Accompagner l'allaitement maternel : rôle du pharmacien d'officine

Léa Morano

▶ **To cite this version:**

Léa Morano. Accompagner l'allaitement maternel : rôle du pharmacien d'officine. Sciences pharmaceutiques. 2019. dumas-02143248

HAL Id: dumas-02143248

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02143248

Submitted on 29 May 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THESE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT
LA FACULTE DE PHARMACIE DE MARSEILLE

le 24 Mai 2019

PAR

Mlle MORANO Léa

Née le 17 Février 1994 à Marseille

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

ACCOMPAGNER L'ALLAITEMENT MATERNEL : ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE

JURY :

Président : Mme GRIMALDI Frédérique, Professeur

Membres : Mme BERTAUD Alexandrine, Maître de Conférence
Mme Vanessa GIANGRECO-PLAISANT, Docteur en Pharmacie

Université d'Aix-Marseille – Faculté de Pharmacie – 27 bd Jean Moulin – CS 30064 - 13385 Marseille cedex 05 - France
Tél. : +33 (0)4 91 83 55 00 - Fax : +33 (0)4 91 80 26 12

Faculté de Pharmacie
Aix*Marseille Université

27 BOULEVARD JEAN MOULIN – 13385 MARSEILLE CEDEX 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

Doyen :	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
Vice-Doyens :	M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT
Chargés de Mission :	Mme Pascale BARBIER, M. David BERGE-LEFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, Mme Frédérique GRIMALDI
Conseiller du Doyen :	M. Patrice VANELLE
Doyens honoraires :	M. Jacques REYNAUD, M. Pierre TIMON-DAVID, M. Patrice VANELLE
Professeurs émérites :	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Jean-Pierre REYNIER, M. Henri PORTUGAL
Professeurs honoraires :	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Aimé CREVAT, M. Bernard CRISTAU, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
Chef des Services Administratifs :	Mme Florence GAUREL
Chef de Cabinet :	Mme Aurélie BELENGUER
Responsable de la Scolarité :	Mme Nathalie BESNARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETIQUE	M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE	M. Robert GILLI Mme Odile RIMET-GASPARINI Mme Pascale BARBIER M. François DEVRED Mme Manon CARRE M. Gilles BREUZARD Mme Alessandra PAGANO
GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE	M. Eric SEREE-PACHA Mme Véronique REY-BOURGAREL
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Pascal PRINDERRE M. Emmanuel CAUTURE Mme Véronique ANDRIEU Mme Marie-Pierre SAVELLI
NUTRITION ET DIETETIQUE	M. Léopold TCHIAKPE

A.H.U.

THERAPIE CELLULAIRE	M. Jérémy MAGALON

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

ANGLAIS	Mme Angélique GOODWIN

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe CHARPIOT

PROFESSEURS

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	M. Philippe CHARPIOT
BIOLOGIE CELLULAIRE	M. Jean-Paul BORG
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE Mme Laurence CAMOIN-JAU Mme Florence SABATIER-MALATERRE Mme Nathalie BARDIN
MICROBIOLOGIE	M. Jean-Marc ROLAIN M. Philippe COLSON
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	Mme Dominique JOURDHEUIL-RAHMANI M. Thierry AUGIER M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER M. Romaric LACROIX Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Michèle LAGET M. Michel DE MEO Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	M. Maxime LOYENS

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Philippe GALLICE
CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE – CHIMIE THERAPEUTIQUE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	Mme Evelyne OLLIVIER

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOGAMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC M. Pierre REBOUILLON
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Sandrine FRANCO-ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	M. Riad ELIAS Mme Valérie MAHIOU-LEDDET Mme Sok Siya BUN Mme Béatrice BAGHDIKIAN

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Anne-Marie PENET-LOREC
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Cyril PUJOL
DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE	M. Marc LAMBERT
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	Mme Félicia FERRERA

A.H.U.

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	M. Mathieu CERINO

ATER

CHIMIE ANALYTIQUE	M. Charles DESMARCHELIER
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Fanny MATHIAS

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE
Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	Mme Diane BRAGUER M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE GENERALE	M. Bruno LACARELLE
TOXICOLOGIE DE L'ENVIRONNEMENT	Mme Frédérique GRIMALDI

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS-SAMPOL
TOXICOCINETIQUE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Joseph CICCOLINI Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA
TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE	M. Pierre-Henri VILLARD Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE

A.H.U.

PHARMACIE CLINIQUE	M. Florian CORREARD
PHARMACOCINETIQUE	Mme Nadège NEANT

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire

Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie

Mme Clémence TABELE, Pharmacien-Praticien attaché

Mme TONNEAU-PFUG, Pharmacien adjoint

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 22 février 2018

REMERCIEMENTS

J’aimerais adresser tout d’abord mes sincères remerciements à chaque membre du jury.

A la Présidente du jury, Madame Frédérique Grimaldi

Vous me faites l’honneur de présider mon jury de thèse et de juger mon travail. Recevez le témoignage de ma gratitude et mes remerciements pour l’attention que vous avez portée à ce travail.

A la Directrice de thèse, Madame Alexandrine Bertaud,

Je suis très honorée que vous ayez accepté de diriger cette thèse. Pour votre implication, votre disponibilité et votre sympathie, je tiens à vous adresser mes plus sincères remerciements.

A Madame Vanessa Plaisant-Giangreco,

Pour le plaisir et l’honneur que tu me fais en acceptant de juger ma thèse et de m’apporter ton soutien en ce jour si particulier. Tu es un excellent pharmacien, un exemple pour moi et j’espère suivre tes traces.

*** *** ***

Puis, je tiens à exprimer toute mon affection et à remercier chaleureusement tous mes proches pour leur appui et leur présence.

A mes parents et mes frères, Thomas et Lucas

Pour votre soutien inconditionnel, vos encouragements, votre patience, votre amour.
Parce-que vous êtes un pilier indispensable à mon équilibre.

A mon chéri Tom,

Pour ton amour, ta présence et ton soutien au quotidien. Merci pour tout le bonheur que tu m’apportes depuis toutes ces années à tes cotés. Le plus beau est à venir.

A ma famille,

Qui a suivi cette aventure et qui m’a toujours encouragée.

A mes grands-parents,

Pour leur amour, leur gentillesse et leur générosité, j'espère que vous êtes fiers de moi.

A ma belle-famille,

Merci de m'avoir accueillie dans votre grande et « belle » famille ainsi que pour l'affection que vous me portez.

A mes amis,

Ceux présents depuis longtemps, et les nouveaux, merci pour tous les bons moments passés ensemble et les encouragements depuis le début.

A Malou, Maé, Perrine et Victoria,

De magnifiques rencontres que je dois à la Faculté de Pharmacie. On a partagé de beaux moments d'amitié. Sans vous ces années n'auraient pas été aussi fun et glorieuses.

A Véronique Laurolillo, sage-femme spécialisée dans l'allaitement maternel

Merci pour tout le temps que tu m'as accordé et les précieux conseils que tu m'as délivrés.
J'ai énormément apprécié discuter avec toi sur ce sujet et assister à tes cours d'allaitement m'a donné encore plus envie de poursuivre dans cette voie.

A Patrick de Boisse, Pédiatre et Fondateur de l'association Autour de l'enfant

Merci pour ta gentillesse et ta présence depuis ma plus tendre enfance. Je dois cette thèse en partie à ta passion et ton engouement pour l'allaitement maternel.

*** *** ***

Enfin, je voudrais remercier toutes les personnes que j'ai eu l'occasion de côtoyer lors de mes stages et expériences professionnelles. Je vous suis très reconnaissante de m'avoir enseigné votre savoir et aidé à me construire en tant que pharmacien. Ce fut un réel plaisir d'apprendre et de travailler à vos côtés.

A Samantha Cortell et toute l'équipe de la Pharmacie Fontvieille,

Merci de m'avoir acceptée comme stagiaire au sein de l'officine, de m'avoir appris ce métier et soutenue tout au long de ce stage avec patience et pédagogie. C'est un bonheur d'être dans votre équipe.

A l'équipe de la Pharmacie du Midi,

Merci de m'avoir accueillie dans l'officine pour les divers stages. Vous m'avez beaucoup appris chacun à votre manière.

Enfin, merci à tous ceux qui sont présents aujourd'hui pour partager ce moment avec moi.

« L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS……7

SOMMAIRE……11

TABLES DES FIGURES……...15

TABLES DES TABLEAUX……...16

LISTES DES ABREVIATIONS……17

I. INTRODUCTION ET EVOLUTION DE L'ALLAITEMENT..... 20

A. Historique 20

B. Place de l'allaitement en France et dans le monde..... 22

1. En France..... 22

i. Étude ELFE 22

ii. Étude EPIFANE 23

2. Dans le monde 24

C. Comment expliquer la situation de l'allaitement en France ? 25

D. Promotion de l'allaitement par les Organismes mondiaux 27

II. PHYSIOLOGIE DE L'ALLAITEMENT 30

A. Rappels anatomiques du sein 30

B. Régulation et contrôle de l'allaitement 31

1. Mammogenèse 31

2. Lactogenèse 32

i. Lactogenèse I..... 32

ii. Lactogenèse II 32

3. Galactopoïèse : Lactation installée..... 33

4. Régulation hormonale 33

i. Prolactine..... 33

ii. Ocytocine 34

5. Mécanismes de contrôle 35

i. Centrale : endocrine 35

ii. Locale : autocrine 35

C. Compositions et variations du lait 36

1. Au cours des semaines 37

i. Colostrum 37

ii. Lait de transition 38
iii. Lait mature 38
2. Au cours de la journée 41
3. Au cours de la tétée 42
D. Avantages de l'allaitement 42
III. L'ALLAITEMENT MATERNEL EN PRATIQUE 44
A. Déroulement de l'allaitement 44
1. Hygiène et entretien du sein 44
2. Positions 44
i. La position de berceuse ou « madone » 45
ii. La position de berceuse inversée ou « madone inversée » 46
iii. La position Biological Nurturing ou BN 46
iv. La position « ballon de rugby » 47
v. La position allongée 47
3. La prise du sein par l'enfant 48
4. Fréquence et durée des tétées 48
i. Fréquences des tétées 48
ii. Durée des tétées 49
iii. Donner un sein ou deux 49
5. Observation d'une tétée 49
B. Recommandations et conseils hygiéno-diététiques 50
1. Nutrition et hygiène de vie 50
i. Les aliments à goûts forts 52
ii. Les aliments anti-galactogènes 52
iii. Les aliments galactogènes 52
iv. Régimes végétariens et végétaliens 53
v. Points particuliers de l'alimentation de la femme allaitante 53
vi. Tabac 55
vii. Drogues 55
2. Maladies 56
i. Chez la mère 56
ii. Chez l'enfant 57
3. Activité sportive 57
4. Nouvelle grossesse et co-allaitement 58
5. Chirurgie mammaire 59
i. Chirurgie de réduction mammaire 59
ii. Chirurgie d'augmentation mammaire 60

6. Reprise du travail 60
7. Recueil du lait 61
i. Les règles d'hygiène 61
ii. L'expression manuelle 62
iii. Les tire-laits 63
iv. Conservation 68
v. Chauffage-Décongélation 69
vi. Transport du lait maternel 69
vii. Définir la quantité de lait exprimé à donner au nourrisson 70
IV. ROLE DU PHARMACIEN DANS LE SOUTIEN A L'ALLAITEMENT 71
A. Prise en charge des pathologies liées à l'allaitement 71
1. Écoulement de lait 72
2. Mamelons douloureux sans lésion 72
3. Mamelons douloureux avec lésions : les crevasses 73
4. Engorgement 76
5. Mastite 77
6. L'abcès du sein 79
7. Mycose mammaire 80
8. Hypo et hyper lactation 81
i. Insuffisance de lait 81
ii. Excès de lait 82
9. Reflexe d'éjection fort ou REF 84
B. Aide à l'initiation puis au maintien de l'allaitement 85
1. Informer et promouvoir l'allaitement maternel 85
2. Savoir répondre aux idées reçues 85
3. Accompagner l'allaitement au quotidien 88
4. Sécuriser la délivrance de médicaments 89
i. Contraception et allaitement 91
ii. Les médicaments conseils 93
C. Aide au sevrage 94
1. Kit homéopathique d'aide au sevrage 95
V. LES ASSOCIATIONS DE SOUTIEN EN FRANCE 96
A. La Leche League France (LLL) 96
B. Le réseau Solidarilait 96
C. Coordination Française pour L'allaitement Maternel (COFAM) 96
D. La Protection Maternelle et Infantile (PMI) 97
E. Information Pour l'Allaitement (IPA) 97

F. Association Française des Consultants en Lactation (AFCL)..... 97
G. L'Association des Lactariums de France 97
H. Autour de l'enfant 97
I. Allaiter à Marseille..... 98
VI. CONCLUSION..... 99

BIBLIOGRAPHIE……101
SERMENT DE GALIEN…….104

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Coupe d'un sein de femme
Figure 2 : Physiologie simplifiée de la lactation
Figure 3 : Position de la madone
Figure 4 : Position de la madone inversée
Figure 5 : Position Biological Nurturing
Figure 6 : Position du ballon de rugby
Figure 7: Position allongée
Figure 8 : Enfant qui prend bien le sein
Figure 9 : Enfant qui prend mal le sein
Figure 10 : Méthode de l'expression manuelle du lait
Figure 11 : Adaptation du modèle de tire-lait
Figure 12 : Tire-lait manuel Medela®
Figure 13 : Tire-lait électrique simple pompage Medela®
Figure 14 : Tire-lait électrique double pompage Medela®
Figure 15 : Choisir la bonne taille de téterelle
Figure 16 : Photographie d'une crevasse
Figure 17 : Photographie d'un engorgement
Figure 18 : Photographie d'une mastite
Figure 19: Photographie d'un abcès
Figure 20 : Photographie d'une mycose mammaire
Figure 21 : Photographie d'un muguet sur la langue d'un enfant
Figure 22 : Le médicament idéal pour l'allaitement

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Avantages de l'allaitement maternel

Tableau 2 : Signes cliniques d'un allaitement efficace

Tableau 3 : Repères de consommation pour les femmes qui allaitent

Tableau 4 : Règles d'hygiène pour le matériel et pour la maman

Tableau 5 : Adaptation du modèle de tire-lait

Tableau 6 : Règles de conservation du lait

Tableau 7 : Contraception chez la femme allaitante en post-partum

Tableau 8 : Liste non exhaustive des médicaments pouvant être proposés à l'officine au cours de l'allaitement

LISTE DES ABREVIATIONS

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

OMS : Organisme Mondial de la Santé

SFP : la Société Française de Pédiatrie

WABA : Alliance Mondiale de l'Allaitement Maternel

CoFAM : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel

Allaiter est un geste naturel dont toutes les femmes sont capables. Le lait maternel est unique. Sa richesse et sa variété lui permettent de contribuer à l'apprentissage du goût chez le bébé, de s'adapter en permanence à ses besoins nutritionnels et de mieux le protéger contre certaines infections. Au-delà de nourrir, l'allaitement peut être un moment d'échange, de plaisir et de contact privilégié.

A travers mon histoire et mes rencontres, notamment avec le Docteur Patrick De Boisse, pédiatre profondément investi dans l'allaitement maternel et fondateur de l'association « Autour de l'enfant » j'ai toujours été intéressé par l'allaitement maternel. Bien que cela m'a toujours semblé être une évidence personnelle, je me suis rendue compte que les avis à ce sujet divergent. En tant que futur pharmacien d'officine, j'estime avoir un rôle à jouer pour aider à accompagner et soutenir au mieux les nouveaux parents.

L'allaitement est un sujet complexe qui demande beaucoup de connaissances techniques et pratiques. Malgré la richesse de la formation universitaire de Docteur en Pharmacie, au cours de nos 6 années d'études, ce sujet est peu voir pas abordé. Le nombre d'heures consacré à l'allaitement maternel, à l'utilisation des tire-laits et des dispositifs d'aides reste insuffisant. Cela amène à des situations où des pharmaciens sortant de l'université se retrouvent parfois démunis au comptoir face à des problèmes et des demandes précises.
Il est possible d'approfondir nos connaissances sur ce sujet par l'intermédiaire de formations complémentaires. A Marseille, il existe un Diplôme Universitaire « Allaitement maternel » proposé aux professionnels de santé dans le secteur de la périnatalité. Il permet d'acquérir des compétences afin d'assurer une meilleure prise en charge, d'accompagner et de soutenir de façon plus personnalisé des mères/couples dans leur choix d'allaitement. Il existe également des enseignements disponibles sur internet permettant de mettre à jour ses connaissances et d'approfondir son conseil au comptoir.

Le travail proposé sur « L'allaitement maternel : rôle du pharmacien d'officine » a pour but de m'aider à répondre au mieux aux attentes d'une femme allaitante franchissant la porte de la pharmacie mais également à sensibiliser mon entourage personnel et professionnel à ce sujet.

La première partie est consacrée à la situation de l'allaitement maternel dans notre pays et dans le reste du monde. Nous essayerons de comprendre à travers des points historiques, l'origine de certaines idées reçues, qui peuvent expliquer le taux d'allaitement maternel faible en France par rapport à d'autre pays. Nous aborderons également la place et le rôle du pharmacien d'officine dans le soutien de l'allaitement.

Dans la deuxième partie, nous détaillerons les connaissances indispensables sur l'anatomie et la physiologie de la lactation qui permettent de savoir comment se met en place et s'entretient la lactation chez la femme. Nous aborderons en détail la composition du lait maternel, ce qui permet ensuite de comprendre les avantages de l'allaitement pour la santé de l'enfant et celle de la mère.

La troisième partie est consacrée au déroulement de l'allaitement au quotidien. Nous aborderons notamment les différentes positions à adopter pour assurer une bonne prise de sein par l'enfant, mais aussi, on fera le point sur les recommandations et les conseils hygiéno-diététiques.

Dans la quatrième partie, nous traiterons de la place et du rôle du pharmacien d'officine. Nous aborderons les difficultés pouvant être rencontrées tout au long de l'allaitement maternel, ainsi que les conseils et solutions pouvant être délivrés au comptoir.

Pour finir, nous parlerons des différentes associations d'aide et des lactariums pouvant être utiles aux nouveaux parents.

I. INTRODUCTION ET EVOLUTION DE L'ALLAITEMENT

A. Historique

Depuis l'antiquité, la France n'a jamais été exemplaire dans le cadre de l'allaitement maternel. En se penchant sur l'histoire, on se rend compte que de nombreuses croyances viennent de très loin. La médecine et les mentalités ont réellement commencé à évoluer au XX^{ème} siècle en France, c'est-à-dire il y a très peu de temps. Le manque d'information, l'absence de soutien des jeunes parents et les nombreuses campagnes publicitaires prônant les bienfaits des laits en poudres n'ont pas rendu service à la promotion de l'allaitement.

En occident, depuis l'antiquité, le lait était considéré comme du sang cuit et blanchi. Après l'accouchement, on pensait que le sang qui allait au cordon remontait jusqu'aux seins par une veine spéciale qui relie l'utérus aux seins.

Sous l'Empire romain, on constate que le lait maternel va rarement à l'enfant auquel il est destiné. En effet, les femmes de la bourgeoisie faisaient appel à des nourrices pour donner le sein à leur bébé. Il n'était pas digne d'une femme de la haute société d'allaiter elle-même son enfant. En tant que conseiller des familles, les médecins n'hésitaient pas à donner leurs avis sur le choix des nourrices de telle sorte que seuls les enfants des pauvres étaient nourris par leur mère.

Au XVIII^{ème} siècle, un grand débat a divisé les opinions au sujet du jeûne. A cette époque, il était courant de faire jeûner le bébé pendant 18 à 24 heures après l'accouchement. Le colostrum était considéré comme mauvais et les enfants devaient subir une purge pour nettoyer leur estomac.

Au XIX^{ème} siècle, des spécialistes ont étudié le temps de digestion du lait animal, ils en ont conclu que celui du lait maternel était le même. Les foyers ont donc mis en place les tétées à horaires stricts. L'important était de bien « régler » l'enfant ; l'intervalle, la durée et les heures de tétées devaient être fixes et les mêmes pour tous les bébés. Les raisons évoquées étaient d'ordre médical, les arguments allaient en faveur d'une discipline inculquée dès la naissance afin d'avoir un enfant sans caprice et désordre.

En France, l'industrie nourricière prend un réel engouement au XIX^{ème} siècle pendant la Révolution industrielle. Les enfants étaient plus ou moins expatriés loin de chez eux pendant les premiers mois de vie. Les familles les plus aisées pouvaient embaucher une nourrice au domicile mais la plupart des enfants étaient envoyés en campagne. Les conditions de voyages et la famine étaient responsables d'une forte mortalité pour les enfants déplacés.
C'est pourquoi, dès le début du XIX^{ème} siècle, les nourrices ont été interdites dans tous les pays d'Europe sauf en France. Les familles françaises ont recouru aux nourrices plus tardivement et massivement qu'en Europe. Après une importante mortalité infantile, les parlementaires français décident en 1874 d'adopter une loi sur la protection des enfants du premier âge qui prévoit la surveillance des nourrices et de tous les enfants de moins de deux ans.

Au XX^{ème} siècle, l'industrialisation et l'arrivée des biberons pour du lait maternisé ont stoppé le travail des nourrices, qui ont changé de fonction et se sont faites gardiennes d'enfant.
Les conditions d'hygiène deviennent alors satisfaisantes et évitent beaucoup de danger pour l'enfant. Devant le succès du biberon en verre et l'intensification de l'allaitement artificiel, la fabrication des biberons va passer au stade industriel.

En Europe, un pharmacien suisse, Henri Nestlé, cherche un moyen de lutter contre la mortalité infantile et la malnutrition. En 1860, il élabore une farine lactée à base de lait de vache et de céréales. Les préparations commerciales à base de lait de vache sont décrites comme étant parfaites, complètes et sûres.
Quelques décennies après, Maurice Guigoz invente le premier lait infantile grâce au procédé de dessiccation qui consiste à chauffer le lait sous vide à basse température. La poudre obtenue est ensuite ajoutée à de l'eau pour reconstituer le lait. C'est en 1927 que la marque fera son apparition dans les pharmacies françaises et connaitra le même engouement auprès des jeunes mamans.

Durant la première guerre mondiale, les femmes ont acquis une place nouvelle dans la société. Elles se sont rendues indispensables pendant cette période en remplaçant leurs maris partis au front et n'ont plus le temps d'allaiter leurs enfants. Le travail de la femme en extérieur ainsi que la découverte de lait en poudre marquent la modernité alors que l'allaitement est perçu comme un modèle ancien et dépassé.

Les années 70 voient tout de même arriver un mouvement de retour au naturel, avec la volonté d'une alimentation plus saine et, pour les mères, l'envie de se rapprocher de leur enfant.

Aujourd'hui, avec la multiplication des initiatives internationales et nationales visant à promouvoir l'allaitement maternel, on assiste à une croissance relative de l'allaitement en France. Cependant, l'évolution par rapport à nos voisins européens reste encore faibles.

