

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

Introduction

L'allaitement, un passeport pour la santé

Ce document a été élaboré à l'intention de tous les professionnels qui souhaitent accompagner les mères dans l'allaitement maternel. De nombreux scientifiques s'accordent à dire que le lait maternel offre une protection certaine contre les risques d'infection et d'allergie. Dans un article publié par Pediatrics en 1997, l'Académie Américaine de Pédiatrie conclut que, "les études effectuées aux États-Unis, au Canada, en Europe et dans d'autres pays occidentaux, au sein de populations de milieux socio-économiques le plus souvent moyens, ont nettement démontré que l'alimentation au lait humain abaisse l'incidence et/ou la sévérité des diarrhées, des infections respiratoires basses, des otites, des septicémies, des méningites bactériennes, du botulisme, des infections urinaires et de l'entérocolite ulcéronécrosante".

Dans ce même article, cette société savante poursuit en affirmant que les travaux réalisés : "donnent à penser que l'allaitement est source d'avantages pour les mères : limitation du risque de saignement post-partum, favorisation de l'involution utérine, meilleure reminéralisation osseuse post-partum, réduction du risque de cancer ovarien et de cancer du sein avant ménopause". Ce guide a pour vocation d'apporter des éléments de connaissance sur la physiologie, mais également des informations pratiques permettant de répondre aux difficultés rencontrées par les mères, concernant le choix, la mise en place ou la poursuite de l'allaitement. Outre les informations sur la pratique de l'allaitement, ce guide vise aussi à aider tous les professionnels à se situer comme de véritables acteurs de santé publique en adoptant une démarche non seulement informative mais aussi éducative. Dans les faits, cela se traduira par la capacité :

- à entrer en relation avec la mère et son enfant en privilégiant l'écoute plutôt que l'intervention,
- à reconnaître, prendre en compte et faire émerger les compétences du couple mère-enfant,
- à faciliter l'appropriation, par la mère, des techniques transmises.

1/La grossesse

Adapter l'information et engager le dialogue

Chaque situation est unique. Par conséquent, il vous appartient de repérer le moment idéal pour engager la discussion sur le mode d'alimentation du futur bébé, même dès le début de la grossesse.

Comment aborder la question de l'allaitement ?

Souvent les parents évoqueront spontanément l'alimentation du futur bébé, vous pourrez donc rebondir sur cette question en évoquant l'allaitement maternel. Cependant, vous pouvez aussi susciter vous-même le débat, en posant des questions ouvertes, telles que "comment pensez-vous nourrir votre bébé ?", et en évitant les questions du type "allaiterez-vous ?", qui entravent la communication.

Argumenter

Au cours de la discussion, vous pouvez vous servir des thèmes développés dans ce document pour argumenter en faveur de l'allaitement maternel, et rectifier les idées fausses véhiculées à ce sujet.

Santé : le sein, c'est sain !

Le lait maternel présente de nombreux avantages nutritionnels et immunitaires. C'est un aliment équilibré qui évolue non seulement au fil des semaines pour s'adapter à la croissance de l'enfant, mais également pendant la tétée : au début, les sucres, les protéines et sels minéraux sont majoritairement présents pour permettre une bonne hydratation de l'enfant. Puis le lait s'enrichit d'un matériau de construction indispensable, les lipides, pour un apport énergétique maximal, et

pour générer la satiété. Sa composition en protéines, acides gras et minéraux est parfaitement adaptée aux besoins de l'enfant². Il contient aussi des substances comme les anticorps ainsi que de nombreux facteurs immunitaires tels que les immunoglobulines ou la lactoferrine qui protègent l'enfant contre les infections et diminuent ses risques d'allergies (cf. page 32 : Tableau "Avantages immunitaires de l'allaitement maternel"). D'autre part, la flore intestinale des enfants exclusivement allaités au sein est dominée par les bifidobactéries qui participent à l'effet protecteur contre les infections intestinales³.

L'allaitement au sein est donc une valeur sûre pour la santé de l'enfant et pour celle de la mère également ! Il est généralement assorti de contractions qui favorisent l'involution utérine après l'accouchement. En parallèle, des études montrent que ce mode d'allaitement serait associé à une diminution du risque de cancer du sein et de l'ovaire.

Amour : un plaisir partagé

Par le contact intime qu'il instaure entre la mère et son enfant, l'allaitement prolonge le lien physique établi pendant les 9 mois de la grossesse, et offre au bébé une transition en douceur vers le monde extérieur. Pendant la tétée, l'enfant calme ses tensions comme celles de sa mère, et quand l'allaitement se déroule dans de bonnes conditions, il devient une véritable source de plaisir partagé. Inversement, son arrêt brutal et/ou précoce, peut entraîner des frustrations parfois sous-estimées.

Économie : un lait qui vaut de l'or

Le rapport qualité prix du lait maternel est bien entendu imbattable puisqu'il n'occasionne aucune dépense financière. Disponible à tout instant, en tout lieu et toute circonstance, le lait maternel a aussi l'avantage d'être prêt à l'emploi, toujours à la bonne température et donc beaucoup plus pratique pour la maman.

Questions / Réponses

Les questions et idées reçues relatives à l'allaitement maternel sont extrêmement variées. Certaines interrogations et affirmations reviennent cependant comme un leitmotiv et constituent finalement une mine de renseignements à la fois sur l'état d'esprit de la personne qui vous interpelle, et sur les éléments - rationnels ou non - qui vont lui permettre de fonder son choix. En voici quelques exemples :

"Ma mère n'a pas allaité, donc je ne pourrai pas allaiter"

L'incapacité d'allaiter n'est pas héréditaire mais l'histoire familiale a souvent beaucoup d'influence. Il sera utile d'aider la mère à prendre du recul par rapport à ce modèle pour ne pas se laisser envahir par des images ou des discours déstabilisants.

"Et si je n'avais pas de lait ?"

A partir du moment où le bébé tète, la lactation est stimulée. Les cas d'agalactie restent exceptionnels. "Il n'y a pas de seins qui fabriquent peu de lait, il n'y a que des allaitements mal démarrés" d'après le docteur Marie Thirion.

"Et si mon lait n'était pas assez nourrissant ou pas bon ?"

Génétiquement programmé, le lait maternel nourrit le bébé de la manière la plus adaptée qui soit, tout en évoluant en permanence dans sa composition. Il est plus clair et plus transparent que le lait industriel.

"Mes seins sont trop petits !"

La sécrétion lactée est indépendante du volume des seins. Celui-ci est étroitement lié, non pas à la taille de la glande mammaire, mais au volume du tissu graisseux, et ne permet pas de préjuger de la capacité à allaiter.

"L'allaitement ne va-t-il pas abîmer mes seins ?"

C'est la grossesse qui transforme les seins. Un allaitement bien conduit n'entraîne pas de risque esthétique lorsque les seins sont bien maintenus et que l'on évite les difficultés congestives de démarrage.

