

**L'ALLAITEMENT
MATERNEL
EN ILE-DE-FRANCE**

Expériences, Ressources

INTRODUCTION	3
UNE BROCHURE PAR QUI, COMMENT ET POURQUOI ?	5
ALLAITEMENT MATERNEL	7
ETAT DES LIEUX	11
EN FRANCE	13
EN ILE DE FRANCE	15
RECOMMANDATIONS DE L'AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE	17
RECOMMANDATIONS DE L'ANAES	19
HOPITAL AMI DES BÉBÉS (IHAB)	27
INITIATIVE HOPITAL "AMI DES BEBES" EN FRANCE	29
LES REFERENTS EN ALLAITEMENT MATERNEL	31
LES CONSULTANT(E)S EN LACTATION	33
LE DIPLÔME UNIVERSITAIRE « LACTATION HUMAINE ET ALLAITEMENT MATERNEL » CHU GRENOBLE	35
SEMAINE MONDIALE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL (SMAM)	37
SEMAINE MONDIALE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL (SMAM)	39
QUELQUES EXPERIENCES	41
L'ALLAITEMENT MATERNEL EN SEINE ET MARNE	43
PROJET ALLAITEMENT MATERNEL DANS LES HAUTS DE SEINE	45
MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL ET L'ACCUEIL DU NOUVEAU-NÉ AU CH DE VILLENEUVE ST-GEORGES	47
MIEUX ACCOMPAGNER LE CHOIX D'ALLAITER EN SEINE-SAINT-DENIS : UNE INITIATIVE DEPARTEMENTALE DEPUIS 1996	53
EXPERIENCES AUTOUR DE L'ALLAITEMENT EN VAL DE MARNE	57
L'ALLAITEMENT MATERNEL DANS LE VAL D'OISE	61
TRAVAIL ET ALLAITEMENT	63
TRAVAIL ET ALLAITEMENT	65
PREMATURITE ET ALLAITEMENT	67
L'ALLAITEMENT MATERNEL DU GAVAGE AU SEIN : ALLAITEMENT DU PRÉMATURÉ EN SERVICE DE NÉONATOLOGIE	69
STRUCTURES RESSOURCES	77
STRUCTURES RESSOURCES POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE	79
STRUCTURES RESSOURCES POUR LES FAMILLES	81
RESSOURCES LOCALES	83
BIBLIOGRAPHIE	85
BIBLIOGRAPHIE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE	87
BIBLIOGRAPHIE POUR LES FAMILLES	89

INTRODUCTION

UNE BROCHURE PAR QUI, COMMENT ET POURQUOI ?

Christine BARBIER, MIRA, DRASSIF
Anne KAMEL, MISP, DRASSIF

La Commission Régionale de la Naissance* travaille en Ile de France depuis février 2000. Des professionnels de la périnatalité venant d'horizons divers et des représentants d'usagers s'y retrouvent sous la présidence dynamique du Professeur Lejeune, et avec le soutien et l'animation du service de l'Inspection régionale de la santé de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

De ces échanges naissent des projets et des travaux pour aider à élaborer et à mettre en œuvre des actions de santé publique et d'amélioration de l'offre de soins.

En 2003, les recommandations de l'ANAES sur l'allaitement maternel ont été présentées et, devant l'intérêt et l'enthousiasme suscités, un groupe a été mis en place.

Compte tenu de la taille de la région et du nombre élevé de services et de professionnels, le choix a été fait d'élaborer une brochure à diffuser largement pour aider, motiver et appuyer l'allaitement maternel.

Cette brochure contient donc un bref état des lieux, informe sur les recommandations, propose des axes de travail, décrit des expériences, présente des possibilités de formation et liste un certain nombre de ressources, sans prétendre à l'exhaustivité.

Quelques expériences de promotion de l'allaitement en Ile de France sont brièvement décrites, sans que ceci ne puisse représenter la diversité et la richesse du travail réalisé dans ce domaine dans la région. Seules quelques expériences, présentées au groupe par les acteurs concernés, sont exposées dans cette brochure.

Le groupe est par ailleurs intéressé par tout retour d'information sur d'autres expériences en cours ou en projet, d'autres ressources ou formations qui n'auraient pas été mentionnées dans cette brochure.

* pour plus de renseignements sur les missions et la composition de la CRN : consulter le site de la DRASSIF : <http://ile-de-france.sante.gouv.fr>

ALLAITEMENT MATERNEL

Bernard MARIA et Claude LEJEUNE,

Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier, 94195 Villeneuve St-Georges,
Service de Néonatalogie, Hôpital Louis Mourier, 92701 Colombes, Président de la CRN d'IdF.

« Après que le petit est né, une vraie mère le doit nourrir de ses mamelles, qui est la belle fontaine que dame Nature, sage et provide a préparée à cet effet... Quel passe-temps plus grand pourrait avoir une femme en ce monde que celui qu'elle a en allaitant ses petits enfants ? » Michel de Montaigne, Essais, 1580.

En France, depuis 20 ans, la moitié des nouveau-nés sont allaités à la sortie des maternités : 49 % en 2000 et 52 % en 2001. On est loin des pays scandinaves (Norvège : 98 %, Suède : 95 %), de la Suisse (92 %), de l'Allemagne (85 %) et de la Grande-Bretagne (70 %) ! De plus, il n'existe aucune donnée nationale sur la durée de l'allaitement. Selon le sondage de Leche League France, on estime que 28 % des femmes allaitent toujours à 3 mois (50 % en Suisse) et 13 % à 6 mois (Norvège : 78 %, Suède : 40 %). Nous avons donc, en France, des efforts à faire pour que l'allaitement reprenne sa juste place.

L'allaitement n'est pas que le moyen naturel de nourrir son bébé, c'est aussi un geste de réconfort, de tendresse et de plaisir. Afin de remettre l'allaitement à sa juste place, depuis 10 ans l'OMS et l'UNICEF ont engagé une action mondiale appelée les "Dix conditions pour le succès de l'allaitement" et proposent une démarche qualité pour les maternités aidant les femmes à allaiter.

De nombreuses associations françaises œuvrent énergiquement en faveur de l'allaitement maternel. En 2002, l'ANAES a publié des recommandations pour l'allaitement maternel que nous devrions tous appliquer tant elles paraissent évidentes. Ce sont des conseils d'organisation pour la mise en œuvre de l'allaitement et sa poursuite pendant au moins six mois.

Résumé des recommandations de l'ANAES

1. L'allaitement maternel est le mode d'alimentation le plus approprié pour le nourrisson jusqu'à 6 mois.
2. L'allaitement exclusif protège le nouveau-né des infections gastro-intestinales, ORL et respiratoires.
3. L'allaitement doit être encouragé.
4. A la naissance, le nouveau-né doit être séché, recouvert et posé sur la peau du ventre de sa mère. Les soins essentiels sont effectués après ce contact prolongé et ininterrompu.
5. La cohabitation de la mère et du nouveau-né dans la même chambre, 24 h / 24, est nécessaire. De plus, cette proximité favorise le processus d'attachement entre la mère et l'enfant.
6. Pour la bonne marche de l'allaitement, la position du nouveau-né, face à sa mère, est fondamentale pour permettre une succion efficace et réduire les complications.
7. Seul l'allaitement à la demande, jour et nuit, permet au nourrisson de réguler ses besoins. Il faut prohiber l'utilisation de compléments et de biberons sans raisons médicales fortes.
8. En cas de difficultés, le soutien de professionnels expérimentés ou d'associations de mères allaitantes est indispensable pour poursuivre l'allaitement.
9. Pour allaiter pendant 6 mois, il faut allonger le congé post-natal et, pour les femmes reprenant leur travail, appliquer les aménagements du code du travail.

Pour appliquer ces recommandations, il faut organiser des formations professionnelles sur la pratique de l'allaitement maternel, pour l'ensemble du personnel des services de maternité et néonatalogie, y compris les médecins et les sages-femmes, et pour mettre en route l'allaitement, il faut changer nos pratiques et l'organisation des maternités

A la naissance, pour accueillir le nouveau-né et simplifier la mise au sein, il faut suivre les « 10 conditions pour le succès de l'allaitement » de l'OMS et l'UNICEF. C'est l'initiative "Hôpital ami des bébés" (IHAB) qui implique un changement des pratiques usuelles et la participation de tous les professionnels. En France, en 2004, seules 3 maternités ont obtenu le titre « Maternité Amie des Bébés ».

Dix conditions pour le succès de l'allaitement (OMS/UNICEF, 1999)

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants
2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages et de la pratique de cet allaitement
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique

Comment obtenir le label "Ami des Bébés" ?

Les soins faisant l'objet de recommandations et d'évaluations, plusieurs services de maternités, de pédiatrie et de PMI pourraient recevoir le label «Ami des bébés» OMS-UNICEF. Le label international suppose un taux d'allaitement maternel exclusif de 75 % à la sortie de maternité. En France, on n'exige pas de taux minimum, mais une progression régulière de l'allaitement maternel, et la mise en place d'un travail en réseau avec les acteurs extérieurs (sages-femmes, médecins libéraux, centres de PMI et associations de mères).

1. Tout établissement qui souhaite obtenir le label doit comparer ses pratiques avec les dix conditions. Il procède à une autoévaluation avec le document proposé par le Comité d'attribution.

2. Il met en oeuvre un projet de service autour de l'allaitement et de l'accueil du nouveau-né.
3. Il s'engage à former tout le personnel aux pratiques de la mise en route de l'allaitement.
4. Il remplit la déclaration d'engagement proposée par la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM) qui délivre, en France, le label HAB.
5. Quand l'équipe est prête, elle demande l'évaluation extérieure par une équipe de la CoFAM. Suivant le résultat, le comité national désigné par la CoFAM attribue le label " Ami des bébés " ou un certificat d'engagement si des points restent à améliorer.

Conclusions

Enfin, on pourrait se demander pourquoi l'allaitement maternel doit être recommandé, car, à la suite de la grossesse, c'est le comportement le plus naturel, le plus adapté et le plus simple pour continuer d'élever son nouveau-né. L'allaitement est le moyen idéal pour répondre à ses besoins nutritionnels et émotionnels. Pour l'enfant, le sein de sa mère est toujours disponible et gratuit. Mais, nous sommes parfois compliqués et il convient de rappeler des évidences de bon sens. Alors, restons simples : toutes les femmes peuvent allaiter ; encourageons les.

ETAT DES LIEUX

EN FRANCE

Les chiffres officiels disponibles en France sur l'allaitement sont tirés de l'exploitation des certificats de santé du 8^{ième} jour (CS8) et des enquêtes périnatales DGS INSERM (la dernière de ces enquêtes datant de 1998).

Les principaux faits marquants :

- le taux d'allaitement français est un des plus bas d'Europe (56.2% en 2002 selon la DREES, contre 69% en Grande Bretagne et 99% en Norvège ou en Suède)
- le taux d'allaitement en France progresse régulièrement : 45.6% en 1995, 50% en 1999, 54.5% en 2001, 56.2% en 2002 (source DREES)
- les données des certificats de santé sous-estiment probablement la réalité car ils sont calculés sur l'ensemble des CS8 reçus, les « non renseignés » étant assimilés à une absence d'allaitement. L'enquête périnatale de 1998 donnait un chiffre total d'allaitement de 52.5% (dont 7.5% d'allaitement mixte), alors que la DREES donnait un chiffre de 48.3%. Par ailleurs, l'interprétation de ces chiffres doit être prudente car les données des certificats de santé ne renseignent que sur l'intention d'allaiter.
- la durée de l'allaitement est en augmentation régulière : d'après un sondage commandé en 2002 par la Leche League à l'Institut des Mamans, en 2001, 60.3% des bébés allaités à la naissance étaient encore allaités à 3 mois contre seulement 37.6% en 1999.
- la répartition géographique est très inégale : si on note une progression dans tous les départements entre 1998 et 2000, le taux d'allaitement est plus faible dans le Nord et dans l'Ouest.
- le taux d'allaitement est différent selon les catégories socioprofessionnelles et les diplômes : les femmes appartenant aux catégories socioprofessionnelles les plus élevées allaitent plus souvent. Les femmes non diplômées allaitent autant que la moyenne, celles titulaires d'un diplômes de niveau moyen allaitent moins souvent, le taux d'allaitement remontant ensuite avec le niveau d'étude.

EN ILE DE FRANCE

Le taux d'allaitement en région Ile de France semble supérieur à la moyenne nationale.

	Données 2001			Données 2002 (provisoires)			2003
	effectif	dénominateur	Taux (%)	effectif	dénominateur	Taux (%)	Taux (%)
France métropol.	304210	557963	54.5	336639	598639	56.2	
75	20406	29497	69.2	21798	30723	71	
77	?	?	?	?	?	?	65.0
78	?	?	?	11609	17884	64.9	
91	9743	16069	60.6	10217	15909	64.2	
92	15371	22643	67.9	15910	23043	69	76.1
93	14532	24181	60.1	15437	24189	63.8	
94	11601	18054	64.3	12319	17999	68.4	75.1
95	9764	7114	60.6	9895	15641	63.3	

Source DREES- exploitation des CS8

L'absence de données dans certains départements s'explique par l'absence d'exploitation des CS8 dans ces départements. Il serait souhaitable, dans l'avenir, de disposer d'outils d'exploitation de ces données. La modification des certificats de santé du 9^{ième} mois pourrait permettre d'avoir prochainement des renseignements sur la durée de l'allaitement.

**RECOMMANDATIONS DE
L'AGENCE NATIONALE
D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION
EN SANTE**

Extrait du rapport
ALLAITEMENT MATERNEL
MISE EN ŒUVRE ET POURSUITE DANS LES 6 PREMIERS MOIS DE VIE DE
L'ENFANT
MAI 2002

ANAES / Service recommandations et références professionnelles / mai 2002

I. INTRODUCTION

Ces recommandations ont été élaborées à la demande conjointe de l'Association de recherche en soins infirmiers et du Collège national des gynécologues et obstétriciens français.

L'allaitement maternel a peu varié en France ces 20 dernières années. Environ la moitié des nouveau-nés est allaitée à la sortie de la maternité. Aucune donnée nationale n'est actuellement disponible sur la durée de l'allaitement.

Ces recommandations proposent des conseils d'organisation et des modalités de mise en œuvre de l'allaitement maternel et de sa poursuite jusqu'à au moins 6 mois. Les compléments d'un allaitement partiel ainsi que la diversification alimentaire ne sont pas abordés.

1. Définitions et description de l'allaitement maternel

Actuellement, l'absence de définition de l'allaitement dans les études est une limite à la comparaison des stratégies d'incitation à l'allaitement, à l'évaluation de sa mise en œuvre, de son niveau, de ses modalités et de sa durée.

S'appuyant sur les travaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'*Interagency Group for Action on Breastfeeding (IGAB)*, le groupe de travail propose les définitions suivantes :

☐ le terme allaitement maternel est réservé à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère ;

☐ l'allaitement est **exclusif** lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, y compris l'eau ;

☐ l'allaitement est **partiel** lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture. En cas d'allaitement partiel, celui-ci est majoritaire si la quantité de lait maternel consommé assure plus de 80 % des besoins de l'enfant ; moyen si elle assure 20 à 80 % de ses besoins et faible si elle en assure moins de 20 % ;

☐ la réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.

En raison du manque de consensus dans la littérature, l'adjonction de vitamines ou de sels minéraux n'a pas été prise en compte dans les définitions.

Le sevrage correspond à l'arrêt complet de l'allaitement maternel. Le sevrage ne doit pas être confondu avec le début de la diversification alimentaire.

