K, Shetty AP, Thimmappa L, Issac A, Dhiraaj S, Radha K, et al. Impact of probiotic on anxiety and depression symptoms in pregnant and lactating women and microbiota of infants: A systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*. 13:04038. DOI: 10.7189/jogh.13.04038
105. David C, Boinet T. Les laits infantiles, de la naissance à 6 mois. *Actual Pharm*. 2019;58(587):13-6. DOI: 10.1016/j.actpha.2019.04.003
106. Nexon M. Accompagner les parents dans le choix du lait destiné à leur enfant. *Actual Pharm*. 2022;61(618, Supplement):19-22. DOI: 10.1016/j.actpha.2022.07.022
107. Clere N. Comment choisir un substitut au lait maternel. *Actual Pharm*. 2015;54(549):43-6. DOI: 10.1016/j.actpha.2015.07.009
108. Améli. [En ligne]. Bien préparer un biberon [cité le 22 nov 2023]. Disponible: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/alimentation-0-3-ans/preparer-biberon>
109. Maternite. Maternite [En ligne]. 22 juin 2023. Tout savoir sur la règle d'Appert : formule et exemples concrets [cité le 22 nov 2023]. Disponible: <https://maternite.org/regle-dappert/>
110. Maternité [En ligne]. 4 nov 2016. Nourrir votre enfant au biberon [cité le 22 nov 2023]. Disponible: <https://maternite.chu-grenoble.fr/nourrir-votre-enfant-au-biberon>
111. La Leche League France. [En ligne]. Tirer son lait [cité le 2 déc 2023]. Disponible: <https://www.llfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1138-tirer-son-lait>
112. Beaumont A-L, Peiffer-Smadja N. Antibiothérapie dans la prise en charge des abcès du sein. *Imag Femme*. 2022;32(4):82-6. DOI: 10.1016/j.femme.2022.09.001
113. La Boîte Rose [En ligne]. Tout savoir sur le coquillage d'allaitement [cité le 24 nov 2023]. Disponible: <https://www.laboiterose.fr/fr/bebe/allaitement/allaitement-tout-savoir/tout-savoir-sur-le-coquillage-d-allaitement>

114. Capgras C, Chaverondier M, Curtelin M-C, Faysse O. Promouvoir l'allaitement maternel en PMI. Sages-Femmes. 2021;20(5):13-4. DOI: 10.1016/j.sagf.2021.06.004
115. Dodd V, Chalmers C. Comparing the Use of Hydrogel Dressings to Lanolin Ointment With Lactating Mothers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2003;32(4):486-94. DOI: 10.1177/0884217503255098
116. Tait P. Nipple pain in breastfeeding women: causes, treatment, and prevention strategies. J Midwifery Womens Health. 2000;45(3):212-5. DOI: 10.1016/S1526-9523(00)00011-8
117. La Leche League France. [En ligne]. AA 132: Hyperlactation et réflexe d'éjection du lait trop fort [cité le 24 nov 2023]. Disponible: <https://www.llfFrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/2309-aa-132-hyperlactation-et-reflexe-d-ejection-du-lait-trop-fort>
118. La Boîte Rose [En ligne]. Les pleurs du soir chez bébé : comment agir ? [cité le 25 nov 2023]. Disponible: <https://www.laboiterose.fr/fr/bebe/sommeil-bebe/sommeil-du-nouveau-ne/les-pleurs-du-soir-chez-bebe-comment-agir>
119. Améli. [En ligne]. Entretien femme enceinte [cité le 29 oct 2023]. Disponible: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/sante-prevention/accompagnements/entretien-femme-enceinte>
120. 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.
121. Fédération des Pharmaciens de France. [En ligne]. 10 févr 2023. Attractivité de la branche de la pharmacie d'officine [cité le 29 oct 2023]. Disponible: <https://www.fspf.fr/attractivite-de-la-branche-de-la-pharmacie-dofficine-2/>
122. ANSM. ANSM [En ligne]. Dossier thématique - Médicaments et allaitement [cité le 2 déc 2023]. Disponible: <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/medicaments-et-grossesse/medicaments-et-allaitement>
123. 1000 Premiers Jours - Là où tout commence [En ligne]. L'accompagnement dans l'allaitement [cité le 22 nov 2023]. Disponible: <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/laccompagnement-dans-lallaitement>
124. Ceulemans M, Liekens S, Van Calsteren K, Allegaert K, Foulon V. Community pharmacists' attitudes, barriers, knowledge and counseling practice with regard to preconception, pregnancy and lactation. Res Soc Adm Pharm. 2020;16(9):1192-200. DOI: 10.1016/j.sapharm.2019.12.010
125. Sim TF, Hattingh HL, Sherriff J, Tee LBG. Towards the implementation of breastfeeding-related health services in community pharmacies: Pharmacists' perspectives. Res Soc Adm Pharm. 2017;13(5):980-8. DOI: 10.1016/j.sapharm.2017.03.005

Le rôle du personnel officinal dans l'accompagnement de l'allaitement

Bonjour,

Ce questionnaire a pour but de compléter mon travail d'écriture de thèse afin de comprendre les différentes pratiques en Métropole, les motivations et/ou les craintes et raisons pour lesquelles le personnel officinal s'investit plus ou moins dans l'accompagnement de l'allaitement.