"Allaiter, c'est fatigant et contraignant"

Après l'accouchement, la fatigue ressentie par la mère n'est pas la conséquence de l'allaitement, elle est liée aux changements hormonaux brutaux et aux cassures de rythmes induits par le bébé. L'allaitement maternel permet de nourrir l'enfant sans avoir à se lever ni à préparer de biberon. D'autre part, il favorise la détente grâce à l'effet relaxant de l'ocytocine.

"Je prévois un biberon la nuit, afin de me reposer et de permettre au papa de s'occuper du bébé"

L'allaitement exclusif est préférable. L'introduction de biberons nocturnes entraîne une rupture d'harmonie entre la demande du bébé et la stimulation de la lactation et un risque d'engorgement. Il vaut mieux proposer au père de s'occuper de l'enfant à d'autres moments qu'en pleine nuit et se reposer dans la journée lorsque le bébé dort !

"Je ne pourrai pas allaiter longtemps, donc ça ne vaut pas le coup de commencer !"

Ce qui importe au cours d'un allaitement, c'est la relation qui s'instaure entre la mère et son

enfant, quelle qu'en soit la durée. La reprise du travail, souvent évoquée, n'est pas un obstacle majeur à l'allaitement (cf. page 24 : "[Reprise du travail](#)").

Une place pour le père

Il est important d'impliquer le père en expliquant qu'il existe d'autres modes de relation avec l'enfant que de donner un biberon : celui-ci a besoin d'être porté, d'être appelé par son prénom, d'être protégé. Le regard bienveillant et approuvateur du père participe aussi à l'allaitement du bébé. Sa place est certes différente, mais aussi importante puisque c'est lui qui veillera à ce que cette relation d'intimité entre la mère et son enfant soit respectée. C'est aussi lui qui les protégera des influences, parfois négatives, de l'entourage.

A emporter à la maternité

Le choix de l'allaitement au sein n'implique aucun accessoire ou "liste particulière" de choses à emporter à la maternité à part quelques coussinets d'allaitement. En revanche, il suppose de prévoir des vêtements adaptés, suffisamment ouverts devant, un pyjama deux pièces et un soutien-gorge d'allaitement ainsi que des coussins pour une position d'allaitement confortable.

Des seins, sains

Contrairement à ce que disent d'anciens livres sur la grossesse ou certaines revues, il n'y a aucune préparation des seins à effectuer en vue de l'allaitement, sauf graisser un peu les aréoles pour qu'elles soient au maximum de leur résistance cutanée lors des premières tétées. Il faut même le répéter : la peau du mamelon ne peut pas s'endurcir par une préparation et des manœuvres agressives peuvent même entraîner l'effet inverse de celui escompté. Il est rare qu'un mamelon soit réellement ombiliqué et empêche la conduite d'un allaitement. S'il est un peu en retrait, c'est souvent la succion du bébé qui le rendra saillant. Pendant la grossesse, vous devez absolument rassurer la future mère sur ce point, afin de renforcer sa confiance en elle.

2/La maternité

Proximité mère-enfant

La proximité de la mère et de son bébé conditionne le bon déroulement de l'allaitement. Dès la naissance, durant le séjour à la maternité, puis à la maison, l'enfant devrait rester très proche de sa mère, autant qu'elle le demande et le désire, et les contacts peau à peau favorisés. Durant la nuit, l'idéal est de laisser le bébé dans la chambre.

Première tétée

Le contact précoce entre la mère et son bébé facilite la mise en route de l'allaitement. En même temps, il aide la mère à sentir que son nouveau-né est bien avec elle. C'est un facteur déterminant dans la poursuite de l'allaitement, à court, moyen et long terme. Dès les premiers instants de vie, l'enfant est mis nu en contact avec le ventre de la mère et tous deux sont couverts. A ce moment, aucun acte médical immédiat n'est nécessaire s'il n'y a pas d'urgence, c'est à dire si le bébé est en bonne santé. La mère et son enfant ont donc, en toute intimité, la possibilité de faire connaissance.

D'un point de vue purement physiologique, les réflexes de fuissement et de succion sont les seuls comportements innés de l'homme. Ces réflexes sont à leur maximum pendant les deux heures qui suivent la naissance. Il ne faut donc pas les rater car le bébé est alors dans un état d'éveil calme, actif, attentif, prolongé, où l'apprentissage prend une valeur d'engrammation - mémorisation - exceptionnelle. D'autant que pour le bébé, il s'agit de sa première expérience buccale, et donc de plaisir. Vous devez alors vous assurer que toutes les conditions favorables soient réunies pour que cette première mise au sein soit une vraie tétée.

Position d'allaitement

Guider la mère, savoir être présent sans s'imposer, être capable d'identifier les difficultés : autant de qualités nécessaires à l'accompagnement des mères durant leur bref séjour à la maternité. Pour garantir une bonne position d'allaitement et éviter l'apparition de contractures musculaires, de douleurs ou de crevasses, certaines règles s'imposent :

- éviter les tensions provoquées par le poids de l'enfant. Le confort de l'installation est primordial : le plus simple est d'appuyer le bras sur un coussin ou un accoudoir.
- éviter de mettre un doigt sur le sein pour dégager le nez de l'enfant : il n'y a pas de risque d'étouffement. En revanche, ce geste peut entraîner des crevasses.

- assurer une bonne déglutition. La bouche de l'enfant doit rester à la hauteur et en face du mamelon, le menton collé au sein. Sa tête ne doit pas être tournée mais légèrement défléchie (visage vers le haut). (cf. schéma page 11)

En définitive, toutes les positions de la mère - allongée, en tailleur, assise - et toutes celles du bébé sont possibles, à condition que le ventre de l'enfant soit toujours contre le corps de sa mère, et que la tétée ait lieu dans un climat de confort.

Fréquence et durée des tétées

Pour un enfant né à terme, c'est-à-dire après 37 semaines de grossesse, l'allaitement à la demande et sans restriction de durée est la clé de la réussite. D'un point de vue physiologique, le lait maternel est digéré en 1 heure contre 3 pour le lait artificiel, d'où la fréquence et le rapprochement des tétées : durant les premiers mois, la majorité des bébés tètent 8 à 12 fois en 24 heures et passent donc en moyenne 3 à 4 heures au sein. Cette particularité dans la digestion entraîne chez le bébé un transit intestinal rapide, avec des selles nombreuses au début - habituellement une selle à chaque tétée - de consistance molle et même liquide, couleur jaune d'or. Il est dommage de régler la durée des tétées, également temps de plaisir et de relation. Il faut savoir que le sein fabrique le lait efficacement pendant 1/2 heure et qu'il existe un temps de latence entre la mise au sein et l'arrivée des flux de lait.

La demande doit respecter une certaine fréquence : même si chaque cas reste particulier, au-delà de 4 à 5 heures, il sera peut-être judicieux, par exemple, de réveiller un bébé en le plaçant doucement contre sa mère.

Il faut aussi savoir que les séparations systématiques, la nuit par exemple, constituent un obstacle à la lactation, de même que les nombreuses visites à la maternité peuvent perturber les rythmes entre la mère et l'enfant. En revanche, les contacts physiques fréquents entre eux ont un effet bénéfique, et favorisent une demande appropriée du bébé.