Pour le suivi de l'allaitement par le professionnel de santé et l'évaluation des publications, les éléments de description d'un allaitement maternel devraient être les suivants :

- l'âge du nourrisson ;
- le niveau d'allaitement (exclusif ou partiel) ;
- la fréquence et la durée des tétées ;
- les autres aliments consommés ;
- l'utilisation de biberons pour les liquides y compris le lait maternel exprimé.

2. Population concernée par les recommandations

Ces recommandations concernent les femmes ayant mis au monde un enfant sain né à terme.

Les modalités d'allaitement des jumeaux, des autres nouveau-nés, malades, prématurés, dysmatures ou de faible poids de naissance n'ont pas été abordées dans ces recommandations.

3. Professionnels concernés par les recommandations

La mise en œuvre de l'allaitement maternel et sa poursuite dans le temps requièrent généralement l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels de santé.

Ces recommandations concernent donc tous les professionnels impliqués en périnatalité, en particulier les médecins généralistes, les gynécologues-obstétriciens, les pédiatres, les sages-femmes, les infirmières, les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture.

L'action des équipes soignantes peut être utilement complétée par des bénévoles expérimentés, en particulier pour soutenir les femmes qui allaitent.

Pour appliquer ces recommandations, les professionnels doivent être formés à la pratique et au suivi de l'allaitement au cours de leurs études et en formation continue. Les modalités de cette formation ne sont pas abordées dans ce travail.

4. Qualité de la littérature et grade des recommandations

Les conclusions retenues dans ce travail s'appuient essentiellement sur des études menées dans les pays développés.

Les preuves épidémiologiques des bénéfices de l'allaitement maternel reposent sur des études d'observation hétérogènes et sur l'avis d'experts internationaux.

Les études qui ont mesuré l'efficacité de diverses interventions sur la pratique de l'allaitement sont hétérogènes. Elles manquent souvent de précision concernant la prise en charge habituelle des populations étudiées et les critères de jugement, en particulier l'absence de standardisation de la définition de l'allaitement, de la mesure du taux d'allaitement exclusif et de sa durée.

Les recommandations ont été pondérées par le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, selon l'échelle suivante : une recommandation de grade A est fondée sur des études scientifiques de fort niveau de preuve ; une recommandation de grade B est fondée sur des présomptions scientifiques fournies par des études de niveau de preuve intermédiaire ; une recommandation de grade C est fondée sur des études de faible niveau de preuve. En l'absence de précisions, les recommandations reposent sur un accord professionnel exprimé par le groupe de travail et le groupe de lecture.

II. BÉNÉFICES ET DURÉE OPTIMALE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF

L'allaitement maternel exclusif permet un développement optimal du nourrisson jusqu'à 6 mois.

L'allaitement exclusif protège le nouveau-né des infections gastro-intestinales et, dans une moindre mesure, des infections ORL et respiratoires. L'effet protecteur de l'allaitement maternel dépend de sa durée et de son exclusivité.

La poursuite de l'allaitement exclusif pendant 6 mois par rapport à une durée de 3 à 4 mois permet un développement optimal des nourrissons et doit donc être encouragée (grade B). Toutefois, certaines mères ne pourront pas suivre cette recommandation ou décideront de ne pas le faire.

L'introduction d'une alimentation complémentaire entre 4 et 6 mois n'apporte aucun bénéfice particulier (grade B).

III. CONTRE-INDICATIONS DE L'ALLAITEMENT

Les raisons médicales qui contre-indiquent l'allaitement maternel sont exceptionnelles, tant pour la mère (infection par le VIH, sauf pasteurisation du lait) que pour le nouveau-né (anomalie congénitale du métabolisme : galactosémie).

Le passage lacté de la nicotine étant prouvé, il faut encourager les mères à arrêter de fumer.

Mais de toute façon, l'allaitement reste le meilleur choix.

IV. LES PRATIQUES QUI ENCOURAGENT L'ALLAITEMENT MATERNEL

1. Les facteurs qui influencent le choix d'allaiter

L'allaitement maternel est plus répandu chez les femmes appartenant à des milieux favorisés et ayant fait des études plus poussées.

Les mères choisissent l'allaitement maternel parce qu'elles en retirent un investissement émotionnel et des gratifications comme un sentiment d'utilité, une satisfaction physique, une image de soi positive, une affirmation de leur féminité.

Les mères non allaitantes justifient leur choix par l'importance donnée à leur activité professionnelle, l'image sociale négative de la femme allaitante, leurs conceptions éducatives et la volonté égalitaire de partage des tâches dans le couple que le biberon faciliterait.

Selon les rares études portant sur le moment du choix du mode d'allaitement, celui-ci se situe avant la grossesse pour plus de la moitié des mères. Le groupe de travail souligne l'importance de l'éducation sanitaire et le nécessaire renforcement de la place de l'allaitement maternel dans la société.

Les campagnes médiatiques nationales ou locales n'influencent pas directement les pratiques d'allaitement. Elles peuvent favoriser l'émergence d'un environnement favorable au soutien à l'allaitement maternel et contribuer au changement d'attitude à l'égard de cette pratique.

Seules les annonces télévisées répétées semblent avoir une influence sur l'intention ultérieure d'allaiter (grade C). Le groupe de travail recommande qu'une information appropriée soit donnée à l'école pour renforcer l'intention d'allaiter.

2. Les interventions qui encouragent l'allaitement maternel avant la naissance

Toute rencontre avec une femme enceinte doit être l'occasion pour les professionnels de santé d'aborder le mode d'alimentation du nouveau-né et en particulier l'allaitement maternel. Il est recommandé d'évaluer l'expérience de la future mère, ses connaissances, ses désirs et de lui donner des informations sur les modalités de mise en œuvre de l'allaitement. Cette information prénatale s'adresse également au futur père, celui-ci jouant un rôle de soutien de la mère.

En période prénatale, l'information seule, délivrée individuellement ou en groupe, a un impact limité sur les taux d'allaitement exclusif et sur la durée de l'allaitement maternel (grade C).

En revanche, des programmes structurés utilisant une approche de groupe ou individuelle, à l'hôpital ou en dehors, et s'appuyant sur l'association de plusieurs techniques éducatives (groupe de discussion, cours de préparation à l'accouchement, brochures, vidéo, manuel d'auto-apprentissage) augmentent le taux d'allaitement maternel à la naissance et, dans certains cas, sa poursuite (grade C).

Des études montrent que l'action des mères ayant allaité avec succès, formées à la conduite de l'allaitement et supervisées, renforce la décision des femmes qui ont décidé d'allaiter et les aide à réaliser effectivement cet allaitement (grade C). Ce type d'intervention est recommandé.

Chez les femmes de faible niveau de ressources ou appartenant à des minorités ethniques, des contacts durant la période pré et postnatale avec des mères expérimentées améliorent la mise en œuvre et la durée de l'allaitement maternel (grade C).

3. Préparation des seins à l'allaitement

Le bénéfice d'une préparation physique des seins, même en cas de mamelons rétractés ou peu extensibles, n'est pas démontré.

V. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET D'ACCOMPAGNEMENT DE L'ALLAITEMENT LORS DE SA MISE EN ROUTE

1. Changements des pratiques et de l'organisation dans les maternités

Toutes les interventions visant à changer les pratiques fondées sur tout ou partie des «dix conditions pour le succès de l'allaitement» proposées par l'OMS et l'UNICEF dans le cadre de l'initiative «hôpitaux amis des bébés» (IHAB) (*tableau 1*) améliorent le taux d'allaitement à la sortie de la maternité et entraînent une augmentation de la durée de l'allaitement exclusif (grade B).

La mise en œuvre de ces conditions est recommandée, mais rend nécessaire un profond changement des pratiques dans les maternités et la participation de l'ensemble des professionnels impliqués.

Le groupe de travail souligne qu'à ce jour en France, deux maternités ont obtenu le titre de «maternité amie des bébés».

2. Contact peau à peau et tétée précoce

À la naissance, chaque nouveau-né doit être séché, recouvert et immédiatement mis sur le ventre de la mère. Les mères qui ont un contact précoce avec leur enfant ont plus de facilité à communiquer avec leur bébé, même non allaité (grade C).

Les soins essentiels au nouveau-né seront effectués après une période de contact prolongée et ininterrompue. Ces soins et les pratiques habituelles de surveillance devraient être définis pour favoriser le contact mère-enfant et l'allaitement maternel tout en maintenant les exigences de sécurité pour la mère et l'enfant.

Après la naissance, la première tétée est favorisée par ce contact intime.

L'allaitement n'est pas compromis si le bébé ne tète pas immédiatement à la naissance (grade B) car les bébés présentent une variété de comportements et ne sont pas tous prêts à téter au même moment.

L'analgésie péridurale pendant le travail peut retarder le réflexe de succion, mais ne modifie pas la mise en route de l'allaitement. Si la première tétée est retardée, il est recommandé d'apporter davantage d'aide et de soutien à la mère.

3. Cohabitation du nouveau-né avec sa mère

La cohabitation du nourrisson avec sa mère doit être systématiquement encouragée. La proximité de la mère et de l'enfant 24 heures sur 24 favorise l'allaitement à la demande, facilite l'allaitement la nuit et limite le risque de recours à un substitut de lait (grade C).

De plus, elle favorise le processus d'attachement entre la mère et l'enfant, même si l'enfant n'est pas allaité. La mère pourra apprendre à reconnaître les signes qui montrent que le bébé est prêt à téter.

L'équipement hôtelier à la maternité doit être adapté (lit plus large, à hauteur variable, fauteuil confortable) pour faciliter l'allaitement.

4. Position du nouveau-né et prise du sein

La bonne position du nouveau-né (face à la mère) et la prise correcte du sein par l'enfant (bouche grande ouverte et langue vers le bas) permettent une succion efficace et un transfert de lait optimal tout en prévenant les tétées douloureuses et les lésions du mamelon. C'est un facteur déterminant de la réussite de la mise en œuvre et de la poursuite de l'allaitement.

Le groupe de travail recommande que soient recherchées avec la mère les différentes positions dans lesquelles le bébé peut être allaité confortablement (position assise, couchée). La mère doit être entraînée à observer la succion caractéristique signifiant l'efficacité de la tétée.

Les professionnels de santé doivent vérifier la prise correcte du sein et l'efficacité de la succion lors des premières tétées.

5. Durée et fréquence des tétées

Seul l'allaitement à la demande permet au nourrisson de réguler ses besoins nutritionnels.

La plupart des nourrissons allaités ont besoin de téter fréquemment, y compris la nuit (souvent davantage que les 6 à 7 tétées préconisées habituellement), d'autant que la tétée a d'autres fonctions que nutritionnelle (réconfort, plaisir, tendresse).

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 fréquence plus élevée des douleurs des mamelons et des engorgements et au recours plus fréquent à des compléments de substituts de lait (grade C).

Il existe des écarts interindividuels 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.

Aucune donnée ne permet de conseiller à la mère de proposer un sein ou les deux à chaque tétée. Il est cependant important de n'offrir l'autre sein au nourrisson que lorsque celui-ci arrête de téter de lui-même, afin de prévenir un éventuel engorgement.

VI. UTILISATION DE COMPLÉMENTS

1. Lors du commencement de l'allaitement

L'allaitement exclusif suffit à satisfaire les besoins nutritionnels et hydriques d'un nouveau-né sain à terme s'il tète de manière efficace et à la demande. Il n'y a alors pas de risque d'hypoglycémie et les contrôles systématiques de la glycémie sont inutiles.

Il n'y a pas lieu de donner des compléments (eau, eau sucrée, substitut de lait) à un nouveau-né allaité exclusivement. L'introduction de compléments perturbe le bon déroulement de l'allaitement maternel et entraîne un sevrage plus précoce (grade C).

Les biberons de substituts de lait prêts à l'emploi ne doivent pas être mis à disposition des mères dans leur chambre.

Il est recommandé d'évaluer la prise correcte du sein et l'efficacité de la succion avant de donner des compléments au nouveau-né. Les indications des compléments sont actuellement mal définies, la décision d'utiliser des compléments sera prise au cas par cas en concertation avec la mère.

Comme la distribution de colis-cadeaux contenant un substitut de lait ou du matériel promotionnel pour l'alimentation au biberon a un impact négatif sur l'allaitement exclusif, cette pratique est déconseillée (grade B). La distribution gratuite de substitut de lait à la sortie de la maternité est interdite en France.

2. Lors de la poursuite de l'allaitement

L'introduction de compléments entre 4 et 6 mois en plus de la poursuite de l'allaitement conduit à un excès de risque significatif de gastro-entérite et doit donc être déconseillée car cela n'apporte aucun bénéfice pour la croissance et le développement de l'enfant (grade B).

Le groupe de travail souligne qu'une nouvelle référence internationale de croissance est actuellement en cours d'élaboration. Elle vise à créer un modèle normatif, reflétant la croissance des nourrissons et des enfants sains allaités par leur mère et permettant d'évaluer tous les autres modes d'alimentation en termes de croissance, de santé et de développement.

VII. PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES DIFFICULTÉS DE L'ALLAITEMENT

La plupart des difficultés de l'allaitement maternel peuvent être prévenues et ne doivent pas entraîner systématiquement l'arrêt de l'allaitement.

1. Les douleurs et lésions des mamelons

Une sensibilité douloureuse est souvent inévitable au début de l'allaitement. Les douleurs et lésions des mamelons (rougeur, irritation, crevasse) sont avant tout causées par une mauvaise prise du sein entraînant une friction anormale entre le mamelon et la langue, les gencives, les lèvres ou le palais du nourrisson. Leur prévention repose sur un positionnement correct du nourrisson lors des tétées. L'observation des premières tétées et la correction de la position du nourrisson et de la mère par les professionnels de santé sont recommandées.

Une hygiène quotidienne (douche) est suffisante. Le nettoyage des mamelons avant et/ou après une tétée semble augmenter l'incidence des douleurs des mamelons et complique inutilement l'allaitement.

La persistance de la douleur malgré une prise correcte du sein doit faire évoquer une pathologie, en particulier une mycose. Un examen soigneux des mamelons est recommandé avant de recourir à un traitement.

En cas de lésions du mamelon, l'utilisation de topiques, de protège-mamelon et de coupelles d'allaitement a été insuffisamment évaluée pour être recommandée.

2. L'engorgement mammaire

La congestion mammaire se traduisant par une augmentation de volume et une tension des seins ainsi qu'une sensation de chaleur survenant dans les premiers jours suivant la naissance ne doit pas être confondue avec un engorgement.

L'engorgement physiologique se traduit par un œdème résultant d'une stase capillaire et lymphatique et par une augmentation du volume de lait produit. Il témoigne de l'installation du stade II de la lactogénèse. Il se résout rapidement avec des tétées efficaces.

L'engorgement devient pathologique s'il s'accompagne de fièvre, de frissons, de douleur et d'une gêne à l'écoulement du lait. Il peut évoluer vers une mastite si des mesures rapides ne sont pas prises.

Les mères doivent être prévenues de l'éventualité de la survenue d'un engorgement, il est conseillé de leur apprendre à les prévenir, à identifier les signes d'engorgement et à y faire face.

La prévention de l'engorgement repose sur des tétées précoces, sans restriction de leur fréquence et de leur durée.

Aucun traitement de l'engorgement n'a fait la preuve de son efficacité hormis l'expression du lait (manuelle ou à l'aide d'un tire-lait) qui réduit la stase lactée quand l'enfant est incapable de prendre le sein ou tête de façon inefficace. L'expression de lait doit être suivie d'une tétée par le bébé.

Même si le bénéfice d'un traitement symptomatique (application de froid ou de chaud) n'est pas démontré, il peut être utilisé s'il procure un soulagement à la mère.

La restriction hydrique, le bandage des seins aggravent l'inconfort de la mère et ne sont pas recommandés.