B. Place de l'allaitement en France et dans le monde

1. En France

i. Étude ELFE

En 2011, l'**Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance** (ELFE) a été lancée pour suivre un panel de la population tout au long de son existence.
Le premier objectif de ce travail était de décrire, sur un large échantillon représentatif des naissances en France métropolitaine, la durée totale de l'allaitement, puis de distinguer celle de l'allaitement prédominant. Le second était d'identifier les facteurs socioculturels, démographiques et économiques associés à la durée d'allaitement.
Cette étude se base sur l'étude d'une cohorte de 18 000 enfants, nés dans 320 maternités suivis depuis leur naissance. Ce qui représente 1 enfant sur 50 parmi la génération 2011. Les données ont été recueillies par entretien téléphonique à la naissance, puis à 2 mois et 1 an, ainsi que par auto-questionnaire mensuel entre 3 et 10 mois.

En mars 2017, les premiers résultats de cette vaste étude ont été publiés et ils indiquent que 70% des bébés ont été nourris au sein au moment de leur naissance (59% de manière exclusive et 11% avec un complément de biberon), contre 37% en 1972 et 53% en 1998. Ces résultats témoignent la force de persuasion et de conseil au sein des maternités car dès la sortie de la maternité les chiffres chutes. On note 38% des nourrissons encore allaités à quatre mois, 19% à six mois et 5,3% à un an.

Concernant les données de profil, l'allaitement est plus long chez les mères :

- De plus de 30 ans
- Cadres
- En congé parental
- Qui ont suivi des séances de préparation à la naissance
- Dont le père de l'enfant a assisté à l'accouchement

La durée moyenne d'allaitement en France est ainsi de 17 semaines (7 semaines en exclusif), contre 8 à 13 semaines dans les années 90. Un net progrès, mais la France reste loin des objectifs fixés par l'Organisme Mondiale de la Santé.
Cette analyse suggère que les limites à l'allaitement prolongé sont associées à la fois à la situation familiale, à la situation vis-à-vis de l'emploi et à des facteurs liés à l'éducation et à la culture (1).

Pour améliorer les chiffres d'allaitement, les chercheurs proposent d'impliquer davantage les pères et d'inciter plus de femmes à participer aux séances de préparation à la naissance, qui sont intégralement prises en charge par l'Assurance Maladie. En 2011, seules 30% des femmes ouvrières y ont assisté, contre 73% chez les cadres. Ces séances constituent une occasion privilégiée d'expliquer l'allaitement maternel et ses bienfaits, à la fois pour la mère et pour l'enfant.

ii. <u>Étude EPIFANE</u>

En 2012-2013, dans le cadre de la mise en place d'un système national de surveillance de l'alimentation des enfants durant leur première année de vie, l'**Épidémiologie en France de l'Alimentation et de l'état nutritionnel des enfants** pendant leur première année de vie a été réalisé. Cette étude porte sur un échantillon de 3 368 couples mère-enfants recrutés dans 136 maternités tirées au sort en France métropolitaine. Les mères étaient interrogées à la maternité puis 1, 4, 8 et 12 mois après la naissance de leur(s) enfant(s).
Ce rapport fournit, pour la première fois au niveau national, un ensemble complet d'indicateurs sur l'alimentation des nourrissons. Il porte sur l'allaitement maternel, l'utilisation des préparations pour nourrissons et sur la diversification alimentaire.

A la maternité : 74% des enfants ont allaités dont 59% de manière exclusif et 15% de manière mixte. La durée médiane de l'allaitement maternel était de 15 semaines.

A 3 mois, 39% des enfants étaient encore allaités dont 10% d'entre eux de façon exclusive.
A 6 mois, seul un enfant sur quatre était encore allaité et plus de la moitié d'entre eux consommaient des préparations pour nourrissons en complément. A un an, seuls 9% des enfants recevaient encore du lait maternel.
Pour résumer, 74% des enfants sont allaités à la naissance, 25% à 6 mois, et 9% à 1 an (1).
En comparaison, on note une évolution puisqu'en 1995, 45,6% seulement des enfants étaient allaités à la naissance.

Le taux d'allaitement est également analysé selon les caractéristiques des mères et de l'accouchement. Celui-ci est plus élevé avec l'âge, le fait d'être mariée, d'avoir un niveau d'études supérieur au baccalauréat, d'être née à l'étranger, de ne pas avoir fumé pendant sa grossesse, d'avoir suivi des cours de préparation à l'accouchement et de savoir que son conjoint avait une perception positive de la femme qui allaite.

Les résultats de l'étude soulignent la nécessité de promouvoir l'allaitement maternel et d'encourager sa poursuite, si possible jusqu'à 6 mois, comme le recommande les organismes mondiaux. Les raisons de ce faible taux d'allaitement seraient un manque de soutien à la maternité et lors du retour à domicile, la durée de congé maternité et le manque de valorisation de l'image de l'allaitement en France. Les critères identifiés dans cette étude fournissent des pistes d'intervention sur les populations à davantage sensibiliser.
La promotion de l'allaitement maternel passe nécessairement par une formation plus importante et approfondie des professionnels de santé.

2. Dans le monde

L'allaitement maternel constitue la référence pour l'alimentation du nourrisson. L'OMS et l'UNICEF, recommandent un allaitement maternel exclusif de 6 mois. Il répond à tous les besoins nutritionnels de l'enfant et assure une croissance, un développement et un état de santé optimal. Après 6 mois, compte tenu de l'évolution de leurs besoins nutritionnels, les nourrissons doivent consommer des aliments de compléments sûrs et adaptés du point de vue nutritionnel, tout en continuant à être allaités au sein jusqu'à deux ans, voire plus.

Selon les estimations de leur nouveau rapport, environ 78 millions de nouveau-nés, soit trois sur cinq, ne sont pas allaités au sein dans l'heure qui suit leur naissance, ce qui augmente leur risque de décès et de maladies et réduit leur probabilité d'être allaités par la suite(2). Ils affirment également qu'aucun pays au monde ne respecte entièrement leurs recommandations, notamment celle concernant la durée minimale d'allaitement maternel conseillée. Il ressort de cette étude un tableau d'évaluation de l'allaitement maternel de 194 pays du monde, seuls 40% des enfants de moins de 6 mois sont allaités exclusivement au sein et que seuls 23 pays ont des taux d'allaitement exclusivement au sein supérieurs à 60%.

A titre de comparaison avec les précédents chiffres, le taux d'allaitement à la naissance est de 99% en Norvège et en Suède, de 98% en Hongrie, de 95% au Danemark, de 92% en Suisse, de 85% en Italie, de 75% en Allemagne, de 69% en Grande-Bretagne. En Norvège, les bébés sont toujours allaités à 3 mois, 68% à 6 mois et 42% à 9 mois.

Selon l'OMS, en investissant seulement 4,70 dollars par nouveau-né et par année, cela pourrait porter à 50% d'ici à 2025 le taux mondial d'allaitement exclusif pour les enfants de moins de 6 mois. Cet objectif permettrait de sauver 520 000 enfants de moins de 5 ans et pourrait générer 300 milliards de dollars de gains économiques sur 10 ans, grâce à la réduction des maladies et des frais de santé et à la hausse de la productivité obtenue (3).

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

La France est l'un des pays d'Europe où le taux d'allaitement maternel à la naissance est l'un des plus bas mais également où les mères allaitent le moins longtemps. Les raisons possibles à cet écart sont sans doute multiples. C'est un sujet qui suscite aujourd'hui de nombreux débats et questionnement.

- Le poids de l'histoire a un rôle important dans l'image de l'allaitement, notamment avec le phénomène des nourrices très présent dans notre pays.
- Les rôles partagés de l'industrie agro-alimentaire et de la publicité pour la promotion du lait maternisé ont jouer un rôle important dans les générations « biberons » précédentes et donc la disparition progressive de l'allaitement en France.

- De nombreuses idées reçues sont encore encrées dans certains esprits et vont à l'encontre de nos connaissances actuelles. Elles sont responsables du manque d'initiation de l'allaitement en maternité et peuvent conduire à des échecs précoces.
- Informations insuffisantes auprès des parents: le sujet n'est que très peu abordé lors de la grossesse et pendant les cours de préparation à l'accouchement. C'est aux parents de prendre l'initiative de se renseigner auprès des associations ou bien de croiser le chemin de personnel médical formé. L'information n'est pas seulement difficile à trouver, elle est en outre contradictoire.
- Le manque d'accompagnement dans le projet d'allaitement par les professionnels de santé. Ils ne sont pas ou peu instruit sur ce sujet au cours de leur cursus ou de leur carrière. D'où la nécessité des missions de formation et d'aide par les organismes de santé afin de mettre à jour les connaissances et d'accompagner au mieux l'allaitement maternel.
- Les mères ne sont pas encouragées dans leur projet d'allaiter leur enfant et peuvent rapidement baisser les bras et abandonner lorsque les premières difficultés sont rencontrées.
- La reprise du travail est toujours responsable de nombreux arrêts. Le congé maternité n'est que de 16 semaines, 6 avant l'accouchement et 10 après. Les avis et les expériences sont partagées concernant la possibilité de concilier la reprise du travail avec l'allaitement. Les conseils ne sont pas suffisants pour aider les mères à entretenir leur lactation et continuer leur allaitement.
- Une éducation pas favorable au sein : les femmes d'aujourd'hui sont une majorité à ne pas avoir été allaitées elles-mêmes. Plus tard, elles ont nourri leur poupée au biberon plutôt qu'au sein. Cette disparition progressive de l'allaitement maternel a fait perdre aux femmes des traces inconscients et le geste n'est donc plus innée.

  L'allaitement, sa pratique et ses avantages ne sont pas abordés à l'école, au même titre que l'éducation sexuelle. Ce n'est donc pas un comportement naturel pour certaines générations, qui n'y connaissent rien, sauf si leur entourage la pratiqué.

D. Promotion de l'allaitement par les Organismes mondiaux

Les pays du monde entier ont bien compris l'importance de consacrer du temps et de l'argent pour encourager l'allaitement maternel. Pour les pouvoirs publics, l'allaitement est devenu un véritable enjeu de santé publique. Le choix d'allaiter se décide au cours de la grossesse, et bien souvent les mères se retrouvent désemparées et en manque d'information à ce sujet.
De nombreuses associations, des décrets et des campagnes d'informations ont vu le jour depuis ces dernières années afin d'accompagner et de soutenir au mieux le projet l'allaitement maternel.

En 1990, a été élaboré et adopté la **Déclaration d'Innocenti** lors d'une réunion entre l'OMS et l'UNICEF sur l'allaitement maternel. Elle a été signée par 32 gouvernements, 10 agences des Nations Unies, et a pour but d'assurer la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel. La Déclaration d'Innocenti définit Dix Conditions à respecter par les maternités pour le succès de l'allaitement maternel :

1. Disposer d'une politique écrite sur l'allaitement maternel qui est examinée régulièrement avec le personnel de soins de santé.
2. Dispenser à tout le personnel une formation pour l'application de cette politique.
3. Fournir à toutes les femmes enceintes des enseignements sur les avantages et la prise en charge de l'allaitement.
4. Aider les mères à commencer l'allaitement dans la demi-heure qui suit l'accouchement.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucun boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures sur 24.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant et de la mère.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

L'Initiative « **Hôpitaux Amis des Bébés** » a été lancé en 1991 par l'OMS et l'UNICEF, pour donner suite à la Déclaration d'Innocenti afin de décerner ce titre prestigieux aux maternités qui appliquent les dix conditions et ne font pas la promotion de substituts du lait maternel.
Pour obtenir cette accréditation, les établissements de santé doivent présenter un taux d'au moins 75% d'allaitement au sein exclusif à la sortie de maternité, adhérer au Code International de commercialisation des substituts de lait maternel et mettre en œuvre avec succès les 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel énoncées dans la déclaration d'Innocenti. Le titre « Hôpitaux Amis des Bébés », reconnu au niveau international, est attribué pour une durée de quatre ans aux maternités labellisées et revalidé à la fin de ces quatre années. L'objectif est de faire en sorte que toutes les maternités, qu'elles soient indépendantes ou situées dans un hôpital, deviennent des centres de soutien à l'allaitement maternel. L'équipe du service respecte les besoins et le rythme du nouveau-né, favorise la proximité mère-enfant d'une part, et encourage, accompagne et protège l'allaitement maternel d'autre part. Elle assure à chaque enfant et à sa mère, le meilleur capital santé et le meilleure attachement possible (4).

La même année, l'**Alliance Mondiale de l'Allaitement Maternel** (WABA) a vu le jour. Cette vaste organisation regroupe divers acteurs, organisations internationales, associations et experts, travaillant à la protection, à l'encouragement et au soutien de l'allaitement maternel. Tous les ans depuis 1992, sur l'initiative de la WABA, à lieu la **Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel** (SMAM). Chaque année, elle est axée autour d'un thème central différent. Elle se déroule dans de nombreux pays du 1er au 7 Aout mais en France, elle a lieu durant la première semaine d'Octobre(5).

La **Coordination Française pour l'Allaitement Maternel** (CoFAM) a été créée en 1999, ses actions s'appuient sur des propositions concrètes pour promouvoir l'allaitement. Les 3 axes privilégiés par la CoFAM sont la Semaine Mondiale de l'Allaitement, l'Initiative Hôpital « Amis des bébés » et l'organisation de la **Journée Nationale pour l'Allaitement**. Elle propose également des formations obligatoires sur l'allaitement aux professions de santé et de la petite enfance, la possibilité pour les mères de concilier allaitement et vie professionnelle, avec un congé maternité postnatal de 6 mois, et des pauses allaitement rémunérées d'une heure et demi par jour.

En 2002, l'Assemblée mondiale de la santé et le Conseil exécutif de l'UNICEF adoptent la **Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant**. Les différents axes de cette action ont pour objectif de promouvoir efficacement l'allaitement maternel sans culpabiliser les jeunes mères. Elle permet de les protéger en encadrant tout ce qui pourrait les faire douter en leur capacité à allaiter. Cette stratégie vise à soutenir les parents en leur apportant les conseils adéquats et en répondant aux différentes questions et doutes.

Depuis 1986, **La Leche League Française** organise des conférences de haut niveau destinées aux professionnels de santé francophones et non francophones. La **Journée Internationale de l'Allaitement** (JIA) présente les travaux les plus récents de chercheurs et spécialistes en lactation humaine mondialement reconnus. L'ensemble des conférences offre une approche multidisciplinaire nouvelle et approfondie des besoins physiologiques et affectifs de l'enfant à chacun de ses stades de développement (6).

Les pharmacies ont également une place de choix pour promouvoir l'allaitement maternel. Le label **Pharmacies Amies de l'Allaitement Maternel** (PHAAM) permet d'identifier les officines qui se sont engagées à respecter toutes les initiatives et les recommandations de l'OMS. Elles accompagnent et soutiennent les femmes qui souhaitent allaiter, informent toutes celles qui hésitent, et répondent aux questions de celles qui ne souhaitent pas allaiter. La pharmacie en tant que service de proximité, est un maillon important dans les réseaux de santé périnatale.

« L'allaitement maternel est l'un des investissement les plus efficaces et les plus rentables qu'un pays puisse faire en faveur de la santé de ses plus jeunes habitants et de la santé future de son économie et de sa société. En n'investissant pas en faveur de l'allaitement maternel, nous manquons à notre obligation envers les mères et leurs nourrisson et payons une double pénalité ; en vie perdues et en possibilités gâchées ».

Directeur général de l'UNICEF, Anthony Lake.

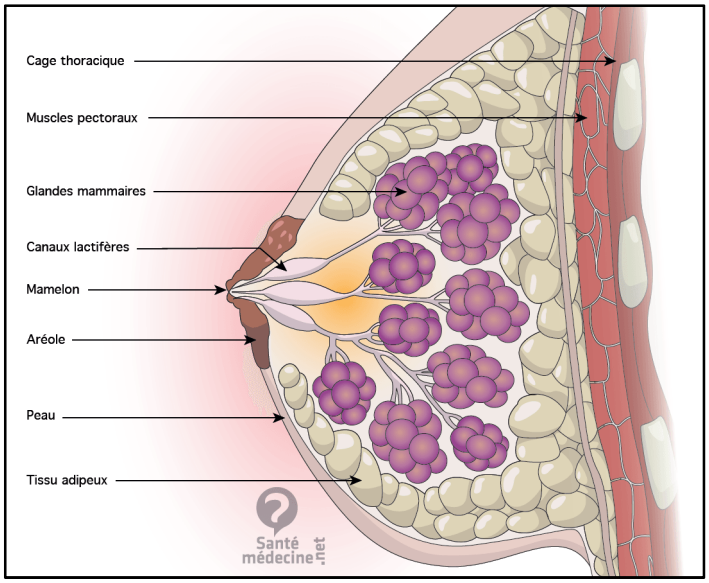
II. PHYSIOLOGIE DE L'ALLAITEMENT

A. Rappels anatomiques du sein

Les seins, mamelons et aréoles sont de formes et de dimensions variables selon les femmes. La glande mammaire est entourée de tissu adipeux, en quantité variable, et c'est elle qui donne en grande partie le volume du sein. La taille glandulaire est petite et sensiblement la même chez toutes les femmes.

La glande mammaire est divisée en 10 à 20 lobes, qui se subdivisent eux même en lobules puis en alvéoles. Ces dernières sont des acini dont la structure est faite d'une seule couche de lactocytes, c'est-à-dire des cellules productrices de lait. Les lobes sont séparés les uns des autres par du tissu conjonctif dense et ils se comportent comme une glande indépendante de taille variable. Chaque lobe possède un canal lactifère dans lequels se jettent les canaux venant des lobules puis ceux venant des alvéoles. Chaque canal se dirige vers le mamelon et s'ouvre en pore lactifère. Plusieurs canaux peuvent se réunir avant le mamelon.

Il faut retenir que quelle que soit la taille de ses seins, gros ou petits, une femme pourra allaiter son enfant.



Coupe d'un sein de femme(7)

B. Régulation et contrôle de l'allaitement

Il faut distinguer trois phénomènes :

- La croissance tissulaire ou mammogenèse, se déroulant au cours du 1er et 2ème trimestre de grossesse, mais parfois plus tardivement.
- La différenciation tissulaire ou lactogenèse, se mettant en place en fin de grossesse.
- Et la galactopoïèse se traduisant par l'entretien de la lactation, elle peut se prolonger autant que le souhaite et le peut la mère.

1. Mammogenèse

La mammogenèse correspond à la préparation de la glande mammaire, se caractérisant par :

- Le développement du parenchyme glandulaire
- La multiplication cellulaire
- Et la mise en place de l'organisation lobulo-acineuse

Sous l'influence des hormones de la grossesse, la glande mammaire va subir d'intenses transformations. Les œstrogènes vont favoriser l'allongement des canaux galactophores et la progestérone favorisera plutôt le développement des acini ainsi que l'hypertrophie des cellules sécrétoires et myoépithéliales.

Au cours du premier trimestre, il se produit une activité mitotique intense au niveau des bourgeons d'attentes et des tubules distaux. Le système tubulaire s'allonge et se ramifie en s'enfonçant dans le tissus adipeux. Les cellules sécrétrices préexistantes s'accroissent considérablement, tandis que de nouvelles prolifèrent pour former des alvéoles. Les acini se groupent autour d'un canal excréteur commun pour former un lobule. Un réseau de vaisseaux sanguins et lymphatiques s'organise autour de chacune des unités sécrétoires.

Au cours du deuxième trimestre, le tissu graisseux inter lobulaire disparait pour ne laisser que quelques lames de tissus conjonctif.

A la fin de ces transformations, la glande mammaire est prête à fabriquer du lait, les éléments synthétisés sont alors réabsorbés dans la circulation sanguine maternelle.

2. Lactogenèse

La lactogenèse est un processus par lequel la glande mammaire développe la capacité de sécréter du lait. On différencie deux stades qui sont la lactogenèse de type I puis la lactogenèse de type II.

i. Lactogenèse I

La lactogenèse de stade I, également appelée phase colostrale, débute pendant la grossesse et se termine aux environs du 4ème jour post-partum ; elle correspond à la phase d'initiation sécrétoire.

Dès le début de la grossesse, la glande mammaire acquiert la capacité de sécréter du lait mais la synthèse est freinée par la progestérone surtout, et par l'œstrogène secondairement, ces deux hormones ont un double rôle inhibiteur. Au niveau hypophysaire, la progestérone freine la sécrétion de la prolactine, et au niveau mammaire, elle empêche l'action de la prolactine sur la production de certaines protéines composantes du lactose. La progestérone agit sur la perméabilité des jonctions serrées. C'est le moment où les jonctions cellulaires sont ouvertes et où le colostrum fabriqué est réabsorbé dans la circulation maternelle. Le lactose est ainsi retrouvé dans le sang et les urines maternels.

Dans les premiers jours qui suivent la naissance, un faible volume de colostrum est produit apportant au nouveau-né une protection immunitaire et un apport nutritionnel en adéquation avec l'immaturité de ses fonctions organiques (8).

ii. Lactogenèse II

La lactogenèse de stade II, également appelée phase lactée, se met en place aux environs du 3ème jour post-partum ; elle correspond à la phase d'activation sécrétoire.

Elle est déclenchée par deux facteurs qui sont l'expulsion du placenta et la stimulation de l'aréole par la bouche du bébé :

- La délivrance du placenta entraine un changement du climat hormonal ; les taux de progestérone et secondairement d'œstrogène s'effondrent, alors que les concentrations de prolactine et l'ocytocine augmentent progressivement. La chute des hormones placentaires, va lever l'inhibition exercée sur la prolactine et engendrer des modifications vasculaires et cellulaires.

- Les mouvements de la bouche et de la langue du bébé sur l'aréole réalisent un signal pour le cerveau de la mère et déclenchent par réflexe une double sécrétion hormonale d'ocytocine et de prolactine.

Ces hormones de la lactation vont entrainer la production d'un plus grand volume de lait permettant de s'adapter aux besoins de l'enfant. On remarque également une modification de la composition du lait, il se produit une augmentation de la teneur en lactose, en lipides, en minéraux et en eau. La couleur du lait change, de jaune orangé il devient blanc lactescent.
Cette phase est communément appelée « la montée de lait », elle sera perçue par la mère qui ressentira une sensation de seins chauds, lourds et plus tendus.

3. Galactopoïèse : Lactation installée

La galactopoïèse se caractérise par l'entretien de la lactation et par la production d'un lait mature adapté à chaque étape de la croissance et du développement de l'enfant. Cette phase se maintient tant que l'enfant vide efficacement et régulièrement le sein. En effet, plus le bébé tète, plus la maman fabriquera du lait, et inversement. La production de lait s'adapte au rythme de succion de l'enfant et à son appétit.
Il faut respecter un nombre de tétée minimum, variable d'une femme à l'autre, car en dessous d'un certain seuil la production de lait peut diminuer fortement, au risque d'induire le phénomène de sevrage.