Compléments, tétines, sucettes : halte aux "intrus"

Dans la période de mise en route de l'allaitement en particulier, les compléments, tétines, sucettes, ou autres, constituent des interférences préjudiciables au bon déroulement de l'allaitement maternel. "Si l'allaitement marche bien, les compléments ne sont pas nécessaires, s'il marche mal, les biberons peuvent aggraver le problème⁴".

En effet, ces compléments de lait artificiel, d'eau ou autres, sont à l'origine d'une sous-stimulation mammaire, et donc d'une inadéquation entre la demande et la production lactée. En outre, ils génèrent des troubles de la succion avec une confusion entre le sein et la tétine lorsqu'un biberon est utilisé. Ces deux effets délétères pour l'allaitement se retrouvent aussi avec la sucette, dont l'usage est déconseillé. En règle générale, les compléments, tétines ou sucettes constituent donc une entrave au bon déroulement de l'allaitement et doivent être évités. En portant atteinte à la confiance de la mère dans sa capacité d'allaiter, l'emploi de compléments peut aboutir à un sevrage précoce. Il faut également savoir que l'introduction d'un seul biberon de complément modifie la flore intestinale et diminue les effets protecteurs de l'allaitement. Les causes médicales justifiant des compléments sont peu fréquentes (cf. annexe page 33 : "[Raisons médicales acceptables pour donner des compléments aux nourrissons](#)"). Tout doit donc être mis en œuvre afin de permettre à la mère d'allaiter de manière exclusive. Cependant, lorsque le don de compléments paraît conditionner la poursuite de l'allaitement, il est préférable de ne les débiter qu'après une bonne installation de la lactation (3 semaines minimum). Lorsque cela est possible, mettre l'enfant au sein avant de lui donner le complément.

Protège mamelon et coupelles d'allaitement

Ces accessoires sont susceptibles d'entraver le bon fonctionnement de l'allaitement, ils doivent donc être réservés à des indications exceptionnelles et ponctuelles :

- protège mamelon en silicone ou "bout de sein", lors de crevasses très douloureuses. Attention, le protège mamelon perturbe la succion et ne doit rester qu'un écran à la douleur.
- coupelle d'allaitement ou coquille, pour apporter momentanément un confort à la mère en soulageant les tensions douloureuses de ses seins ou lors d'un jet de lait intempestif (notamment utile pour recueillir le lait d'un sein qui coule alors que bébé tète le deuxième). Attention à l'effet pervers des coquilles qui entretiennent les écoulements de lait.

Perte de poids du bébé

Que l'allaitement soit artificiel ou maternel, il existe une chute de poids normale et physiologique du bébé au cours des deux à quatre premiers jours de vie, liée à une diminution du pourcentage d'eau corporelle. Cette perte peut atteindre 10% du poids de naissance.

L'enfant retrouvera naturellement son poids de naissance dans les 10 à 15 jours de vie, si l'allaitement est correctement mené. Une courbe de poids ascendante en attestera, bien qu'elle ne soit pas le seul facteur à prendre en considération. L'évaluation globale de la santé du bébé, qui passe par l'examen d'un ensemble de critères, demeure incontournable (cf. annexe page 34 : "Données de l'examen et du comportement du bébé allaité").

Difficultés au démarrage

Des difficultés peuvent survenir lors de la mise en route d'un allaitement. Citons-en quelques unes : le bébé s'endort dès qu'il a le sein en bouche, il pleure lorsqu'il ne l'a plus, hurle au contact du sein et le repousse, etc. Si le contact entre la mère et l'enfant permet de surmonter ce passage difficile, la présence bienveillante des professionnels est plus que jamais requise. Elle apporte un soutien important en aidant la mère à garder confiance, à être patiente et à persévérer. Les difficultés peuvent être prévenues en respectant les 4 règles d'or de l'allaitement (cf. page 8).

Sensibilité ou douleur ?

En début d'allaitement, chaque mère éprouve des sensations différentes et vous devrez faire la différence entre sensibilité et douleur : la sensibilité des aréoles les premiers jours est liée aux modifications hormonales de la grossesse et tend à disparaître par la suite. Il convient alors de rassurer la mère. La douleur au cours de l'allaitement est un signe de mauvaise pratique dont les causes doivent être trouvées : position inadéquate, mauvaise succion, problème de position de la langue du bébé ou de sa façon de téter (cf. schémas page 11). Plus rarement, certaines douleurs peuvent être dues à la présence d'une mycose. Cela s'observe lors de crevasses tardives vers la fin du premier mois.

Crevasses

Prévenir - Déterminer les causes :

- position inadaptée du bébé (tête tournée, corps placé trop bas ou trop haut...),
- position inadaptée de la mère (inconfort, poids du bébé à bout de bras...),
- doigt qui appuie ou tire le sein pour "dégager" le nez du bébé,
- mauvaise technique de succion,
- retrait brutal du sein de la bouche du bébé,
- usage intempestif du tire-lait,
- manœuvres traumatisantes de décapage (lavage répété, désinfection), d'assèchement (éosine, sèche-cheveux), de macération (protection plastifiée, crème épaisse, coussinets humides pas assez fréquemment changés),
- présence d'une mycose.

Repérer les signes :

- douleur en début de tétée, voire durant toute la tétée,
- lésions d'étendue et de profondeur variables,
- présence parfois d'un suintement et/ou d'un saignement dans le cas d'une crevasse profonde.

Traiter :

- éviter l'aggravation en agissant sur les causes,
- soulager la douleur en changeant radicalement le bébé de position : l'immobilisation des berges de la plaie conditionne la bonne cicatrisation. L'usage de protège mamelon peut faciliter la tétée de façon temporaire, mais pas plus, dans la mesure où il en perturbe le mécanisme,
- sécher la plaie à l'air libre peut faciliter la cicatrisation en cas de suintement ou de saignement,
- favoriser la cicatrisation. En fin de tétée, il suffit de faire perler un peu de lait et de l'étaler sur le mamelon. Ce lait de fin de tétée est gras et contient divers facteurs hormonaux qui stimulent la croissance et la cicatrisation.

Engorgement

L'engorgement résulte d'un œdème secondaire à une congestion du tissu mammaire et en aucun cas de seins "débordants" de lait !

Prévenir - Déterminer les causes :

- en début d'allaitement, l'engorgement est essentiellement d'origine hormonale, car la prolactine et les œstrogènes dont les taux sont très élevés, entraînent une rétention d'eau. On parle alors de "montée de lait", mais il s'agit d'un abus de langage ! (cf. page 28 "Anatomie et physiologie de l'allaitement").

- en cours d'allaitement, l'engorgement peut apparaître à cause de l'espacement brutal des tétées, d'horaires de tétées rigides et/ou d'une séparation de la mère et de l'enfant.

Repérer les signes :

- congestion des seins, avec des zones de tension parfois localisées,
- sensibilité locale allant jusqu'à la douleur,
- fatigue, hyperthermie.

