

# L'ALLAITEMENT MATERNEL



septembre 2010

**CHU**Caen  
Pôle Femme-Enfant

Service de Gynécologie Obstétrique  
et médecine de la reproduction  
et Service de Néonatalogie

# s o m m a i r e

■ <u>INTRODUCTION</u>	P 7	
■ <u>LES ENJEUX DE L'ALLAITEMENT MATERNEL</u>	P 9	
Pour l'enfant	p	9
Pour la mère	p	9
Pour la société	p	9
■ <u>PHYSIOLOGIE DE LA LACTATION</u>	P 10	
Embryogenèse	p	10
A la puberté	p	10
Pendant la grossesse	p	11
A l'accouchement	p	12
Après l'accouchement	p	12
Le colostrum	p	14
Le lait de transition	p	14
Le lait mature	p	14
■ <u>CLÉS DE LA RÉUSSITE DE L'ALLAITEMENT</u>	P 17	
En salle de naissance	p	17
Les premiers jours	p	17
Une installation confortable	p	18
Une bonne prise du sein	p	20
Conseils pour favoriser une bonne prise du sein	p	20
Signes que le bébé prend bien le sein	p	20
Observer chez l'enfant les signes de transfert du lait	p	21
Observer chez la mère les signes de transfert du lait	p	21
Bien connaître le comportement du bébé	p	21
Le 1 <sup>er</sup> jour :	p	21
2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> jour :	p	22
Après le 3 <sup>ème</sup> jour	p	22
La "positive attitude" :	p	23
Le professionnel de santé est une personne ressource	p	23
Comment : le "V.I.S.A"	p	23
Les signes que l'allaitement fonctionne bien	p	25

# s o m m a i r e

■ <u>QUESTIONS LES PLUS FRÉQUENTES</u>	P 26
Ai-je suffisamment de lait pour nourrir mon bébé ?	
mon lait est-il nourrissant ?	p 26
Arrive-t-il qu'un bébé refuse de téter ?	p 27
Que faire si mon bébé a des coliques ?	p 28
Que faire si bébé tousse et s'étouffe au sein ?	p 28
■ <u>SITUATIONS PARTICULIÈRES</u>	P 30
Les jumeaux	p 30
La césarienne	p 32
Fente palatine	p 35
la mise au sein est possible	p 35
la mise au sein est problématique voir impossible	p 35
Chirurgie mammaire et allaitement	p 35
Bébé prématuré ou hypotrophique	p 36
Autres situations particulières	p 39
Trisomie	p 39
Frein de langue	p 39
Malformation cardiaque	p 39
■ <u>LES DIFFICULTÉS LES PLUS FRÉQUENTES ET LEURS SOLUTIONS</u>	P 40
MAMELONS DOULOUREUX SANS LÉSION CUTANÉE	p 40
IRRITATIONS CUTANÉES DES MAMELONS	p 41
Elles peuvent se présenter sous la forme	
de gerçures ou crevasses	p 41
Elles peuvent être dues à une mycose	p 42
L'ENGORGEMENT	p 44
Les facteurs déclenchants	p 44
Pour soulager la douleur	p 44
LA LYMPHANGITE	p 45
L'ABCÈS DU SEIN	p 45
TROP DE LAIT/PAS ASSEZ DE LAIT	p 46
Trop De Lait	p 46
Pas Assez De Lait	p 47

# s o m m a i r e

■ <u>TIRER ET CONSERVER SON LAIT</u>	P 48
Choix de l'expression : manuelle ou avec tire-lait	ρ 48
Tire lait et enfant hospitalisé dès la naissance : recommandations pour les mères	ρ 50
Recommandations pour tirer le lait efficacement	ρ 51
Lavage soigneux des mains	ρ 51
Favoriser le réflexe d'éjection	ρ 51
Choix de la bonne tétérèlle	ρ 51
Conservation du lait	ρ 52
Pour l'enfant hospitalisé	ρ 52
A la maison	ρ 53
■ <u>RETOUR AU DOMICILE : QUELQUES CONSEILS GÉNÉRAUX</u>	P 54
Il faut s'assurer que la mère reconnaisse les signes que son bébé prenne suffisamment de lait	ρ 54
Il faut que la mère s'adapte au comportement du bébé	ρ 55
Il faut que le couple ait conscience qu'un soutien peut s'avérer nécessaire	ρ 55
■ <u>RECOMMANDATIONS ET CONTRE-INDICATIONS</u>	P 56
Hygiène de vie	ρ 56
Equilibre alimentaire	ρ 56
Boire à sa soif	ρ 56
Addictions	ρ 56
Le repos et les sorties sont indispensables	ρ 57
Les contre-indications formelles de l'allaitement sont rares	ρ 57
Chez la mère	ρ 57
Chez le nouveau-né	ρ 57
Allaitement et médicaments	ρ 58
Comment choisir un médicament chez la femme qui allaite ?	ρ 58
Le risque du médicament donné à la mère est bien souvent compensé par les énormes avantages d'un allaitement prolongé	ρ 60

# s o m m a i r e

Allaitement et contraception	p	61
Les méthodes non hormonales	p	61
Les méthodes naturelles	p	61
l'aménorrhée de la lactation	p	61
les autres méthodes naturelles	p	62
Les méthodes locales	p	63
les barrières mécaniques	p	63
les barrières chimiques	p	63
Le dispositif intra utérin au cuivre (DIU)	p	64
La stérilisation tubaire	p	64
Les méthodes hormonales	p	65
Les progestatifs	p	65
Les oestroprogestatifs	p	66
La contraception d'urgence	p	67
■ <u>LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT ET LE MOMENT DU SEVRAGE</u>	P	68
Travailler et allaiter	p	68
Le Sevrage	p	70
Le sevrage partiel	p	70
Le sevrage : arrêt définitif de l'allaitement	p	71
■ <u>CONCLUSION</u>	P	72
■ <u>RESSOURCES POUR L'ALLAITEMENT MATERNEL. BIBLIOGRAPHIE</u>	P	75
1. Professionnels de santé, santé publique	p	75
2. Autres ressources	p	76
3. Sites français	p	77
4. Sites internationaux utiles	p	77
5. Revues	p	78
6. Quelques livres	p	78
7. Formations	p	81
8. Diplômes	p	81
9. Associations de soutien aux mères	p	82