4. Régulation hormonale

De nombreuses hormones interviennent dans la lactation, mais les principales sont la prolactine et l'ocytocine. Elles permettent la régulation du processus de production et d'éjection du lait.

i. Prolactine

La prolactine permet la fabrication et la sécrétion du lait par les acini, elle est indispensable à l'entretien de la lactation.
Cette hormone est présente en permanence dans le sang à de faibles taux. Pendant la grossesse, sa concentration augmente progressivement, mais son action est empêchée par la présence des

hormones placentaires, la progestérone et l'œstrogène. Après l'accouchement, la levée de son inhibition permet la mise en place de l'allaitement.

Elle est produite par l'hypophyse antérieure mais également par de nombreux tissus dont la glande mammaire. La succion stimule les récepteurs hormonaux situés au niveau de l'aréole, ils envoient l'information à l'hypothalamus qui inhibe le PIF (Prolacting Inhibiting Factor) et permettent la libération de la prolactine dans l'hypophyse et dans la circulation sanguine pour enfin atteindre les récepteurs externes du lactocytes où elle active la synthèse de lait.

Lors de l'allaitement, elle est sécrétée en continue, mais on remarque de nombreux pics ; en fin de journée, la nuit et au cours du sommeil, tôt le matin et pendant les tétées. L'amplitude de sa sécrétion va dépendre de l'intensité de la stimulation, mais globalement elle diminue dans le temps.

Sa production au moment des tétées entraine un phénomène de détente et de somnolence chez la mère. Le taux de prolactine pendant la grossesse est insensible au stress (9).

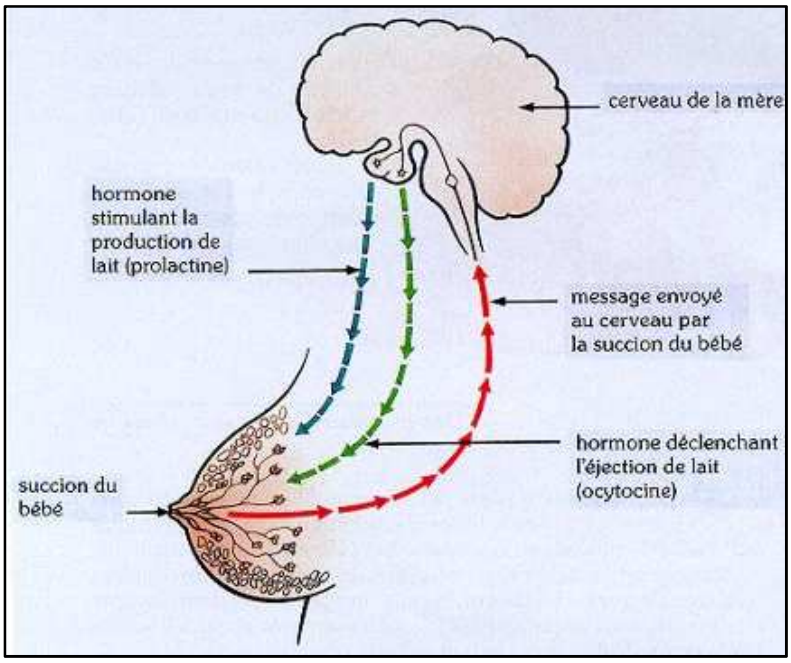
ii. Ocytocine

L'ocytocine déclenche le réflexe d'éjection du lait dans les canaux lactifères. Elle facilite également la libération de prolactine.

Elle est produite dans les noyaux hypothalamiques puis stockée dans l'hypophyse postérieure. La stimulation du mamelon entraine l'activation des récepteurs aréolaires qui envoient l'information à l'hypothalamus engendrant une libération d'ocytocine dans la circulation sanguine, permettant la contraction des acini. Le lait présent dans les alvéoles est alors propulsé hors du sein par les canaux galactophores, ce qui permet la vidange des seins, laquelle est nécessaire pour une production en continue.

Son taux est pulsatile, c'est la succion du bébé qui provoque sa sécrétion. On peut avoir entre 7 et 20 pics par jour, surajoutés aux taux sériques de base pendant tout l'allaitement (10).

Elle a un effet calmant et diminue l'anxiété chez la mère. Le taux d'ocytocine peut être inhibé par de nombreux facteurs, tels que le stress, la douleur, certains médicaments comme les opiacées et la consommation d'alcool (11).



Physiologie simplifiée de la lactation (12)

5. Mécanismes de contrôle

i. Centrale : endocrine

Il s'agit d'une réflexe neuro-hormonal caractérisé par la stimulation des terminaisons nerveuses du mamelon et de l'aréole par la succion. Le message est transporté par voie nerveuse jusqu'à l'axe hypothalamo-hypophysaire qui provoque la sécrétion des deux hormones essentielles à l'allaitement :

- Prolactine : synthèse du lait
- Ocytocine : éjection du lait

ii. Locale : autocrine

Ce contrôle peut être différent entre deux seins recevant une même stimulation hormonale endocrine. Il régule à court et moyen terme la production de lait en réponse à la demande du bébé et en agissant de manière locale.

Cette régulation se caractérise par trois facteurs :

- L'action par rétrocontrôle de FIL (Facteur Inhibiteur de la Lactation), qui est une protéine produite par la glande mammaire lors de la synthèse de lait. Son rôle est d'inhiber l'activité des lactocytes, aboutissant à adapter la production de lait aux besoins propres du bébé. Elle s'accumule en même temps que les autres constituants du lait. Par conséquent, plus le sein est plein, plus FIL agit, c'est-à-dire que la production de lait est ralentie.
- La prolactine intra-mammaire pénètre dans le lactocyte et stimule la production de lait lorsque l'acinus est vidé.
- Et enfin, la pression mécanique qui règne dans le sein et dans les acini.

C'est l'efficacité et la fréquence des tétées qui conditionnent l'extraction du lait (9).

C. Compositions et variations du lait

Le lait humain est incontestablement l'alimentation qui convient le mieux aux besoins du nouveau-né, sa composition est spécifique de l'espèce et adaptée aux besoins particuliers de l'enfant. C'est un liquide biologique vivant complexe qui comprend de nombreux constituants. Les connaissances sur les caractéristiques nutritionnelles du lait maternel sont utiles car elles permettent ensuite de comprendre les bénéfices de l'allaitement

L'eau est l'élément majeur du lait maternel, représentant quasiment 88% de sa compostion.
Il contient des macronutriments (protéines, lipides et glucides), des micronutriments (minéraux, oligo-éléments et vitamines), et un grand nombre de facteurs biologiques actifs (hormones, enzymes, facteurs de croissance…).
Le lait maternel permet une nutrition optimale du nouveau-né, mais de par la richesse unique en différents composants, il assure également des mécanismes anti-infectieux, anti-inflammatoires, antioxydants, d'immuno modulation, trophiques et de protection de la muqueuse intestinale (13).

La composition du lait maternel est variable ; en fonction de la mère, du sein, de la tétée, du degré de vidange, de l'âge de l'enfant et donc du stade de la lactation. La valeur nutritive évolue

au cours de la tétée, de la journée, mais également au cours de la lactation ; ce qui garantit une adaptation parfaite du lait maternel à la croissance de l'enfant.

Il existe trois grandes périodes au cours de la lactation :

- Le colostrum : sécrété dès les premières heures qui suivent l'accouchement.
- Le lait de transition : à partir du 3ème-4ème jour jusqu'à environ la 2ème semaine de vie.
- Le lait mature : à partir de 2 semaines.

1. Au cours des semaines

i. Colostrum

Le colostrum commence à être produit au cours de la grossesse et est sécrété jusqu'à 3 à 5 jours après l'accouchement.

Il s'agit d'un liquide épais de couleur jaune orangée et produit en faible quantité. Il a une odeur et un gout proche de celui du liquide amniotique (9). Le nouveau-né, après la naissance, sera guidé par cette odeur qu'il connait déjà, pour rechercher le sein.

C'est un lait très concentré, il permet un apport nutritionnel optimal tout en limitant le travail de l'appareil digestif et rénal encore immatures du nourrisson.

Son taux élevé de cellules immunocompétentes et de cellules de défense protège l'enfant pendant la période où il doit passer de la vie intra-utérine en milieu stérile à la vie extra-utérine et à la colonisation microbienne. Sa richesse en protéines (23 g/l) et son taux bas de lipides (29 g/l) est adapté aux réserves nutritionnelles du nouveau-né. Le lactose du colostrum (53 g/l) est directement assimilable par le bébé, il permet une stabilité de la glycémie et diminue le risque d'ictère en facilitant l'élimination de la bilirubine. Il contient des taux élevés de vitamines liposolubles (A et E) par rapport au lait mature, contrairement aux vitamines hydrosolubles qui sont en faibles quantités, sauf la vitamine B12 qui permet le développement du système nerveux de l'enfant. Les sels minéraux et les protéines favorisent la rétention d'eau et donc limitent la perte de poids et la déshydratation. Il contribue à la mise en place d'une flore intestinale plus favorable à l'immunité. Ce lait est riche en enzymes permettant une digestion rapide, et de par ses propriétés laxatives, il facilite l'émission du méconium (14).

Selon l'efficacité et la fréquence des tétées, le colostrum se transforme progressivement en lait de transition, entre 36 et 72h après l'accouchement.

ii. Lait de transition

Le lait de transition est produit au cours des 15 jours suivants. Progressivement, le lait devient blanc-orangé et également moins dense. Le volume de lait produit est variable à cette période et sa composition, qui est plus énergétique, évolue vers celle du lait mature.

La concentration en protéines, minéraux et vitamines liposolubles s'abaisse alors que la teneur en lipides, lactose et vitamines B et C s'élève progressivement.

iii. Lait mature

Le lait mature est produit environ trois semaines à un mois après le démarrage de l'allaitement. Il s'agit d'un liquide blanc-bleuté produit en grande quantité.

Le lait mature couvre entièrement les besoins du nourrisson, s'adaptant au fil des semaines et des mois à son développement. La croissance des nourrissons est beaucoup liée à la quantité de lait qu'ils absorbent plutôt qu'à sa valeur calorique. Si un nourrisson allaité et en bonne santé ne prend pas assez de poids, ce n'est pas lié à un problème de qualité du lait mais de quantité consommée.

Au niveau de sa composition, il y a globalement une diminution des protéines, une augmentation des lipides et des glucides par rapport au colostrum et au lait de transition.

Le lait maternel mature est constitué :

- 87% d'eau
- 7% de glucides
- 4% de lipides
- 1% de protéines
- Nombreux minéraux, oligoéléments et vitamines(15).

- **Eau :**

L'eau est le principal constituant du lait, elle couvre complètement les besoins hydriques du bébé s'il est nourri à la demande.

- **Glucides et oligosaccharides :**

Le lait maternel contient 75 g/L de glucides, dont 65-70g de lactose et 10-15g d'oligosaccharides.

Le lactose : Il représente le deuxième constituant du lait, et il s'agit d'une source essentielle d'énergie. Le lactose favorise l'équilibre de la flore intestinale par le développement d'une flore saprophyte et de bacilles lactiques, et on lui attribue de cette manière un rôle anti-infectieux. Le développement de la flore intestinale du nourrisson permet l'augmentation de la vitesse du transit et acidifie le bol intestinal, ce qui va empêcher le développement des germes pathogènes. L'acidification favorise également l'absorption de certains sels minéraux et d'oligoéléments.

Les oligosaccharides : Ils se comportent comme de véritables probiotiques. Au niveau du colon, ils subissent une fermentation par les bifidobactéries, jouant un rôle essentiel dans la mise en place de l'écosystème colique. Il se produit une baisse de pH intestinal qui rend les selles du nourrisson acides, empêchant l'implantation de bactéries anaérobies pathogènes.

- **Lipides :**

Ils constituent le 3ème composant du lait maternel, avec une teneur dans le lait mature de 35 g/L. Respectivement, ils se subdivisent en 98% de triglycérides, 0,8% de phospholipides et 0,5% de cholestérol (13).

Les lipides sont la première source d'énergie du lait maternel ; ils fournissent 50% des calories. La fraction lipidique est quantitativement la plus variable. En effet la teneur en lipides et en énergie du lait maternel diffère selon l'état nutritionnel de la mère, le stade de la lactation, l'heure de la journée et également au cours d'une tétée.

Chez l'adulte, la digestion des graisses se fait essentiellement grâce aux lipases pancréatiques, ces dernières sont peu fonctionnelles et en faible quantité chez le nouveau-né allaité. L'immaturité de la lipase pancréatique est compensée par les lipases linguales et gastriques, et par une lipase non spécifique du lait maternel qui s'active en arrivant dans le duodénum en présence de sel biliaire.

Les triglycérides : Les acides gras dans le lait sont distribués dans les molécules de triglycérides. Le lait maternel est riche en acides gras polyinsaturés à longues chaines (AGPI-LC). L'acide arachidonique (AA) et docosahexaénoique (DHA) sont des constituants majeurs des membranes neuronales et influencent leurs caractéristiques fonctionnelles. L'incorporation de ces acides gras dans le tissu nerveux du nouveau-né dépend de la quantité d'AGPI-LC disponibles dans le lait maternel.

Ils sont donc tributaires de la quantité présente dans l'alimentation maternelle au cours de l'allaitement et pendant la grossesse, durant le développement fœtal. L'AA est essentiel pour

la croissance tandis que le DHA est essentiel pour le développement du système nerveux central et de la rétine.
Les acides gras essentiels, sont importants pour la constitution et la croissance du cerveau ; le bébé a donc un besoin plus important que l'adulte. Ils ne peuvent être fabriqués par l'organisme ; ils sont apportés par l'alimentation, et le lait maternel en contient en quantité suffisante.

Les phospholipides : Alors que la teneur en lipides totaux augmentent au cours de la lactation, celle des phospholipides diminue pour se stabiliser vers la troisième semaine (16).

Le cholestérol : Il varie peu avec l'alimentation de la mère ou le stade de lactation. Il a un rôle dans la structure des membranes, comme précurseur hormonal et dans le développement cérébral.

- **Protéines – Composés azotés non protéiques :**

Le lait contient une faible quantité de protéines, entre 8 et 12 g/L. La nature de celles-ci explique en grande partie la digestibilité du lait maternel.
On distingue les protéines solubles ou lactosérum représentant 70% des protéines totales et les protéines insolubles ou caséines qui correspondent au 30% restant.

Les protéines insolubles : Les caséines, principalement les β-caséines et κ-caséines, sont très fines et très digestes. Elles forment des petites micelles avec le calcium et le phosphore permettant une meilleure digestibilité du lait. La κ-caséine stimule également la croissance des bifidobactéries et a donc un rôle anti-infectieux.

Les protéines solubles : La principale protéine soluble, est l'α-lactalbumine, qui a un rôle dans la synthèse du lactose par la glande mammaire. C'est une protéine de haute valeur nutritive dont la composition est bien adaptée aux besoins du nourrisson.
La lactoferrine a une affinité avec le fer lui procurant des propriétés bactériostatiques.
On retrouve également les immunoglobulines IgA ayant une action protectrice sur les muqueuses intestinales. Les enzymes, tels que le lysozyme qui a une action bactéricide alors que la lipase du lait maternel est activée par les sels biliaires du nourrisson et contribue à l'absorption des graisses. Des facteurs de croissances ayant une action trophique sur les

muqueuses gastriques et intestinales. Les acides aminés libres (cystéine, méthionine, taurine), essentiellement la taurine qui intervient dans la conjugaison des acides biliaires et favorise l'absorption des graisses.

Les composés azotés non protéiques : l'urée, l'acide urique, la créatinine, la carnitine, les nucléotides.

- **Minéraux et oligoéléments :**

Leur teneur est relativement faible mais suffisante pour couvrir les besoins du nouveau-né. De par leur bonne biodisponibilité, ils apportent les nutriments nécessaires à la croissance, sans surcharger les capacités métaboliques immatures du nouveau-né.

- **Vitamines :**

La teneur en vitamines du lait humain est affectée principalement par le statut vitaminique maternel.

Les vitamines liposolubles : En raison d'un risque de carence, des complémentations de vitamines D (1000 à 1200 UI/j) et K (2mg à la naissance, puis entre le 4ème et le 7ème jour de vie, et enfin à 1 mois) sont recommandés par le Comité de Nutrition de Société Française de Pédiatrie. Dans les pays industrialisés, il n'est pas justifié de supplémenter les nourrissons allaiter et en bonne santé en vitamine A et E.

Les vitamines hydrosolubles : Il n'y a aucun risque de carence pour ces vitamines. Leurs proportions dans le lait maternel sont influencées par les apports alimentaires de la mère.
Pour les végétariennes strictes, il existe un possible déficit en B12.

2. Au cours de la journée

En prenant en compte toutes les tétées de l'enfant au cours de la journée, on peut dire que la composition du lait est équilibrée.
La teneur des différents constituants du lait varie d'une tétée à l'autre en fonction du volume de lait consommé par le bébé. Mais elle varie aussi, essentiellement en macronutriment, selon le moment de la tétée :

- Le matin, le lait est plus riche en lactose.
- Le midi, il contient plus de lipides et de protéines.
- L'après-midi il est enrichit glucides.
- Le soir, le lait aura une concentration en protéines plus élevée.

3. Au cours de la tétée

Le lait de début de tétée est totalement différent du lait de fin de tétée. Un bébé nourri à la demande peut ainsi adapter lui-même les tétées selon ses besoins.

En début de tétée, le lait est très clair voir transparent, car il est riche en eau et en sel minéraux afin de désaltérer l'enfant. Donc quand le bébé aura soif, il fera des tétées de courte durée pour s'hydrater. Puis la proportion de glucides directement assimilables par l'organisme augmente, d'abord les oligosaccharides puis le lactose. En milieu de tétée, les protéines et les lipides augmentent en quantité relative. A la fin de la tétée la concentration en lipides augmente beaucoup, et cela proportionnellement à la vidange des alvéoles. L'aspect varie également, le lait semble plus épais et crémeux. Il s'agit du « lait gras », sa richesse nutritionnelle permet de mettre fin à la tétée, l'enfant est rassasié, il lâche le sein et bien souvent s'endort.

D. Avantages de l'allaitement

L'OMS conseille 6 mois d'allaitement maternel exclusif, puis un allaitement maternel avec l'introduction progressive d'aliments jusqu'aux 2 ans de l'enfant.
Allaiter nécessite le désir et la motivation tant de la mère que du couple, suppose la disponibilité de ceux-ci, et aussi la persévérance de la mère face aux difficultés rencontrées qui sont inhérentes à la mise en route de cette fonction naturelle.
L'allaitement est plus qu'un acte individuel, c'est aussi une responsabilité de la famille et de la société.

Avantages pour l'enfant :	- Nutrition optimale, toujours disponible - Diminution du risque de mort subite du nourrisson - Diminution de certaines manifestations allergiques - Diminution de certaines maladies chroniques : diabète type I, maladie cœliaque, maladie de Crohn, colite ulcéreuse - Diminution du risque d'obésité - Diminution de la fréquence de certains cancers de l'enfant - Prévention des infections : ORL, gastro-intestinales, rénales, cérébroméningés - Prévention des risques cardio-vasculaires - Développement cognitif : QI, performances scolaires
Avantages pour la mère :	- Bénéfices psychologiques pour la mère et pour le couple - Meilleure récupération post-natale - Diminution des pertes sanguines par une augmentation des contractions utérines : moins de risque d'anémie ferriprive - Diminution plus rapide du volume de l'utérus - Résorption des graisses stockées, perte de poids plus rapide - Diminution du risque d'ostéoporose au cours de la ménopause - Diminution de la fréquence des cancers du sein et des ovaires - Les tétées ont un effet soporifique qui facilite l'apaisement et l'endormissement de la mère.
Avantages économiques :	- Avantages directs sur l'épargne du coût des laits de substitution et des accessoires annexes - Avantages indirects par la réduction des soins de santé
Avantages écologiques :	- Abaisse les besoins en produits laitiers et en matières premières - Abaisse également les besoins en ressources énergétiques pour la fabrication, le transport et la distribution du lait industriel - Limite les besoins en eau : préparation et nettoyages - Diminue l'utilisation des médicaments
Avantages pratiques :	- Toujours prêt et propre à la demande - A la bonne température - En quantité suffisante

Avantages de l'allaitement maternel

III. L'ALLAITEMENT MATERNEL EN PRATIQUE

A. Déroulement de l'allaitement

1. Hygiène et entretien du sein

Une douche par jour avec un savon doux est suffisante. Il n'y a pas d'intérêt à nettoyer les seins avant, ni après la tétée. En revanche se laver les mains avant la tétée reste important.

Il est préférable d'utiliser des savons doux surgras et non parfumés, qui pourraient masquer l'odeur maternelle que le bébé recherche. Une hygiène excessive risquerait d'irriter le mamelon en le privant de la lubrification naturelle et de déséquilibrer la flore de la peau.
Après chaque tétée, on préconise de mettre quelques gouttes de lait maternel (ou de colostrum les 3 premiers jours) pour hydrater et nettoyer les mamelons.

Il existe deux axes de prévention :

- Éviter le dessèchement : La fragilité de la peau des mamelons est comparable à celle des lèvres. L'application de colostrum ou de lait maternel sur le mamelon permet d'assurer une bonne hydratation et de prévenir l'apparition de crevasse ; le lait est un excellent antiseptique et cicatrisant.
- Éviter la macération : La maintien du mamelon dans une atmosphère humide favorisée par l'utilisation de coussinet d'allaitement, est une source possible d'apparition de mycoses. Il est conseillé de les changer régulièrement.
  Il est préférable de choisir des textiles naturels pour les soutien-gorge et les coussinets.

2. Positions

Les tétées doivent se dérouler dans un environnement calme et une atmosphère sereine et détendue. Comme la position d'allaitement est gardée pendant un certain temps, il est nécessaire qu'elle soit confortable pour la mère et l'enfant, sans fatigue musculaire.

Une bonne position est importante, cela permet d'éviter à la fois les douleurs du mamelon et les problèmes d'allaitement. Il est recommandé de varier la position de bouche du bébé sur le mamelon et de l'aréole pour éviter que le stress de la succion ne se fasse toujours au même endroit. Quelle que soit la position adoptée, le corps de la maman et celui de son bébé doivent être parfaitement maintenus. Il est possible d'utiliser selon les positons et les circonstances ; coussin, traversin, serviette roulée, accoudoir…

L'enfant et sa mère vont trouver, à partir de leurs sensations, la ou les positions qui conviendront le mieux à leur bien-être et à l'efficacité des tétées. Allaiter ne doit faire mal, toute douleur doit inciter la mère à rechercher de l'aide.

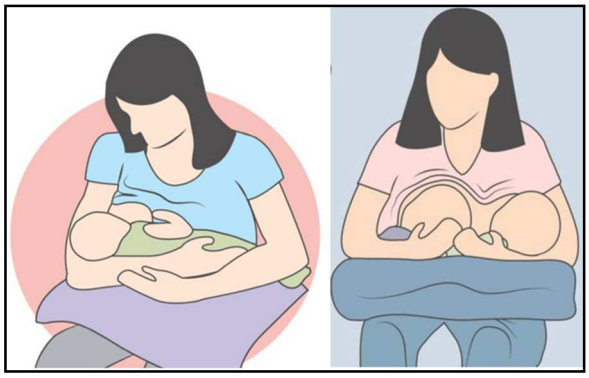
Il peut être utile de soutenir le sein au moment de sa prise par l'enfant, ce geste permet de présenter le sein pour une meilleure efficacité mais également allège le poids sur le menton du bébé.