Traiter :

- faire téter le bébé fréquemment en évitant les horaires de tétées rigides ou trop espacés, et la séparation mère enfant,
 - éviter les vêtements trop serrés, les soutiens-gorge avec armatures,
 - faciliter la tétée en faisant couler les sinus rétro-aréolaires pour assouplir l'aréole et permettre à l'enfant de téter plus facilement : mouvements de la périphérie de l'aréole vers la base du mamelon,
 - stimuler les récepteurs cutanés aréolaires qui fabriquent et sécrètent le lait, par un massage aréolaire (cf. page 20), sans presser le sein : il n'y a rien à "vider" !
- La glande pompe alors sur les œdèmes pour fabriquer le lait, ce qui soulage la tension locale,
- proposer des douches tièdes associées à des massages doux car ils apaisent les tensions et permettent à l'enfant de téter sur un sein "détendu",
 - employer, temporairement, des antalgiques compatibles avec l'allaitement, tels que le paracétamol,
 - utiliser ponctuellement des traitements locaux comme la douche chaude, l'enveloppement chaud ou froid, les cataplasmes d'argile verte etc.

Lymphangite

C'est une réaction inflammatoire des vaisseaux lymphatiques, susceptible de survenir au début comme au cours de l'allaitement.

Prévenir - Déterminer les causes :

- cf. les causes de l'engorgement,
- causes infectieuses,
- causes mécaniques : compression des seins par un porte-bébé, par exemple, ou un soutien-gorge trop serré ; espacement des tétées ; crevasses ; mauvaise position, ou défaut de succion.

Repérer les signes :

- rougeur en ligne, bien délimitée, apparaît localement sur le sein,
- douleur sourde,
- altération de l'état général, avec un syndrome pseudo-grippal.

Traiter :

- prescrire du repos,
- faire travailler la glande, en faisant téter bébé le plus souvent possible, ou par massage aréolaire. Cela permet de résorber l'inflammation,
- prise d'antalgique (Paracétamol) contre la douleur et la fièvre,
- pose d'une vessie de glace sur le sein, pour combattre la douleur,
- si les signes persistent au-delà de 24/48 heures, une antibiothérapie large compatible avec la poursuite de l'allaitement sera prescrite.

La répétition d'une lymphangite doit faire rechercher la présence d'un site infectieux à distance (le plus souvent urinaire, vaginal, dentaire).

Abcès

Très rare, l'abcès est un phénomène infectieux qui correspond à une complication tardive d'une lymphangite mal traitée : il peut être évité en respectant les principes listés dans le paragraphe ci-dessus.

Repérer les signes :

- masse liquidienne visible à l'échographie,
- fièvre,
- douleur intense très localisée,
- possible rougeur du sein.

Adapter le traitement :

- interruption temporaire de l'allaitement du côté de l'abcès. Le lait doit être tiré et jeté,
- antibiothérapie,
- drainage chirurgical.

Retour à la maison

Ce retour suppose une bonne préparation dès la maternité. Des réunions organisées durant le séjour permettent d'apporter toute l'information nécessaire sur la poursuite de l'allaitement. Elles donnent l'occasion aux soignants de proposer quelques conseils pratiques, et aux mères de poser des questions et d'échanger entre elles. Certaines maternités proposent une permanence téléphonique 24h/24, ce qui permet aux mères d'avoir recours à ce service en cas de difficulté ou simplement pour poser une question.

Dans l'idéal, les mères devraient être informées de l'existence des réseaux d'entraide et de soutien à l'allaitement, qu'il s'agisse d'associations locales, nationales ou des services de Protection maternelle et infantile (cf. p.35 "[Structures ressources](#)").

Savoir également qu'un soutien privilégié - une amie, la puéricultrice de PMI, etc - sera un "plus" dans la conduite et la réussite de l'allaitement.

3/La poursuite de l'allaitement

Un nouveau rythme de vie

Le retour à la maison est synonyme d'un nouveau rythme de vie pour l'ensemble de la famille, et plus particulièrement pour la mère. Ce changement peut devenir, pour elle, source d'inquiétude voire de doute quant à ses capacités d'y faire face.

Le père, l'entourage proche, et les professionnels de santé, ou encore une association de soutien, peuvent l'aider à exprimer ses inquiétudes afin qu'elle se sente moins désemparée. Et surtout la convaincre de se reposer.

"Manque de lait", pleurs du bébé : l'allaitement marche-t-il ?

La peur du "manque de lait" est souvent le prétexte à l'introduction de compléments, voire à l'arrêt de l'allaitement. Il existe parfois de réelles difficultés, bien que la plupart du temps, cette peur ne traduise que les angoisses et les inquiétudes de la mère. En tant que professionnel, vous devez être attentif à l'expression de ce sentiment. Il peut également s'agir d'un allaitement mal démarré. Dans un premier temps, vérifier le bon déroulement d'une tétée afin de repérer une éventuelle position inadéquate du bébé, des tétées trop courtes, ou un défaut de succion, qui objectiveraient l'impression de manquer de lait.

Il faut savoir que durant ses phases de croissance, le bébé réclame plus souvent afin d'adapter naturellement la production de lait à ses besoins.

Les pleurs du bébé peuvent être angoissants pour la mère qui les associe fréquemment à la faim, et donc parfois à un manque de lait. Or les bébés pleurent souvent. Ils ont de multiples raisons de se manifester en dehors de la faim : besoin de sécurité, de contenant, de repères etc. De plus, la chronobiologie de l'enfant induit des pics d'énergie difficilement gérables par l'enfant qui décharge, par les cris, ce trop plein envahissant (pic important le soir : pleurs du soir / creux fin de matinée : sommeil prolongé). L'omnipotence de l'entourage sur l'enfant fait oublier qu'il est un individu à part entière - bien que dépendant - et qu'il a le droit de pleurer sans limite arbitraire.

Évaluer la prise de poids

(cf. annexe page 34 "Données de l'examen et du comportement du bébé allaité")

Il faut différencier la vraie stagnation staturo-pondérale qui est anormale et la prise de poids lente, qui ne doit pas être source d'inquiétude. Ayez cependant en mémoire qu'une "prise de poids faible peut affecter sérieusement la confiance de la mère en elle-même, et en sa capacité à allaiter"⁵. Le rôle des professionnels est alors primordial pour soutenir et rassurer la mère dans ses compétences.

Rattraper un allaitement mal démarré

Une mise en route laborieuse de l'allaitement peut avoir plusieurs origines et nécessite observation et écoute pour permettre la récupération d'une situation difficile.

Du côté du bébé il s'agit d'évaluer les conditions d'apprentissage :

- position pour la tétée (inconfort, gêne douloureuse, etc),
- technique de tétée (bouche pincée, etc).

Il est nécessaire d'observer une tétée, le seul interrogatoire étant souvent insuffisant pour repérer les dysfonctionnements éventuels. Ensuite, informer la mère pour éviter les parasitages (biberon, sucette), permettre un repositionnement du bébé lors de la tétée et l'aider à retrouver une technique de succion adéquate (cf. page 9 "Position d'allaitement"). Du côté de la mère, refaire le point sur le confort de l'allaitement. Selon la situation, il sera nécessaire d'évaluer l'origine d'un

blocage émotionnel : que se passe-t-il ? quelle aide peut lui être apportée, par qui, sous quelle forme ? quels sont les interférences ou les soutiens de son entourage ?