3. La lymphangite ou mastite

La mastite (terme utilisé dans les publications internationales) est une inflammation du sein qui peut éventuellement évoluer vers une infection. Les signes cliniques sont habituellement unilatéraux, allant de la simple inflammation localisée d'un segment du sein avec rougeur, douleur et augmentation de la chaleur locale à un aspect beaucoup plus sévère de cellulite avec peau d'orange. Le quadrant supéro-externe du sein est le plus souvent atteint. Ces signes locaux peuvent précéder ou s'associer à des signes généraux (fièvre ou symptômes pseudo-grippaux).

L'engorgement, les crevasses, les lésions du mamelon sont des facteurs de risque de mastite.

Le traitement repose sur :

- la recherche des facteurs favorisants, l'observation d'une tétée et l'évaluation de la pratique de l'allaitement ;

- l'écoulement efficace du lait maternel par la poursuite de l'allaitement en optimisant le drainage du sein (tétées sans restriction de durée et de fréquence) et l'extraction du lait, surtout du côté atteint ; il n'y a aucun risque pour un nourrisson sain. Si la tétée est trop douloureuse, l'expression du lait (manuelle ou avec un tire-lait) est indispensable. Suspendre l'allaitement expose au développement d'un abcès du sein.

Le traitement antibiotique est indiqué :

- en cas de mastite infectieuse (confirmée si possible par une mise en culture du lait et réalisation d'un antibiogramme) ou

- si les symptômes sont graves d'emblée ou

- si une lésion du mamelon est visible ou

- si les symptômes ne s'améliorent pas en 12 à 24 heures.

Si possible, le lait sera mis en culture pour affirmer le diagnostic et réaliser un antibiogramme.

L'antibiotique prescrit sera compatible avec l'allaitement maternel.

Le traitement symptomatique repose sur l'application de chaud ou de froid sur le sein, qui peut être utilisée si elle procure un soulagement à la mère, et sur le repos.

Les mères doivent être prévenues de l'éventuelle survenue d'une mastite et de la manière d'y faire face.

La conduite à tenir en cas de mastite doit leur être expliquée.

4. L'insuffisance des apports de lait maternel

L'incapacité anatomique ou physiologique à produire suffisamment de lait est très rare. Le plus souvent, l'insuffisance de lait est la conséquence d'une conduite inappropriée de l'allaitement (tétées inefficaces et peu nombreuses) à l'origine d'une diminution du transfert de lait au nourrisson et de la sécrétion lactée.

Dans ce cas, il est proposé d'évaluer la pratique de l'allaitement, de corriger les éventuels problèmes identifiés, d'évaluer une éventuelle stagnation staturo-pondérale du nourrisson et d'apporter des conseils et un soutien visant à restaurer la confiance de la mère dans ses compétences et ses capacités.

Les mères doivent être prévenues de l'éventuelle survenue d'une insuffisance de lait, en particulier lors de la reprise du travail, et de la manière d'y faire face : augmenter transitoirement la fréquence et la durée des tétées et rechercher le soutien des professionnels de santé ou de bénévoles expérimentés.

VIII. LES PRATIQUES QUI ENCOURAGENT ET SOUTIENNENT L'ALLAITEMENT DANS SA DURÉE

Toute forme de soutien proposé à la sortie de la maternité diminue le risque d'arrêt de l'allaitement exclusif avant 6 mois (grade B).

Parmi les stratégies de soutien, le contact individuel, fondé sur des conseils appropriés et des encouragements, avec un professionnel formé au suivi de l'allaitement (en complément de soins habituels après la naissance) apporte un bénéfice supérieur aux contacts répétés par téléphone dans les pays où existe déjà un programme de soutien organisé combinant plusieurs actions (grade B).

Les interventions postnatales associées à un contact avant la naissance n'apportent pas un bénéfice supérieur au soutien postnatal seul (grade B).

IX. REPRISE DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

La reprise du travail, des activités ou du sport ne doit pas être un obstacle à la poursuite de l'allaitement. Cette possibilité de concilier reprise d'activités et allaitement doit être envisagée avec chaque mère.

Les mères doivent être informées des différentes modalités de poursuite de l'allaitement : tétée matin et soir, expression et conservation du lait, allaitement partiel, reprise de l'allaitement à la demande pendant les jours de congés ou les temps de fin de semaine et les vacances. De même les femmes doivent être informées des mesures inscrites dans le Code du travail pour encourager la poursuite de l'allaitement maternel (pauses sur le temps de travail, réduction journalière du temps de travail ou horaires de travail souples, lieux appropriés pour exprimer le lait).

Le recours à des professionnels de santé ou des bénévoles formés au suivi de l'allaitement et la recherche d'un soutien en cas de difficultés sont recommandés.

X. ALLAITEMENT ET NUTRITION DE LA MÈRE

Les principes d'une nutrition saine, variée et équilibrée recommandée durant la grossesse s'appliquent également durant toute la durée de l'allaitement maternel.

Aucune règle alimentaire spécifique n'est justifiée ni interdite, y compris pour la quantité d'eau bue quotidiennement, à l'exception de la caféine et de l'alcool.

La caféine diffuse dans le lait maternel. Son métabolisme étant lent chez le nouveau-né, la consommation de café (ou boissons riches en caféine) doit être modérée (2-3 tasses par jour).

La concentration d'alcool dans le lait maternel est voisine de celle du sérum. La consommation d'alcool est donc déconseillée. Si la consommation d'alcool est occasionnelle, elle doit être modérée (1 à 2 verres).

Les effets bénéfiques de l'allaitement maternel sont largement supérieurs aux éventuels effets des dioxines qui passent dans le lait maternel. Les données existantes montrent que l'exposition du nouveau-né allaité au sein reste inférieure aux valeurs recommandées par l'OMS pour assurer la protection à long terme de la santé des personnes. Il est conseillé à la mère de réduire sa consommation de matières grasses d'origine animale et d'éviter une perte de poids trop rapide afin de minimiser le risque d'exposition du nourrisson aux dioxines.

XI. ALLAITEMENT ET MÉDICAMENTS

De nombreux médicaments peuvent être administrés sans risque à une femme qui allaite.

Avant de prescrire un traitement, il faut se poser trois questions :

- Le symptôme ou la pathologie nécessitent-ils vraiment un traitement ?
- Ce traitement est-il, à efficacité équivalente, celui qui présente le moins de risques pour l'enfant allaité ?
- Le risque potentiel pour le nourrisson est-il supérieur à l'avantage que lui procure l'allaitement maternel ?

- Lorsqu'une conduite à tenir explicite figure dans le Résumé des caractéristiques du produit (RCP) du dictionnaire *Vidal* (« allaitement possible », « allaitement contre-indiqué »), elle doit être suivie.

Lorsque la conduite à tenir dans le RCP est moins explicite (« allaitement déconseillé », simple mention de données cinétiques ou rubrique non renseignée), la décision d'allaiter ou de poursuivre un allaitement maternel sous traitement doit être le plus souvent prise au cas par cas, en accord avec la mère, après l'avoir informée des risques éventuels. Il faut alors tenir compte de l'activité pharmacologique du médicament et de son profil cinétique ; du profil des effets indésirables du médicament ; de l'âge du nourrisson ; du niveau d'allaitement ; de la possibilité de surveillance et de suivi du nourrisson ; de la compréhension de la mère.

En présence d'un enfant présentant une symptomatologie inexpliquée, il faut penser à demander à la mère si elle prend des médicaments, en veillant à ne pas exclure la possibilité d'une automédication.

Il convient d'être attentif à ne pas oublier les interactions médicamenteuses entre les traitements que l'enfant reçoit par le lait et ceux qu'on lui administre directement ainsi que les médicaments utilisés localement sur le sein.

Les sites Internet de l'AFSSAPS (www.afssaps.sante.fr) (conclusions du groupe de travail « reproduction, grossesse et allaitement » consultables en 2003 ; toutes les spécialités n'ont pas encore été évaluées à ce jour), de la *Food and Drug Administration* (www.fda.gov) et de l'EMA à partir du portail de l'*European*

Pharmaceutical Regulatory Sector (www.eudra.org), ainsi que la bibliographie des bases de données spécialisées d'accès payant telles que TERIS (*Teratogen Information System* www.depts.washington.edu) et REPROTOX (*Reproductive Toxicology Center* www.reprotox.org) et des ouvrages de référence (comme celui de T. W. Hale : *Medications and mothers' milk*, 1999) pourront utilement être consultés. Le groupe de travail souligne toutefois la difficulté d'accès aux sites Internet étrangers.

XII. ALLAITEMENT ET CONTRACEPTION

Une information sur la fertilité en cours d'allaitement doit être donnée au couple afin de lui permettre de choisir la méthode de régulation des naissances la plus appropriée. La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est une méthode naturelle pendant les 6 premiers mois ou au moins jusqu'au retour de couches. Elle suppose un allaitement exclusif à la demande jour et nuit et la persistance d'une aménorrhée, les tétées entretenant l'hyperprolactinémie. Dans ces conditions, le taux de grossesses observé pour un allaitement de 6 mois est inférieur à 2 %.

Si les conditions de la MAMA ne sont pas respectées ou si la femme le souhaite, il faut conseiller une autre contraception (consultation postnatale conseillée dans les 6 premières semaines du *post-partum*). Si ce choix se porte sur une contraception hormonale, celle-ci ne doit pas être débutée avant la sixième semaine du *post-partum*.

Les œstroprogestatifs ne sont pas recommandés car ils pourraient réduire la production de lait.

Les microprogestatifs, les progestatifs injectables et les implants progestatifs peuvent être utilisés sans inconvénients ni pour l'allaitement, ni pour le nouveau-né. Toutefois la contraception hormonale ne doit pas être débutée avant l'installation de la lactogenèse de stade II (montée laiteuse). Les progestatifs ne seront pas utilisés avant la sixième semaine du *post-partum*.

La pose d'un dispositif intra-utérin est possible, sans risque particulier, dès la quatrième semaine du *post-partum*, même en l'absence de retour de couches.

Les préservatifs ou les spermicides peuvent être utilisés en sachant que leur efficacité contraceptive est moindre.

XIII. CONCLUSION ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Le groupe de travail indique qu'il est souhaitable de mettre en place des mesures organisationnelles telles que l'allongement de la durée du congé postnatal, car il favorise la poursuite de l'allaitement maternel.

L'analyse de la littérature utilisée pour ce travail a conduit le groupe de travail à proposer les travaux et les pistes de recherches suivantes :

□ les taux d'allaitement maternel sont actuellement ceux mesurés durant le séjour à la maternité ou dans le *post-partum* immédiat. Il serait souhaitable que l'on puisse disposer de données sur la durée de l'allaitement maternel ;

□ les études qui mesurent l'efficacité de diverses interventions sur la pratique de l'allaitement maternel devraient décrire précisément d'une part les modalités de l'intervention et la prise en charge habituelle des populations étudiées et d'autre part les critères de jugement, en particulier la définition retenue de l'allaitement maternel, la mesure du taux d'allaitement exclusif et sa durée ;

□ les pratiques habituelles de surveillance et de soins aux nouveau-nés en salle de naissance devraient être définies pour favoriser un allaitement précoce tout en maintenant les exigences de sécurité pour la mère et l'enfant ;

□ les difficultés de l'allaitement (douleurs et lésions du mamelon, engorgement mammaire, mastite) devraient être mieux définies, leur prévention et leur traitement évalués.

Ce document a été finalisé en mai 2002 ; ce rapport peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Service Communication et Diffusion

159, rue Nationale - 75640 Paris Cedex 13 - Tél. : 01 42 16 72 72 - Fax : 01 42 16 73 73

© 2002, Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

HOPITAL AMI DES BÉBÉS (IHAB)

INITIATIVE HOPITAL "AMI DES BEBES" EN FRANCE

Sur le site <http://cofam2002.free.fr/ihab-fra.htm>

La France était il y a deux ans l'un des derniers pays européen à ne pas avoir mis en place l'Initiative Hôpital «Ami des Bébés». Notre pays est l'un de ceux en Europe où les mères allaitent le moins (moins d'un bébé sur deux est allaité à la naissance), mais il ne semble cependant pas vouloir se donner les moyens d'une politique efficace de soutien à l'allaitement maternel. Quelques éléments de soutien existent déjà en France (tissu associatif dense, actions départementales), mais l'absence d'une volonté politique au niveau national en limite la portée.

A l'heure où les patients réclament une prise en charge humaine et responsable de leur santé, à l'heure où la qualité des soins fait l'objet de recommandations et d'évaluations, plusieurs services de maternités, de pédiatrie et de PMI (Protection Maternelle et Infantile) attendent avec impatience de pouvoir être évalués pour recevoir le prestigieux label «Ami des bébés» OMS/UNICEF.

L'Initiative en quelques dates

Février 92 : l'UNICEF invite tous les ministres de la santé européens à lancer l'Initiative.

Juin 92 : première réunion du comité français pour l'allaitement organisé par le Comité français pour l'UNICEF.

1993 : édition et diffusion par le Comité français pour l'UNICEF d'un feuillet d'information à toutes les maternités françaises.

1994 : formation d'évaluateurs.

Janvier 95 : dernière réunion du comité français pour l'allaitement par le Comité français pour l'UNICEF. Depuis, le secrétaire d'Etat à la Santé ne souhaitant pas s'engager dans cette Initiative, le Comité français pour l'UNICEF a cessé toute action en faveur de l'Initiative Hôpital «Ami des Bébés».

Novembre 2000 : première labellisation d'une maternité française par la CoFAM (centre hospitalier à Lons le Saunier).

Mai 2002 : deuxième labellisation d'une maternité française par la CoFAM (clinique Saint-Jean à Roubaix)

Octobre 2003 : troisième labellisation d'une maternité française par la CoFAM (centre hospitalier à Cognac).

Les étapes de l'obtention du label

1. Procéder à l'auto-évaluation, avec le document proposé ci-dessous
2. Mettre en oeuvre un projet de service
3. Former tout le personnel aux pratiques de la mise en route de l'allaitement
4. Remplir la déclaration d'engagement proposée par la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM)
5. Quand l'équipe est prête, demander l'évaluation extérieure par une équipe de la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM). Suivant le résultat, le comité national désigné par la CoFAM attribue le label " Ami des bébés " ou un certificat d'engagement si des points restent à améliorer.

Membres du comité d'attribution du label IHAB (mai 2002)

Association Française des Consultants en Lactation
Association Française de Pédiatrie Ambulatoire
Association Nationale des Puéricultrices Diplômées et des Etudiantes
Collège National des Gynéco-Obstétriciens
Collège National des Sages-Femmes
Co-Naître, Institut de formation, de recherche et d'échange autour de la naissance
Conseil d'Administration de la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel
Conseil Scientifique de la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel
Fédération Nationale des Pédiatres Néonatalogistes
La Leche League Formation
La Leche League France
Maternité de Lons-le-Saunier (labellisée en 2000)
Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile (IBFAN)
Société Européenne pour le Soutien à l'Allaitement Maternel
Société Française de Médecine Périnatale
Société Française de Pédiatrie
Solidarilait National

Les ressources

Pour aider les membres de votre équipe à comprendre pourquoi ces critères de base ont été sélectionnés et comment vous pouvez les mettre en oeuvre dans votre hôpital, vous trouverez sur le site COFAM quelques documents et les organismes de formation principaux :

Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement document OMS 99 122 pages, résumés d'études validant les dix conditions.

Document de présentation des règles mondiales avec Formulaire d'auto-évaluation des hôpitaux pour l'Initiative Hôpital Ami des Bébé.

Devenir Hôpital Ami des Bébé (en préparation).