- La prise en C consiste à placer le pouce sur le dessus du sein et les autres doigts dessous, assez loin de l'aréole. Cette prise permet de d'aligner l'ovale du sein sur la bouche du bébé quand il prend le sein.
- La prise en U consiste à placer le pouce à l'extérieur du sein soutenu, les autres doigts de l'autre côté. Le sein repose sur le U formé par le pouce et l'index.

i. La position de berceuse ou « madone »

C'est une position classique ; l'avant-bras de la mère soutient l'enfant de la nuque au bassin. L'oreille, l'épaule et la hanche sont alignés. L'enfant ne doit pas avoir besoin de tourner sa tête pour prendre le sein, sa bouche est directement en face du mamelon.

Pour les jumeaux, un des bébés est placé en position madone, l'autre en position ballon de rugby.



Position de la madone(17)

ii. La position de berceuse inversée ou « madone inversée »

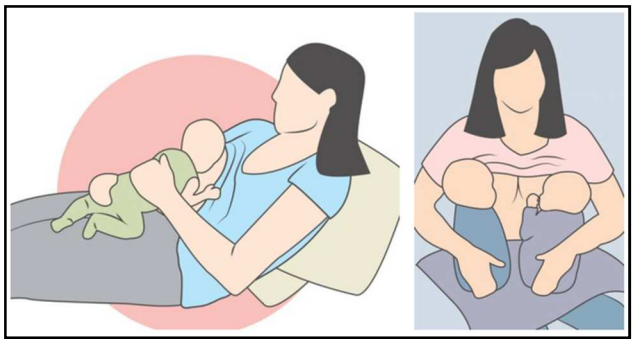
Cette position est intéressante dans les premières semaines de vie, notamment pour les enfant hypotoniques ou agités. La main opposé au sein soutient la nuque et la tête du bébé, la paume de la main est au niveau de l'omoplate. La mère rapprochera le bébé de son sein en poussant avec la paume sur les omoplates et non avec les doigts derrière la nuque, afin que le bébé positionne le menton en premier contre le sein et non la lèvre supérieure.

La position de la madone inversée(17)

iii. La position Biological Nurturing ou BN

Dans cette position la mère est semi-allongée et le bébé est posé à plat ventre sur l'abdomen. Placer la main sous la fesse de l'enfant afin d'éviter qu'il ne bascule. Le bébé peut ramper naturellement jusqu'au sein pour prendre le mamelon dans sa bouche, c'est un réflexe moteur. La mère est totalement détendue, et cette position est conseillée lorsqu'elle souffre de mal de dos.

Pour les jumeaux, chaque main est placée sous la fesse d'un bébé.



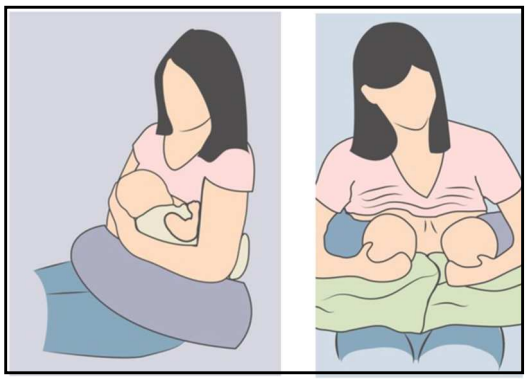
La position Biological Nurturing(17)

iv. La position « ballon de rugby »

La mère est assise, et place un oreiller à côté d'elle pour allonger ou assoir l'enfant. Elle installe l'enfant à côté d'elle, sous son bras, son avant-bras soutient le dos de l'enfant, sa main la nuque. Le bassin de l'enfant repose sur les coussins.

Cette position peut être utile si l'enfant est né par césarienne (le poids du nouveau-né ne repose pas sur la zone incisée), a du mal à prendre le sein ou a un petit poids de naissance.

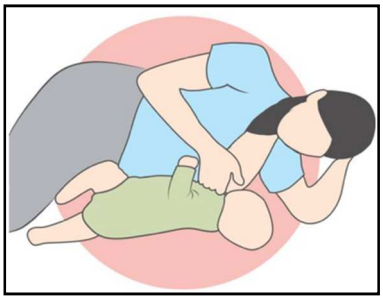
Les mères de jumeaux peuvent choisir cette position pour faire téter les enfants en même temps. Dans ce cas, un coussin spécialement adapté aux jumeaux libère les mains pendant la tétée.



La position du ballon de rugby(17)

v. La position allongée

La mère et l'enfant sont tous les deux allongés sur le côté, face à face. La mère place des oreillers sous sa tête, derrière son dos, entre les genoux, selon ses besoins. Elle s'incline légèrement vers l'arrière. Elle soutient le dos de l'enfant avec son avant-bras si il n'est pas stable. Une serviette pliée placé sous la tête de l'enfant ou sous le sein est parfois nécessaire pour que la bouche de l'enfant soit face au mamelon. Cette position convient dans les situations de césarienne ou de douleurs périnéales, dans la situation du réflexe d'éjection fort dans les difficultés de démarrage de l'allaitement, pour allaiter au lit et favoriser l'endormissement de l'enfant.



La position allongée(17)

3. La prise du sein par l'enfant

L'enfant ouvre grand la bouche pour prendre le sein et sa langue forme une gouttière. L'aréole est largement recouverte de la bouche du bébé et sa lèvre inférieure est inversée. On observe une alternance de succions vigoureuses et de déglutitions. L'enfant se détache du sein en fin de tétée et le mamelon est étiré mais non pincé.

Enfant qui prend bien le sein(17)

Enfant qui prend mal le sein(17)

4. Fréquence et durée des tétées

Selon les recommandations de l'ANAES(18) (Agence Nationale d'Accréditation d'Évaluation en Santé) ; « Il n'y a aucun avantage démontré à réduire le nombre et la durée des tétées, ni à fixer un intervalle minimum entre 2 tétées. En effet, la restriction des tétées est associée à un arrêt plus précoce de l'allaitement, à une fréquences plus élevée des douleurs des mamelons et des engorgements et au recours plus fréquent à des compléments de substituts de lait. Il existe des écarts inter-individuels dans la fréquence, la durée et la régularité des tétées. cela rend nécessaire la proximité de l'enfant avec sa mère 24 heures sur 24. »

i. Fréquences des tétées

L'allaitement à la demande est défini comme des tétées sans restrictions ou induites par le bébé ou encore en réponse aux signes manifestés par le bébé (18). Il faut donc être attentif aux signes d'éveil de l'enfant (s'agite, tète sa langue, porte ses mains à la bouche, émet des petits grognements…) et lui proposer le sein à la demande, sans attendre les pleurs.

Cet allaitement souple à horaires libres se juge plus sur le regard et le comportement de l'enfant que sur la courbe de poids.

Chaque bébé est différent, mais en moyenne, pendant les premiers mois, un enfant peut téter 8 à 12 fois sur 24 heures. L'espacement progressif sera guidé par le nouveau-né.

ii. Durée des tétées

Cette notion est à considérer avec recul car elle dépend de nombreux facteurs, variables en fonction de l'enfant, de la mère et du moment de la journée. La durée d'une tétée est donc différentes d'un enfant à un autre.

Une tétée efficace du bébé sur le sein permet de bénéficier d'un lait dont la composition varie au cours de la tétée. Elle se termine lorsque le sein atteint un certain degré de vidange, et que le lait produit devient plus gras. Pour arriver à cette étape, il peut se passer un temps variable, non déterminable, et en relation avec l'efficacité de succion du bébé. L'enfant lâchera le sein lorsqu'il sera rassasié.

Au cours des premiers mois, la durée des tétées se raccourcit au fur et à mesure que l'enfant devient plus efficace pour obtenir du lait.

iii. Donner un sein ou deux

A chaque tétée, il est conseillé de donne un sein jusqu'au bout. Lorsqu'il montre des signes de satiété au 1er sein, il est possible de lui proposer le 2ème sein qu'il prendra un peu, beaucoup ou pas du tout selon son appétit. Il faut aussi penser à alterner les seins d'une tétée à l'autre.

5. Observation d'une tétée

Une tétée efficace correspond à un transfert de lait suffisant pour l'enfant et indolore pour la mère.

Côté maman	Côté bébé
- Sensations au sein tété : picotement, chaleur, tension - Le deuxième sein coule - Contraction utérine les premiers jours - Sensation de soif - Absence de douleur - Sein souple en fin de tétée - Détente, endormissement	- Enfant correctement installé - Succion nutritives : amples et régulières - Comportement : qualité de son tonus, de son éveil et de ses cris. Il est repu après chaque tété. - Selles : le premier mois, plus de 3 par 24h, granuleuses et jaunes - Urines : abondantes, claires et diluées, 5-6 couches par jour

Signes cliniques d'un allaitement efficace

B. Recommandations et conseils hygiéno-diététiques

1. Nutrition et hygiène de vie

Une femme qui allaite produit environ 800 ml de lait par jour, ce qui correspond à une dépense énergétique supplémentaire de 500 à 600 kcal. L'alimentation doit donc apporter assez d'énergie pour faire face à cette dépense ; les apports caloriques ne doivent pas être inférieurs à 1800 Kcal/jour. Il faut, comme pendant la grossesse, manger 3 à 4 repas par jour et suivre les repères du Programme National Nutrition Santé (19).

Ce n'est pas le moment de débuter un régime car les réserves accumulées pendant la grossesse sont nécessaires à la production de lait, mais il n'est pas utile non plus de manger pour deux. Pendant l'allaitement, le rythme alimentaire présent avant la grossesse est retrouvé et il peut éventuellement s'adapter en fonction des horaires de tétées.

Le lait maternel varie très peu et est naturellement adapté aux besoins du bébé. La qualité de l'alimentation a donc un impact faible sur la composition du lait, mais une alimentation équilibrée, diversifiée et source de plaisir doit être proposée à la mère afin de garantir un état nutritionnel optimal. Aucune règle alimentaire spécifique n'est justifiée ni interdite, y compris pour la quantité d'eau bue quotidiennement, à l'exception de la caféine, la théine et de l'alcool (18). Au contraire, une alimentation variée va être une première étape à l'éducation au goût du bébé.

Fruits et légumes	Au moins 5 par jour	- A chaque repas et en cas de fringale - Crus, cuits, nature ou préparés - Frais, surgelés ou en conserve
Pain et autres aliments céréaliers, pomme de terre et légumes secs	A chaque repas et selon l'appétit	- Favoriser les aliments céréaliers complets ou le pain bis, y compris en cas de fringale - Privilégier la variété des féculents : riz, pâtes, semoule, blé, maïs, pomme de terre, lentille…
Lait et produits laitiers	3 par jour	- Jouer sur la variété - Privilégier les produits nature et les produits riches en calcium, les moins gras et les moins salés : lait, yaourt, fromage blanc…
Viandes **Poissons et produits de la pêche** **Œufs**	1 à 2 par jour	- En quantité inférieure à celle de l'accompagnement constitué de légumes et de féculents - Viande : privilégier la variété des espèces et les morceaux les moins gras (escalope de veau, poulet, steak haché 5% mg) - Poisson : au moins 2 fois par semaine, frais, surgelé ou en conserve
Matières grasses ajoutées	Limiter la consommation	- Privilégier les matières grasses végétales (huile d'olive, de colza…) et favoriser leur variété - Limiter les graisses d'origine animale (beurre, crème…)
Produits sucrés	Limiter la consommation	- Limiter les boissons sucrées (sirops, sodas, boissons sucrées à base de fruits et de nectars…) - Limiter les aliments gras et sucré (pâtisseries viennoiseries, crèmes dessert, glaces, barres chocolatées…)

Boisson	De l'eau à volonté	- Au cours et en dehors des repas, eau du robinet ou eau en bouteille - Limiter les boissons sucrées (sirops, sodas, boissons sucrées à base de fruits et de nectars…) - Pas de boisson alcoolisée
Sel	Limiter la consommation	- Utiliser du sel iodé - Réduire l'ajout de sel en cuisinant et dans les eaux de cuissons et ne pas saler avant de goûter - Limiter la consommation de produits salés : produits apéritifs salés, chips…

Repères de consommation pour les femmes qui allaitent(19)

i. Les aliments à goûts forts

Le fœtus déglutit déjà dans le ventre de sa mère et ingère du liquide amniotique, qui prend le goût de certains des aliments. Il a donc déjà goûté à différentes saveurs au cours de la grossesse. De la même manière, le lait maternel va prendre la saveur de certains aliments en fonction de l'alimentation de la mère. L'enfant peut cependant se trouver gêné par les goûts prononcés de certains aliments, si ceux-ci n'ont jamais été consommé durant la grossesse, mais sans gêne pour la continuité de l'allaitement. Ainsi plus la nutrition sera variée gustativement, plus le lait aura des saveurs différentes. Les différents goûts dans le lait maternel aideront l'enfant à s'habituer aux nouveaux aliments lors de la diversification.

ii. Les aliments anti-galactogènes

Il existe des aliments déconseillés (sauf si il y a une trop forte montée de lait) pendant l'allaitement maternel car ils ont tendance à diminuer la production de lait.

On classe dans cette catégorie : le persil, les feuilles de sauge, la pervenche, la menthe, l'artichaut et l'oseille.

iii. Les aliments galactogènes

Il existe de la même manière des plantes qui stimulent la lactation, elles peuvent être utilisées pour donner un coup de pouce à l'allaitement maternel.

Il suffit de préparer une tisane à base d'une ou plusieurs de ces plantes ou bien d'acheter directement en pharmacie des infusions spéciales allaitement.

On définit comme aliments galactogènes : le fenugrec, l'anis, les graines de fenouil, le galéga, le cumin, la carotte, le houblon, les lentilles, le topinambour, l'ortie, la verveine et le basilic…

iv. Régimes végétariens et végétaliens

Selon les aliments qui sont exclus de l'alimentation, ces régimes peuvent entrainer des carences en acides aminés essentiels, vitamine B12, vitamines B9, vitamine D, calcium, sélénium, iode, fer, zinc…

On peut observer chez l'enfant une stagnation staturo-pondérale, une anémie, des troubles neurologiques, qui sont d'autant plus sévères que la carence vitaminique est sévère et prolongée (20).

Les femmes allaitantes doivent donc bénéficier de conseils nutritionnels personnalisés, éventuellement d'être supplémenter pendant la grossesse et l'allaitement. Elles nécessitent une surveillance régulière de leurs enfants et la recherche de signes carentiels possibles (21).

v. Points particuliers de l'alimentation de la femme allaitante

- **Alcool :**

Il passe dans le lait, où il se trouve à un taux similaire à celui présent dans le sang, mais ne modifie pas la composition du lait. En revanche, il altère la saveur du lait, qui reste « alcoolisé » pendant quatre heures après l'ingestion.

Le pic d'alcool dans le lait est 30 à 60 minutes après la consommation, il diminue ensuite parallèlement à la teneur sanguine (22). Durant les heures qui suivent l'absorption d'alcool, le taux d'ocytocine baisse alors que celui de prolactine s'élève fortement ; il y a une augmentation transitoire de la production lactée mais une diminution du réflexe d'éjection. En cas de prise importante, la mère allaitante risque d'être confronté à un engorgement pouvant persister pendant des heures, car les seins se remplissent et le lait ne peut pas en sortir (23).

Une consommation inférieure à 0,5 g/kg par jour, environ 2 verres, et occasionnelle, ne nécessite pas une suspension de l'allaitement. Dans ce cas, les spécialistes conseillent de prévoir d'allaiter juste avant de consommer de l'alcool, et d'attendre environ deux heures avant de remettre l'enfant au sein.

La consommation est néfaste pour le bébé, elle peut entrainer de l'agitation et altérer son sommeil. Le mieux est de conseiller à la mère allaitante de s'abstenir de consommer de l'alcool.

En cas d'exposition chronique, cela peut entraver le développement psychomoteur de l'enfant. Si la mère a bu pendant la grossesse (alcoolisme), il faut penser à l'état de manque de l'enfant et du syndrome de sevrage. L'allaitement maternel peut aider à ce sevrage.

- **Caféine – Théine :**

On les retrouve dans le café, le thé, le chocolat, certains sodas et boissons énergisantes.
La caféine et la théine diffusent rapidement dans le lait maternel, leurs concentrations y sont relativement faibles, mais leurs éliminations sont plus lentes chez le nourrisson que chez l'adulte (18). On accorde 300mg de consommation par jour, soit l'équivalent de 2 à 3 tasses.
En dessous de trois tasses par jour, la caféine et la théine ne semblent pas causer de problèmes à la plupart des femmes allaitantes et leurs bébés. Au-delà, ils peuvent entrainer une sur-stimulation du bébé, voire de l'insomnie, de l'irritabilité, des coliques, un taux de fer plus bas dans le lait.
Il y a un risque d'accumulation surtout chez le bébé prématuré ou malade qui ne les métabolise pas bien (12).

- **Phyto-œstrogènes :**

Ils sont naturellement présents dans certaines plantes comme le soja. De par leur structure similaire avec l'œstradiol, ils peuvent se lier aux récepteurs ostrogéniques et imiter leurs actions.
Ils sont excrétés dans le lait maternel et ils peuvent perturber la lactation. Il est conseillé de limiter la consommation d'aliments à base de soja à un produit maximum par jour (11).

- **Phytostérols :**

On les retrouve dans les margarines, yaourts, et boissons lactées. Ce sont des lipides végétaux dont la structure est proche de celle du cholestérol. Ils réduisent son absorption et font baisser le taux de cholestérol au niveau intestinal. Les phytostérols sont déconseillés aux femmes allaitantes car ils peuvent interférer sur l'absorption des acides gras essentiels et des vitamines liposolubles (22).

vi. Tabac

L'allaitement et le tabac ne sont pas totalement incompatibles. La concentration de tabac dans le lait dépend de plusieurs paramètres : le nombre de cigarette, la manière de tirer et le temps écoulé entre la dernière cigarette et la tétée.

La présence de nicotine dans le lait, à petites ou fortes doses, peut jouer sur la qualité des tétées. Le tabac diminue les taux de prolactine et d'ocytocine ; il y a donc une baisse de la production et de l'éjection de lait. Les bébés tètent avec plus de difficulté, ils se nourrissent moins et prennent peu de poids (24).

Il est conseillé de fumer juste après la tétée plutôt qu'avant ou pendant, et si possible, d'attendre deux heures après la cigarette pour nourrir l'enfant. Dans tous les cas, il est important de fumer hors de la présence du bébé.

Aucun danger grave n'a été démontré, tant que la consommation reste modérée. En revanche, pour les grosses fumeuses (10/15 cigarettes par jour), des signes d'intoxication peuvent apparaitre sur le nourrisson ; tachycardie, pâleur, vomissement, diarrhée, hyper agitation.

Des substituts nicotiniques, correctement utilisés, induisent une absorption maternelle de nicotine nettement inférieure à celle des cigarettes et ils évitent également l'exposition de l'enfant aux nombreux autres toxiques contenus dans la fumée de cigarette (25).

Il est conseillé d'allaiter pour une mère fumeuse pour augmenter les défenses immunitaires de l'enfant dont les bronches sont fragilisées par le tabagisme passif.

vii. Drogues

La possibilité d'allaiter dépend plus de l'état physique et psychique de la mère que de l'intoxication elle-même. Il est évidemment préférable de ne pas consommer de drogues durant l'allaitement maternel. Mais les bénéfices apportés par l'allaitement au sein prévalent sur ses inconvénients, même en cas de consommation.

Il parait difficile à préconiser si l'état de dépendance maternel reste majeur avec des troubles comportementaux et une situation sociale qui font craindre une séparation. En revanche, en cas d'intoxication stabilisée ou de substitution bien menée, cela peut être un élément important de la prise en charge du syndrome de sevrage du nouveau-né, pas tant par le passage dans le lait maternel qui est faible, mais surtout par l'implication de la mère dans les soins qui est un adjuvant essentiel aux thérapeutiques médicamenteuses (26).

Toutes les substances passent dans le lait maternel et l'organisme immature de l'enfant, et peuvent perturber l'allaitement ou modifier le comportement du bébé : somnolence excessive,

agitation. Il est préférable d'être accompagnée par un professionnel pour minimiser les effets secondaires de cette consommation (27).

2. Maladies

Les contre-indications formelles à l'allaitement maternel sont très rares, mais il peut y avoir des situations où les risques potentiels dépassent les bénéfices.
Certaines maladies et quelques traitements ne sont pas compatibles avec un allaitement maternel. Seul un médecin spécialisé pourra prendre la décision, par rapport à la situation personnelle de la mère et/ou l'enfant. Les contre-indications peuvent être temporaires ou définitives.

i. Chez la mère

- **Contre-indications absolues :**

- Hémopathie ou cancer en cours de chimiothérapie
- Infection par le VIH :
    - Dans les pays riches comme la France, la contre-indication est formelle.
    - Dans les pays pauvres, lorsqu'une alimentation par du lait artificiel n'est pas possible dans de bonnes conditions : l'allaitement exclusif est autorisé sur une courte durée, de 3 à 6 mois, mais cette décision est difficile à prendre.
- Infection par HTLV-1 : famille des rétrovirus, responsables le leucémies et de lymphomes T, avec une période de latence importante.

- **Contre-indications temporaires :**

Les situations sont à adaptées au cas par cas, selon la situation de la mère et de l'enfant.

- Herpès ou zona sur le sein de la mère
- Tuberculose active non traitée
- Certains examens d'explorations médicales
- Infection au cytomégalovirus chez la mère d'un nourrisson prématuré

- **Maladies chroniques :**

Pour les maladies telles que le diabète, l'épilepsie, la sclérose en plaque… ce n'est pas la maladie qui peut être un éventuel obstacle à l'allaitement mais plutôt les thérapeutiques

maternelles employées. Dans la grande majorité des cas, celles-ci sont utilisées pendant la grossesse et le fœtus y a déjà été exposé in utéro.

Dans toutes ces situations, une évaluation individuelle s'impose, il faut avoir recours aux médicaments compatibles avec la poursuite de l'allaitement.

- **Maladies aigues :**

Pour la plupart des infections virales ou bactériennes, présentes dans l'environnement, l'allaitement n'est pas contre-indiqué. Quand la mère commence à éprouver les premiers symptômes de la maladie, l'enfant est déjà exposé, parfois même depuis plusieurs jours. L'enfant bénéficie des anticorps spécifiques de l'agent pathogène infectant et des facteurs anti-infectieux qui sont sécrétés dans le lait maternel. La poursuite de l'allaitement l'aide à éviter d'attraper lui-même la maladie, ou s'il l'attrape, à l'avoir sous une forme atténuée.