Recueillir et conserver le lait

(cf. page 25 "[Prématurité](#)")

Ce recueil est possible chez toutes les femmes, à condition de respecter les règles d'hygiène et de conservation du lait qui s'imposent.

Concernant l'hygiène, le savonnage est nécessaire pour les mains et la stérilisation indispensable pour le matériel de recueil et de conservation, afin d'assurer une bonne qualité bactériologique du lait recueilli. Concernant les seins, une bonne hygiène corporelle journalière est suffisante.

La conservation du lait à domicile se fait au réfrigérateur pour une utilisation dans les 24 à 48 heures qui suivent, ou au congélateur si le lait doit être conservé plusieurs mois. Proscrire le micro-ondes au moment de la décongélation. Pour éviter toute inquiétude à la mère, vous pouvez l'informer que la quantité de lait tiré, très variable et souvent faible au départ, ne reflète en aucun cas ce que le bébé prend habituellement.

Le lait peut être recueilli soit par massage aréolaire, soit à l'aide d'un tire lait électrique ou manuel.

Massage aréolaire : En stimulant manuellement les récepteurs aréolaires, on reproduit les mouvements de tétée de l'enfant qui provoquent un réflexe ocytocique et donc l'éjection du lait. C'est la répétition de ce geste qui déclenche le réflexe fabrication éjection au niveau de la glande mammaire.

Il se passe plusieurs minutes entre le début du massage et l'écoulement du lait. Au début on observe un écoulement lent puis le déclenchement du réflexe est marqué par la sortie du lait en jets. Outre le recueil du lait, ce massage aréolaire est également indiqué pour soulager ou traiter un engorgement, et pour amorcer une tétée si l'enfant est prématuré, hypotonique ou que le flux d'éjection s'avère trop fort.

Fièvre maternelle

Elle peut se manifester en cours d'allaitement, sous la forme d'un syndrome grippal avec frissons et courbatures. Mais c'est la présence de signes concomitants au niveau des seins, tels qu'une rougeur ou une tension, qui indiquera que cette hyperthermie est bien en rapport avec l'allaitement. Il peut s'agir d'une lymphangite, d'un engorgement, ou simplement résulter du fait que le bébé n'a pas tété depuis plusieurs heures.

Cette fièvre peut se manifester de manière cyclique, comme des bouffées de chaleur et souvent à distance des tétées : maintenir des tétées fréquentes permet d'abaisser la température et d'atténuer les autres symptômes.

Cependant, la fièvre peut aussi avoir d'autres origines, notamment infectieuses, que l'allaitement. Comme le lait maternel constitue un apport immunitaire circonstanciel pour l'enfant, sa privation le rendrait plus vulnérable. Dans l'immédiat, l'allaitement doit être maintenu mais sa pratique réajustée, afin de permettre à la mère de guérir, et à l'enfant de se prémunir.

Place des médicaments

Lorsqu'un traitement médical est nécessaire pour la mère, le sevrage n'a aucune raison d'être imposé systématiquement puisqu'en général une alternative thérapeutique existe : prescrire un médicament non toxique pour l'enfant, et dans une catégorie donnée, choisir celui qui a la durée de vie la plus courte, qui est le plus lié aux protéines plasmatiques et qui n'a pas de métabolites actifs.

Le Centre de Pharmaco vigilance de la région peut aider les soignants dans le choix de la meilleure alternative possible (31 centres en France - cf. liste dans le Vidal).

Le public peut téléphoner au Centre Anti poison le plus proche (10 centres en France cf. liste dans le Vidal).

Demander dans les deux cas, lorsqu'il existe, le référent "grossesse, allaitement maternel et médicaments" (cf. page 37 "[Pour en savoir plus](#)").

Contraception et retour de couches

A la sortie de la maternité, les mères doivent avoir été informées sur ce point et obtenu des réponses à leurs questions personnelles. On peut proposer aux femmes qui le souhaitent des moyens de contraception tels les préservatifs masculins ou féminins et les spermicides. La pilule oestroprogestative n'est pas indiquée car elle diminue la lactation.

Concernant les progestatifs micro-dosés, des études montrent qu'il n'y a pas d'incidence sur la lactation, sauf pendant les tout premiers jours de sa prise. Pour pallier cet effet, il suffit d'augmenter temporairement (un jour ou deux) la fréquence des tétées afin que la quantité de lait produite s'adapte à cette nouvelle demande. L'usage du stérilet ne sera proposé qu'à distance de l'accouchement.

Si la mère ne souhaite pas de contraception, l'allaitement maternel peut constituer pendant environ 6 mois une méthode d'espacement des naissances, appelée Méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel ou MAMA.

Il faut cependant savoir que le retour de couches peut quand même survenir avant les 6 mois de l'enfant. Cette méthode dont l'efficacité apparaît supérieure à 95%, mais qui n'est pas facilement compatible avec la vie actuelle des jeunes femmes en France, suppose un respect absolu des conditions suivantes :

- Allaitement maternel exclusif (l'enfant ne reçoit strictement rien d'autre que le lait maternel),
- Enfant âgé de moins de 6 mois,
- Absence de retour de couches,
- Allaitement à la demande sans restrictions,
- Intervalle inférieur à 4 heures entre chaque tétée, et 6 heures durant la nuit,
- Aucun complément,
- Aucun autre aliment solide, ou liquide,
- Pas de sucette.

A noter : le retour de couches, qui survient de façon très variable d'une femme à l'autre, n'altère pas la qualité du lait. Il faut aussi savoir que la prolactine peut induire une baisse de la libido chez la femme. (cf. page 37 "[Pour en savoir plus](#)").

Sevrage

Le sevrage est l'arrêt partiel ou complet, temporaire ou définitif de l'allaitement maternel. Il est qualifié d'idéal lorsque la mère a eu la liberté matérielle et psychologique d'allaiter aussi longtemps qu'elle et son bébé l'ont souhaité.

Avant de l'aider à le mettre en œuvre, vous devrez identifier les raisons de ce sevrage afin d'être en mesure de proposer une solution satisfaisante pour la mère comme pour l'enfant.

En effet, trop souvent l'allaitement est interrompu par méconnaissance et les mauvaises raisons qui aboutissent au sevrage sont nombreuses :

- seins douloureux : vous devrez vous assurer qu'il n'y a pas de crevasse, lymphangite, ou engorgement,
- mère fatiguée : est-elle déprimée ?
- reprise du travail,
- prise médicamenteuse,
- désir d'être plus disponible pour les autres enfants,
- désir du père de nourrir son enfant,
- pleurs du bébé : la mère pense-t-elle que son lait n'est pas assez nourrissant ?
- faible prise de poids du bébé,
- maladie de l'enfant,
- enfant ayant grandi.

Cette liste de "mauvaises raisons" de sevrer doit mettre les professionnels sur la piste d'un bon accompagnement de l'allaitement maternel qui permette de régler les problèmes afin que la mère puisse choisir ensuite librement, lorsque tout va bien, le moment de sevrer.