Pour plus d'informations :

Site : <http://cofam2002.free.fr/ihab-fra.htm>

Secrétariat de l'IHAB, 12 Rue Parmentier, 33 510 Andernos les Bains
Tél. 05 56 82 07 59 Fax. 05 56 26 00 84 / kristina.lofgren@wanadoo.fr

LES REFERENTS EN ALLAITEMENT MATERNEL

LES CONSULTANT(E)S EN LACTATION

Les consultant(e)s en lactation IBCLC sont certifiées par un diplôme IBLCE (International Board of Lactation Consultant Examiners). Ce certificat doit être revalidé tous les cinq ans par des formations continues et tous les dix ans par l'examen.

Les consultant(e)s en lactation assurent des consultations mère-enfant qui peuvent concerner **tous les aspects de l'allaitement maternel**.

Les consultant(e)s en lactation peuvent être sollicité(e)s par **tout professionnel de santé** pour un **avis spécialisé**, par une consultation ponctuelle ou un suivi plus prolongé.

Les consultant(e)s en lactation collaborent avec **tous les acteurs de santé intervenant en pré et post natal**, dans un esprit de complémentarité.

Les consultant(e)s en lactation exercent **au sein de différentes structures** (dans les maternités publiques et privées, en néonatalogie, en pédiatrie, en cabinet libéral, en PMI et à domicile)

Nos compétences

Informers les femmes enceintes

- 1) en préparation à la naissance
- 2) en consultation individuelle, par exemple :
 - antécédents de difficultés d'allaitement maternel
 - chirurgie mammaire
 - grossesse gémellaire

Accompagner et conseiller les femmes ayant des problèmes d'allaitement maternel

Dans différents cas :

- Hypogalactie
- Crevasses persistantes
- Stagnation staturo-pondérale
- Confusion sein-tétine
- Entretien de la lactation en cas de séparation mère -enfant ou d'interruption temporaire
- Relactation ...

Apporter de l'aide aux mères de prématurés, d'enfants malades ou porteurs d'un handicap

- Aider les mères à concilier allaitement maternel et travail
- Accompagner les mères au moment du sevrage
- Proposer des formations pour les professionnels de santé et s'inscrire dans des programmes de soutien à l'allaitement maternel au niveau régional, national et international.

Les consultantes souhaitent permettre aux parents de mener à bien leur projet d'allaitement. Pour cela, elles s'engagent à respecter le désir des parents aussi longtemps que celui-ci est réalisable.

Pour plus de renseignements vous pouvez contacter :
Association Française des Consultantes en Lactation :
26, rue des Gouttes, 69290 Saint Genis les Ollières
Tel : 04 37 22 07 35
Courriel : sylvie.balmer@consultants-lactation.org

LE DIPLOME UNIVERSITAIRE
« LACTATION HUMAINE ET ALLAITEMENT MATERNEL »
CHU GRENOBLE

Sur le site <http://www.co-naitre.net>

L'enseignement est placé sous la responsabilité du Professeur Jean-Claude PONS, Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction CHU Grenoble.

Comité pédagogique : Madame le Docteur Gisèle GREMMO-FEGER, (Pédiatre), Madame le Docteur Marie THIRION (Pédiatre), Madame Françoise BRANCHET (Sage-Femme), Pr. Jean Patrick SCHAAL, Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction CHU Grenoble.

L'enseignement est assuré par des gynécologues obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, pédo-psychiatres, psychologues, chercheurs et consultants en allaitement maternel

Objectifs de la formation

Le Diplôme d'Université "Lactation Humaine et Allaitement Maternel" est un enseignement médical approfondi de tout ce qui touche à la lactation humaine et à ses pratiques. De la physiologie de la lactation aux enjeux psychologiques et psychanalytiques du désir, des bases biochimiques et immunologiques aux données historiques et anthropologiques, de l'adaptation néonatale aux enjeux économiques internationaux, l'enseignement abordera tous les aspects de ce temps essentiel de la reproduction humaine.

Les thèmes du Diplôme Universitaire

Anatomie et histologie du sein

Physiologie de la lactation

Anatomie buccale et des confins aéro-digestifs. Succion-déglutition

Evaluation clinique de l'enfant allaité

Conduite pratique de l'allaitement maternel

Equilibre métabolique néonatal - Rythmes et chronobiologie du nouveau né

Croissance et développement de l'enfant

Lait humain Fabrication Biochimie nutritionnelle du lait humain - Immunologie, allergies

Pathologies du sein et allaitement

Pathologies maternelles et allaitement

Médicaments, toxiques

Questions pratiques : re-lactation, co-allaitement, contraception, hypo-galacties

Allaitement et prématurité - Rééducation de la succion

Techniques, recueil et conservation du lait, lactarium

Interprétation de la recherche

Aspects juridiques et épidémiologiques

Aspects historiques - Aspects ethnologiques

Aspects psychologiques et analytiques

Ecoute et communication autour de l'allaitement

Enjeux planétaires de l'allaitement

Organisation des enseignements

Durée : 1 an

100 h d'enseignement théorique

Trois semaines non consécutives du lundi 14h au vendredi 17h

Une adresse e-mail au nom du candidat pour l'envoi de courriers et un accès Internet pour réception de documents sont indispensables

lundi 10 janvier (14h) au vendredi 14 janvier 2005 inclus (17 h) ·

lundi 7 mars (14h) au vendredi 11 mars 2005 (17 h) inclus ·

lundi 9 mai (14 h) au vendredi 13 mai 2005 (17h) inclus ·

Validation : Examen écrit, mémoire, assiduité à tous les cours.

L'enseignement comporte des exposés et des cours ainsi que des études de cas et d'observations cliniques.

Public concerné

Titulaires du diplôme de Docteur en Médecine français ou de la CEE

Médecins spécialistes

Titulaires du diplôme d'Etat de Sage-Femme

Titulaires du diplôme d'Etat de Puéricultrice

Internes de spécialités

Résidents de médecine générale

Médecins étrangers inscrits en AFS/AFSA/DIS de gynécologie obstétrique

Titulaires du diplôme de docteur à titre étranger permettant l'exercice de la médecine dans leur pays

Une attention particulière sera donnée aux dossiers de candidats ayant déjà une solide expérience en ce domaine.

Sur avis individuel du comité pédagogique des dossiers de candidatures ne répondant pas à ces critères, pourront être examinés.

Inscriptions

Secrétariat du 3e cycle : Faculté de Médecine, Domaine de la Merci, 38700 LA TRONCHE

Tél : 04.76.63.71.20

Date limite d'inscription : 31 octobre 2004

Renseignements pédagogiques

Comité pédagogique

E.mail : dulham@wanadoo.fr

fax : 04 76 76 59 45

Formation Continue

Antenne formation continue SANTE, Faculté de Médecine de la Tronche

Tél : 04.76.63.71.76 Fax : 04.76.63.71.70

Frais d'inscription

Droits de scolarité 2004-2005 : 391,81 Euros (en 2003-2004 à titre indicatif).

Frais de formation : 1058 Euros

Frais de formation réduits : 762 Euros env. (lorsqu'il n'y a pas prise en charge financière d'un organisme pour le candidat)

Lieu et adresse

Lieu : Salle Gilbert FAURE Hopital Michallon (parvis Belledonne) CHU de GRENOBLE 38700 LA TRONCHE

SEMAINE MONDIALE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL (SMAM)

SEMAINE MONDIALE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL (SMAM)

sur le site : <http://cofam2002.free.fr>

Depuis 1992, l'Alliance Mondiale de l'Allaitement Maternel (World Alliance for Breastfeeding Action, WABA) organise la Semaine mondiale de l'allaitement maternel (SMAM).

A l'origine commémoration de la déclaration d'Innocenti (1^{er} août 1990), la SMAM se déroule encore dans de nombreux pays du 1^{er} au 7 août. En France, comme dans un certain nombre de pays de l'hémisphère Nord, elle a lieu du 1^{er} au 7 octobre.

Elle est l'occasion d'exprimer un engagement pour l'allaitement et de mettre en valeur les actions de promotion de l'allaitement. Chaque année, un thème est choisi par WABA : la protection de l'environnement en 1998, l'éducation en 1999, les droits de l'homme en 2000, l'information en 2001, les bienfaits de l'allaitement pour la santé des mères et des enfants en 2002, Allaitement maternel : tous concernés en 2003. En 2004, le thème est : « Allaitement maternel : un bon départ pour la vie ».

En France, elle est organisée par la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM), qui regroupe associations et particuliers concernés par l'allaitement : information sur le thème, vente de documents, constitution de dossiers de presse, recensement des actions, site internet.

Des professionnels de santé (maternités, services PMI, professions libérales, pharmacies...), des associations, des crèches, des établissements scolaires, organisent depuis trois ans des expositions, des conférences, des journées «portes ouvertes», des animations... à cette occasion. Le thème de l'année est souvent une source d'inspiration, mais toute action de promotion de l'allaitement peut trouver sa place dans le cadre de cette semaine mondiale.

QUELQUES EXPERIENCES

Conseil Général de Seine et Marne

Depuis quelques années le Département tente de mettre en place des formations autour de l'allaitement pour les professionnels de la PMI.

Un médecin, appartenant au service de PMI du département, dans le cadre de sa FIA (Formation Initiale des médecins territoriaux) a choisi comme thème de son rapport de stage «promouvoir l'allaitement maternel».

A la suite de ce rapport en 1999, une formation financée par le Conseil Général et l'hôpital de Coulommiers a permis au service de PMI de l'unité d'action sociale de Coulommiers et au service de maternité de l'hôpital de Coulommiers de participer à une formation conjointe pour harmoniser les pratiques de tous les intervenants dans le domaine de l'allaitement maternel.

Cette formation, proposée par la Leche League, a réuni sur 3 jours tout le personnel de l'hôpital (médecins, sages-femmes, puéricultrices, infirmières, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes) et quatre puéricultrices, deux infirmières, une sage-femme et un médecin du service de PMI.

A la suite de cette expérience, à la demande du service départemental de PMI, le Département a proposé de poursuivre ces formations : il s'agit non seulement d'améliorer les bases théoriques sur les données de l'allaitement mais aussi de travailler sur le savoir-faire des professionnels et la modification éventuelle de leurs pratiques.

Ainsi une nouvelle formation, en 2003, animée par l'institut de formation «Co Naître» a permis de former douze puéricultrices, deux sages-femmes et un médecin.

PROJET ALLAITEMENT MATERNEL DANS LES HAUTS DE SEINE

Marie-France MOURET
Conseil Général des Hauts-de-Seine

CONTEXTE :

L'intérêt de l'allaitement maternel prolongé en terme de prévention pour la santé de l'enfant (diminution des allergies, prévention de l'obésité...) a été remis en lumière dans le Programme National Nutrition Santé.

Compte-tenu du rôle de santé publique de la PMI pour la promotion et la prévention dans la santé des enfants et de son implication dans différents moments-clé de la vie des mères et des enfants quant à l'allaitement (grossesse, sortie de maternité, accompagnement au domicile ou en centre de PMI dans les premiers mois des enfants, modes d'accueil...) l'allaitement maternel a été retenu comme un des thème prioritaires de formation pour le service en 2004.

BUT : Contribuer, pour les femmes des Hauts de Seine qui font le choix d'allaiter leur enfant, à la réalisation d'un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie de leur enfant.

OBJECTIFS OPERATIONNELS :

1/ Former une consultante en lactation pour un niveau d'expertise

Une sage femme a suivi cette formation en 2004.

2/ Dans le cadre du PNNS actualiser les connaissances sur la nutrition des jeunes enfants et former des professionnels qui puissent soutenir les femmes qui ont un projet d'allaitement prolongé

- Apporter et/ou actualiser les connaissances tant sur le plan nutritionnel que physiologique, sociologique et psychologique.
- Diffuser les recommandations et les bonnes pratiques concernant l'allaitement documents PNNS, ANAES.

3/ Sensibiliser les professionnels des modes d'accueil à la poursuite de l'allaitement par les mères quand leur enfant est accueilli

- Etablir des recommandations pratiques pour les modes d'accueil collectifs : crèches et halte garderies (conservation du lait, attitudes favorisant la poursuite de l'allaitement...).
- Aborder cette question dans la formation et le suivi des assistantes maternelles.

Le service de PMI soutient le travail d'une élève sage femme de 4^{ème} année qui, dans le cadre de son mémoire de fin d'étude, cherche à identifier les solutions mises en place par les mères allaitant leur enfant plus de 5 mois pour la réalisation de leur projet. Cette étude se fait par entretien téléphonique quantitatif et qualitatif auprès des mères.

EVALUATION

Mise en place d'un recueil de données concernant la durée d'allaitement et son caractère exclusif ou non en complément des données du certificat de santé du 9^{ème} mois des enfants, lorsque l'examen a lieu en centre de PMI, depuis le mois de septembre 2004.

MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL ET L'ACCUEIL DU NOUVEAU-NÉ AU CH DE VILLENEUVE ST-GEORGES.

Bernard MARIA
Service de Gynécologie-Obstétrique,
Centre Hospitalier de Villeneuve St-Georges.

La politique sur l'allaitement maternel et l'accueil du nouveau-né qui se met en place à Villeneuve St-Georges est issue de réflexions personnelles dès 1998 et de la publication des RPC sur l'allaitement maternel de l'ANAES en 2002. L'objectif est d'assurer pour toute femme le meilleur accueil possible de son nouveau-né. Cela implique de respecter au mieux ses choix et de lui proposer des soins efficaces validés. Suivre les règles de l'IHAB est une nécessaire évaluation et une juste reconnaissance des compétences des personnels du service.

1998 : C'est quoi allaiter ?

Jusque là, la plupart des gynécologues-obstétriciens n'ont d'autres connaissances sur l'allaitement que des notions vagues et anciennes qui se limitent à prendre en charge les complications que nous recevons aux urgences (lymphangites et abcès du sein). A la naissance, le nouveau-né est séparé de sa mère et confié aux pédiatres. Quant à la mère, cette ignorante, elle écoute avec déférence les médecins, ceux qui savent. Néanmoins, des associations de femmes motivées essayent, avec l'inépuisable énergie des militants, de rappeler l'intérêt de l'allaitement...

La confrontation aux réalités est un révélateur : la naissance de mon fils en 1998, et la volonté de sa mère de l'allaiter me démontrent le vide sidéral de nos connaissances sur l'allaitement, tant théorique que clinique. Pourtant, les connaissances existent et la lecture d'une publication de la Leche League (*L'allaitement tout simplement, Ligue internationale La Leche, 1997*) et du remarquable livre du Collège Britannique des Sages-Femmes (*Royal College of Midwives : Pour un allaitement réussi. Physiologie de la lactation et soutien aux mères. Paris, Masson, 1998*) montre nos lacunes. Avons-nous oublié que l'obstétrique, qui a pour but de garantir la sécurité des grossesses et des naissances, se doit aussi d'accueillir le nouveau-né avec dignité et de veiller à l'instauration du lien mère-enfant ? Il faut reconsidérer la place de l'allaitement.

Réinstaurer ces principes dans la maternité, même pour un chef de service, n'est pas chose facile. L'allaitement est une pratique culturelle où tous les personnels de maternité sont impliqués. Améliorer l'accueil des nouveau-nés et favoriser l'allaitement maternel est donc une priorité à appliquer avec patience et ténacité.

1999 – 2000 : 1^{ère} formation allaitement dans le service.

Afin d'améliorer les connaissances et les pratiques des personnels, une formation sur l'allaitement par la Leche League est organisée. A la suite, l'accompagnement de l'allaitement s'améliore grâce à une sage-femme et une puéricultrice motivées. Mais, néanmoins, les conseils reçus par les femmes, surtout en cas de difficultés, restent trop disparates.

Pour entraîner l'équipe de maternité, la réunion de service du 10 Octobre 2000 est consacrée à l'allaitement maternel : comment appliquer et respecter les recommandations actuelles pour un allaitement maternel réussi, par Suzanne Léger, SF consultante en lactation, Maternité de Port-Royal. Le personnel du service, intéressé, vint en masse...