Dans tous les cas, les règles d'hygiènes simples et classiques sont à mettre en place et l'automédication est à proscrire.

ii. Chez l'enfant

La seule contre-indication formelle et définitive à l'allaitement est la galactosémie congénitale du nourrisson. Il s'agit d'une maladie génétique autosomique récessive rare caractérisée par un déficit en galactose-1-phosphate-uridyl-transférase nécessaire au métabolisme du galactose. L'enfant peut être sujet à des désordres métaboliques sévères, et dans les formes graves le décès peut être rapide. La seule solution est une alimentation à base de lait sans lactose ou à base de soja.

3. Activité sportive

L'activité physique et l'allaitement sont totalement compatibles, tant que le sport est pratiqué de façon modérée et douce. L'exercice choisi ne doit pas être stressant ni trop intense. Les activités douces, telles que la natation, la marche ou le vélo sont idéales à pratiquer pendant l'allaitement.

La composition et la production de lait ne sont pas affectées par le sport pratiqué modérément. L'étude Dewey et al de 1994, a permis de montrer qu'en cas d'activité physique intense, la production d'acide lactique lors de l'exercice peut provoquer une légère modification du gout du lait que le bébé peut remarquer lors de la première tétée d'après sport.

Les femmes allaitantes pratiquant un exercice physique régulier se sentent mieux dans leur corps, pleines d'énergie, plus calmes, détendues et positives, et que cela facilitait leur maternage (28).
Un avis médical est nécessaire avant la reprise du sport afin de ne pas se précipiter et avoir de bon conseils pour pratiquer en toute sécurité. Il faut penser à bien s'équiper, porter un soutien-gorge avec un bon maintien et éventuellement y glisser des coussinets hyper absorbant pour éviter tout désagrément.
Un exercice modéré et régulier n'a que des avantages et aucun inconvénient (29).

4. Nouvelle grossesse et co-allaitement

Une nouvelle grossesse n'impose pas le sevrage de l'enfant encore allaité. Et inversement, la poursuite de l'allaitement ne pose aucun problème pour le bon déroulement d'une nouvelle grossesse. Aucune étude n'a démontré un quelconque risque de fausse couche, ni de danger pour la grossesse en cours. Les contractions éventuelles induites par l'allaitement ne risquent pas de provoquer de fausse couche ou d'accouchement prématuré. Une femme qui se nourrit correctement n'aura pas de mal à répondre aux besoins à la fois du fœtus et de l'enfant allaité. Il faut simplement s'assurer qu'elle prend du poids normalement, ajoute des aliments nutritifs à son alimentation et se repose suffisamment.

Lorsqu'une grossesse démarre, le cycle de lactation recommence même si l'allaitement précédent n'est pas terminé. Les modifications hormonales vont provoquer une diminution de la quantité de lait produite au cours des derniers mois de la grossesse. Il convient toutefois de rester vigilant à ce que le grand bébé reçoive toujours des apports laitiers adaptés à son âge malgré la baisse de lactation de la mère, particulièrement quand l'enfant n'a pas encore une alimentation diversifiée.
Le comportement de l'enfant face à ses changements est variable. Il peut se détourner du sein et se sevrer, continuer à téter malgré la baisse de la lactation, ou bien arrêter de téter pendant la grossesse et redemander le sein après l'accouchement quand le lait est disponible à nouveau.
Les problèmes éventuellement rencontrés sont dus aux sensations physiques et aux sentiments que la poursuite de l'allaitement va susciter chez la mère. La baisse de production de lait donne l'impression désagréable que l'enfant tète à vide. Une sensation plus accrue des mamelons, pouvant aller jusqu'à une douleur intolérable peut mettre en difficulté les suites d'allaitement

pour l'ainé et provoquer un sevrage prématuré (30). Certaines mères peuvent également ressentir un malaise ou une irritabilité pendant les tétées.

Après la naissance du nouveau-né, il est possible d'allaiter les deux enfants, mais la priorité des tétées est toujours en faveur du nouveau-né.
Pendant les trois premiers jours de post-partum, le lait maternel contient beaucoup de colostrum, ce qui peut générer des diarrhées chez l'enfant le plus âgé, cela cessera avec la montée de lait. La lactation s'adapte de toute façon au nouveau-né, et les seins produisent suffisamment de lait pour les deux enfants.
Les douleurs de mamelon disparaissent et la montée de lait est en général plus rapide et sans engorgement car l'aîné est efficace pour drainer les seins et stimuler la lactation.
D'un point de vue pratique, il est tout à fait possible d'allaiter les deux enfants en même temps, ou de manière séparé. Les tétées ensemble permettent de faire venir le lait plus vite pour le bébé. Les tétées séparées permettent d'avoir un moment pour chaque enfant (31).

5. Chirurgie mammaire

L'allaitement maternel est réalisable, mais il peut être plus difficile, même imprévisible, selon la technique opératoire utilisée. Le fonctionnement normal de la lactation nécessite une glande mammaire fonctionnelle, la continuité des canaux lactifères qui amènent le lait jusqu'au mamelon, une sensibilité normal, et l'intégrité du système nerveux à l'origine de la sécrétion réflexe de prolactine et d'ocytocine.
La seule étude à s'être penchée sur les conséquences au niveau de la lactation de la chirurgie d'augmentation et de réduction des deux seins a trouvé une multiplication par trois du risque d'échec de l'allaitement chez les femmes ayant subi une chirurgie mammaire quelle qu'elle soit, par rapport aux femmes qui n'avaient pas eu de chirurgie (32).
Il est conseiller de se faire aider par un professionnel formé en allaitement ou une consultante en lactation et en cas de difficulté, d'utiliser un dispositif d'aide à la lactation.

i. Chirurgie de réduction mammaire

Le tissu adipeux est intimement lié au tissu glandulaire, il est difficile de le retirer de façon sélective sans léser une partie plus ou moins importante de la glande mammaire. Des canaux lactifères peuvent être sectionnés, et l'ablation de seulement quatre canaux pourrait complétement supprimer la fonction du sein chez certaines mères. Il faut donc préserver une

partie du potentiel lactant lors d'une chirurgie de réduction, conserver le tissu glandulaire présent dans la région rétro-aréolaire. Moins la quantité de tissu enlevé est importante, meilleures sont les chances de pouvoir allaiter. Presque toutes les femmes pourront allaiter, mais le principale souci est de savoir combien de lait elles pourront sécréter.

ii. Chirurgie d'augmentation mammaire

Tout dépendra de la technique opératoire utilisée, et de l'abord aréolaire emprunté.

En cas d'incision péri-aréolaire ou trans-aréolaire, en disséquant le tissu glandulaire mammaire directement, il est parfois possible d'interrompre l'afférence neuronale et de diminuer la sensibilité mamelonnaire. Les autres types d'incision amènent le chirurgien à disséquer dans l'espace rétro-glandulaire ou sous pectoral et touchent peu la glande mammaire. L'implant, lui-même exerce peut être une pression chronique sous les lobules et les canaux galactophores qui pourrait être délétère pour la production lactée.

6. Reprise du travail

La reprise du travail ne signifie pas l'arrêt de l'allaitement, cela ne doit pas être un obstacle à la poursuite de l'allaitement maternel. C'est une période sensible pour la mère et pour l'enfant, car cela implique des changements dans la vie quotidienne. Concilier allaitement et travail demande une organisation qu'il vaut mieux préparer au préalable.

Quel que soit son âge, l'enfant continue à bénéficier des avantages nutritionnels et immunologiques du lait maternel, particulièrement lorsqu'il rentre en collectivité. Les enfant allaités sont moins souvent malades et l'absentéisme professionnel des parents est moins important. Enfin, beaucoup de mères témoignent d'un meilleur vécu des séparations du couple mère-enfant grâce aux tétées-retrouvailles.

Si la mère le souhaite, et si les distances entre le mode de garde et son lieu de travail le permettent, elle peut continuer à donner son sein. Mais elle peut aussi tirer son lait, sur son lieu de travail. La loi prévoit de libérer une heure par jour pour tirer son lait ou allaiter son bébé, jusqu'au premier anniversaire de l'enfant. Ces pauses ne sont pas rémunérées, sauf dans certaines conventions collectives.

La mère peut aussi donner des biberons de son lait aux personnes qui s'occupent de son bébé, pour que celui-ci bénéficie du lait maternel le plus longtemps possible. Dans ce cas, il faudra commencer à faire des stocks de lait congelé avant la reprise du travail.

Elle peut également choisir d'effectuer un allaitement partiel. Dans ce cas, elle peut donner le sein le matin et/ou le soir, le week-end et de compléter avec un lait infantile.
Selon l'âge de l'enfant, l'introduction d'une alimentation diversifiée permet de jongler avec l'allaitement maternel au cours d'une journée.

7. Recueil du lait

La maman peut être amenée à tirer son lait dans différentes circonstances :

- Pour démarrer ou entretenir la lactation lorsqu'elle est séparée de son enfant.
- Pour accélérer le traitement d'une stase lactée (engorgement, mastite…).
- Pour entretenir la lactation malgré un arrêt temporaire des tétées (douleurs extrêmes lors de crevasses par exemple).
- Lorsque le nourrisson n'est pas encore capable de téter efficacement.
- Lors de la reprise du travail.
- Pour faire des stocks de lait maternel ou pour réaliser un don au lactarium.

Pour tirer son lait, la mère doit être détendue, dans une position confortable et dans un environnement propre et calme. Le lait peut être tiré avec un tire-lait (manuel ou électrique) ou manuellement. En fonction de l'indication et donc de la fréquence et de la durée d'utilisation, on aura le choix entre plusieurs tire-lait.

i. Les règles d'hygiène

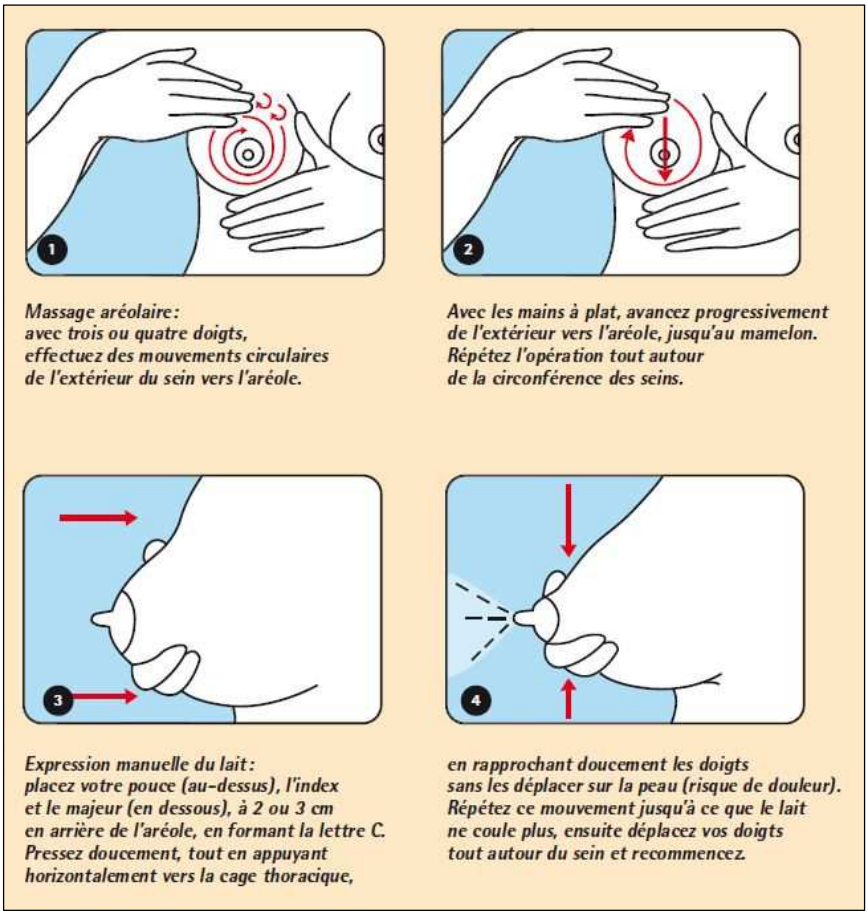
Les règles d'hygiènes sont indispensables pour éviter une contamination du lait. La mère doit disposer le biberon ainsi que tout le matériel nécessaire, sur un plan de travail correctement nettoyé.

Règles d'hygiène pour le matériel	Règles d'hygiène pour la maman
Avant la première utilisation du matériel (biberons, téterelle, tire-lait et récipient…) : laver, rincer puis laisser sécher sans essuyer. Après utilisation du matériel : - Vider le biberon et le rincer à l'eau froide sous le robinet. - Plonger le tout dans de l'eau très chaude avec du liquide vaisselle. - Nettoyer avec précaution tout le matériel à l'aide de goupillons adaptés. - Puis le matériel doit être stocké dans un endroit propre et sec. Un lave-vaisselle peut être utilisé pour laver tous les accessoires, en programmant un cycle complet à 65°C.	Elles doivent être observées par la maman, pour limiter les risques d'infection : - Quotidiennement, une douche avec un savon liquide doux et/ou sur-gras, sans colorant et non parfumé, et un change de ses sous-vêtements. - Avant de tirer son lait, un lavage rigoureux des mains avec un savon liquide non parfumé. - Sécher soigneusement ses mains avec des papiers jetables (éviter les serviettes éponges et les torchons qui sont des nids à germes).

Règles d'hygiène pour le matériel et pour la maman

ii. L'expression manuelle

Cette méthode permet aux mères de recueillir leur colostrum ou leur lait sans aucun matériel, simplement avec leurs mains. Elle peut être précédée d'un massage aréolaire. La stimulation manuelle des récepteurs aréolaires reproduit les mouvements de tétée du bébé et provoque un réflexe ocytocique et l'éjection du lait. La répétition de cette expression manuelle va déclencher la fabrication et l'éjection du lait qui est lente, au début, puis en jets.



Méthode de l'expression manuelle du lait (33)

iii. Les tire-laits

La délivrance d'un tire-lait est un moment privilégié pour discuter avec la maman. Cela permet de définir quels sont ses besoins et attentes et de trouver le tire-lait qui lui est le plus adapté.

Pour une maman qui reprend le travail, il faudra choisir un modèle facile à transporter, discret et silencieux, tandis que pour une maman qui fait face à des crevasses, un démarrage de l'allaitement difficile ou un engorgement, on se tournera vers un modèle confortable et très efficace mais plus robuste.

Avant la délivrance d'un tire-lait, il est donc indispensable de poser les questions suivantes à la maman :

- Pourquoi tire t'elle son lait ?
- Quand va t'elle le tirer ? Chez elle ? Au travail ? Sera-t-elle souvent en déplacement ?

Le cycle de succion du bébé est composé de plusieurs phases et le tire-lait reproduit le rythme physiologique de la tétée. Tous les tire-laits permettent un réglage individuel de la force d'aspiration, ce qui garantit d'obtenir un pompage doux et efficace du lait maternel.

Contexte d'expression du lait	Attentes de la mère	Tire-lait proposé
Expression occasionnelle	- Modèle pratique et petit	Tire-lait manuel ou électrique simple pompage
Arrêt temporaire des tétées	- Confort - Efficacité - Gain de temps	Tire-lait électrique double-pompage
Reprise du travail	- Discrétion - Facilité de transport - Gain de temps - Confort	Modèle peu bruyant Petite taille et faible poids du tire-lait Tire-lait double pompage
Engorgement, mastite	- Confort - Efficacité de l'expression	Tire-lait électrique double-pompage
Constitution d'un stock de lait ou don	- Efficacité - Gain de temps	Tire-lait électrique double pompage

Adaptation du modèle de tire-lait

- **Le tire-lait manuel :**

Ils sont adaptés plutôt à une utilisation occasionnelle ou de courte durée. Les tire-laits manuels allient la simplicité d'utilisation au confort de la maman. Ils ont l'avantage d'être peu encombrants et discrets.

Pour créer un mouvement d'aspiration, il faut activer manuellement une manette de façon répétée. C'est assez fatiguant puisque pour reproduire le rythme de succion du bébé il faudrait environ 50 mouvements d'aspiration par minute.

Ils sont disponibles à l'achat et ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale.

Tire-lait manuel Medela® (34)

- **Le tire-lait électrique :**

Ils sont adaptés à un usage fréquent et de longue durée. L'objectif général des tire-laits électriques est de reproduire le même rythme de succion que le nourrisson au sein.
Ils offrent aux mères beaucoup de souplesse dans les réglages de l'intensité de la dépression et du rythme de succion. Il en existe des simples ou des doubles permettant de tirer les deux seins à la fois. Un double pompage présente un gain de temps avec une meilleure stimulation de la production de lait.
Ils peuvent être achetés ou loués en pharmacie et parapharmacie. Avec une ordonnance du médecin ou de la sage-femme, la location du tire-lait est remboursée par la Sécurité sociale et certaines mutuelles. Le kit de pompage (téterelle, biberon de recueil et tube de raccordement) se fait à l'achat.

Le Comité Économique des Produits de Santé, dans le Journal Officiel du 12 Mars 2019, fixe les nouveaux tarifs de remboursements des tire-laits et précise leurs conditions de prise en charge. Les changements dans la prescription et la délivrance entrent en vigueur à compter du 25 Mars 2019.

Prescription :

- Ordonnance séparée, indépendante de toute autre prescription, au nom de la mère.
- Type de tire-lait : simple ou double pompage.
- Date de location et la durée prévue.

- Prescription initiale limitée à 10 semaines : prévient les arrêts précoces et permet d'assurer le suivi de l'allaitement.
- Renouvellement par période maximale de 3 mois.

Délivrance :

Le pharmacien est désormais tenu de former le patient à qui il délivre le matériel, en fournissant au minimum :

- Une présentation générale du matériel et des consommables.
- L'information et la formation technique relative au fonctionnement et à l'entretien du matériel et des consommables.
- L'information relative au respect des consignes de sécurité.
- La délivrance d'une notice d'utilisation.
- Le choix de la taille de la téterelle.
- L'explication de la durée de prescription initiale et les possibilités de renouvellement.
- Un rappel des règles de conservation du lait et des règles d'hygiènes associées.
- Les démarches à effectuer en cas de panne du matériel.

Cette formation doit être assurée en présence du matériel, par un échange direct avec la mère. A défaut, le pharmacien doit mettre à disposition tout support et tutoriel permettant à la mère de disposer d'une formation à distance lui apportant un niveau d'information équivalent à celui assuré par un échange en présence du matériel. Il doit également mettre à disposition de la mère, tout support ou tutoriel conçu par le fabricant pour aider à l'utilisation du matériel.
Fait nouveau, le pharmacien est rémunéré pour cette prestation, le LPP comprend un forfait de mise à disposition, tarifié 30,00€ TTC (prix limite de vente).

Tarification :

Les prix sont revus à la baisse pour le forfait de location hebdomadaire de l'appareil, qui passe à 7,50€ (prix limite de vente).
Mais les téterelles sont mieux prises en charges à l'achat : le kit de pompage, la téterelle, le biberon et le tube de raccordement est fixé à 12,00€ (prix limite de vente à 37,00€) pour un double pompage.
Seuls les tire-laits répondant au nouveau cahier des charges de la LPP (statut de dispositif médical, réglage manuel ou automatique des puissances et des fréquences d'aspirations…) peuvent prétendre au remboursement par l'Assurance maladie. Ces nouvelles spécifications

techniques s'appliquent dès aujourd'hui. Une dérogation existe pour les tire-laits proposés actuellement à la location ne répondant pas au nouveau cahier des charges, ils pourront être proposés au remboursement jusqu'au 1er Janvier 2023.

Maintenance du matériel :

Le pharmacien doit tracer les différentes étapes du parcours de chaque appareil mis en location : nettoyage et désinfection, vérification du bon fonctionnement de la performance, maintenance, conditionnement pour stockage et/ou transport, location, reprise du matériel ou retour de prêt, élimination en fin de vie.

Les enregistrements doivent être conservés 5 ans après la fin de vie du tire-lait.

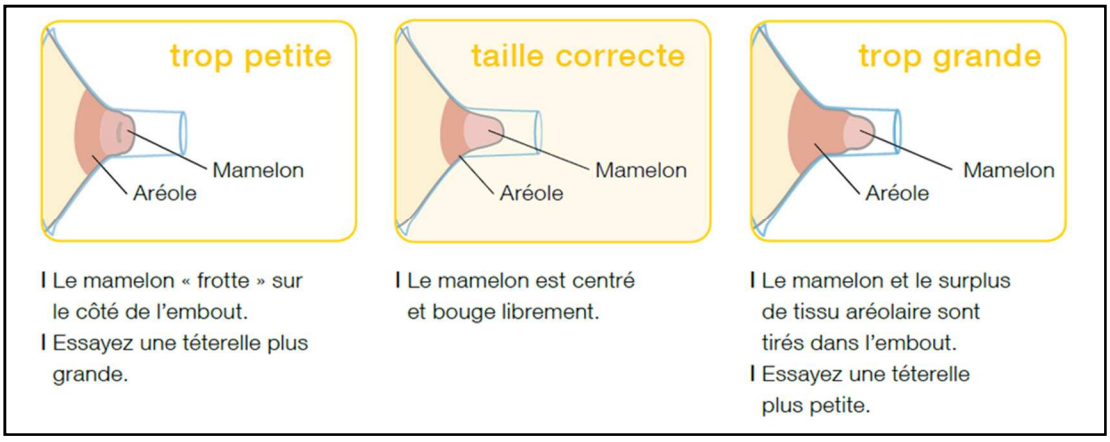
Tire-lait électrique simple pompage Medela® (34)

Tire-lait électrique double pompage Medela® (34)

- **La téterelle :**

La téterelle doit être adaptée à la taille du mamelon de la maman afin d'assurer une expression du lait efficace et qui ne fait pas mal. S'il y a un inconfort, une douleur ou l'impression que le lait n'est pas tiré après l'expression, alors la taille de la téterelle est inadaptée. Si elle est trop grande, l'aspiration sera inefficace et si elle et trop petite, elle pourra entrainer des douleurs ou des lésions du mamelon. Il est possible que la taille du mamelon évolue au cours de l'allaitement et qu'il faille modifier la taille de la téterelle. La mesure doit se faire après une tétée ou après avoir tiré son lait. Si le mamelon est mesuré en dehors de ces conditions, il faut rajouter 2 millimètres de plus.

Lorsque la téterelle est posée sur le mamelon, ce dernier doit être centré et bouger librement. Il existe 5 tailles de téterelle, et pendant la durée de l'allaitement, la taille peut évoluer.



Choisir la bonne taille de téterelle(35)

iv. Conservation

Les conditions d'hygiènes et les précautions à prendre pour la manipulation et la conservation du lait maternel varient en fonction de l'âge de l'enfant, de sa condition physique et de son environnement.

Le lait peut être conservé dans différents récipients (biberon, pot en verre ou en plastique rigide, sacs de congélation spécifiques…). Ils ne doivent pas être complétement remplis, pour éviter de jeter du lait non bu et que les contenants débordent lors des congélations et décongélations. Le lait maternel recueilli doit d'abord être rapidement refroidi sous l'eau froide puis placé au réfrigérateur. S'il est destiné à la congélation, il sera ensuite placé au réfrigérateur plusieurs dizaines de minutes pour diminuer progressivement sa température avant d'être placé au congélateur.