Si le souhait du sevrage est formel, voici quelques conseils pour l'engager en douceur : la règle d'or est de garder à l'esprit que l'allaitement est régi par la loi de l'offre et de la demande. Cela signifie que plus le bébé tète, plus il y a de lait, moins le bébé tète, moins il y a de lait. Pour sevrer l'enfant, il est donc logique de le mettre de moins en moins souvent au sein ou plus du tout pour un sevrage complet. Bien entendu, le sevrage progressif sera plus confortable pour la mère comme pour l'enfant.

Attention, il existe un risque d'engorgement surtout si le sevrage est réalisé les premiers mois en raison du taux de prolactine très élevé.

A savoir :

- en cas d'engorgement, les massages aréolaires peuvent être utiles (cf. page 20),
- si l'enfant refuse la tétine du biberon, l'usage d'une cuillère ou d'une tasse est possible.

Après un sevrage partiel ou complet - notamment en cas de séparation mère-enfant - la reprise de l'allaitement est toujours possible. Elle demande cependant de la confiance, de la patience et de la persévérance, et requiert quelques encouragements pour la mère et son bébé.

Reprise du travail

Le sevrage complet n'est pas une condition sine qua non à la reprise du travail. Lorsque la mère

désire poursuivre l'allaitement, toute diminution des tétées par anticipation s'avère inutile. Certaines femmes maintiennent uniquement les tétées du matin et du soir, au risque que la lactation se tarisse. Vous pouvez donc plutôt conseiller des tétées les plus fréquentes possibles et à la demande, dès que le bébé et la mère sont réunis, pour assurer le maintien d'une lactation suffisante. La glande mammaire s'adaptera à ces nouveaux rythmes et à la demande du bébé en deux ou trois jours. Durant l'absence de la mère, l'enfant sera nourri à la cuillère, à la tasse ou, à défaut et si le bébé a plus de deux mois, au biberon.

A savoir : l'article L422.2 du code du travail permet aux mères qui allaitent de bénéficier d'une heure de pause non rémunérée, sauf prévu par la convention collective. La mère peut tirer son lait sur son lieu de travail ([cf. page 20](#)) ou, lorsque c'est possible, rejoindre son bébé pendant la pause.

4/Les cas particuliers

Prématurité

(cf. page 20 "[Recueillir et conserver le lait](#)")

Un allaitement peut être envisagé quel que soit le degré de prématurité. Il est même souhaitable, partant du principe que ce "cordon de lait" permettra peut-être de compenser un cordon ombilical trop vite coupé ! Les premières tétées favoriseront la relation mère-enfant.

D'après le résultat des études scientifiques menées sur ce sujet, l'allaitement maternel est même un facteur de prévention contre les complications habituellement observées chez les prématurés : infections, entérocolite ulcéronécrosante. La lactation pallie également l'immaturité digestive, hépatique, rénale et immunologique.

Progressivement, différents types de tétées adaptées à l'âge et aux capacités de l'enfant, seront possibles :

- le contact peau à peau, qui favorise la prise en bouche du mamelon par le bébé. Il ne s'agit pas encore de tétées à proprement parler,
- la tétée d'apprivoisement, début d'une tétée active afin de stimuler le réflexe succion-déglutition-respiration encore immature bien que les capacités d'éveil de l'enfant soient limitées, qu'il soit hypotonique et rapidement endormi,
- la tétée alimentaire, possible à partir d'une certaine maturité du réflexe, c'est-à-dire vers 34-35 semaines. Le bébé est encore peu capable de déclencher le réflexe d'éjection du lait, sa mère peut l'aider en stimulant pendant la tétée l'aréole opposée. Le bébé tète 8 à 10 fois en 24 heures. Il est donc nécessaire d'utiliser un tire-lait au moins 6 fois par 24 heures. Et indispensable que la mère soit soutenue et encouragée dans cette démarche.

En attendant que les tétées soient efficaces, il est indispensable de stimuler les seins afin d'amorcer et d'entretenir la lactation. Le lait doit être recueilli avec un tire-lait manuel ou électrique, en prenant garde d'adapter l'intensité de l'aspiration : une traction forte est inefficace, voire traumatisante. Les premiers recueils ne donnent que quelques millilitres de lait, émis goutte à goutte. Puis après quelques jours, la glande mammaire produira le lait par jets. Outre la mise en route et l'entretien de la lactation, le tire-lait permet évidemment de recueillir du lait pour le bébé.

Ce lait peut lui être donné directement jusqu'à 12 heures après son extraction. Au-delà de cette période, la loi du 16 décembre 1997* oblige de faire passer le lait par un lactarium. Dans tous les cas, des examens sérologiques sont légalement nécessaires.

Ce lait sera toujours administré au bébé de manière à préserver sa façon très particulière de téter le sein, et qui diffère du biberon. Selon sa maturité, plusieurs techniques seront utilisées : le gavage avec une sonde, puis la tasse et le sein, où la mère et l'enfant pourront alors connaître les plaisirs de l'allaitement direct.

* circulaire DGS/SP2 n°97 785.

Gémellité

Allaiter des jumeaux est possible mais impose une organisation et une aide adaptées. Les femmes qui ont des jumeaux et souhaitent allaiter sont souvent inquiètes de ne pas y arriver. Vous avez donc tout intérêt à orienter ces mères vers des associations de soutien, afin qu'elles puissent rencontrer des femmes ayant vécu la même expérience et être rassurées. (cf. page 35 "Structures ressources")

En pratique, la lactation s'adaptera aux besoins et à la demande des deux enfants. La mère peut allaiter les jumeaux en même temps, si son installation est confortable, avec un enfant calé sous

chaque bras à l'aide de coussins, par exemple. Si les deux aréoles sont stimulées ensemble, il y a deux fois plus de lait en moins de temps.

VIH et VHC

En raison des risques de transmission du VIH, les pays industrialisés ont choisi de déconseiller l'allaitement lorsque la mère est séropositive. En cas de VHC, il n'a jamais été démontré de contamination par le lait maternel, mais certaines équipes appliquent néanmoins un principe de précaution et contre indiquent l'allaitement. Il n'y a pas de consensus d'experts sur ce sujet.

Fente labio palatine

La fente labio palatine ne constitue pas un handicap majeur à l'allaitement maternel, surtout si la mère le désire fortement. Dans certain cas, la souplesse naturelle du sein permettra un allaitement direct mais il faut qu'existe un contact avec une large partie du palais mou. Si la fente est très importante, en attendant la pose d'une plaque palatine, vous pouvez conseiller à la mère d'employer un tire-lait et de nourrir son enfant au moyen d'une large tétine très longue percée d'un gros trou. Il est par ailleurs conseillé de mettre le couple en relation avec d'autres parents ayant vécu une expérience similaire.

5/Anatomie ET Physiologie DE L'ALLAITEMENT

Quatre éléments physiologiques sont à admettre en tant que postulat :

- 1) Le lait maternel est la substance biologiquement adaptée aux besoins du petit d'homme,
- 2) Tous les bébés nés à terme sont capables de téter,
- 3) Tous les seins de femmes ayant accouché sont capables de fabriquer du lait s'ils sont correctement stimulés,
- 4) Des émotions maternelles peuvent transitoirement parasiter le réflexe d'éjection du lait.