2000 - 2001 : Les Recommandations de l'ANAES.

La politique sur l'allaitement dans le service est inévitablement l'application des recommandations de l'ANAES, auxquelles j'ai participé, les deux missions ayant été menées parallèlement.

Si l'allaitement est mal résolu dans le service, ce n'est pas mieux chez les sages-femmes ou les gynécologues-obstétriciens. En 2000, je suis président du CNGOF ; l'idée de faire une mise au point sur l'allaitement devient incontournable. Début 2000, après une séance de travail à l'ANAES, la question de l'allaitement maternel est abordée avec le Pr Durocher, du service des recommandations : une mise à jour sur l'allaitement maternel ressort-elle d'une Conférence de Consensus ou de Recommandations sur la Pratique Clinique ? En Septembre 2000, le Comité d'organisation des RPC sur l'allaitement maternel est réuni par l'ANAES.

L'ANAES me demande de présider le groupe de travail chargé de rédiger les recommandations. Tous ceux qui, en France, connaissent et s'intéressent à l'allaitement maternel sont là. Le travail semble gigantesque car le nombre de publications et de rapports étrangers et internationaux est considérable. Il est évident qu'en France, nous avons oublié l'allaitement pendant qu'ailleurs moult recherches étaient conduites et des directives cliniques pertinentes étaient proposées. Pour analyser et synthétiser toutes ces connaissances le groupe de travail travaille près de 2 ans (Décembre 2000 – Avril 2002).

2002 : Le projet IHAB

C'est lors de ce travail que je découvre les recommandations de l'OMS et UNICEF que sont les «Dix conditions pour favoriser l'allaitement maternel» et l'initiative «Hôpital Ami des Bébé» ou IHAB. En France, en l'absence d'agence gouvernementale, c'est une association, la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel ou CoFAM, qui gère l'IHAB. En Juin 2002, le service commande les documents sur les 10 conditions de l'OMS et l'IHAB pour envisager leur application dans le service.

En Juin 2002, le Projet de service 2002 – 2007 est formalisé : « *Le projet de construction d'un pavillon mère-enfant sera notre objectif principal pour le prochain quinquennat, afin de mettre en application nos réflexions sur les pratiques périnatales : sécurité sans excès techniques, respect de l'intimité des patientes et cohabitation mère-enfant. Un des objectifs du projet est de développer une politique d'allaitement maternel et de respecter l'IHAB pour que le service soit agréé, selon les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF, «Maternité Amie des Bébé».*

Deux réunions de service sont, ensuite, des moments fondamentaux de ce programme car elles vont ouvrir les esprits et entraîner l'adhésion des médecins, sages-femmes et personnels pour cette «nouvelle pratique obstétricale» :

- Octobre 2002 : 1^{ère} Présentation publique des RPC sur l'allaitement maternel avec Gisèle Gremmo-Féger. La réunion se termine par l'engagement de mettre en place une politique favorisant l'allaitement dans le service.
- Novembre 2002 : Réflexion sur les pratiques autour de la naissance avec Bernadette de Gasquet et Claude Racinet. La réunion se conclut par la volonté de changer nos pratiques pour mieux respecter les désirs et choix des patientes et tenter de n'appliquer que des soins efficaces.

Entre Novembre et Décembre 2002, un programme de Formation sur l'Allaitement maternel est accepté par la direction dans le cadre de la formation professionnelle. Il concerne TOUT les personnels de Maternité et Néonatalogie, de jour comme de nuit (médecins, sages-femmes, puéricultrices, infirmières, auxiliaires de puériculture, AS, etc.), soit 6 groupes de 15 personnes.

Au terme de l'appel d'offre, c'est LLL France Formation qui assure ce programme.

En Décembre 2002, les RPC sur Allaitement Maternel sont présentées aux Journées du CNGOF.

2003 : La formation allaitement dans le service

D'Avril 2003 à Février 2004, la formation sur l'Allaitement maternel des personnels de Maternité et Néonatalogie est réalisée par les formatrices de LLL France Formation (Mme le Dr Laure MARCHAND-LUCAS, Léa COHEN et Gisèle LAVIOLE). Les participants sont enthousiasmés ; au fil des séances, les personnels formés sont rassurés sur la cohérence de leurs connaissances et peuvent assurer des soins plus efficaces. Un des points forts de cette formation est d'avoir mélangé médecins, sages-femmes et personnels ; tous ont découvert les connaissances et les insuffisances des autres ; les médecins ont reconnu le savoir faire et l'expérience des auxiliaires et des infirmières ; le personnel a vécu la détermination des principaux médecins et des cadres sages-femmes.

Parallèlement, en Février 2003, puis en Mars 2004, une formation sur l'accouchement physiologique, la mobilisation pendant le travail et les positions de l'accouchement est faite pour les médecins, sages-femmes et AS de salle de naissance par le Dr Bernadette de Gasquet. C'est le début d'une «nouvelle» pratique des accouchements dans le service (déambulation, accouchement en décubitus latéral).

En Avril 2003, les RPC sur l'Allaitement maternel sont présentées à la CRN d'IdF. Elle décide de faire de l'Allaitement maternel un objectif de santé publique régionale ; un groupe de travail Allaitement de la CRN est constitué.

Septembre 2003 : Présentation des RPC Allaitement maternel ANAES à Lyon, à la Journée Régionale sur l'Allaitement.

Octobre 2003 : Présentation des RPC Allaitement maternel ANAES à Nancy, aux Rencontres Nancéennes de Gynécologie-Obstétrique.

2004 : Vers l'IHAB

En Janvier 2004, le service participe au symposium sur l'IHAB de la CoFAM (Catherine Jubin, cadre SF, Hélène Fréty, puéricultrice, et Bernard Maria, chef de service). La décision d'engager le service vers l'IHAB est prise.

Déjà, les statistiques du service montrent une progression de l'allaitement à la sortie de la maternité :

Allaitement maternel	Sortie de maternité	Grossesses uniques	G. gémeaux
2001	65,3 %	69,5 %	55,9 %
2003	75,9 %	77,8 %	63,6 %

En Février 2004, la candidature d'un membre du service pour le diplôme de Consultant en Lactation IBCLC est enregistrée.

Le 3 Mars 2004, réunion de service : Comment et pourquoi devenir un «Hôpital Ami des Bébé» ? L'IHAB en France est présentée par Marc PILLIOT, président de la CoFAM, pédiatre, maternité St Jean de Roubaix (2^{ème} maternité HAB en France), Christine BALLAND, puéricultrice, consultante en lactation, et Francis SCHWETERLE, gynécologue-obstétricien, centre hospitalier de Lons le Saunier (1^{ère} maternité HAB en France).

L'initiative "Hôpital Ami des Bébé" (IHAB) est un label proposé par l'OMS et l'UNICEF pour assurer à chaque nouveau-né et à sa mère, le meilleur accueil possible afin de respecter sa santé et son développement affectif. C'est une évaluation externe, un contrôle de qualité, des pratiques périnatales qui repose sur le respect de 10 conditions. Il est prévu, dans le projet de service, de solliciter ce label.

Pour faire le point sur les problèmes avant de solliciter le label, des réunions du personnel sont organisées par Catherine Jubin, cadre sage-femme référent. Ainsi :

- 27 Mai 2004 : réunion IHAB des personnels d'hospitalisation de maternité. Sont abordés : la mise au sein en salle de naissance, le retour de salle de naissance (mère et bébé ensemble), la mise au sein en salle de réveil pour les césariennes, la préparation de documents d'information pour les mères et le personnel du service, l'évaluation des arrêts d'allaitement pendant le séjour en maternité.
- 4 Juin 2004 : réunion IHAB des SF et personnels de salle de naissance. Sont abordés : la coordination du soutien à l'allaitement entre salle de naissance et suites de couches, entre le jour et la nuit ; l'intérêt, discuté, de la tétée de bienvenue ; le respect du peau à peau mère-enfant initial et le reporter les soins des nouveau-nés (pesée, etc.) 2 heures après la naissance, avant de quitter la salle de naissance. Une autre session de formation sur les positions de l'accouchement est vivement réclamée. Vérifier que les étudiantes sages-femmes sont informées des pratiques d'accueil des nouveau-nés (peau à peau, allaitement, pas de séparation mère-enfant), etc.

En Mai 2004, contact est pris avec une association locale de soutien à l'allaitement : Entraide Maman Allaitement qui assure une permanence téléphonique et organise des réunions mensuelles.

Le 2 Juin 2004, la réunion de service concrétise la complémentarité du service de Maternité et de la PMI du 94 dans les domaines du choix des positions d'accouchement, de l'accueil du nouveau-né et de l'allaitement maternel. Les personnels de la PMI 94 et de la maternité ont suivi des formations sur la mobilité et les positions pendant la grossesse et l'accouchement (B. de Gasquet) et sur l'allaitement maternel et l'accueil des nouveau-nés (LLL France). Il ne reste plus qu'à harmoniser nos pratiques, ébauche de la future création du réseau périnatal ville-hôpital autour du service.

Alors, que reste-t-il à faire ?

A la fois peu et beaucoup : former, encadrer et rassurer les personnels ; vérifier le respect des critères de l'OMS ; évaluer nos actions en publiant nos statistiques (dossier obstétrical informatisé Audipog + Logiciel DiammG de Micro6) et en interrogeant nos patientes (projet de questionnaire postal à distance du séjour en maternité) ; publier tous les documents d'information nécessaire ; enfin, demander le label IHAB.

Mais, si l'on doit retenir une chose de cette nouvelle pratique obstétricale c'est la grande satisfaction des patientes et l'enthousiasme des médecins, sages-femmes et personnels du service.

Sans cesse sur le métier remettez votre ouvrage.

MIEUX ACCOMPAGNER LE CHOIX D'ALLAITER EN SEINE-SAINT-DENIS : UNE INITIATIVE DEPARTEMENTALE DEPUIS 1996

Service PMI de la Seine Saint Denis

CONTEXTE

Une étude menée en 1995 sur le terrain a montré le décalage existant entre le désir des femmes et la réalité de leur allaitement. Un groupe de travail s'est constitué mi-96 autour de cette question et une journée départementale a été organisée par le service de PMI en novembre 1997. Depuis 1998, des professionnels ont poursuivi la réflexion pour la mise en place d'actions de promotion de cet accompagnement sur le département. Cette dynamique, déclinée dans un programme nommé «Mieux accompagner le choix d'allaiter», s'est initialement articulée autour de deux axes : d'une part, la formation des professionnels ; d'autre part, le travail de terrain et de dialogue avec les mères, que cela soit en prénatal, au moment de l'accouchement, pendant le séjour en suites de couches ou après le retour à la maison.

Cette action fait par ailleurs l'objet d'une intervention depuis 6 ans dans le cadre du Diplôme Universitaire de PMI de Bobigny.

OBJECTIFS

L'accompagnement à l'allaitement étant assuré de façon très inégale dans la culture médicale française, il est nécessaire de développer un accompagnement spécifique (groupes de soutien, consultation spécifique...) tout en continuant à encourager la formation des professionnels et à rendre l'environnement plus favorable à la pratique de l'allaitement (reprise du travail, modes d'accueil...).

Les objectifs sont de faciliter un choix éclairé et le cas échéant un accompagnement de qualité des femmes allaitantes.

EVOLUTION DU TAUX D'ALLAITEMENT AU SEIN A PARTIR DES CERTIFICATS DE SANTE DU 8EME JOUR (CS8) ET DES CERTIFICATS DE SANTE EXPERIMENTAUX DANS LE DEPARTEMENT (CSE)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003*
CS8	58.1%	59.3%	58.4%					
CSE				69.1%	71.0%	71.4%	73.9%	76.1%

* chiffre provisoire
taux de réponse de la variable : 86.5%

Quoique le taux départemental soit au-dessus de la moyenne nationale (45% à la sortie de la maternité, selon l'enquête nationale périnatale en 1998, et 52,3% d'après les certificats du 8ème jour en 2000), il demeure nécessaire d'améliorer toujours la démarche d'accompagnement au choix de l'allaitement. De fait, celle-ci s'inscrit dans le cadre global de la préparation et de l'accompagnement à la naissance.

En 2002, le groupe de travail Allaitement s'est restructuré en un espace polyvalent pour orienter la dynamique générale et un espace plus restreint des formatrices avec un temps annuel d'échanges et d'évaluation.

RESULTATS ET PERSPECTIVES

a) Organisation de groupes de soutien

11 groupes de soutien pré et postnatal existent dans 11 centres de PMI.

- La fréquence des réunions a été instituée dans chaque centre de PMI selon l'organisation de l'équipe et les possibilités locales : le plus souvent, 1 séance de 2 à 3 heures tous les 15 jours ou par mois, sachant que beaucoup de femmes viennent au centre entre temps pour des conseils individuels.
- L'animation de ces groupes est assurée soit par une sage-femme, soit en équipe : sage-femme et/ou puéricultrice et/ou auxiliaire, ce qui facilite la fonction d'animation et permet aussi d'assurer une continuité dans l'accompagnement par les professionnelles des femmes susceptibles de revenir au centre entre les séances. Les animatrices ont toutes bénéficié d'une formation de base à l'allaitement.
- La fréquentation des groupes est variable (entre 1 à 10 femmes par séance) et dépend aussi du profil des participantes : d'une part, les femmes en détresse qui nécessitent une démarche plus volontariste de soutien de la part de l'équipe et, d'autre part, celles qui souhaitent échanger une expérience et vont d'elles-mêmes chercher l'information. A noter que la présence de femmes à différents stades de l'allaitement est riche pour la dynamique du groupe.
- Sur le plan technique, la plupart des problèmes peuvent être résolus. Bien que difficilement évaluable, le soutien à la relation mère/enfant est également indéniable.

Par ailleurs, un groupe de parole conçu comme un temps d'échange et un espace de réflexion s'adresse aux animatrices des groupes de soutien à l'allaitement.

b) Développement d'un outil de communication

La plaquette développant quelques conseils pour réussir un allaitement a été finalisée en septembre 2001 et reçu un accueil encourageant sur le terrain. Elle est éditée annuellement à 24.000 exemplaires pour diffusion dans les maternités et les centres de PMI de quartier, auprès des sages-femmes de PMI et de praticiens libéraux, et pour les actions de communication diverses.

c) Formation des professionnels

Dix actions de formation sont organisées chaque année depuis 2000 dans les circonscriptions de PMI par 4 sages-femmes (2 sont consultantes en lactation IBCLC, 2 sont en cours de formation pour l'obtention de ce diplôme en 2004) et 2 psychologues. Selon l'objectif principal de permettre aux équipes de soutenir les femmes dans leur choix par un discours cohérent de l'ensemble des professionnels et dans l'optique du travail partenarial en réseau, il a été décidé d'inviter systématiquement un ou deux représentants des maternités avoisinantes et de les inciter à organiser des formations pour leurs équipes. Un cahier des charges et un guide du protocole de mise en place de la formation sur sites ont ainsi été finalisés.

d) Consultation spécifique de lactation

La consultation PMI de référence en lactation a démarré en novembre 2001, ½ journée par semaine. Assurée par une sage-femme consultante en lactation, sa finalité s'inscrit dans le cadre d'un accompagnement plus individuel, basé sur un avis médical adapté et personnalisé, que cela soit en pré ou postnatal.