Si le volume souhaité de lait est recueilli en une seule fois, le récipient doit être fermé avec un dispositif étanche.

Si le volume souhaité de lait est recueilli en plusieurs étapes, le lait tiré encore tiède doit refroidir au réfrigérateur puis être versé par la suite avec le lait déjà prélevé.

Chaque récipient doit être étiqueté avec la date, la quantité de lait recueilli et le nom de l'enfant si celui-ci est gardé en collectivité. Il faudra utiliser en priorité le lait le plus ancien.

	Congélateur -18°C au moins	Réfrigérateur + 4°C	Température ambiante (19/22°C)
Lait frais (milieu hospitalier)	4 mois	48 heures	4 heures
Lait frais pour son bébé (chez soi)	8 mois	3-4j	6-8h
Lait décongelé	Ne pas recongeler	24 heures	1 heure

Règles de conservation du lait(9)

v. Chauffage-Décongélation

- Tiédir le lait en plaçant le biberon au bain marie, dans une casserole ou un chauffe biberon.
- En laissant le récipient fermé au réfrigérateur.
- Si le lait est réchauffé, il doit être consommé dans la demi-heure.
- Si le lait est à température ambiante, il doit être bu dans l'heure.
- Vérifier la température du lait en versant quelques gouttes sur la face interne de l'avant-bras.
- Tout reste de biberon préparé non consommé doit être jeté.
- Il ne faut pas réchauffer le lait au four à micro-ondes car il y a un risque de détérioration de ses qualités nutritionnelles et de brulure pour l'enfant.

Il est préférable de donner en priorité à l'enfant un lait réfrigéré par rapport à un lait décongelé car la congélation détruit certains éléments anti-infectieux du lait maternel. Le lait maternel n'étant pas homogénéisé après réfrigération ou congélation, ses constituants se séparent, la crème surnage et le reste du lait ressemble à de l'eau. Il suffit d'agiter doucement le récipient avant de donner le lait au nourrisson. Le lait maternel décongelé a parfois une odeur désagréable due à la lipolyse du lait mais elle est sans impact sur sa qualité ou la sécurité.

vi. Transport du lait maternel

Le lait maternel doit être transporté dans une glacière ou dans un sac isotherme avec un pack de réfrigération. Il ne faut pas excéder une heure de transport et le lait doit être placé dans le réfrigérateur à l'arrivée.

vii. Définir la quantité de lait exprimé à donner au nourrisson

Pour connaitre la quantité de lait dont le nourrisson aura besoin, et donc la quantité à prévoir pour la personne qui préparera le biberon, il faut utiliser la « règle d'Appert ».

Quantité en mL par 24h = (Poids du bébé en g/10) + 250

Le chiffre obtenu est approximatif. Le résultat peut ensuite être divisé par le nombre de tétées quotidiennes pour obtenir le volume d'un biberon à préparer.

Il est également possible de débuter les premiers temps en donnant un biberon entier de lait maternel, et de voir vers quelle quantité de lait ingéré l'enfant atteint sa satiété. En effet, lorsque l'on utilise un biberon on ne peut pas définir au préalable de quelle partie de la tétée il s'agit, c'est-à-dire du lait de début de tétée très riche en eau qui désaltère ou bien du lait de fin de tétée plus concentré en lipides et en glucides qui a donc un plus fort effet rassasiant. L'enfant se régulera seul et s'arrêtera lorsqu'il n'aura plus faim.

IV. ROLE DU PHARMACIEN DANS LE SOUTIEN A L'ALLAITEMENT

L'éducation pour la santé est une obligation déontologique pour le pharmacien, il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale.
Il dispose de nombreux atouts pour soutenir et accompagner les patients au quotidien. Grâce à sa proximité géographique, son accessibilité et sa disponibilité sur de longues plages horaires, il est tout à fait possible de s'entretenir sans rendez-vous avec un pharmacien. C'est un acteur de soin de premiers recours qui sait instaurer une relation de confiance avec ses patients.

Les pharmaciens d'officine ont un rôle primordial dans l'accompagnement des nouveaux parents dans le projet d'allaitement maternel, et cela le plus précocement possible. Ils doivent être capables de repérer les couples qui sont remplis d'interrogations et de doutes afin de les éclairer. Il est de leurs responsabilités de donner une information claire, objective sur la pratique de l'allaitement et sur ses bénéfices.
Ils doivent savoir dépister les différents problèmes rencontrés lors de l'allaitement ; engorgement, mastite, abcès, mycose... Il est important de savoir les identifier, afin de donner une conduite à suivre personnalisée et éventuellement réorienter la patiente vers un autre professionnel de santé. En plus d'une aide, c'est une écoute que les parents viennent chercher à l'officine.

A. Prise en charge des pathologies liées à l'allaitement

Les mamelons douloureux, les crevasses, les engorgements sont responsables des arrêts précoces de l'allaitement. La plupart des problèmes rencontrés sont généralement la conséquence d'une mauvaise position de l'enfant lors de la tétée, ils peuvent être éviter par des mesures de prévention et des conseils associés. Le pharmacien, de par sa proximité et sa disponibilité, est souvent confronté à ces problèmes. C'est pour cela qu'il est important de savoir les identifier, afin de donner une conduite à suivre personnalisée et éventuellement de réorienter la patiente vers un autre professionnel de santé.

1. Écoulement de lait

Un écoulement de lait peut s'observer de façon banale et classique durant le premier mois de l'allaitement, mais rarement au-delà, et sans relation avec la quantité de lait produite.
Certaines femmes perdent d'importantes quantités de lait et auront besoin de dispositifs tels que des coupelles recueil-lait ou bien des coussinets d'allaitement, qui permettront de lui assurer un meilleur confort.

Les conseils à donner par l'équipe officinale :

- Les coussinets d'allaitement, placés dans le soutien-gorge, absorbent les fuites de lait entre les tétées. Ils sont en général pourvus d'une bande adhésive qui assure un bon maintien. Il existe des coussinets lavables réutilisables et des coussinets jetables à usage unique. Ils augmentent le confort de vie et facilitent les sorties des femmes perdant du lait entre les tétées en protégeant leurs vêtements.
- Les coquillages ou les bouts de sein en argent : ils permettent de récolter les pertes de lait.

2. Mamelons douloureux sans lésion

Les mamelons sont naturellement hypersensibles juste après l'accouchement, la douleur peut perdurer jusqu'à 3 semaines. Elle est d'origine psychologique ou bien hormonale. En effet, en post-partum immédiat, la chute de la progestérone et l'imprégnation par les œstrogènes et la prolactine rendent les mamelons extrêmement sensibles.

Les conseils à donner par l'équipe officinale :

- Veiller à la bonne position du bébé et la bonne prise de sein.
- Varier les positions d'allaitement à chaque tétée permet de changer la zone de frottement et de soulager la mère.
- Assouplir les aréoles : par massage aréolaire, à l'aide d'un tire-lait, ou en faisant couler un peu de lait sur les aréoles.
- La tétée peut être débutée par le sein le moins douloureux.

- Les coques d'allaitement en cire d'abeille stérilisée : les coques protègent les mamelons contre les frottements et la cire d'abeille hydrate et protège ces derniers. Elles sont placées dans le soutien-gorge directement contre le mamelon entre deux tétées.
- L'utilisation d'un antalgique compatible avec l'allaitement est possible si la douleur est trop pénible.
    - Paracétamol : 1g toutes les 4 à 6 heures sans dépasser 4g par 24 heures.
    - Ibuprofène : 400mg toutes les 6 heures à prendre de préférence au cours d'un repas, sans dépasser 1200mg par 24 heure.

3. Mamelons douloureux avec lésions : les crevasses

Les crevasses se caractérisent par des lésions de la surface cutanée de l'aréole et du mamelon, d'étendue et de profondeur variables. Elles génèrent de vives douleurs en début ou pendant toute la tétée. Elles peuvent évoluer en fissures, gerçures, crevasses profondes, parfois accompagnées de saignement et/ou de suintement. La présence de sang dans le lait n'est pas une contre-indication à la poursuite de l'allaitement.
Les crevasses sont une porte d'entrée pour les germes. Pour éviter tout risque de surinfection et de complication, il faut traiter précocement chaque début de crevasse.

Photographie d'une crevasse(36)

Il existe de nombreuses causes possibles à l'apparition de crevasses :

- Mauvaise position du bébé : tête tournée, corps mal placé…
- Mauvaise position de la mère : inconfort…
- Un frein de langue important du bébé
- Technique de succion inadaptée : langue mal placée…

- Étirement de l'aréole par le doigt appuyé sur le sein
- Retrait brutal du sein en fin de tétée
- Bébé mis au sein quand il n'est pas prêt ou déjà trop agité
- Utilisation inadéquate du tire lait : puissance d'aspiration trop élevée, dimension de l'embout non adapté à la dimension du mamelon…
- Mauvaise hygiène ou excès de lavage du mamelon
- Mamelons particuliers : rétractés, ombiliqués…
- Le port de vêtement synthétique

<u>Les conseils à donner par l'équipe officinale :</u>

- Corriger la position du bébé et la prise de sein.
- Traiter au niveau local : favoriser une bonne hydratation pour empêcher le dessèchement et la formation d'une croûte. L'application de lait maternel ou d'une crème cicatrisante soulage la douleur et crée une barrière cutanée réduisant l'évaporation et maintenant une hydratation adéquate :
    - Le colostrum et le lait maternel sont hydratants, comestibles, non toxiques, non allergisants et ont une odeur connue et appréciée par le bébé. Ils contiennent des facteurs anti-inflammatoires, cicatrisants, et anti-infectieux. Le plus simple est de maintenir le mamelon constamment hydraté par l'application de colostrum ou de lait maternel. Si la douleur est très importante, il est conseillé d'utiliser des compresses imbibées de lait maternel, et de les disposer 1h30 à 2 heures sur les seins à l'aide de film alimentaire (37).
    - Les lanolines purifiées sont des crèmes cicatrisantes qui peuvent également être utilisées en soin des crevasses. Elles n'ont ni goût ni odeur, ne sont pas allergisantes, non toxiques et sont comestibles. Il n'est pas nécessaire d'enlever la crème sur le sein avant la tétée suivante. Toutefois, leur efficacité est discutable.
    - Gel cicatrisant composé d'acide hyaluronique et de miel stérilisé : il favorise la régénération cutanée, prévient des infections bactériennes et fongiques, et a un réel effet apaisant sur les mamelon très douloureux. Il n'est pas nécessaire de nettoyer avant une nouvelle tétée.
    - Huile mamelons pour les crevasses Pranarom® : à base d'huile essentielles et végétales bio. Un soin douceur pour protéger et régénérer la peau délicate du

mamelon. Utiliser plusieurs fois par jour après les tétées, par massage délicat autour du mamelon. Aucun danger pour le bébé qui prend la tétée.

- Les coquillages d'allaitement : ils permettent de maintenir les mamelons hydratés en permanence par le lait maternel, et favorisent la cicatrisation des crevasses en milieu humide. Ils évitent également les frottements en empêchant que les seins se collent aux vêtements et provoquent des micro déchirures. De par leur forme évasée, les coquillages n'appuient pas sur les glandes mammaires et ne stimulent donc pas une surproduction de lait en dehors des montées de lait normales.
- Les coupelles d'allaitement en argent : elles agissent de la même manière que les coquillages d'allaitement. L'argent est utilisé pour ses vertus bactéricides, fongicides et cicatrisantes.
- Les compresses hydrogel : elles fournissent un environnement humide à la plaie pour une meilleure cicatrisation tout en évitant la macération. Les compresses protègent d'une contamination bactérienne, d'un dessèchement de la plaie et donc de gerçures. Elles sont placées directement sur le mamelon, absorbent les écoulement et soulagent la douleur.
- Application d'un glaçon sur l'aréole avant les tétées pour soulager la douleur.
- Commencer avec le sein le moins douloureux. Ce dernier peut être mis au repos maximum pendant 24 heures, tout en prélevant le lait par expression manuelle douce pour vider le sein.
- Traiter la douleur et l'inflammation : Paracétamol et Ibuprofène en alternance.

Des conseils prophylactiques simples permettent de prévenir les crevasses :

- Veiller à la bonne position du bébé et la bonne prise de sein.
- Varier les positions d'allaitement.
- Éviter les nettoyages des mamelons agressifs ou trop fréquents.
- Étaler un peu de lait maternel hydratant et cicatrisant sur l'aréole et le mamelon, à la fin de chaque tétée.
- Ne pas comprimer les seins.
- Changer souvent les coussinets d'allaitement dès qu'ils sont trop humides.
- Retirer le sein de la bouche du bébé sans tirer sur le sein.
- Veiller à l'hygiène des mains de la mère et des éventuels soignants.
- Laisser les seins à l'air le plus souvent possible, et éviter toute macération.

Une réorientation vers un spécialiste en lactation, une sage-femme ou un médecin généraliste est nécessaire dans les cas suivants :

- Persistance de douleurs malgré une prise de sein correcte : surinfection ou candidose.
- Présence de pus ou d'écoulement purulent.
- Douleur en « coup de poignard ».
- Muguet buccal chez le nourrisson.
- Fièvre.

4. Engorgement

L'engorgement est un œdème résultant d'une stase capillaire et lymphatique et d'une augmentation du volume de lait produit. Il s'accompagne de fièvre, de frissons, de douleur. Il affecte généralement les deux seins, ils sont tendus, chauds, brillants et douloureux. L'aréole est également étirée et tendue, ce qui peut aplatir le mamelon et le rendre moins préhensible.
L'engorgement peut évoluer vers une mastite ou un abcès du sein s'il n'est pas pris en charge à temps.

Photographie d'un engorgement(38)

Les conseils à donner par l'équipe officinale :

- Le seul traitement efficace est de permettre l'écoulement du lait par tous les moyens possibles : par une tétée, l'utilisation d'un tire-lait, par un massage aréolaire, sous la douche chaude.
- Des massages doux de l'aréole et/ou du sein permettent de déclencher les flux d'éjection, d'assouplir l'aréole, et de diminuer la tension mammaire.

- L’application de chaleur avant la tétée favorise l’écoulement et l’application de compresses froides après la tétée aide à diminuer le gonflement et la douleur.
- Les cataplasmes de chou vert, par l’application directe de feuilles de choux changées toutes les 2 heures, semblent avoir un impact favorable sur l’engorgement (39). Il est important d’aplatir les feuilles à l’aide d’un rouleau à pâtisserie pour libérer les actifs anti-inflammatoires.
- Tout ce qui peut détendre la mère et la rassurer, tels que les douches tièdes, le yoga, la relaxation, rétablit le reflexe ocytocique favorable à l’éjection du lait.
- Traiter la douleur et l’inflammation : Paracétamol et Ibuprofène en alternance.
- Homéopathie :
    - Œdème, seins congestionnés avec douleur à la pression : Apis® 9CH, Bryona® 9CH : 3 granules de chaque 3 fois par jour.
    - Rougeur, chaleur locale : Belladonna® 9CH : 5 granules de chaque 3 fois par jour.

La meilleure prévention repose sur un allaitement bien conduit, c’est-à-dire avec des tétées fréquentes et efficaces sans limitation de leur nombre ou de leur durée. Toute douleur ou tension du sein, doit inciter à augmenter la fréquence des tétées pour éviter l’évolution vers une mastite (40).

L’absence d’amélioration dans les 48 heures suivant l’application de ces conseils devra entrainer la réorientation de la patiente vers un médecin prescripteur.

5. Mastite

La mastite est une inflammation de la glande mammaire due à une stase lactée. L’inflammation peut être liée d’emblée ou secondairement à une infection, qui peut être favorisée par une porte d’entrée (crevasse, plaie lésion du mamelon). Cela peut également être dû à un foyer infectieux chez la mère (furoncle, cystite, problème dentaire…) ou un épisode infectieux chez un membre de la famille (rhinite chez les enfants…) (41). La bactérie la plus fréquemment en cause est le Staphylocoque doré. D’autres facteurs peuvent favoriser un mauvais drainage du lait ; un soutien-gorge à armature qui appuie sur un point, un portage de bébé trop serré, une position

de sommeil sur le ventre, une crevasse douloureuse qui n'encourage pas à donner le sein fréquemment.

Les signes cliniques locaux sont généralement unilatéraux ; tension généralisée ou limitée à une partie du sein, apparition de plaques rouges douloureuses et chaudes, et présence de ganglions axillaires. Le quadrant supéro-externe du sein est le plus souvent atteint. Les signes généraux sont ressemblant à un état grippal ; fièvre, fatigue, frissons, douleurs musculaires, céphalées.

Photographie d'une mastite(42)

Les conseils à donner par l'équipe officinale :

- Réorienter chez un médecin généraliste pour une prescription d'antibiotique selon le stade de la mastite.
- Le repos au lit est essentiel car les mères sont très souvent fatiguées.
- Privilégier des tétées fréquentes et efficaces, en favorisant le sein atteint. Si la douleur est trop importante ou que les tétées ne suffisent pas, il est possible d'utiliser un tire-lait avec une téterelle adaptée
- Il est conseillé de compléter les tétées par l'expression manuelle, après un massage aréolaire.
- Vérifier que le bébé tète dans une bonne position afin de limiter tout risque de blessures du sein.
- Des compresses froides peuvent être disposées sur le sein douloureux à distance des tétées.
- Traiter la douleur et l'inflammation : Paracétamol et Ibuprofène en alternance.
- Homéopathie : Lachesis mutus® 15CH : 5 granules matin et soir.

La prévention des mastites repose sur plusieurs mesures :

- L'optimisation de la conduite de l'allaitement : tétées efficaces en position correcte, non limitées, à la demande.
- La proximité de la mère et de l'enfant de jour comme de nuit.

6. L'abcès du sein

L'abcès est bien souvent lié au traitement retardé, insuffisant ou inadapté d'une mastite, il constitue une urgence médicale.

Il y a suspicion d'un abcès, lorsque malgré un traitement en cours, une région bien délimité du sein reste dure, rouge, et douloureuse. Un état fébrile ainsi que de la fièvre peuvent se rajouter au tableau clinique. Le diagnostic est confirmé par une échographie. Dans certains cas, il est possible de retrouver du pus dans le lait. Un abcès du sein mal guéri ou non pris en charge précocement peut aboutir à une septicémie. La meilleure prise en charge de l'abcès est sa prévention.

Photographie d'un abcès(43)

Traitements et soins de l'abcès :

- Réorienter en urgence chez un médecin généraliste pour une prescription d'antibiotique.
- Le pus doit être évacué, selon la localisation de l'abcès et l'indication la plus adaptée, le gynécologue optera pour une ponction suivie dans certains cas d'un drainage chirurgical.
- Une brève interruption de l'allaitement sur le sein abcédé, peut être nécessaire si la tétée est trop douloureuse, si l'incision est proche du mamelon ou si l'inflammation ne permet pas une bonne prise du mamelon par le bébé. Dans ce cas, la mère sera encouragée à extraire son lait manuellement ou à l'aide d'un tire-lait.

- Il est primordial que la mère se repose.
- Des précautions d'hygiènes rigoureuses (se laver les mains, éviter que le bébé ne soit en contact avec la zone malade) sont nécessaires.
- Traiter la douleur et l'inflammation : Paracétamol et Ibuprofène en alternance.

7. Mycose mammaire

La mycose est une affection fréquente qui atteint les seins de la mère et la bouche du nourrisson. Elle est due en général à Candida albicans, qui prolifère de façon pathologique.
Ce sont des douleurs intenses, persistantes tout au long de la tétée et aussi entre les tétées, aggravées par le chaud et légèrement calmées par le froid. La douleur lancinante décrite comme une brûlure, peut parfois irradier vers l'épaule ou le dos de la mère. Le mamelon peut être luisant, rose vif, à bord irréguliers ou être d'aspect normal.

La candidose du mamelon peut être favorisée par la prise d'une antibiothérapie par la mère, de contraceptifs oraux ou par la présence d'un muguet ou d'une candidose fessière chez l'enfant. Les phénomènes de macération, par le biais des coussinets insuffisamment changés, d'un port prolongé de bouts de sein ou de coquilles ou bien l'application de crème en couche épaisse sont des facteurs favorisants à la macération. Le manque d'hygiène est aussi à prendre en compte.

Photographie d'une mycose mammaire(44)

Photographie d'un muguet sur la langue d'un enfant(45)

Les conseils à donner par l'équipe officinale :

- Réorienter chez un médecin généraliste pour une prescription d'antifongiques. Le traitement concomitant mère-enfant est fortement recommandé.

- Solution aqueuse de violet de gentiane à 1% : appliquer 3 à 4 fois par jour, sans dépasser 7 jours. Traiter le sein et la bouche du nourrisson à l'aide d'un coton tige, arrêter dès apparition d'une irritation (46).
- Outre le traitement médical, la mère aura besoin d'un soutien prolongé car le traitement d'une candidose mammaire est souvent long, et peut amener la mère à se décourager.

Des conseils prophylactiques simples permettent de prévenir les mycoses mammaires :

- Hygiène régulière et correcte : lavage des mains avant les tétées, une douche avec savonnage et rinçage soigneux des seins, une fois par jour.
- Désinfecter régulièrement tout ce qui rentre en contact avec le sein de la mère et la bouche du nourrisson.
- Éviter le port de coussinets d'allaitement, qui favorise la macération. S'ils sont utilisés, ils devront être jeté après chaque tétée.
- Changer de soutien-gorge quotidiennement, laver le linge en contact à haute température.
- Le lait tiré pendant un épisode de candidose peut être donnée au bébé, mais il ne doit pas être conservé, pas même au congélateur.

8. Hypo et hyper lactation

i. Insuffisance de lait

Les insuffisances de lait vraies sont rares. Dans les pays industrialisés, l'insuffisance de lactation due à des causes purement physiologiques ne représente au maximum que 1 à 5% des cas. Ce pourcentage regroupe les femmes dont la glande mammaire s'est mal développée durant la vie embryonnaire ou à la puberté, des femmes atteintes d'un trouble hormonal important, ou celles ayant subi une intervention chirurgicale des seins (47).

Dans la plupart des cas, soit la mère pense manquer de lait car le bébé se met à réclamer plus que d'habitude, soit le manque de lait est dû à une mauvaise conduite de l'allaitement.

Le plus souvent, l'hypolactation est dépistée devant une insuffisance de prise de poids chez le bébé, il faudra éliminer les rares causes maternelles et savoir repérer une incapacité du nourrisson à vider efficacement les seins.

Lors d'une insuffisance de lait, le bébé reste constamment insatisfait au sein, il est agité, pleure au sein ou le refuse tout simplement, il peut mordre le mamelon ou le tirer. Il a tendance à souvent téter et de manière plus longue, ce qui peut entrainer des blessures aux mamelons.

Les conseils à donner par l'équipe officinale :

Il faudra assurer un soutien psychologique pour accompagner la mère et l'aider à poursuivre correctement l'allaitement. Des techniques simples permettent d'augmenter automatiquement la production naturelle de lait :

- Vérifier la bonne conduite de l'allaitement.
- Contrôler le nombre de selles et d'urines journalières : 5 à 6 couches par jour pour les urines. Une selle liquide après chaque tétée la première semaine, puis 2 à 3 par 24h le premier mois.