Généralités

La glande mammaire, dont la taille et les capacités sont sensiblement identiques d'une femme à l'autre, se développe principalement pendant la grossesse : cela se traduit par l'augmentation du volume des seins. Elle est prête à "fonctionner" dès le 4ème mois de grossesse.

Composition du sein allaitant

La glande mammaire

Elle est constituée d'acini ou lobules, qui sont autant d'unités de fabrication du lait. Ces structures glandulaires microscopiques se constituent les trois premiers mois de la grossesse et involuent au sevrage. Cette glande n'est pas un réservoir de lait puisque la vocation de l'acinus n'est pas d'en contenir : elle n'est qu'un lieu de sécrétion et de passage du lait.

Les acini débouchent sur des canaux inter lobulaires qui, eux-mêmes, forment des canaux galactophores. Chacun d'eux vient s'aboucher au niveau d'un des 10 à 15 pores, en moyenne, situés à la surface du mamelon. Sous l'aréole, le canal galactophore présente un léger renflement appelé sinus ou citerne, et qui permet le recueil du liquide de filtration collecté entre deux tétés, soit entre 0,5 et 1 ml au maximum.

Le système myoépithélial

Il est composé de cellules "musculaires" autonomes, capables de se contracter en réponse aux sollicitations de l'hormone ocytocine.

Le système vasculaire

Durant la grossesse, les réseaux vasculaires sanguin et lymphatique prolifèrent afin d'être en adéquation avec la multiplication des acini. Durant l'allaitement, le réseau vasculaire subit de très nombreuses variations pour s'adapter à l'afflux sanguin. Les modifications du volume des seins au cours de l'allaitement - les congestions ou œdèmes - sont directement liées aux variations du système vasculaire.

Le tissu graisseux

C'est la quantité de ce tissu qui, indépendamment de la grossesse et de l'allaitement forme la majeure partie de la masse mammaire, et explique les différences de volume des seins entre les femmes.

L'aréole

Description

L'aréole est la partie du sein très pigmentée, de forme circulaire plus ou moins délimitée. Durant la grossesse cette pigmentation s'accroît, et l'aréole se charge en élastine afin d'être adaptée aux sollicitations du bébé. Elle est par ailleurs constituée des tubercules de Montgomery, glandes sébacées et sudoripares dont les sécrétions odoriférantes guident le bébé vers le mamelon. Elles sécrètent aussi un lubrifiant qui assure une protection naturelle du mamelon et de l'aréole. Le mamelon, zone érectile, se trouve au centre de l'aréole. Il est sensible aux stimulations tactiles, thermiques, émotionnelles et parfaitement adapté aux étirements longitudinaux.

Structure

L'aréole est une des zones les plus innervées du corps : elle est donc particulièrement sensible. Des récepteurs neuro sensitifs à l'étirement, situés à la périphérie, enregistrent les signaux de tétée du bébé et les transmettent au cerveau. Des récepteurs sensitifs, situés à la base du mamelon, permettent à la mère de ressentir une vive douleur lorsque la bouche du bébé est mal placée. La peau de l'aréole est particulièrement fine

et élastique, et n'a aucune possibilité de s'épaissir, quelles que soient les manipulations exercées pour soi-disant préparer à l'allaitement. Au contraire, toute friction, brossage ou application de liquide alcoolisé risque de le fragiliser. Il en va de même pour les tractions autres que longitudinales qui risquent d'altérer sa structure, et conduire à la formation de crevasses.

Physiologie de la tétée

La succion du bébé étire les récepteurs neuro sensitifs de l'aréole.

Les récepteurs envoient le message au cerveau, par la voie neuro sensitive.

Le message traverse le cerveau limbique, où il est susceptible d'être modifié par les émotions.

L'hypothalamus réceptionne le message, l'identifie.

Si le signal de tétée est correct, il donne ordre à l'hypophyse de sécréter les hormones adaptées.

L'antéhypophyse sécrète la prolactine, qui permet la fabrication du lait. Le pic de prolactine apparaît dans la circulation sanguine environ 20 minutes après le signal et prépare les acini en vue de la tétée suivante.

La posthypophyse sécrète l'ocytocine.

Véhiculée par voie sanguine, l'ocytocine commande la contraction des cellules myoépithéliales de la glande mammaire, permettant l'éjection du lait.

Sous l'action de l'ocytocine, le lait sort en jets. Mais le déclenchement de l'arc réflexe demande un certain délai, et reste soumis aux aléas du climat émotionnel dans lequel se trouve la mère.

L'enfant absorbe le lait en déglutissant.

Le bébé sollicite à nouveau les récepteurs neuro sensitifs, tant qu'il veut se nourrir. Il ajuste la demande à ses besoins, en faisant donc varier à loisir la durée de la tétée.

Raisons médicales acceptables pour donner des compléments aux nourrissons allaités

Les nouveau-nés malades ou prématurés seront généralement admis en unité de néonatalogie, et leur alimentation sera décidée au cas par cas. Le lait maternel est recommandé dans toute la mesure du possible, mais des compléments seront nécessaires chez :

- les prématurés de très petit poids de naissance (moins de 32 semaines de grossesse),
- les nouveau-nés souffrant de troubles graves lorsque le lait maternel ne suffit pas à couvrir leurs besoins. Les nouveau-nés en assez bonne santé pour pouvoir rester avec leur mère en maternité auront très rarement besoin de compléments. Ces derniers ne seront indiqués que chez :
- les nouveau-nés dont la mère est gravement malade et qui ne peuvent être mis au sein (psychose, éclampsie...),
- les nouveau-nés présentant des anomalies congénitales du métabolisme, pour qui une alimentation spécifique est indispensable,
- les nouveau-nés souffrant de déshydratation aiguë, lorsque le lait maternel ne suffit pas à fournir une hydratation suffisante,
- les nouveau-nés souffrant d'hypoglycémie (après vérification de leur glycémie), lorsque le lait maternel ne suffit pas à maintenir une glycémie appropriée,
- les nouveau-nés dont la mère suit un traitement médicamenteux contre-indiquant l'allaitement (anticancéreux, isotopes radioactifs...).

Le don de compléments devra être accompagné de mesures destinées à stimuler la sécrétion lactée maternelle, en vue du moment où la mère pourra mettre son bébé au sein.

Extrait de "Auto-test pour les services envisageant de devenir Hôpitaux amis des bébés".
La Leche League. Nov. 1997.

7/Structures ressources

Dans le département du Rhône

1. Pour les professionnels de santé

• Coordination du Rhône pour la promotion de l'allaitement maternel:

ADES du Rhône, 71, quai Jules Courmont, 69 002 Lyon

Tel : 04 72 41 66 01 - info@adesr.asso.fr www.adesr.asso.fr

Groupe de travail constitué depuis 1997 qui rassemble des professionnels de santé, des institutions et des associations.

• IPA, Information pour l'allaitement :

12 avenue de Saxe, 69 006 Lyon - Fax : 04 37 41 10 97

info@info-allaitement.org www.info-allaitement.org

Association d'information et de documentation sur l'allaitement maternel.