- 55 dossiers ont été ouverts en 2003.
- Le principal motif de consultation des femmes allaitantes a été la douleur, immédiatement suivie par le souhait de passer d'un allaitement mixte à un allaitement complet. La demande de poursuite de l'allaitement à la reprise du travail se situe en 3ème position. Viennent ensuite : des prises de poids lentes, des problèmes de succion, des demandes de relactation, des demandes de sevrage...
- La composante psychologique est toujours très présente dans cette consultation ; pour certaines femmes, un suivi psychologique était déjà en cours, pour d'autres, il a été conseillé.

e) Campagne de sensibilisation autour de la semaine mondiale de l'allaitement maternel

Chaque année maintenant, des actions locales sont réalisées sur le terrain à l'occasion de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel et notamment dans le cadre du réseau périnatal de proximité autour de la maternité de Montfermeil avec exposition de photos et affiches, projection de films, mise à disposition de documents et d'informations destinées aux femmes et aux professionnels, démonstration de matériel, conférence...

f) Action auprès des modes d'accueil

Pour approfondir les démarches entreprises ces dernières années auprès des professionnels des crèches, en lien avec les groupes de travail du Schéma Départemental des Modes d'Accueil et en référence aux projets d'établissement figurant au décret du 01/08/2000, ce travail devrait aboutir en 2004 à développer des recommandations générales en direction des professionnels et des parents. L'objectif est de développer les pratiques favorisant la continuation de l'allaitement dans les différents modes d'accueil.

g) Action auprès de l'administration départementale

A noter enfin, l'aboutissement en 2003 de la réflexion menée par le service de PMI en lien avec le service des Relations du Travail. Dorénavant, les agents départementaux féminins poursuivant l'allaitement de leur enfant à l'issue de leur congé de maternité, ont la possibilité de bénéficier d'autorisations spéciales d'absence à raison d'1 heure par jour à prendre en 2 fois 30 minutes : soit en cours de journée, soit en début et fin de service. Ces autorisations sont accordées sous réserve des nécessités de service et jusqu'au premier anniversaire de l'enfant, sur présentation de certificats médicaux mensuels motivés. Elles participent à une clarification et une avancée des droits des mères qui travaillent.

EXPERIENCES AUTOUR DE L'ALLAITEMENT EN VAL DE MARNE

Service PMI du Val de Marne

Depuis quelques années les équipes de PMI se mobilisent autour de l'allaitement. Elles se saisissent des moyens nécessaires à un soutien efficace et adapté aux besoins des jeunes mères.

- ✓ Une formation en intra (à raison de deux sessions chaque année) améliore les connaissances de chacun en matière d'allaitement et contribue à un discours commun plus harmonieux.
- ✓ Deux plaquettes d'information, réalisées par les professionnelles elles-mêmes, sont distribuées aux femmes enceintes et aux jeunes mères.
 - La première «sein ou biberon que choisir» est envoyée par les sages-femmes au moment de la déclaration de grossesse. Elle a pour objectif de permettre un choix éclairé, le plus précoce possible. En effet des études ont établi un lien entre le moment du choix (avant le 4^{ème} mois de grossesse) et un bon déroulement de l'allaitement.
 - La deuxième «pour vous qui avez choisi d'allaiter» est remise, en fin de grossesse ou en début d'allaitement, par tous les partenaires impliqués dans le soutien à l'allaitement. Elle a pour objectif d'apporter aux femmes des informations théoriques et pratiques qui seront complétées, approfondies ou adaptées lors des échanges avec les professionnels.

Progressivement, des groupes de soutien à l'allaitement se mettent en place. A ce jour, les centres de PMI de dix communes en proposent régulièrement. Ils s'adressent aux femmes enceintes, aux mères et aux bébés, en cours d'allaitement.

Les objectifs

Transmettre des informations théoriques et pratiques sur l'alimentation au sein.

Permettre l'expression de questions, de croyances, d'inquiétudes.

Partager des expériences autour de l'allaitement.

Apporter aux femmes enceintes les éléments essentiels à un choix le plus libre et éclairé possible.

Réfléchir à l'arrivée de ce bébé et resituer ce choix de l'allaiter dans un contexte plus large de maternage.

Aider les pères à trouver leur place dans l'allaitement.

Les moyens

UNE REUNION TOUS LES MOIS OU TOUS LES DEUX MOIS, EN FONCTION DES BESOINS

Elle regroupe, 5 à 6 femmes +/- leur conjoint.

la présence de mères allaitant leur enfant

Celles-ci témoignent de leur expérience en direct. Le crédit accordé à leurs propos est beaucoup plus grand.

la co-animation par 2 professionnelles :

une sage-femme avec une puéricultrice ou une auxiliaire de puériculture ayant suivi la formation en intra sur l'allaitement

une vidéo.

Elle livre des témoignages, des questionnements de femmes enceintes ou allaitantes.

Elle donne des informations théoriques sur la physiologie de la lactation et des informations pratiques sur la mise en route d'un allaitement.

Elle permet d'emmagasiner des images de bébés au sein, en bonne position, pour des femmes qui n'en ont, bien souvent, jamais vus dans leur entourage.

la plaquette allaitement du département «pour vous qui avez choisi d'allaiter»

du matériel de démonstration : coquilles, bouts de sein, tire-lait...

Déroulement d'une séance

Les femmes enceintes et les mères allaitantes sont prévenues de la date de la réunion, par l'un des membres de l'équipe PMI (oralement ou par courrier) et par affichage dans les salles d'attente, des centres de PMI.

1^{er} temps

Nous commençons par projeter la vidéo, faisant parfois des arrêts sur image, pour apporter des précisions ou attirer une attention particulière sur le passage.

2^{ème} temps

Nous nous présentons mutuellement.

Sont alors évoqués :

pour les femmes enceintes : le terme de la grossesse, la parité, une expérience personnelle d'allaitement et / ou des expériences dans l'entourage, le choix d'allaiter ou l'hésitation...

pour les mères allaitantes : l'âge de leur bébé, le démarrage de leur allaitement, d'éventuelles expériences antérieures, les difficultés rencontrées...

Souvent, les 1^{ères} questions sont soulevées au cours de cette présentation.

3^{ème} temps

Les deux professionnelles apportent des informations théoriques et pratiques sur le déroulement d'un allaitement de la naissance au sevrage, en alternance avec les réponses aux questions exprimées au fur et à mesure.

Une démonstration des différentes positions de mise au sein est faite à l'aide d'une poupée ou par les mamans présentes avec leur bébé.

Les complications éventuelles sont évoquées, avant tout dans un but de prévention.

Suit une découverte du matériel éventuellement utilisé au cours d'un allaitement, avec ses avantages et ses inconvénients (coussinets, coquilles, bouts de sein, différents types de tire-lait...).

4^{ème} temps

Nous laissons libre cours aux questions, vécus, ressentis, témoignages de chacune.

Ce temps permet :

de se libérer de propos négatifs, de croyances souvent non fondées, assésés par l'entourage tout au long de la grossesse,

d'évoquer des pressions, pour ou contre l'allaitement, exercées par les proches ; une expérience d'échec lors d'un allaitement antérieur.

5^{ème} temps

Nous concluons avec l'évocation des personnes et des lieux ressources, pour se faire accompagner et soutenir dans son allaitement :

présentation de l'équipe PMI dans son ensemble,

coordonnées d'associations de mères allaitantes.

Ces actions de terrain portent déjà leurs fruits. Le rapport d'activité 2002 montre une progression de 6 % des enfants allaités à la naissance (source : certificat du 8^{ème} jour). Nous constatons, aussi, un allongement de la durée de l'allaitement, même chez les femmes reprenant une activité professionnelle. L'élaboration de nouveaux outils d'évaluation devrait nous permettre une analyse plus fine de la situation et des besoins.

Pour compléter ce travail au quotidien, le Service PMI, s'implique chaque année lors de la semaine mondiale de l'allaitement. En collaboration avec l'association la Leche League, des expositions, des réunions sont organisées dans la perspective de sensibiliser le public et les professionnels pour promouvoir chaque jour davantage l'allaitement maternel.

L'ALLAITEMENT MATERNEL DANS LE VAL D'OISE

Mme Isabelle Heudes Guillon, sage-femme

L'année 2004 est une année riche pour l'allaitement maternel dans le Val d'Oise.

Sous l'impulsion du Conseil Général et la direction de la prévention et de la santé, une coordination départementale a été mise en place.

Les hôpitaux et cliniques du Val d'Oise y sont représentés (maternité de Gonesse, Beaumont sur oise, sarcelles, hôpital Simone Veil de Montmorency, hôpital René Dubos de Pontoise, hôpital Victor Dupouy d'Argenteuil, Clinique Claude Bernard d'Ermont, clinique du lac de Soisy sous Montmorency...) ainsi que les différents services PMI et les sages femmes libérales.

LES OBJECTIFS de ce groupe de travail sont :

De constituer un discours cohérent et adapté, commun à tous les professionnels de santé au contact des mères.

D'aider les mères dans le choix éclairé de leur allaitement

D'organiser un soutien lors du retour à la maison

Ce groupe de travail permet de :

Mieux connaître les différents fonctionnements des maternités concernant la prise en charge de l'allaitement maternel et leurs projets.

De lister les actions entreprises par les différents participants de cette coordination.

De réfléchir à la façon de coordonner nos actions actuelles et futures.

LES DIFFERENTES ACTIONS

Un questionnaire a été élaboré dans le but de définir les besoins des mères en terme d'information sur l'allaitement maternel, le manque d'information étant souligné actuellement comme un élément «défavorable»

Deux questionnaires ont été retenus, un prénatal et un post natal (à 6 sem). Ils ont été distribués courant mars dans tout le département. L'analyse des questionnaires nous permettra d'orienter nos actions dans le but d'uniformiser et de diffuser les informations auprès des mères.

Une journée départementale est organisée le 4 juin

Dans un premier temps, cette journée est ouverte à tous les professionnels de santé en contact avec les mères ; PMI, maternités, libéraux, associations d'aide et de soutien à l'allaitement du Val d'Oise.

Elle a pour but d'actualiser les connaissances et de permettre d'uniformiser notre discours en se basant sur les recommandations de l'OMS et les données scientifiques actuelles.

Différents thèmes seront abordés, la physiologie, le label INHAB, l'accompagnement des mères et le regard de l'autre, allaitement et médicaments, différents cas cliniques.

Des groupes de travail ont été organisés afin de mettre en commun les différents outils existants et si besoin d'en créer de nouveau.

La création d'une brochure sur l'allaitement a été décidée, celle ci sera commune par tous les intervenants du Val d'Oise après validation par la coordination départementale.

Un deuxième groupe travaille sur une exposition itinérante sur l'allaitement. Celle ci pourrait être présentée dans différents lieux (maternités services PMI, cabinets libéraux...)

En CONCLUSION, le dynamisme rencontré lors de ces réunions nous permet d'espérer que toutes ces actions rencontreront un accueil favorable auprès des professionnels et des femmes. Ce travail entre dans le cadre des stratégies recommandées par l'OMS pour la promotion de l'allaitement maternel.

Les bases d'une coordination départementale sont posées, il nous reste à les développer et les étoffer.

TRAVAIL ET ALLAITEMENT

TRAVAIL ET ALLAITEMENT

Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau,
Animatrice de la Leche League, membre de la CRN

Depuis quelques années, le message commence à passer de mieux en mieux comme quoi il est possible de continuer à allaiter après la reprise du travail. Il est vrai qu'il n'y a pratiquement que des avantages à le faire. Alors pourquoi ne pas essayer ?

Le lait maternel reste l'aliment le mieux adapté au bébé : meilleure digestibilité, meilleure protection contre les affections ORL récidivantes, etc. Pour un enfant qui va être gardé, en général à l'extérieur de chez lui (soit en crèche, soit chez une assistante maternelle), et va donc se trouver en contact avec beaucoup de germes nouveaux, les anticorps transmis par le lait maternel peuvent faire une grande différence.

Sans compter les bénéfices pour la santé à long terme, dont toutes les études récentes montrent qu'ils sont d'autant plus importants que l'allaitement a duré longtemps (effet dose-dépendant).

Sur le plan psychologique, les mères qui ont continué l'allaitement après la reprise du travail sont toutes unanimes : séparation adoucie pour l'enfant et pour la mère, moindre jalousie entre la mère et la gardienne, joie de la « tétée de retrouvailles », assurance donnée par ce lien sauvegardé.

Comment le faire ?

Le vrai secret de la réussite, c'est tout simplement... de savoir que c'est possible ! Qu'il ne s'agit pas là d'un exploit réservé à quelques hurluberlues ou masochistes, mais d'une possibilité réellement ouverte à toutes les femmes qui le souhaitent. Il est bien sûr préférable d'être soutenue par son entourage - en premier lieu le père de l'enfant -, par son médecin, par la/les personnes qui gardent l'enfant, par ses collègues de travail, et important de connaître d'autres femmes ayant vécu ou vivant la même expérience.

Deux petits « secrets » permettent aussi de mettre toutes les chances de son côté. Ils sont très simples, mais peuvent paraître déroutants car ils vont à l'encontre de beaucoup d'idées reçues

Le premier est qu'on peut continuer à allaiter complètement jusqu'à la reprise effective du travail, sans s'inquiéter si le bébé refuse le biberon (ce qui arrive souvent), voire la tasse ou la cuiller : il l'acceptera de la main de la personne qui le gardera, car il en comprendra alors la nécessité et l'utilité. Alors que lorsque c'est la mère (ou une autre personne en présence de la mère, voire parfois en son absence mais avant la reprise), il ne comprend pas pourquoi on lui propose du « deuxième choix » alors que le « premier choix » est là tout près, à portée de bouche. On s'évitera ainsi bien des angoisses et des conflits pouvant tourner à l'épreuve de force. On minimisera aussi le risque de confusion sein/tétine (toujours présent, même fortement diminué, quel que soit l'âge de l'enfant) et on aura davantage de garanties que la lactation, mieux installée car plus ancienne, ne se tarisse pas.

La deuxième chose est, après la reprise, de continuer à allaiter à la demande dès qu'on a l'enfant avec soi (matin, soir, nuit, jours de congé, vacances...). Non, cela ne «perturbera» pas l'enfant de ne pas avoir le même rythme à la crèche ou chez la nourrice, et à la maison. Au contraire, cela l'aidera à se structurer en lui permettant de faire la différence entre «quand je suis avec maman et que je peux téter» et «quand maman n'est pas là et que je ne peux pas téter».

De plus, cela permettra de garder un nombre de tétées non négligeable, et ainsi d'entretenir la lactation, même avec des horaires irréguliers.

Tirer ou pas ?

Il est tout à fait possible de concilier travail et allaitement sans jamais tirer son lait. Néanmoins, certaines mères préfèrent que leur enfant ne reçoive que du lait maternel pendant les premiers cinq à six mois, comme le préconise l'Organisation mondiale de la santé. Et continue à en recevoir, couplé à des solides, même après ces premiers mois. En plus des avantages pour la santé de l'enfant à court et à long terme, tirer son lait a d'autres bénéfices : en stimulant les seins, cela aide à maintenir la lactation ; cela prévient d'éventuels engorgements, canaux lactifères bouchés, et minimise les « fuites ». Il faudra alors voir avec la crèche ou l'assistante maternelle comment ce lait pourra être donné à l'enfant.

Les craintes les plus fréquentes

La première concerne la «perte» du lait. Il est bien évident que si le bébé tète moins, la mère aura moins de lait. D'où l'intérêt de garder le plus grand nombre de tétées possible quand on est avec le bébé. D'où également l'intérêt - quand c'est le choix de la mère - de tirer son lait. Mais de toute façon, le lait ne va pas se « perdre » comme un oued dans le désert : tant que le bébé tètera, il y aura du lait, même si c'est en moindre quantité.

La seconde crainte, c'est la fatigue. Et souvent l'entourage va appuyer lourdement en mettant systématiquement cette fatigue sur le compte de l'allaitement. Il est vrai qu'il est fatigant d'avoir un travail à l'extérieur et un petit bébé. Mais continuer à l'allaiter ne va pas accroître cette fatigue, bien au contraire.