Vos réponses resteront anonymes, mais si vous acceptez d'être recontacté(e) pour discuter du sujet vous pouvez évidemment me joindre par mail.

Je vous remercie pour votre participation.

Audrey Fougère, étudiante en 6ème année de pharmacie à Tours

accompagnement.allaitement@gmail.com

* Indique une question obligatoire

Le rôle du personnel officinal dans l'accompagnement de l'allaitement

A propos de vous...

Localisation de votre officine (commune, département) : *

Votre réponse

Nom de la pharmacie dans laquelle vous travaillez actuellement :

Votre réponse

Il s'agit d'une pharmacie : *

- ☐ De ville
- ☐ De quartier
- ☐ De centre commercial
- ☐ De campagne

Votre poste : *

- ☐ Pharmacien titulaire
- ☐ Pharmacien adjoint
- ☐ Préparateur en pharmacie
- ☐ Autre :

Vous êtes : *

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme
- ☐ Je ne souhaite pas le préciser

Votre âge : *

Sélectionner ▼

Le rôle du personnel officinal dans l'accompagnement de l'allaitement

A propos de l'allaitement et du tire-lait...

Avez-vous une formation spécifique sur l'allaitement et/ou la délivrance du tire-lait ? *

- ☐ Oui, uniquement sur l'allaitement
- ☐ Oui, uniquement sur la délivrance d'un tire-lait
- ☐ Oui, je suis formé(e) sur ces deux sujets
- ☐ Non, je n'ai effectué aucune formation à ce propos

Si oui, quelle(s) est (sont) votre (vos) formations ?

Votre réponse

Si vous êtes formé(e), de quand date votre dernière formation ?

Sélectionner ▼

Si vous n'êtes pas formé(e), pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Le sujet ne m'intéresse pas
- ☐ Je pense que cela ne m'apportera pas plus de connaissances
- ☐ Je pense que cela ne concerne pas ma patientèle
- ☐ Je pense que cela n'apportera pas plus de demandes et/ou de nouveaux patients
- ☐ Je pense que cela ne me rapportera pas d'argent
- ☐ Je n'en ai pas les moyens (manque de temps, manque de personnel, ...)
- ☐ Autre : _____

Dans votre pharmacie, proposez-vous des entretiens aux patientes enceintes ou *
allaitantes ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, quel(s) type(s) d'entretien(s) proposez-vous ? (réponses aux diverses questions de la patiente, éducation thérapeutique, partage de connaissances sur l'allaitement, location de tire-lait, ...)

Votre réponse _____

Et à quel(s) moment(s) les proposez-vous ? (anténatal, post-accouchement, ...)

Votre réponse _____

Si non, pourquoi n'en proposez-vous pas ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Le sujet ne m'intéresse pas
- ☐ Je pense que cela ne concerne pas ma patientèle
- ☐ Je pense que cela ne me rapportera pas d'argent
- ☐ Je n'en ai pas les moyens (manque de temps, manque de personnel, ...)
- ☐ Je n'y avais pas pensé
- ☐ Autre : _____

A propos des nouvelles missions du pharmacien, êtes-vous intéressé(e) par l'entretien court de la femme enceinte ? (entretien rémunéré par l'Assurance Maladie, pouvant être mis en place à partir de septembre 2022)

*

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas de quoi il s'agit
- ☐ Autre : _____

Quel(s) est/sont le(s) tire-lait mis à disposition à la location ou à l'achat dans votre officine ?

*

- ☐ Tire-lait électrique Medela - Symphony
- ☐ Tire-lait électrique Lansinoh - Smartpump
- ☐ Tire-lait électrique Kitett - Fisio Pro
- ☐ Tire-lait manuel
- ☐ Autre : _____

Combien de tire-lait avez-vous en location continuellement dans votre officine ? *

Sélectionner ▼

Combien de temps prenez-vous, en moyenne, pour la délivrance d'un tire-lait ? *

- ☐ Moins de 10 minutes
- ☐ Entre 10 et 20 minutes
- ☐ Entre 20 et 30 minutes
- ☐ Entre 30 et 40 minutes
- ☐ Plus de 40 minutes

Vous sentez-vous à l'aise avec la délivrance d'un tire-lait ? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Non, pas du tout ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Oui, tout à fait

Pourquoi ? Avez-vous des commentaires ?