• Lactarium Rhône-Alpes : Hôpital Debrousse,

29 rue Sœur Bouvier, 69 005 Lyon - Tel : 04 72 38 55 67

Banque de lait humain destiné aux enfants hospitalisés.

• Service santé prévention du Conseil général du Rhône :

149 rue Pierre Corneille, 69 003 Lyon - Tel : 04 72 61 78 40

(Bureau "Éducation pour la santé - Santé communautaire")

Anime un groupe de travail interne constitué de professionnels des Maisons du département du Rhône.

2. Soutien aux mères

• Galactée : 4 rue Bodin, 69 001 Lyon - Tel : 04 72 07 01 00 -

GALACTEE.LYON@wanadoo.fr

Association de soutien de l'allaitement maternel.

Propose des réunions de mères et une permanence téléphonique pour répondre à leurs questions 7j/7.

• Service santé prévention du Conseil Général du Rhône :

Permanence téléphonique tous les mardis de 9h à 12h pour répondre aux questions des mères.

Actions spécifiques dans certaines maisons du département du Rhône. Rens. au 04 72 61 78 40

(Bureau "Éducation pour la santé - Santé communautaire").

Au niveau national

1. Organismes de formation, d'information

pour les professionnels de santé

• ADLF, Association des lactariums de France :

Lactarium de Paris, 26, Bd Brune, 75 014 Paris - Tel : 01 40 44 39 14

• Association française des consultant(e)s en lactation : 38 avenue Barthélemy Buyer, 69 005 Lyon

- Tel : 04 78 25 62 22

SBALMER@ifrance.com

• CFDM, Centre de formation et de documentation sur

l'allaitement maternel : Maternité, 76 170 Lillebonne

Tel : 02 35 96 39 24 (soir et mercredi) cfdam@wanadoo.fr

• COFAM, Coordination française pour l'allaitement maternel :

52 rue Sully, 69 006 Lyon - Tel/Fax : 04 78 93 02 08

cofam@wanadoo.fr www.coordination-allaitement.org

• Co-naître : L'Escandihado, route de la Bonde, 84 120 Pertuis

Tel : 06 09 52 53 79 (13h-18h) contact@co-naitre.net www.co-naitre.net

• IPA, Information pour l'allaitement (cf. ci-contre)

• La Leche League France : BP 18, 78 620 L'Étang la Ville

formation@llfrance.org www.llfrance.org

Formation, Tel : 01 30 96 08 01 - Documentation, Tel : 01 43 08 56 02

• Médialactée : 7 place du Maréchal Foch, 80 480 Dury

contact@medialactee.com www.medialactee.com

• SESAM, Société européenne pour le soutien à l'allaitement

maternel : 6 rue Jarente, 75 004 Paris - Tel : 01 42 77 74 37

www.allaite.com formation@allaite.org

2. Soutien aux mères

- La Leche League France : Propose sur toute la France, des réunions de mères et un soutien téléphonique. Pour connaître le numéro des animatrices de garde, appeler le 01 39 584 584
 - Solidarilait : 26 boulevard Brune, 75 014 Paris
contact@solidarilait.com www.solidarilait.com
- Pour obtenir les coordonnées de l'antenne la plus proche ou joindre une animatrice, appeler le 01 40 44 70 70

9/POUR EN SAVOIR PLUS

Professionnels de santé

- Pour un allaitement réussi - Physiologie de la lactation et soutien aux mères
Royal college of midwives (traduction de l'anglais)
Édition Masson - 1998
- Traité de l'allaitement maternel
La Leche League - 1999
- Médicaments et allaitement
Bruno de Schuiteneer et Bart de Coninck
Librairie Arnette - Paris - 1996 - Tél. 01 45 49 65 00
- Dossiers du CNHIM - Médicament et allaitement
Centre national d'information sur le médicament hospitalier, Paris, Tél. 01 44 08 77 77
- Dossiers de l'allaitement
Trimestriel - La Leche League
- Breastfeeding and human lactation
J. Riordan, KG Auerbach - Édition Jones & Barlett - 1999
- Puériculture et pédiatrie
Collection sous la direction de Louis Kremp
Édition Lamarre - 2000
- Breastfeeding - natural fertility control/LAM : an effective option
B. Gross, : NMAA International Conférence Proceedings. 1997 : 88-93. B Rev : 1998

Grand public / tout public

- L'allaitement
Marie Thirion - Édition Albin Michel - 1994
- L'allaitement de mon enfant
Marie-Dominique Linder et Catherine Maupas
Édition Parents Hachette - 2000
- L'allaitement tout simplement
Édition LLL - 1996
- L'art de l'allaitement maternel
Édition LLL - 1995
- Guide de l'allaitement maternel et du sevrage
Pascale Walter - Édition Syros - 1995
- Allaiter
Sous la direction de Patrick Ben Soussan
Édition Erès - 1999
- La voie lactée
Claude Didierjean-Jouveau
Édition Jouvence - 1999
- Le sein dévoilé
Dominique Gros
Édition Marabout - 1988
- Compétences du nouveau-né
Marie Thirion - Édition Albin Michel - 1994
Édition Poche - 1997

Remerciements

Nous remercions, pour leur soutien financier :

- la Fondation de France
- le Ministère délégué à la santé
- le Conseil général du Rhône

Afin de garantir l'indépendance de nos propos, aucun laboratoire n'a été sollicité pour l'élaboration de ce guide.

Comité de rédaction

Anne Bonnard, cadre-puéricultrice - Lactarium Rhône-Alpes, Lyon
Agnès Cintas, sage-femme - Conseil général du Rhône, Lyon
Valérie Deloger, présidente de l'association Galactée, Lyon
Isabelle Lagrut, chargée de projet - ADES du Rhône, Lyon
Juliette Leroy, médecin généraliste - CPEF, Tassin-la-Demi-Lune
Irène Loras-Duclaux, pédiatre gastro-entérologue - Hôpital Edouard Herriot, Lyon
Nicole Mercadier, infirmière puéricultrice - Conseil général du Rhône, Lyon
Anne Partensky, sage-femme surveillante - Clinique de l'Union, Vaulx-en-Velin

Nous remercions également, pour leur participation : Simone Audry, Sylvie Balmer, le Dr Béatrice Bellemin,
Emmanuelle Berthelot, Monique Boutet, Thierry Brialon, le Dr Jacqueline Chabin, Catherine Chambost, Annette Chirat,
Marie-Claude Comby, le Dr Marie-Josée Communal, Marie-Gabrielle Curtet, le Prof. Louis David, Alain Douiller,
Marie-Joëlle Faguin, le Dr Martine Fauvel, Murielle Ferracci, le Dr Frédéric Greil, Catherine Guillon, Catherine Hervé,
Chantal Malfroy-Camine, le Dr Jack Newman, le Dr Christian Peyroche, Jacqueline Robert, Nathalie Roques, Myriam Tignel.

Nous remercions enfin le Docteur Marie Thirion d'avoir accepté de relire le document.

Pour tout renseignement :

ADES du Rhône (association départementale d'éducation pour la santé), 71 quai Jules Courmont, 69002 Lyon