  Après 4 à 6 semaines, il peut en avoir tous les 3 jours, voir moins.
- Augmenter la fréquence de mise au sein et proposer les deux seins à chaque fois.
- Masser les seins durant l'expression.
- Éviter le stress, être à proximité du bébé et faire du peau à peau.
- Stimulation du bébé, repérer les phases d'éveil calme.
- Galactogil® : 1 à 2 cuillères à soupe 3/j à diluer dans de l'eau, du lait ou une tisane.
- Homéopathie : Ricinus® 5CH : 5 granules 3 fois/j pendant 15 jours.
- Solution allaitement harmonieux Pranarom® : complément alimentaire à base d'huile essentielles et végétales bio, permettant de relancer ou stimuler la lactation. Déposer quelques gouttes sous la langue et laisser fondre. Aucun danger pour le bébé qui prend la tétée.
- Tisane d'allaitement.

ii. Excès de lait

L'hyperlactation est un souci relativement fréquent et sous-évalué, qui arrive généralement en début d'allaitement. Ce phénomène peut être provoqué par une pratique inadéquate de l'allaitement, par une hyperprolactinémie, ou par une prédisposition génétique.

Sur le plan physiologie, la persistance d'une quantité importante de lait dans les seins induit une baisse de la production lactée. L'accumulation de lait dans les acini mammaires empêche la fixation de la prolactine au niveau de ses récepteurs situés sur les membranes cellulaires, ce qui inhibe la production lactée.

Lorsque le sein est vidé, la prolactine peut à nouveau se fixer sur ses récepteurs membranaires, ce qui relance la synthèse du lait. Plus le sein est vidé, plus la synthèse du lait est rapide, et elle se ralentit progressivement au fur et à mesure que le sein se remplit.
Certaines tétées peuvent se passer mieux que d'autres. Dans l'ensemble, la mère est déroutée par le comportement de son bébé (48).

Les problèmes liés à l'hyperlactation concernent aussi bien le bébé que la maman :

- La mère peut souffrir d'engorgements persistants, de mastites à répétition, et de fuites de lait permanentes.

- L'enfant a du mal à gérer un flot de lait trop abondant, il peut s'étouffer au sein, faire des fausses routes, souffrir de reflux ou de coliques, avoir des selles explosives et souvent vertes. Sa prise de poids pourra être lente, ou bien très importante. Il pourra soit vouloir téter tout le temps, soit refuser le sein qui pour lui est source de stress. La production de lait peut être telle que le bébé pourra avoir l'estomac plein sans avoir vidé le premier sein et sans avoir obtenu du lait de fin de tétée riche en graisses. En conséquence, le bébé ne sera pas rassasié et sera rapidement affamé. C'est ce phénomène qui est à l'origine des coliques et de la diarrhée chez le bébé.
  Il peut également chercher à ralentir le flux et réduire les quantités absorbées en pinçant avec ses gencives, ce qui pourra provoquer des lésions sur les mamelons de la mère. Le bébé est conditionné à obtenir du lait sans effort, et il ne saura plus téter efficacement ou il se détournera du sein lorsque la production lactée baissera (49).

<u>Les conseils à donner par l'équipe officinale :</u>

- Tirer au maximum les deux seins juste avant de mettre le bébé au sein, les vider complètement est impossible puisque les seins produisent en continu.
- Mettre immédiatement le bébé aux deux seins, laisser téter à volonté. Le nourrisson recevra un lait immédiatement riche en graisses.
- Diviser la journée en tranches de 3 heures, pendant une tranche donnée, l'enfant sera allaité à la demande mais toujours sur le même sein.
- Homéopathie : Ricinus® 30CH / Lac caninum® 30CH: une dose par jour pendant 3 jours.

9. Reflexe d'éjection fort ou REF

Lors du réflexe d'éjection fort, l'écoulement de lait est trop puissant pour l'enfant. Les expressions cliniques chez l'enfant sont variées et traduisent un état de stress engendré par ces jets de lait. L'enfant reçoit un flot abondant de lait qu'il n'arrive pas à réguler (50). Cette situation inconfortable l'amène alors à modifier sa façon de téter par diverses stratégies. Il peut s'éloigner du sein après quelques succions vigoureuses, il peut pincer le mamelon avec ses gencives, il peut modifier la prise en bouche du sein. Les tétées deviennent globalement difficile pour l'enfant, il est frustré, mécontent.

Les suggestions proposées viseront à ralentir le flot de lait arrivant dans la bouche de l'enfant et diminuer la production de lait lors de la production surabondante.

Les conseils à donner par l'équipe officinale :

- Parfois la modification de la position de l'enfant durant la tétée peut suffire à résoudre la difficulté rencontrée. La mère trouvera la position qui lui convient, de manière à ce que la tête de l'enfant soit placée plus haut que le sein, le lait devant lutter contre la pesanteur.
- La mère peut commencer à exprimer manuellement le premier flux avant de mettre le nourrisson au sein.
- Proposer le sein à l'enfant dès qu'il manifeste des signes d'éveil, bien avant qu'il ne soit pleinement éveillé et agité, sa succion sera alors plus douce.
- Proposer le sein sans le forcer, ne pas le changer de sein lors d'une même tétée (11).
- Proposer le même sein sur plusieurs tétées d'affilées afin de diminuer la vitesse de production du lait dans ce sein.
- La position BN ou la position allongée peuvent contribuer à atténuer le REF, elles permettent d'utiliser la gravité pour laisser le surplus de lait s'écouler par la commissure de ses lèvres.

B. Aide à l'initiation puis au maintien de l'allaitement

Les équipes officinales sont idéalement placées pour accompagner et conseiller les mamans. Le passage par la pharmacie est indispensable au cours de la grossesse, à la sortie de maternité et à l'occasion d'une location de tire-lait ou à l'achat d'accessoires, il permet d'entamer la discussion et d'aider à la prise en charge de l'allaitement maternel. Le soutien des professionnels de santé est un facteur déterminant dans l'initiation et la poursuite au long court. Il faut être capable d'adapter son discours au profil de chaque femme, et savoir être à l'écoute des envies, des attentes et des peurs de chacune.

1. Informer et promouvoir l'allaitement maternel

La prise de décision d'allaiter son enfant peut être évidente pour certaines mères ou favorisée par une information précoce pendant la grossesse sur ce qu'est l'allaitement maternel.
Il s'agit d'une volonté personnelle, à faire en toute connaissance de cause et sans pression culpabilisante. Il n'y a pas de bon ou de mauvais choix, c'est un choix personnel qui doit être éclairé.

Tout contact avec de futurs parents peut être l'occasion d'aborder le sujet du mode d'alimentation de l'enfant à venir et d'informer sur les bienfaits du lait maternel. Il faut également préparer et informer le père, qui aura une place déterminante dans le déroulement de l'allaitement. Il est démontré que le soutien du partenaire était un facteur positif, et qu'un père informé trouvera sa place plus facilement.

C'est important de transmettre aux futures mères la notion que l'allaitement est avant tout un plaisir et un moment de partage avec son enfant.

2. Savoir répondre aux idées reçues

Beaucoup d'idées reçues circulent au sujet de l'allaitement maternel. Elles peuvent être responsables de mauvaises pratiques de l'allaitement ou des arrêts précoces non souhaités.
Être capable de les balayer et d'apporter des réponses claires face à des femmes qui doutent permet d'améliorer son efficacité au comptoir.

- ***« J'ai une petite poitrine, j'aurai des difficultés à allaiter mon bébé »***

Toutes les femmes ou presque peuvent allaiter et produire la quantité nécessaire à leur bébé pour grandir. Chaque femme peut emmagasiner une quantité de lait précise dans ses seins entre chaque tétée. Cette capacité de stockage varie d'une femme à l'autre, indépendamment de la taille des seins. La glande mammaire a sensiblement la même taille chez toutes les femmes. La capacité à produire du lait n'est donc pas réservés aux poitrines généreuses.

- ***« L'allaitement abime les seins »***

L'allaitement n'est pas responsable d'un éventuel changement de forme de la poitrine. En revanche, la grossesse et l'âge peuvent transformer les seins.

Durant la grossesse, la poitrine peut être altérer sur le plan cutanée et morphologique. Plus la mère prend de poids, plus la glande grossit. Après la naissance, le volume diminue, et il se peut alors que les seins soient moins fermes.

Il faut conseiller de porter un bon soutien-gorge pendant l'allaitement qui soutient sans comprimer et faire attention à ce que les seins ne changent pas brutalement de volume afin de ne pas avoir de vergetures qui risqueraient d'être définitives. Il est possible d'empêcher ces variations brutales de volume en évitant autant que possible les engorgements et les sevrages trop brusques.

- ***« Je n'ai pas assez de lait »***

Il existe de très rare cas d'insuffisance vraie de lait. La plupart du temps, il s'agit d'un soucis technique (positionnement au sein, frein de la langue…) ou de la pratique de l'allaitement (restriction du temps passé au sein, tétées non efficaces…).

Discuter avec la mère sur ses divers aspects nous permettrait d'éliminer une insuffisance réelle de lait ou bien un allaitement mal conduit.

- ***« L'allaitement fatigue beaucoup »***

Ce n'est pas l'allaitement en lui-même qui fatigue, mais la maternité, le chamboulement hormonal, les émotions et, surtout les nuits trop courtes. L'allaitement ne demande pas un état de forme particulier. Il présente certains avantages, pas de biberons à préparer, le lait est toujours à disposition et à bonne température, il est aussi possible d'allaiter allongé, ce qui peut reposer d'avantage la maman. Et même, les tétées permettent la libération de prolactine et d'ocytocine qui apaisent, détendent, et permettent un endormissement plus rapide et réparateur.

- ***« L'allaitement fait mal »***

L'allaitement ne doit pas faire mal. Une légère irritation peut survenir dans les premiers jours du fait que les seins n'ont pas l'habitude d'être dans la bouche d'un bébé plusieurs fois par jour. Mais si une réelle douleur apparait, c'est qu'il y a un souci de positionnement du bébé et/ou du mamelon dans sa bouche.
Il est possible de voir avec la mère comment se déroule une tétée, pour essayer d'identifier une éventuelle erreur de positionnement et de la corriger.

- ***« Le lait maternel n'est parfois pas assez nourrissant »***

Le lait maternel est l'aliment idéal pour un bébé. Il contient tout ce dont il a besoin pour bien grandir, adapté à chaque étape de sa vie. Aucun autre lait que celui d'une mère ne peut s'adapter de façon permanente aux besoins du nourrisson.
Si l'enfant ne prend pas assez de poids, il sera nécessaire de s'assurer qu'il est bien positionné au sein, qu'il le prend correctement et que les tétées sont efficaces et à la demande.

- ***« Je suis pudique »***

Il est possible d'allaiter en toute discrétion en adaptant sa garde-robe. Beaucoup de marque de grossesse ont une ligne d'allaitement spécialement conçus pour nourrir son bébé.

- ***« L'allaitement maternel empêche de reprendre une contraception »***

La pilule peut être prescrite dans le mois qui suit la naissance. Il s'agira alors d'une pilule progestative.

- ***« Lorsque la maman allaite, le papa est exclu »***

Le papa a un rôle essentiel à jouer dans l'allaitement. Il est un soutien primordial au bon fonctionnement et à la poursuite de l'allaitement maternel. De plus, il peut prendre en charge les soins et créer une relation tout aussi particulière avec son enfant.

- ***« Est-ce que ça vaut la peine de commencer à allaiter si je dois reprendre le travail rapidement ? »***

Quelle que soit sa durée, l'allaitement est bénéfique à la santé du bébé et de la mère. La reprise du travail ne rime pas forcément avec l'arrêt de l'allaitement maternel et quel que soit son âge ; l'enfant continue à bénéficier des avantages nutritionnels et immunologiques du lait maternel. Se préparer à la reprise du travail et s'organiser facilite la poursuite de l'allaitement.

- ***« Ma mère n'a pas pu me nourrir, donc je n'y arriverai pas »***

Chaque allaitement est unique. A de rare exception près, toutes les femmes peuvent produire suffisamment de lait pour répondre aux besoins de l'enfant.

- ***« Dois-je préparer mes seins pendant la grossesse ? »***

Les seins se préparent naturellement à l'allaitement pendant la grossesse.

3. <u>Accompagner l'allaitement au quotidien</u>

Il est essentiel au bon déroulement de l'allaitement maternel que les professionnels de santé travaillent en équipe et dans une même dynamique.
Le pharmacien, en tant qu'acteur de santé publique rapidement disponible et accessible pour les parents, doit être capable de fournir des conseils adaptés et de pouvoir répondre aux divers questionnements et doutes. Les mères peuvent se faire accompagner dans leur allaitement maternel, de la grossesse au sevrage, et ce à n'importe quel moment.

Le retour à la maison est parfois perçu comme un vide où les parents se retrouvent seuls pour affronter les premiers moments de vie avec leur nourrisson. Pour les mamans, c'est là que peuvent surgir des problèmes liés à l'allaitement ou des doutes quant à leur capacité à allaiter leur enfant. L'équipe officinale est amenée à les rencontrer quand ils viennent avec leur ordonnance de sortie. Il est tout à fait possible d'aborder leurs premiers ressentis sur ce retour au domicile et vérifier que les informations reçues à la maternité ont été retenues, notamment dans le cadre de l'allaitement.
Pour répondre de la meilleure façon aux diverses demandes et interrogations, le pharmacien doit disposer d'outils adaptés, de matériels de qualité et est tenu de délivrer toutes ses connaissances et compétences, dans le but d'œuvrer au bon déroulement de l'allaitement.

Pour conseiller au mieux les parents, le pharmacien d'officine a le devoir d'actualiser ses connaissances.

Notre rôle est aussi d'orienter la jeune maman vers un autre professionnel de santé ou une association si cela dépasse nos compétences. Il faut pour cela connaitre les structures adaptées et diriger vers des sages-femmes libérales ou des consultantes en lactation. Elles peuvent se déplacer au domicile des patientes, ce qui peut favoriser le dialogue.

4. Sécuriser la délivrance de médicaments

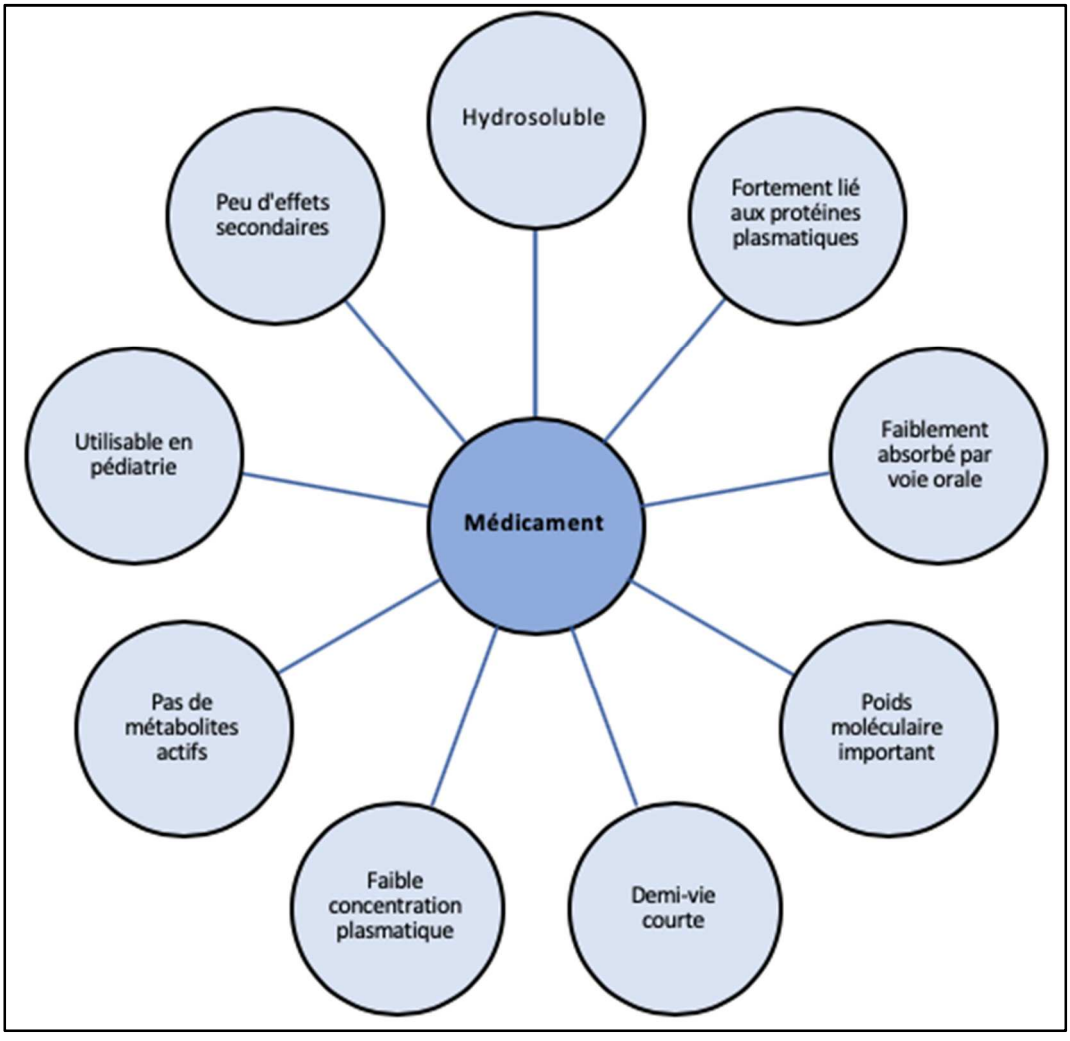
En tant qu'expert du médicament, le pharmacien est en première ligne face aux différentes prescriptions médicamenteuses. Il a un vrai rôle à jouer non seulement avec la mère, qui pense souvent « empoisonner » son enfant mais également avec les prescripteurs, qui sont rarement informés en matière de prescription chez la femme allaitante.
Le pharmacien doit vérifier la compatibilité du traitement prescrit par le médecin et l'allaitement maternel, assurer la bonne observance, et éviter les interruptions inutiles pour cause médicamenteuse. La prescription médicamenteuse chez les mères allaitantes a été identifiée comme la deuxième cause d'arrêt précoce ou tardif de l'allaitement maternel. Beaucoup de restrictions sont données par excès de précaution et méconnaissance des risques réels pour l'enfant. Il n'y a pourtant que très peu de médicaments qui présentent des risques cliniquement significatifs pour les nourrissons allaités(25).

En cas de prescription pendant l'allaitement, il est nécessaire d'évaluer individuellement la balance bénéfice de l'allaitement, risque de l'exposition au médicament via le lait maternel, en tenant compte :

- Du type d'allaitement : exclusif, partiel.
- De l'état général du nouveau-né : terme, terrain particulier.
- Des caractéristiques de la molécule : biodisponibilité, liposolubilité, degré d'ionisation, liaison aux protéines plasmatiques, poids moléculaire et demi-vie.
- Des données spécifiques concernant la mère : prise de médicament pendant la grossesse, la posologie, la durée de traitement, terrain particulier.

Même si la plupart des médicaments passent dans le lait maternel, leurs concentrations y sont généralement très faibles et les quantités reçues par l'enfant souvent infra cliniques. Le médicament pris par la mère qui allaite est dilué dans tout son organisme ainsi que dans son plasma. De plus, pour la plupart des médicaments, seule une fraction du médicament présent dans le plasma est excrétée dans le lait. Le médicament qui se trouve dans la circulation sanguine doit traverser les membranes biologiques pour atteindre les alvéoles de stockage du lait. Les médicaments pénètrent dans le lait essentiellement par un mécanisme de diffusion passive bidirectionnelle qui dépend du gradient de concentration entre les compartiments lactés et sanguins (51).

Les médicaments à demi-vie courte doivent être pris immédiatement après une tétée pour que le taux lacté soit le plus faible possible au moment de la tétée suivante.
Pour les médicaments à prise unique, s'il existe de longs intervalles sans tétée durant la nuit, la prise idéale sera alors le soir au coucher.



Le médicament idéal pour l'allaitement

Les molécules envisageables au cours de l'allaitement sont disponibles sur le site du Centre de Référence des Agents Tératogènes (CRAT). Il permet de trouver les informations sur les risques des médicaments, vaccins, radiations et dépendances, pendant la grossesse et l'allaitement.
Pour une même classe thérapeutique, le choix d'un médicament sera orienté vers ceux ayant des données publiées sur le passage lacté, plutôt que ceux plus récemment mis sur le marché avec moins de recul.
Il est également possible d'utiliser le référentiel de LACTMED, il s'agit d'une base de données très exhaustive et régulièrement mise à jour, qui présente pour chaque substance référencée, une recommandation synthétique suivie de toutes les données publiées et mises à jour. Il existe également en application gratuite sur smartphone.
Les centres de Pharmacovigilances sont accessibles par téléphones pour répondre à nos interrogations.

i. Contraception et allaitement

Il est important d'informer sur les différentes méthodes contraceptives utilisables chez la femme qui allaite (mode d'emploi, efficacité en pratique courante, contre-indications, durée d'utilisation, risques et effets indésirables possibles) ainsi que les diverses possibilités de rattrapages en cas de rapport non ou mal protégé.

La méthode MAMA : Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée en post-partum précoce	Il s'agit d'une méthode naturelle mais qui nécessite des conditions strictes d'applications. La fertilité des femmes allaitant fréquemment et exclusivement au sein est faible. La MAMA est une méthode acceptable, efficace et simple à apprendre et à utiliser. Elle nécessite cependant une compréhension parfaite de l'information par la mère. - Si la mère est en aménorrhée totale. - Si l'enfant est allaité exclusivement au sein (tirer son lait n'aurait pas le même effet) et donc ne reçoit aucun complément de préparation pour nourrisson. - Au moins 8 tétées par 24h, dont des tétées nocturnes. - Si l'enfant a moins de 6 mois. - Si l'intervalle entre deux tétées ne dépasse pas 4 heures entre les tétées de jour et 6 heures entre celles de nuit. - Alors la mère peut pratiquer la MAMA. Dès que la réponse à l'un de ces critères change, une autre contraception doit être immédiatement utilisée tout en continuant l'allaitement.
Les méthodes hormonales	Pilule, implant sous cutanée, injection intramusculaire - Estroprogestatif : non recommandés dans les 6 mois suivant l'accouchement. - Progestatif : les progestatifs seuls peuvent être utilisés à partir de 21 jours après l'accouchement.
Les méthodes barrières	- Préservatifs masculins/féminins : à privilégier si une méthode barrière doit être choisie en post-partum. - Diaphragme, cape cervicale, spermicide : inutilisable avant 6 semaines après l'accouchement.
Les dispositifs intra-utérins	- Un dispositif intra-utérin au cuivre est utilisable à partir de 4 semaines après l'accouchement. - Un dispositif intra-utérin estroprogestatif est contre-indiqué.