Votre réponse

Vous sentez-vous à l'aise pour répondre aux maux de l'allaitement ? (douleur, crevasse, engorgement, mycose mammaire, ...) *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Non, pas du tout

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Oui, tout à fait

A propos de la crevasse, que conseillez-vous à la patiente ? *

Votre réponse

A propos de l'engorgement, que conseillez-vous à la patiente ? *

Votre réponse

Vous sentez-vous à l'aise pour conseiller vos patientes vis-à-vis des médicaments compatibles avec l'allaitement ? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Non, pas du tout

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Oui, tout à fait

Quel(s) outil(s) utilisez-vous pour vérifier la compatibilité d'un médicament avec l'allaitement ? *

Votre réponse

Le rôle du personnel officinal dans l'accompagnement de l'allaitement

Pour terminer...

Diriez-vous que les connaissances acquises lors de vos études sont suffisantes ^{*} pour accompagner au mieux vos patientes ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pourquoi ?

Votre réponse

Souhaiteriez-vous bénéficier de formation(s) supplémentaire(s) ? ^{*}

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pourquoi ?

Votre réponse

Si vous le désirez, vous pouvez également m'envoyer des photos du rayon allaitement de votre pharmacie afin d'étayer mon enquête.

[📁 Ajouter un fichier](#)

Avez-vous des remarques ?

Votre réponse

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Mme Fougère Audrey

Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. (Décret n°92-657 du 13 juillet 1992)

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :



SIGNATURES DU DIRECTEUR DE THESE ET DU DOYEN

N° Étudiant : **21401396**

N° Thèse : **117**

Nom et Prénom : **Fougère Audrey**

Sujet : **Le rôle du pharmacien d'officine dans l'accompagnement de la femme,
enceinte souhaitant allaiter, ou allaitante : enquête auprès de pharmacies françaises**

Tours, le : **09/01/2024**

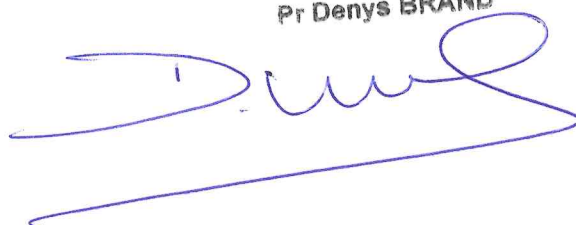
Le(s) Directeur(s) de Thèse :



**Vu et Transmis :
Le Doyen**

Le directeur de la Faculté
des Sciences Pharmaceutiques

Pr Denys BRAND



NOM, PRÉNOM de l'étudiant : FOUGERE AUDREY	N° 117
TITRE DE LA THÈSE Le rôle du pharmacien d'officine dans l'accompagnement de la femme, enceinte souhaitant allaiter, ou allaitante : enquête auprès de pharmacies françaises	
RÉSUMÉ DE LA THÈSE Aujourd'hui encore, un nombre trop important de pharmaciens ne se sent pas à l'aise face aux patientes pouvant rencontrer des difficultés lors de l'allaitement maternel, ou même avec la délivrance d'accessoires d'aide à l'allaitement. Ainsi, beaucoup d'entre eux délèguent la prise en charge ou délivrent ces accessoires sans vraiment apporter de conseils aux patients. Partant de cette constatation, ce travail présente les généralités sur le lait maternel, les conseils et les principaux maux rencontrés lors de l'allaitement afin de donner quelques clés aux officinaux pour mieux accompagner les parents dans le choix du mode d'alimentation des nouveau-nés. Une enquête a été réalisée, sur une centaine de professionnels, par le biais d'un questionnaire à destination du personnel officinal, afin de mettre en lumière l'importance d'une formation plus poussée au sujet de l'allaitement. Des fiches pratiques ont également été créées afin d'aider les professionnels de santé à l'officine. In fine, le but étant que les parents puissent compter sur un soutien pluridisciplinaire, avec des professionnels de santé qualifiés, pour répondre au mieux à leurs attentes, les accompagner et les soutenir dans leur choix d'alimentation pour leur bébé.	
MOTS-CLÉS SIGNIFICATIFS DE SON CONTENU, ATTRIBUÉS PAR LE CANDIDAT EN LIAISON AVEC LA BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE ET LES MEMBRES DU JURY conseils ; enquête personnel officinal ; formation allaitement ; lait maternel ; mammaire ; maux ; pharmacien	
<u>JURY</u> PRÉSIDENT : Mme MAVEL Sylvie, Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie de Tours – HDR MEMBRES : Mme Barrat Julie, Pharmacienne d'officine, Tours Mme Basier Stéphanie, Pharmacienne d'officine, Villard de Lans M. Dillemann Loïc, Pharmacien d'officine, Tours	
DATE ET LIEU DE SOUTENANCE : le 20 décembre 2023 à la Faculté de Pharmacie de Tours	