Dernière crainte : les engorgements et les écoulements « intempestifs. » Cela peut effectivement se produire les premiers jours, et la mère devra veiller à soulager une tension éventuelle des seins, en exprimant peut-être un peu de lait, même si elle n'a pas choisi de tirer son lait. Mais très vite - et de façon quasi miraculeuse pour qui ne l'a pas vécu -, les seins vont s'adapter à ce nouveau rythme.

Conclusion

Il est évident que plus les circonstances sont favorables, plus il sera facile de concilier travail et allaitement : bébé plus âgé (un mois de plus ou de moins peut faire une grande différence) ; horaires réduits et/ou flexibles et temps de transport plus court ; possibilités de tirer son lait ; bébé gardé près du lieu de travail, voire sur le lieu de travail. Il est clair également que des dispositions légales telles qu'un congé maternité plus long, comme dans les pays nordiques, amélioreraient grandement la situation. Mais tous les témoignages le montrent, même dans des circonstances beaucoup moins favorables, il est possible de poursuivre l'allaitement. Et d'en tirer une grande joie, une grande fierté et une grande confiance dans ses capacités de mère. Il faut le dire et le redire : personne n'a jamais regretté d'avoir tenté l'aventure, toutes le referaient si c'était à refaire !

PREMATURITE ET ALLAITEMENT

L'ALLAITEMENT MATERNEL DU GAVAGE AU SEIN : ALLAITEMENT DU PRÉMATURÉ EN SERVICE DE NÉONATOLOGIE

**Commission Régionale de la naissance d'Ile de France
Rigourd Virginie, Magny Jean-François, Voyer Marcel
Institut de Puériculture et de Périnatalogie**

Résumé

La naissance prématurée entraîne une rupture physique et psychologique entre la mère et l'enfant. L'allaitement maternel pour le prématuré apporte bien plus que les propriétés nutritives et biologiques du lait de mère, il permet de favoriser la relation mère bébé si souvent phagocytée par un univers très médicalisé. Après une longue période d'alimentation parentérale puis par gavage gastrique c'est vers 34SA qu'une succion-déglutition-respiration coordonnée associée à des ondes oesophagiennes propagées et propulsives va permettre la première mise au sein dite « nutritive ». Cette maturation est accélérée par la stimulation de la sphère orale (tétées non nutritives). Vers 34 semaines d'âge post menstruel, si le préterme est alimenté par gavage gastrique discontinu depuis plusieurs jours et qu'il manifeste le désir de téter, la première mise au sein sera planifiée. Chaque mise au sein demande une grande disponibilité de la part de la soignante qui doit savoir préserver l'intimité de la mère et de son bébé tout en surveillant l'enfant. Sous contrôle de la courbe de poids et de la tolérance clinique de l'enfant la fréquence des tétées est progressivement augmentée. L'apprentissage de la tétée par le préterme a pour objectif son autonomisation sur le plan de son alimentation la plus rapide possible afin de ne pas retarder sa sortie de néonatalogie, tout en lui permettant une croissance optimale, élément essentiel pour son pronostic somatique et neuro-développemental.

Encore trop souvent, l'entourage familial comme médical des mères de nouveau-nés prématurés cherche à les décourager d'allaiter : "cela sera trop stressant, ton lait ne sera pas assez riche, les médicaments que tu prends sont incompatibles, tu ne pourras jamais le mettre au sein.... ». Le taux d'allaitement du prématuré est plus faible que celui du nouveau-né à terme. Cependant et malgré un contexte très difficile, l'allaitement maternel reste le meilleur aliment pour ces prématurés. In utero le fœtus est déjà capable de déglutir le liquide amniotique dès le début du deuxième trimestre. Le prématuré n'est capable de coordonner succion, déglutition et respiration qu'à partir de 32SA. La succion déglutition coordonnées dans ces trois phases : orale, pharyngée et oesophagienne déclenchant des ondes oesophagiennes propagées et propulsives n'est mature, en moyenne, qu'à partir de 34 semaines. Ce manque de coordination rend l'alimentation orale impossible voir dangereuse avant ce terme. L'alimentation entérale est donc débutée à l'aide d'une sonde gastrique. Il s'agit pour beaucoup des équipes d'une alimentation par gavage gastrique continu sur 24 heures jusqu'à un âge corrigé de 32SA et un poids de 1500g puis d'une alimentation gastrique en débit semi-continu prend le relais (2h/3 puis 1h/3

puis à la tulupe) avant de passer à l'apprentissage des tétées vers 34-35SA. Il existe donc souvent entre la naissance et la première tétée nutritive un délai d'autant plus long que l'enfant est né plus prématurément. Certaines données scientifiques permettent l'élaboration de recommandations qui devraient être intégrées dans la pratique des soins prodigués à ces prématurés pour optimiser le passage du gavage au sein.

Le **protocole d'alimentation orale du grand prématuré** à utiliser dans les services de néonatalogie doit tenir compte de sa spécificité. Le prématuré a le désavantage de combiner une immaturité digestive et des pathologies diverses qui parfois sont au premier plan. La vigueur, la fréquence et la durée de ses tétées vont mûrir avec son âge post natal et guider l'initiation et l'évolutivité du programme de sevrage de sa sonde gastrique.

I. La première étape chronologique porte sur la préparation relationnelle de la mère et de son bébé à l'allaitement.

I.1.L'approche de l'allaitement maternel avec la maman commence dès l'arrivée de l'enfant dans le service par la constitution du dossier de la maman. L'établissement et le maintien de la lactation jusqu'à la mise au sein nécessitent une grande motivation maternelle mais aussi des équipes soignantes. Une **information sur les bienfaits du lait maternel pour ces nouveau-nés immatures** dès la période antenatale et à défaut en postnatal immédiat peut conforter les mères dans leur choix d'allaiter. Au-delà de la continuité biologique et physique entre la mère et l'enfant, les avantages pour ces nouveau-nés immatures et de faible poids de naissance, sont nombreux. Le lait maternel facilite la tolérance de l'alimentation entérale, est plus adapté aux fonctions de digestion et d'absorption du prématuré, diminue le risque d'entérocolite ulcéronécrosante, réduit le risque allergique.

De nombreuses mères ont une baisse de leur production de lait au bout de quelques semaines liée au stress dû à l'hospitalisation de leur enfant mais aussi parce qu'elles ne tirent pas assez souvent leur lait dans la journée. Pour bénéficier d'un climat hormonal favorable à l'allaitement, ces mères souvent séparées de leur enfant doivent commencer à **tirer leur lait** le plus tôt possible par expression manuelle ou au moyen d'un tire lait. Il est indispensable qu'elles tirent leur lait **au moins six fois par jour** avec le procédé qui leur convient le mieux physiquement et psychologiquement : expression manuelle, tire lait manuel ou électrique à simple ou double pompage... Le lait tiré pourra être personnalisé (Circulaire DGS/SP2 n° 97/785 du 16 décembre 1997 relative au don de lait personnalisé d'une mère à son enfant hospitalisée) et donné au bébé tant qu'il ne tète pas au sein toute sa ration quotidienne.

I.2. Parallèlement il faut préparer le bébé à la future mise au sein.

I.2.1. Pendant toute cette période où le préterme est encore alimenté par l'intermédiaire d'une sonde oro-gastrique **la stimulation de sa sphère orale : lèvres, langue, joue...** (en complément de celle induite par la position intra buccale de la sonde) favorise la **maturation de sa succion déglutition**. Cette stimulation peut être réalisée conjointement à l'aide de la succion non nutritive du mamelon lors d'un « peau à peau » ou d'une tétine et par la stimulation douce des muscles de la face.

I.2.2. Le «**peau à peau**» est un soin relationnel à part entière qui peut être proposé très tôt après la naissance. Sa durée varie selon la stabilité de l'enfant, de son poids, de son terme, de sa température initiale, de son comportement et du souhait de la maman. Quand la mère veut allaiter, elle peut placer le visage du bébé sur son sein lors du peau à peau. Souvent vers 32-33SA, lors de ce «**peau à peau dirigé**», le prématuré oriente sa bouche vers le mamelon, attiré par l'odeur du lait qui perle parfois au bout du sein.

Associé à la stimulation de l'oralité avec une tétine ou un doigt, le peau à peau dirigé facilite la première mise au sein.

II. Après ces balbutiements au sein, la première tétée sera planifiée.

II.1 Pré-requis : En principe la première tétée est proposée vers **34 semaines d'âge post menstruel**. En effet c'est à ce terme que la succion-déglutition coordonnée dans ses trois phases : orale, pharyngée et oesophagienne déclenchant des **ondes oesophagiennes** propagées et propulsives est mature. Certains enfants semblent prêts avant ; ils ont alors souvent un retard de croissance intra utérin d'origine extrinsèque à l'origine d'une avance maturative. Si le bébé est vigoureux et sous surveillance médicale rapprochée, l'alimentation orale par tétée peut être débutée avant 34 semaines. A ce terme, elle ne permet en général que l'ingestion de petit volume de lait. L'introduction précoce de l'alimentation orale accélère le sevrage du gavage gastrique. Jusqu'à 34SA les désaturations qui peuvent survenir pendant l'alimentation sont liées à des pauses respiratoires qui coïncident avec la déglutition. Le prématuré est habilité à respirer et à s'alimenter oralement quand il déglutit en fin d'inspiration. Cette **coordination entre déglutition et respiration apparaît vers 34-35SA**.

II.2. Le deuxième pré-requis au moment de la première mise au sein est que l'enfant soit alimenté **par gavage gastrique discontinu** depuis plusieurs jours.

II.3. Enfin, pour débiter l'apprentissage de la tétée l'enfant doit présenter un **bon état général**, être stable sur le plan respiratoire. Une oxygénothérapie par lunette nasale, la présence de canules nasales ou encore d'un cathéter central ne contre indique pas la mise au sein si l'enfant semble prêt, qu'il tète avidement sa tétine et que sa succion est efficace. Plusieurs éléments peuvent influencer l'apprentissage des tétées du prématuré: sa fatigabilité, son éveil spontané insuffisant, son tonus, son «vécu de l'oralité» (liée à des stimulations orales négatives secondaires à la présence de sondes et aux aspirations), ses difficultés à mettre le mamelon dans la bouche et à l'y maintenir et la faiblesse ou l'inefficacité de sa succion. Tous ces éléments devront constamment être pris en compte par les soignants lors des premières mises au sein.

III. La première tétée nutritive

III.1. La date et l'heure sont planifiées avec la maman. La soignante devra se rendre disponible en déléguant les autres soins. Il est important pour la mère que la première tétée soit une expérience

positive. Un simple nettoyage préalable des mamelons à l'eau est nécessaire. Cette première mise au sein s'effectuera de jour, à la place d'un gavage, **à distance des soins** et du bain, chez un enfant bien éveillé. Une tétée dite nutritive au sein dure 10 à 20 minutes.

III.2. La sonde gastrique doit avoir été ôtée et l'enfant être habillé chaudement. Le rôle de la soignante est alors d'aider la maman à **bien positionner** son bébé au sein et le bébé à bien **ouvrir la bouche pour attraper correctement le mamelon et pas seulement le bout de sein** afin d'éviter crevasses et engorgements. La maman sera installée confortablement dans une chaise avec accoudoirs, munie d'un coussin d'allaitement, ses pieds reposant sur un repose pieds. La soignante doit veiller en particulier à ce que la tête du bébé soit en légère flexion et maintenu solidaire du tronc, pour éviter tout déclenchement de réaction de Moro. Une diminution de la SpO2 et quelques bradycardies peut accompagner les premières tétées. Il faut donc rester prudent dans l'introduction de ce mode d'alimentation surtout chez le prématuré convalescent de détresse respiratoire. Il est cependant utile de tester à intervalle régulier la capacité de succion de ces prématurés.

III.3. L'observation de l'enfant permet d'appliquer la conduite à tenir ultérieure. S'il est resté endormi ou n'a pas réussi à téter, son gavage gastrique est remis en route. S'il n'a tété qu'une partie de sa ration, la sonde gastrique est reposée environ une demie-heure plus tard et l'alimentation reprise. Lorsque le bébé a correctement tété pendant 10-15 minutes, que sa succion a été efficace avec de nombreux mouvements de déglutition et qu'il paraît repu, tranquillement endormi dans les bras de sa maman, il n'est pas proposé de complément. Au repas suivant un contrôle de la glycémie capillaire est réalisé avant la reprise du gavage à l'heure prévue.

IV. Progression des tétées au sein.

IV.1. Selon la disponibilité de la maman, si tout se passe bien et que l'enfant a une courbe de poids ascendante on proposera tous les jours une mise au sein supplémentaire en les répartissant sur le nycthémère pour ne pas trop fatiguer l'enfant. On pourra augmenter progressivement la fréquence des mises au sein en respectant le rythme et la tolérance de l'enfant. La soignante est présente tout au long des premières tétées mais essaye de préserver l'intimité de chacun tout en surveillant l'enfant. Elle n'intervient qu'en cas d'incident tel une cyanose, un essoufflement ou une apnée. Lorsque la maman n'est pas disponible et pour ne pas ralentir l'enfant dans son autonomie alimentaire l'introduction en parallèle de biberons est possible. Gavages gastriques, tétées au sein et au biberons doivent être alternés sur le nycthémère. Une succion efficace associée à des mouvements de déglutition bien coordonnés et à des ondes oesophagiennes propulsives permettant l'ingestion de la totalité de la ration des 24h avec des tétées d'une durée raisonnable est rarement acquise avant 36 semaines d'âge postmenstruel.

IV.2. Deux éléments conditionnent la poursuite de l'allaitement maternel. Durant toute cette période d'apprentissage des tétées, la maman doit continuer à tirer son lait mais en gardant

un intervalle de 3 heures avant la mise au sein. Ces mères ont souvent besoin d'être soutenues, encouragées et écoutées pour que cet allaitement si précieux pour elle et leur bébé soit un succès.

IV.3. En cas d'allaitement maternel exclusif la vitesse de croissance et la rétention azotée des prématures peut être insuffisante pour espérer un rattrapage staturo-pondéral. Lors du séjour en néonatalogie la supplémentation du lait de mère afin d'augmenter les teneurs en azote, minéraux, fer et vitamines est donc nécessaire. L'objectif des supplémentations du lait de femme pour l'alimentation du prématuré est l'obtention d'un développement somatique et neuro-psycho-moteur proches de ceux du fœtus in utero jusqu'au terme théorique puis de ceux de l'enfant né eutrophique à terme et allaité exclusivement au sein jusqu'à 6 mois d'âge corrigé. Lorsque l'ancien prématuré à 37-40 semaines d'âge postmenstruel est totalement alimenté au sein de sa mère et qu'il est eutrophique par rapport à son âge post menstruel une supplémentation n'est pas nécessaire. En revanche s'il n'a pas récupéré un PC et un poids normal (au moins > -2DS) une supplémentation du lait de mère est en général nécessaire jusqu'à l'obtention d'un poids supérieur à -2DS pour son âge corrigé. Cette supplémentation peut être réalisée de trois façons. Le premier consiste à essayer que l'enfant ingère quotidiennement une plus grande quantité de lait de sa mère en augmentant le nombre de tétées quotidiennes à 7 à 8. Le deuxième est une supplémentation du lait de femme, qui nécessite que la mère continue à tirer son lait pour l'enrichir avant de le donner au biberon mais ceci expose à ce qu'elle arrête d'allaiter. Le troisième moyen, dérivé de la méthode kangourou consiste à remplacer 25 à 30% de la ration théorique quotidienne par du lait pour prématuré ou du lait 2^{ème} âge à teneur protéique d'au moins 2g/100ml. En pratique cela peut être réalisé en remplaçant 2 tétées quotidiennes au sein par un biberon de lait pour prématuré ou de lait 2^{ème} âge à la plus forte teneur azotée Ce dernier point permet d'aborder le **concept très controversé de confusion sein/tétine** au sujet duquel peu d'études permettent d'établir sa réalité et sa prévalence. De nombreux bébés passent d'une méthode de tétée à l'autre sans aucune difficulté. L'expérience ancienne de l'équipe de Bogota le démontre.