La pilule du lendemain	Elle est utilisable pendant l'allaitement sans avoir besoin de suspendre les tétées. Il peut cependant arriver que la lactation baisse momentanément, mais des tétées fréquentes et efficaces la font repartir sans souci.

Contraception chez la femme allaitante en post-partum(52)

ii. Les médicaments conseils

Il est important d'informer la maman sur les risques de l'automédication, et de lui conseiller de se référer à son pharmacien en cas de besoin.

SYMPTOMES	MEDICAMENTS CONSEILLES
Douleurs	- Paracétamol, Ibuprofène
Troubles gastro-œsophagiens	- Argiles
Spasmes gastro-intestinaux	- Phloroglucinol
Reflux gastro-œsophagien	- Esoméprazole, Oméprazole, Diméticone, Alginates
Diarrhées	- Diosmectite, Lopéramide
Constipation	- Laxatifs osmotiques ou de lest
Hémorroïdes	- Daflon, Ginkor fort
Allergie	- Cétirizine, Loratadine
Rhumes	- Eau de mer iso- ou hypertonique - Gouttes antiseptiques
Toux grasse	- Carbocystéine, Acétylcystéine, - Sirop homéopathique
Toux sèche	- Sirop homéopathique
Insomnie	- Phytothérapie : Valériane, aubépine, passiflore
Mal des transports	- Nautamine®, Mercalm®
Oublie ou accident de contraception	- Norlevo, Ellaone

Liste non exhaustive des médicaments pouvant être proposés à l'officine au cours de l'allaitement(53)

L’homéopathie est compatible avec l’allaitement et ne possède aucune contre-indication. Il faut cependant éviter de conseiller de la phytothérapie ou de l’aromathérapie ou les risques n’ont pas été évalués.

C. Aide au sevrage

Le sevrage peut être un arrêt partiel ou complet, temporaire ou définitif de l’allaitement maternel. Il doit être librement choisi par la mère et le père, convenir au bébé, et être en accord avec le médecin, s’il est engagé pour des raisons de santé du bébé et/ou de la mère. Le temps qui sera nécessaire pour parvenir à un sevrage dépendra de chaque bébé.

Les parents qui veulent sevrer leur enfant se tourneront vers le pharmacien d’officine pour acheter du lait artificiel ou des compléments alimentaires lors du démarrage de la diversification. Il est important de savoir répondre aux questions et de connaitre la marche à suivre pour mener un sevrage dans les meilleures conditions. Il doit être progressif et s’effectuer par pallier. L’allaitement maternel est régi par la loi de l’offre et de la demande ; le sevrage devra donc se faire en diminuant le nombre de tétées qui seront remplacées par des biberons ou par une alimentation plus solide selon l’âge de l’enfant, et sur des périodes plus ou moins longues selon le stade de la lactation. Une tétée peut être supprimée tous les 3-4 jours, en commençant de préférence par la tétée la plus simple à supprimer pour la mère et pour l’enfant. A la fin, la mère ne gardera que les tétées du matin et du soir, puis enfin seulement celle du matin. Cette méthode permet une diminution du lait, progressive, sans risque d’engorgement.
En cas de sevrage brutal, pour des raisons importantes ou urgentes, la maman doit tirer son lait pour éviter un engorgement, et maintenir ainsi sa lactation pendant quelques jours.

Le sevrage peut aussi se passer naturellement, simplement parce que l’enfant diminue de lui-même la fréquence de ses tétées. Il est absorbé par d’autres activités, il mange des aliments variés en quantités suffisantes et il est apaisé d’une autre façon que par une tétée au sein. Ce sevrage naturel peut se dérouler à des âges et des rythmes différents, selon les désirs de l’enfant.

Par quoi remplacer le lait maternel :

- Le bébé a moins de 6 mois : lait de premier âge classique
- Le bébé a 6 mois et plus : alimentation solide (purée de légume, compote de fruit) pour commencer la diversification, ou par du lait classique de deuxième âge.

Cela peut parfois être une période délicate pour le bébé et la mère qui peuvent ressentir une frustration. Il faut considérer que le sevrage est le début d'un nouveau mode de relation.

1. Kit homéopathique d'aide au sevrage

Ce traitement homéopathique permet de réduire et de stopper la lactation. Il aide à diminuer les douleurs, les écoulements, apaise l'inflammation et diminue la congestion des seins.

Monodoses : 1 flacon par jour pendant 3 jours

- Ricinus® 30CH

Tubes : 3 granules de chaque 3 fois par jour

- Lac caninum® 15CH
- Symptomatique : Apis melifica® 9CH (œdème) / Belladona® 9CH (seins rouges et chaud) / Bryonia® 9CH (douleur) / Phytolacca® 15CH (induration locale)

V. LES ASSOCIATIONS DE SOUTIEN EN FRANCE

Les associations jouent un rôle essentiel dans la promotion, l'information et l'accompagnement de l'allaitement maternel.

Voici une liste non exhaustive de quelques associations présentes en France :

A. La Leche League France (LLL)

La Leche League France a été créé en 1979 et forme la plus importante association au service des mères qui allaitent. Elle assure un soutien aux parents par le biais de réunions, de soutien téléphonique, de publications, de congrès. Cette association est présente dans presque tous les départements de France et d'Outremer.

B. Le réseau Solidarilait

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

C. Coordination Française pour L'allaitement Maternel (COFAM)

Le COFAM a été créé en 2000 et rassemble plusieurs associations de soutien et d'information sur l'allaitement, ainsi que des professionnels de santé qui agissent pour promouvoir l'allaitement. Chaque année le COFAM organise une Journée Nationale de l'Allaitement, et la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel qui a lieu en Octobre. Elles permettent d'aller à la rencontre des familles et des professionnels de santé et sont relayées par les médias qui transmettent les informations et actualités sur ce sujet.
Il propose également des groupes de travail qui sont chargés d'agir sur des thèmes précis comme l'allaitement et la reprise du travail, la formation initiale des professionnels de santé.

D. La Protection Maternelle et Infantile (PMI)

La PMI a vu le jour en 1945, c'est un service public chargé de la protection médico-sociale des futures mères, des mères et enfants jusqu'à 6 ans. Ce service fonctionne avec des médecins, des sages-femmes, des puéricultrices, des psychologues, des assistantes sociales et travailleuses familiales. Cette organisation joue un rôle de premier plan pour accompagner les familles, que celles-ci allaitent ou non leurs enfants, mais aussi pour renforcer les liens parents-enfants.

E. Information Pour l'Allaitement (IPA)

L'association IPA a été fondée en 1996. Elle est gérée par des professionnels de santé spécialisés dans l'allaitement maternel. Elle collecte des informations qui sont ensuite mises à disposition et diffusées auprès des professionnels de santé mais aussi du grand public.

F. Association Française des Consultants en Lactation (AFCL)

L'association rassemble l'ensemble des consultants en lactation certifiés en France. Ce sont des professionnels de l'allaitement maternel et de la lactation humaine qui sont là pour soutenir le projet d'allaitement, écouter, et résoudre les soucis techniques rencontrés.

G. L'Association des Lactariums de France

C'est une association fondée en 1981 qui a pour but de promouvoir l'allaitement maternel, d'améliorer les conditions de collecte et de distribution ainsi que la qualité du lait humain.
Il existe 36 lactariums répartis sur tout le territoire français. Leur collecte reste malheureusement insuffisante par rapport à la demande, car cet acte est encore peu connu.

H. Autour de l'enfant

Crée en 1999 par le Docteur Patrick De Boisse, c'est une association et ONG d'aide à l'enfance. Elle se charge de l'information des parents et de la formation des médecins sur l'ensemble des pathologies de l'enfant. Par l'intermédiaire de réunion et du site internet, Autour de l'enfant répond aux demandes pluriquotidiennes des parents sur la qualité des soins pour leurs enfants.

Des missions humanitaires sont également organisées chaque année afin de développer la médecine de maternité et de venir en aide aux populations locales.

I. Allaiter à Marseille

C'est une association créée par deux consultantes en lactation IBLCL (International Board Certified Lactation consultant) ayant pour objectif d'apporter aux mamans et aux familles des informations pour soutenir leur allaitement. L'association organise des réunions quotidiennes d'informations et d'échange à thème avec les mamans dans différents lieux de Marseille. L'équipe de consultantes en lactation effectuent également des rendez-vous personnalisés avec les mères en difficulté afin de résoudre leur problème et de les conseiller pour le bon fonctionnement de leur allaitement au quotidien.

VI. CONCLUSION

L'allaitement maternel est une préoccupation et une priorité de santé publique puisqu'il présente de nombreux bénéfices pour la santé de la mère et de son enfant. Le lait maternel est indiscutablement l'aliment idéal. Il est toujours disponible, à bonne température et en permanence adapté aux besoins de l'enfant.

L'OMS et les instances de santé recommandent l'allaitement exclusif du nourrisson au lait maternel pendant les six premiers mois de vie et jusqu'aux deux ans de l'enfant en complément d'une alimentation diversifiée. Cependant, en France, le taux d'initiation à l'allaitement maternel et sa durée sont relativement bas, et pourtant c'est un réel enjeu de santé publique. Ceci est dû, entre autres, à un manque d'information et d'accompagnement des femmes enceintes ou allaitantes par les différents professionnels de santé.

Allaiter son enfant n'est pas toujours inné ni intuitif. C'est pourquoi, la maman doit, dès le début de sa grossesse, s'entourer de personnes référentes en matière d'allaitement, afin de la soutenir dans son choix et de l'accompagner dans ce projet.
Les professionnels de santé doivent se former à cette pratique de façon à être capable de la promouvoir, de l'encourager et de soutenir en cas de difficultés.
L'information et l'aide des équipes médicales à la maternité sont essentielles à la bonne mise en place de l'allaitement, mais il faut qu'un professionnel soit accessible par la suite, pour en assurer un bon suivi.

Le pharmacien d'officine est un acteur de santé en contact direct avec la population, il se doit d'écouter, de rassurer, d'informer, et d'apporter des solutions pratiques aux problèmes rencontrés par les jeunes parents.
Il a un rôle majeur à jouer dans le parcours de soin de la future maman et de la femme allaitante et dispose d'une position privilégiée pour ouvrir la discussion sur le mode d'alimentation du nouveau-né. Son rôle n'est pas de convaincre de la supériorité du lait maternel mais de donner l'information nécessaire pour que les futurs parents puissent prendre une décision éclairée.
C'est au pharmacien de créer une relation de confiance avec la maman qui lui permettra de venir chercher une aide ou des réponses à ses questions.
L'équipe officinale possède en plus de ses connaissances utiles pour le comptoir, des ressources matérielles qu'elle peut utiliser pour promouvoir l'allaitement et encourager les femmes à

maintenir celui-ci dans de bonnes conditions. Nous avons vu que dans la pharmacie les possibilités étaient nombreuses afin d'accompagner au mieux les mamans.
Dans le but de conseiller au mieux ses patients, le pharmacien d'officine a le devoir d'actualiser ses connaissances.

La femme allaitante peut être amenée à prendre un traitement médicamenteux. Il est du devoir du pharmacien de s'assurer de l'innocuité de celui-ci pour l'enfant. Il dispose d'outils de références tels que le CRAT ou LACTMED qui lui permettent de fournir une information sûre et de garantir ainsi un accompagnement optimale des patientes et de leur enfant.

Après avoir réalisé ce travail, je souhaiterai m'investir davantage dans ce domaine au cours de ma carrière professionnelle. En effet, il me tient à cœur de pouvoir informer et accompagner les futurs parents souhaitant allaiter leur(s) enfant(s), afin de les encourager à vivre cette belle expérience.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ce que nous disent les taux d'allaitement français [Internet]. lllfrance. [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/vous-informer/actualites/1722-que-disent-les-taux-dallaitement-francais
2. 3 nouveau-nés sur 5 ne sont pas allaités dans l'heure suivant la naissance [Internet]. WHO. 2018 [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/detail/31-07-2018-3-in-5-babies-not-breastfed-in-the-first-hour-of-life
3. L'insuffisance des investissements en faveur de l'allaitement nuit aux nourrissons et aux mères de par le monde [Internet]. WHO. [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/detail/01-08-2017-babies-and-mothers-worldwide-failed-by-lack-of-investment-in-breastfeeding
4. WHO | Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018) [Internet]. WHO. 2018 [cité 18 janv 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/
5. Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel | Infor-Allaitement [Internet]. infor-allaitement. 2018 [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: https://www.infor-allaitement.be/semaine-mondiale-de-lallaitement-maternel
6. Journée Internationale de l'allaitement (JIA) [Internet]. [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/nous-connaitre/881
7. Schéma du sein chez la femme [Internet]. sante-medecine. 2018 [cité 20 oct 2018]. Disponible sur: https://img-3.journaldesfemmes.fr/Z8VWcZjZSjssOipTocKYw6zarXw=/ed90c80385bf4802a6d84902f87e8fbd/ccm-faq/9kA7GWxr-sein.png
8. Mortemard de Boisse P, Cousinard A, Tholozan L, Eisenlhor M, Torreadrado L. Allaitement maternel & développement durable. Marseille, France: Éd. Gramond; 2010. 156 p.
9. Camus G, Rigourd-Rey V. L'allaitement maternel: guide à l'usage des professionnels. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur; 2017. 256 p.
10. Comité éditorial pédagogique UVMaF. Physiologie de la lactation [Internet]. Campus Cerimes. 2011 [cité 19 oct 2018]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/lactation/site/html/cours.pdf
11. Picaud J-C. Allaitement maternel: précis de pratique clinique. Mazurier E, Christol M, éditeurs. Montpellier, France: Sauramps médical, imp. 2010; 2010. 185 p.
12. Jacquemain K. Idées reçues et allaitement maternel [Internet] [Mémoire Infirmière puéricultrice pour l'obtention du certificat de Consultant en lactation]. 2016 [cité 18 oct 2018]. Disponible sur: http://consultants-lactation.com/wp-content/uploads/2017/08/memoire_karine_jacquemain.pdf
13. Tackoen M. Le lait maternel : composition nutritionnelle et propriétés fonctionnelles. 2012;
14. Christelle. DA 57 : Colostrum : l'or liquide [Internet]. La Leche League France. [cité 23 oct 2018]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1268
15. 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 [Internet]. août 2018 [cité 24 oct 2018]; Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0007996018301068
16. Poupart G. L' allaitement maternel: conseils en officine [Thèse d'exercice]. [1969-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II; 2004.

17. Iglesias A. Les différentes positions d'allaitement [Internet]. Doctissimo. 2017 [cité 8 nov 2018]. Disponible sur: http://www.doctissimo.fr/bebe/allaitement/guide-pratique-de-l-allaitement/positions-allaitement
18. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ANAES. Allaitement maternel : Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant [Internet]. HAS. 2002 [cité 19 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf
19. Programme National Nutrition Santé (PNNS). Le guide de nutrition pendant et après la grossesse [Internet]. 2007 [cité 30 oct 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_pro_femmes_enceintes.pdf
20. Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne. Allaitement maternel : Guide de bonnes pratiques à l'usage des professionnels [Internet]. reseaux-sante-ca. 2018 [cité 19 oct 2018]. Disponible sur: https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/2010-10-guide_bonnes_pratiques_am-2.pdf
21. Parpia Khan SL. AA 113 : Se nourrir quand on allaite [Internet]. lllfrance. 2017 [cité 30 oct 2018]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/1152-aa-113-se-nourrir-quand-on-allaite
22. Office de la Naissance et de l'Enfance. Allaitement maternel : Guide à l'usage des professionnels de santé [Internet]. http://www.one.be/uploads/tx_ttproducts/datasheet/DOCBR0066_-_Guide_allaitement_2016_-_WEB.pdf. 2015 [cité 19 oct 2018]. Disponible sur: http://www.one.be/uploads/tx_ttproducts/datasheet/DOCBR0066_-_Guide_allaitement_2016_-_WEB.pdf
23. Railhet F. AA 64 : Alcool et allaitement [Internet]. lllfrance. 2005 [cité 30 oct 2018]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/1175-64-alcool-et-allaitement
24. AA 56 : Allaitement et tabac [Internet]. 2003 [cité 30 oct 2018]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/1168-56-allaitement-et-tabac
25. Rigourd V, Nicloux M, Hovanishian S, Giuséppi A, Hachem T, Assaf Z, et al. Conseils pour l'allaitement maternel. J Pédiatrie Puériculture. mai 2018;31(2):53-74.
26. Carlavan M. Santé du nourrisson et allaitement [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Pharmacie; 2015.
27. Puis-je prendre des drogues alors que j'allaite mon enfant ? - Drogues Info Service [Internet]. drogues-info-service. [cité 30 oct 2018]. Disponible sur: http://www.drogues-info-service.fr/Les-drogues-et-vous/Drogues-et-grossesse/Puis-je-prendre-des-drogues-alors-que-j-allaite-mon-enfant#.W9gwDKmNz6a
28. Rich M, Currie J, McMahon C. Physical exercise and the lactating woman: a qualitative pilot study of mothers' perceptions and experiences. Breastfeed Rev Prof Publ Nurs Mothers Assoc Aust. juill 2004;12(2):11-7.
29. AA 62 : Allaitement et sport [Internet]. 2005 [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1173-62-allaitement-et-sport
30. Didierjean-Jouveau C. AA 21 : Allaiter pendant la grossesse, le co-allaitement [Internet]. lllfrance. 1994 [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/1101-allaiter-pendant-la-grossesse-le-co-allaitement
31. Darmangeat V. Ma bible de l'allaitement. Paris, France: Leduc.s éditions; 2018. 358 p.
32. Railhet F. AA 57 : Allaitement et chirurgie mammaire [Internet]. lllfrance. [cité 6 nov 2018]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/1142-57-allaitement-et-chirurgie-mammaire
33. Nourrir son bébé après la naissance [Internet]. CHU Angers. [cité 20 déc 2018]. Disponible sur: http://www.maternite-chu-angers.fr/apres-la-naissance/nourrir-son-bebe-apres-la-naissance/

34. Tire-lait | Tirer lait maternel | Medela [Internet]. [cité 11 févr 2019]. Disponible sur: https://www.medela.fr/allaitement/produits/tire-lait
35. Taille de téterelle | Choisir la bonne téterelle | Medela [Internet]. Medela. [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: https://www.medela.fr/allaitement/experience-de-maman/tailles-teterelle
36. Crevasse allaitement : comment soigner les crevasses aux seins ? [Internet]. Le petit Caribou. 2018 [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: https://lepetitcaribou.fr/crevasse-allaitement/
37. Katia. DA 62 : Pansement au lait maternel [Internet]. [cité 30 déc 2018]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1333
38. Lili. Astuces pour les mamelons douloureux, crevassés. - Un Monde De Bébé [Internet]. www.un-monde-de-bebe.com. 2015 [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: http://www.un-monde-de-bebe.com/astuces-pour-les-mamelons-douloureux-crevasses.html
39. DA 48 : Le point sur l'engorgement [Internet]. [cité 30 déc 2018]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/1378-da-48-engorgement
40. Programme National Nutrition Santé (PNNS). Le guide de l'allaitement maternel [Internet]. [cité 18 oct 2018]. Disponible sur: www.mangerbouger.fr/content/download/3832/101789/version/3/file/1265.pdf
41. Geiler I, Fouassier I, Turck D. Le conseil en allaitement à l'officine. Rueil-Malmaison, France: les éditeurs Le Moniteur des pharmacies : Wolters Kluwer France; 2013. xiv+271.
42. Leconte I, Fellah L. Mastite et allaitement. Imag Femme. 1 déc 2008;18(4):223-8.
43. Debord M. Abcès du sein : cas cliniques [Internet]. La Leche League France. 2015 [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/vous-informer/des-etudes/1786-abces-du-sein-quelques-etudes
44. Courdent M. Candidose mammaire [Internet]. La Leche League France. 2014 [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/vous-informer/votre-allaitement/surmonter-les-obstacles/901-candidose-mammaire
45. Papa Corner [Internet]. Papa Corner. 2017 [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: https://www.papacorner.fr/le-muguet-du-bebe/
46. Jack N. Utilisation du violet de gentiane [Internet]. lllfrance. 2005 [cité 4 févr 2019]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/feuillets-du-dr-newman/962-feuillet-6-uttilisation-violet-gentiane
47. AA 26 : Manque de lait : mythe ou réalité ? [Internet]. 1995 [cité 11 janv 2019]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/1107-manque-de-lait-mythe-ou-realite
48. DA 70 : Hyperlactation : la conséquence de règles trop strictes ? [Internet]. 2007 [cité 18 janv 2019]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/1206-da-70-hyperlactation-la-consequence-de-regles-trop-strictes-
49. DA 77 : Traitement d'une production lactée surabondante [Internet]. 2008 [cité 18 janv 2019]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/1344-da-77-traitement-production-lactee-surabondant
50. Courdent M. AA 104 : Trop de lait, trop vite, trop fort [Internet]. 2017 [cité 11 janv 2019]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1823-aa-104-trop-de-lait-trop-vite-trop-fort
51. DA 62 : Médicaments et allaitement [Internet]. lllfrance. 2005 [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/1472-da-62-medicaments-et-allaitement
52. Contraception chez la femme en post-partum : HAS [Internet]. [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf
53. Pathologies [Internet]. [cité 23 févr 2019]. Disponible sur: https://lecrat.fr/rubriquefr.php?id_rubrique=10

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

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

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

- *De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.

ACCOMPAGNER L'ALLAITEMENT MATERNEL :
ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE

Thèse soutenue le 24 Mai 2019
Par MORANO Léa

RESUME :

Allaiter son enfant au sein ou le nourrir au biberon est sans doute un choix individuel, du moins pour les mères libres de cette décision. Mais c'est aussi une question de santé publique.
Depuis plusieurs décennies, l'allaitement maternel est devenue une priorité pour les organisations gouvernementales de santé.

L'OMS et l'UNICEF, recommandent un allaitement maternel exclusif de 6 mois. Il répond à tous les besoins nutritionnels de l'enfant et assure une croissance, un développement et un état de santé optimal. Après 6 mois, compte tenu de l'évolution de leurs besoins nutritionnels, les nourrissons doivent consommer des aliments de compléments sûrs et adaptés du point de vue nutritionnel, tout en continuant à être allaités au sein jusqu'à deux ans, voire plus.

Les pharmaciens d'officine ont un rôle primordial dans l'accompagnement des nouveaux parents dans le projet d'allaitement maternel, et cela le plus précocement possible. Ils doivent être capables de repérer les couples qui sont remplis d'interrogations et de doutes afin de les éclairer. Il est de leurs responsabilités de donner une information claire, objective sur la pratique de l'allaitement et sur ses bénéfices.
Ils doivent savoir dépister les différents problèmes rencontrés lors de l'allaitement ; engorgement, mastite, abcès, mycose... Il est important de savoir les identifier, afin de donner une conduite à suivre personnalisée et éventuellement réorienter la patiente vers un autre professionnel de santé. En plus d'une aide, c'est une écoute que les parents viennent chercher à l'officine.

MOTS CLEFS :
Allaitement maternel – Conseils – Pharmacien – Mère/Enfant – Avantages – Sevrage