Conclusion

La coordination succion-déglutition-respiration associée à des ondes oesophagiennes propulsives propagées doit être acquise au moment de l'initiation de l'alimentation orale par tétées chez le prématuré afin de limiter le risque d'inhalation et d'apnée. Il existe des échelles de développement de la tétée qui mis à disposition des services de néonatalogie pourraient faciliter l'éducation de l'alimentation orale du prématuré. La première mise au sein est une décision individualisée auquel il faut penser vers 34SA si l'enfant est alimenté par gavages gastriques discontinus depuis plusieurs jours et est stable sur le plan général. Une succion efficace associée à des mouvements de déglutition bien coordonnés et à des ondes oesophagiennes propulsives permettant l'ingestion de la totalité de la ration des 24h avec des tétées d'une durée raisonnable est rarement acquise avant 36 semaines d'âge corrigé. Si l'alimentation orale est établie chez la plus part des prématurés à ce terme, l'incapacité à ingérer une ration alimentaire lui

permettant une croissance suffisante reste l'une des principale raison de retard à la sortie au domicile du prématuré.

En complément des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel de l'OMS/UNICEF quelques éléments pourraient être rajoutés avec comme objectif d'aider le prématuré à passer du gavage au sein : établir un contact peau à peau dès que possible, stimuler l'oralité (aide à la succion, succion non nutritive...), faire les premières mises au sein à distance d'une expérience fatigante, individualiser chaque programme de mise au sein, préférer les gavages au biberon (ou à la tasse) tant que les compléments sont nécessaires, ne pas fixer arbitrairement une durée de transition gavage/sein, ne pas vouloir aller trop vite, ne pas arrêter trop tôt les gavages ni abandonner trop vite le tire lait, favoriser l'hospitalisation en unité mère enfant avant la sortie.

Passage du gavage au sein	
Préparation	- Stimulation de la sphère orale : succion non nutritive (tétine, mamelon), stimulation des muscles de la face - Peau à peau et vers 32-33SA peau à peau « dirigé »
Pré-requis	-Age gestationnel \geq 33-34SA -Gavages gastriques discontinus depuis plusieurs jours
1^{ère} tétée : A quel moment de la journée ?	- Programmation de l'heure avec la maman - A la place d'un gavage gastrique - La maman n'aura pas tiré son lait depuis plus 3 heures minimum - A distance d'un soin, change, toilette, bain...qui pourrait fatiguer l'enfant.
Comment ?	- Après ablation de la sonde gastrique - enfant habillé chaudement - bien posturer l'enfant : tête non en hyperextension, plutôt en légère flexion dans l'axe du tronc pour éviter toute réaction de Moro. - bien lui faire ouvrir la bouche pour qu'il attrape le mamelon préalablement nettoyé à l'eau stérile - durée de la tétée < 20min aux deux seins
L'observation de l'enfant permet d'appliquer la conduite à tenir ultérieure.	a. S'il n'a pas réussi à téter : son gavage gastrique est immédiatement mis en route. b. S'il a tété un peu mais pas suffisamment : on attendra une demie heure pour reposer la sonde gastrique et l'alimenter sans accélérer le débit du gavage. c. Lorsque le bébé a correctement tété pendant 10-15 minutes, que sa succion est efficace avec de nombreux mouvements de déglutition et qu'il paraît repu, tranquillement endormi dans les bras de sa maman, on ne propose pas de complément. Au repas suivant on contrôlera sa glycémie capillaire.
Progression des tétées nutritives	L'enfant peut passer à l'étape suivante lorsqu'il se trouve dans la situation c. Ajouter une tétée par jour en les répartissant dans le nycthémère. Lorsque la maman n'est pas disponible et pour ne pas ralentir l'enfant dans son autonomie alimentaire introduire en parallèle la prise du biberons. Le nombre de biberons peu progresser lorsque l'enfant est capable de téter la totalité du volume proposé. La maman doit continuer à tirer son lait au moins 6 fois par jour durant toute cette période d'apprentissage des tétées.
Evaluation	Courbe de poids Tolérance de l'enfant

STRUCTURES RESSOURCES

Association Française des Consultantes en lactation (AFCL)

Regroupe les consultantes en lactation IBCLC, préparation à l'examen de consultante en lactation

26, rue des Gouttes 69290 St Genis les Ollières

Tél : 04.37.22.07.35

formation-secretariat@photokoo.com

Centre de Formation et de Documentation sur l'Allaitement Maternel (CFDAM)

Documentation (bibliographie thématique)

Maternité, Hôpital-Clinique 76170 LILLEBONNE

Tél : 02.35.96.39.24

cfdam@wanadoo.fr

Centre de Recherche, d'Evaluation et de Formation à l'Allaitement Maternel (CREFAM)

Préparation à l'examen de consultante en lactation

CREFAM - Laure Marchand-Lucas, 7, avenue de la Porte de Choisy 75013 Paris

Tel: 01 45 82 03 94

FormationCREFAM@aol.com

Centre Ressources Documentaires pour l'Allaitement Maternel (CERDAM)

Documentation

Hôtel Dieu, 1, place de l'Hôpital, 69002 Lyon

Tél/Fax 04 78 42 09 16

cerdam@info-allaitement.org

Coordination Française pour l'allaitement maternel (CoFAM)

Regroupe les associations françaises autour de l'allaitement, organise la SMAM

52 rue Sully 69006 LYON

Tél/Fax : 04.78.93.02.08

www.coordination-allaitement.org

cofam@wanadoo.fr

Information Pour l'Allaitement (IPA)

Documentation, promotion de l'allaitement, actions de protection de l'allaitement

12 avenue Saxe 69006 LYON

Fax : 04.37.41.10.97

www.info-allaitement.org

info@info-allaitement.org

Institut Prévention Santé en Néonatalogie (IPSN) - Formations Co-Naître

Organisme de formation (maternités, services PMI...)

L'Escandihado, route de la Bonde 84120 PERTUIS

Tél : 06.09.52.53.79

www.co-naitre.net

contact@co-naitre.net

La Leche League France (LLL France)

- LLL France Formation

Organisme de formation (maternités, services PMI...)

87, rue de Paris 92110 Clichy

Tel./Fax : 01 47 37 41 46

www.lllfrance.org

secretariat-formation@lllfrance.org

- LLL France Référents médicaux

Documentation, édition des "Dossiers de l'allaitement"

68, rue P.V. Couturier 93330 Neuilly sur Marne

Tel : 01 43 08 56 02

Fax 01 43 08 50 95

dossiers@lllfrance.org

www.lllfrance.org

Medialactée

Réalisation et vente de K7 vidéos

3 rue Caudron, 80000 Amiens

Tél : 03 22 71 00 71

Fax : 03 22 72 09 97

www.medialactee.com

contact@creacom.fr

Société Européenne pour le Soutien à l'Allaitement Maternel (SESAM)

Organisme de formation (maternités, services PMI...)

6 rue Jarente 75004 PARIS

Fax 01 42 74 56 62

www.allaite.org

formation@allaite.org

Jumeaux et plus

jumeauxetplus92.asso.fr

infos@jumeauxetplus92.asso.fr

La Leche League France (LLL France)

Aide par téléphone, Réunions de mères, Documentation (Allaiter aujourd'hui, livres...)

BP 18 , 78620 L'ETANG LA VILLE

Tél : 01 39 584 584, répondeur donnant les numéros de téléphone d'animatrices LLL de permanence, en fonction de votre département de résidence

contact@lllfrance.org

www.lllfrance.org

Réseau Solidarilait

Coordination des antennes régionales, Aide par téléphone, Réunions de mères

Institut de Puériculture - Solidarilait France

26 Bd Brune 75014 PARIS

Tél : 01 40 44 70 70, répondeur donnant seulement les numéros de répondeuses

f.dessery@free.fr

www.solidarilait.com

Allaitement de Jumeaux et Plus

Soutien des mères de jumeaux et plus

info@allaitement-jumeaux.com

www.allaitement-jumeaux.com

RESSOURCES LOCALES

Vous pouvez noter ici les coordonnées de ressources locales dont vous auriez connaissance

BIBLIOGRAPHIE

Rapport de l'ANAES : Allaitement Maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant

ANAES / Service recommandations et références professionnelles / mai 2002

Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Europe : un plan d'action

sur le site : http://europa.eu.int/comm/health/pb-projects/2002/promotion/promotion_2002-18-ea.htm

Traité de l'allaitement maternel

La Leche League, 1999

660 pages d'informations pratiques et scientifiques sur tous les aspects de l'allaitement

L'alimentation infantile. Bases physiologiques

Organisation Mondiale de la Santé, 1992 (diffusé par LLL)

Bases scientifiques permettant d'établir des recommandations sur l'alimentation infantile

Pour un allaitement réussi. Physiologie de la lactation et soutien aux mères

Royal College of Midwives

Masson, 1998, pour la traduction française

Ecrit par des sages-femmes anglaises, un exposé des « bonnes pratiques » permettant un bon démarrage de l'allaitement

Les Cahiers de l'allaitement

La Leche League

Compilation, par thèmes, d'articles parus dans les Dossiers de l'allaitement

(n° 1 « En maternité », n° 2 « A la maison », n° 3 « En néonatalogie »)

Parmi les ouvrages en anglais:

Breastfeeding and Human Lactation

J. Riordan, KG Auerbach

Ed. Jones & Barlett, 1999

Breastfeeding : a guide for the medical profession

R Lawrence

Mosby, 5° éd., 1999

Medications and mothers' milk

Thomas Hale, Ph.D.

Pharmasoft Medical Publishing, 2002

Remis à jour chaque année, permet la prescription de médicaments compatibles avec l'allaitement (il n'existe malheureusement pas pour l'instant d'ouvrage français sur le sujet qui soit à jour).

Revue

Les Dossiers de l'allaitement,

trimestriel édité par La Leche League (dossiers, cas cliniques, revue de presse, coin du prescripteur...).

numéro spécial médicaments et allaitement (compilation des coins du prescripteur) septembre 2004

Allait'info

Actualités de l'allaitement maternel en Rhône Alpes

Édité par ADES du Rhone

www.adesr.asso.fr

Parmi les revues anglophones:

Journal of Human Lactation

users.erols.com/ilca/jhl.html

Breastfeeding Review

(www.breastfeeding.asn.au/lrc/bfreview.html)

ABM News and Views

(www.bfmed.org/ABMtoc.html).

Brochures

L'allaitement maternel. Guide pratique à l'usage des professionnels de santé

Édité par la Coordination du Rhône pour la promotion de l'allaitement maternel, 2001

On peut aussi le trouver à l'adresse : www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/1n35.htm

Le programme des référents médicaux de LLL France édite un grand nombre de feuillets sur des sujets divers (hypoglycémie et allaitement, allaitement et fente labio-palatine, candidose mammaire, etc.). En demander la liste à l'association.

Certains conseils généraux (par exemple celui du Finistère) ont publié des guides pour les professionnels de santé. Se renseigner.

L'allaitement

Marie Thirion, Albin Michel, 1999

Un classique, qui a aidé de nombreuses femmes dans leur allaitement

L'art de l'allaitement maternel

La Leche League, 1995

Basé sur les connaissances scientifiques et sur l'expérience des millions de mères en contact avec l'association depuis 45 ans qu'elle existe.

Guide de l'allaitement et du sevrage

Pascale Camus-Walter, Syros, 1995

Outil de base pour comprendre (physiologie), pratiquer (gestes élémentaires) et quitter (sevrages) l'allaitement.

La voie lactée

Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau

Jouvence, 1999

Un petit livre abordant l'allaitement sous différents angles (avantages, pratique, allaitement et travail, allaitement long...).

Faut-il allaiter son enfant ?

Louis-Marie Houdebine, Le Pommier, 2002

Écrit par un spécialiste de la lactation animale, ce petit livre (63 pages) répond assez clairement « oui » à la question posée par le titre.

Au sein du monde

Nathalie Roques, L'Harmattan, 2001

Réflexions historiques, anthropologiques, sociologiques, économiques... sur l'allaitement, et plus particulièrement la situation de l'allaitement en France.

Anthologie de l'allaitement maternel

Textes rassemblés par Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau

Editions Jouvence, 2002

De Platon à Marie Darrieussecq en passant par Tolstoï et Michel Tournier, 135 textes sur les joies (et parfois les peines) de l'allaitement.

L'érotique de l'allaitement. Psychanalyse de l'allaitement

Hélène Parat, Editions Dunod, 1999

L'allaitement vu par une psychanalyste freudienne.

Allaitements en marge

Sous la direction de Doris Bonnet, Catherine Legrand-Sébille, Marie-France Morel
L'Harmattan, 2002

Textes des interventions d'anthropologues, historiens, sociologues, psychologues et médecins à un colloque en 2000, montrant que l'allaitement est «un révélateur de liens sociaux et symboliques».

Le guide de l'allaitement

Christilla Pelle-Douël, Editions marabout, 2004
L'Harmattan, 2002

Le sein dévoilé

Dominique Gros, Marabout, 1988
Ecrit par un sénologue amoureux des seins

L'allaitement. 100 questions-réponses pour que ça marche

France Guillain, La Plage, 2001
Petit livre de conseils pratiques

Allaiter, c'est bon pour la santé, de la mère et de l'enfant

Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau, Editions Jouvence, 2003
Fait le point sur toutes les recherches récentes montrant les bénéfices pour le bébé d'être allaité, pour l'enfant et l'adulte d'avoir été allaité, pour la mère d'avoir allaité

Revues

► Allaiter aujourd'hui

La Leche League

Trimestriel dont chaque numéro est plus particulièrement consacré à un thème (le sevrage, les pères et l'allaitement, allergies et allaitement, etc.) avec des articles de fond et de nombreux témoignages.

Brochures

► La plupart des associations (APA, IPA, CDFAM, CoFAM, LLL France...) et des organisations (OMS, Unicef, WABA...) éditent des brochures, feuillets, dépliants, sur l'allaitement en général et sur des sujets particuliers. Se renseigner auprès d'elles.

► Egalement, un certain nombre de conseils généraux ont édité des brochures et dépliants à l'usage des parents.

**MEMBRES DU GROUPE ALLAITEMENT MATERNEL
DE LA COMMISSION REGIONALE DE LA NAISSANCE D'ILE DE FRANCE
AYANT COLLABORE A LA REALISATION DE CETTE BROCHURE**

Mme Maryse ASTRUC, Sage-Femme PMI 77

Dr Christine BARBIER, MIRA, DRASS Ile de France

Mme Christine BINTZ-HERAUD, Puéricultrice, PMI 94

Mme Elisabeth BLANCHARD, Membre de la CRN, Sage-Femme référente PMI 93

Mme Claude DIDIERJEAN-JOUVEAU, Membre de la CRN ; pilote du groupe allaitement ; animatrice de la Leche League

Mme Isabelle HEUDES-GUILLOU, Sage-Femme libérale

Dr Anne KAMEL, MISP, DRASS Ile de France

Pr Claude LEJEUNE, Président de la CRN ; Chef du Service de Néonatalogie de l'Hôpital Louis Mourier

Dr Bernard MARIA, Membre de la CRN, Chef du service de Maternité du CH de Villeneuve St Georges

Mme Catherine MOREL, Sage-Femme cadre supérieur PMI de Paris

Mme Chantal DUVERDIER, cadre supérieur puéricultrice ,service de néonatalogie, hôpital Robert Debré