 <b>CHU</b> <b>CAEN</b>	<b>MANUEL</b>	<b>FE-MA-001</b>
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL</b> <b>A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01</b> <b>du 30/06/10</b> page 7/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## INTRODUCTION

L'allaitement maternel est source de nutrition pour les bébés ; ce geste simple protège la vie des enfants dans le monde.

Le lait maternel a des fonctions nutritives et des fonctions non nutritives.

C'est un liquide qui s'adapte en permanence aux besoins métaboliques, nutritionnels et immunologiques de l'enfant.

**Le lait maternel est inimitable :**

Il est riche de tous les éléments nutritionnels nécessaires au développement, à la protection et à la santé du bébé.

Il lui fournit une ration alimentaire équilibrée et exemplaire.

Sa composition se modifie au fil du temps heure par heure, jour après jour, elle suit l'évolution des besoins physiologiques de l'enfant au cours de la journée, des semaines et des mois.

La décision d'allaiter appartient aux parents.

Les professionnels de santé doivent toujours être compétents pour les informer.



 CHU C A E N	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	
	Version 01 du 30/06/10 page 8/82	
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

Le lait humain est le lait, par définition destiné aux nouveau-nés humains. C'est le seul qui soit totalement adapté à sa physiologie, il est :

- le plus digeste,
- le plus commode (pas de manipulation, température adéquate),
- le plus économique. (allaitement artificiel évalué à 653 euros pour 6 mois pour la famille contre 138 euros pour un allaitement au sein<sup>1</sup>).

Il possède un rôle protecteur : présence d'anticorps et mise en place d'une flore intestinale acide et polymorphe empêchant l'installation de germes pathogènes.

Il contient des lipides en grande partie insaturés, des glucides adaptés au nourrisson (lactose et oligosaccharides).

Sa charge osmotique est faible entraînant un moindre travail rénal.

Le calcium et le fer du lait maternel sont mieux absorbés que ceux contenus dans le lait de vache.

Il évolue avec l'âge de l'enfant et constitue la référence pour son alimentation pendant les premiers mois de sa vie.



<sup>1</sup> Source Bitoun P 1994 et Leclercq AM 1996 « ANAES, service de recommandations et références professionnelles » Mai 2009, page 139, 140.

	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 9/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Les enjeux de l'allaitement maternel

Ils sont considérables.



### Pour l'enfant

Le bénéfice de l'allaitement en matière d'infections est important. Les enfants allaités feront peu d'infections respiratoires, ORL et intestinales et si elles surviennent, celles-ci seront sans gravité. Le lait maternel est un facteur essentiel de prévention des infections. Il joue un rôle protecteur contre certaines allergies, en particulier l'eczéma du nourrisson, l'intolérance au gluten et les maladies inflammatoires du tube digestif.

Le risque d'obésité, de carence en fer, de diabète insulino-dépendant est moindre. Grâce aux acides gras qu'il contient, il favorise le développement psychomoteur et le développement visuel de l'enfant.

### Pour la mère

L'allaitement permet une moindre perte sanguine en favorisant la rétraction utérine, une perte de poids plus rapide, et à long terme une diminution de l'ostéoporose, des cancers du sein et des ovaires.

Il convient de souligner l'importance affective de l'allaitement maternel, premier mode de communication entre la mère et son enfant.

### Pour la société

Les enjeux de l'allaitement maternel sont considérables, diminution des dépenses de santé infantiles et maternelles, moindre absentéisme parental (coût évalué à 1800 euros /an / famille<sup>2</sup>).

Il prend une large part à la mise en place de la relation mère-enfant très importante pour la formation de la personnalité et pour l'avenir de l'enfant.

---

<sup>2</sup> Source Bitoun P 1994 et Leclercq AM 1996

 CHU C A E N	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10
		page 10/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

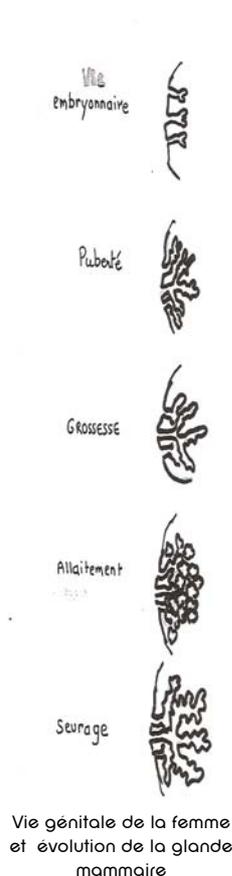
## Physiologie de la lactation

### Embryogenèse

A 1 mois de la vie embryonnaire, deux traînées blanchâtres apparaissent : c'est la ligne lactée qui va de l'aisselle jusqu'à l'aîne. A 2 mois, les traînées deviennent saillantes : ce sont les crêtes mammaires.

A 6 mois, celles-ci se résorbent pour donner 2 bourgeons : ce sont les futurs mamelons. Un ou plusieurs mamelons surnuméraires peuvent persister sous l'aisselle ou sous le sein (résorption incomplète de la crête). A ce terme, se forment des canaux creux, séparés et disposés en rayons dans le sein, appelés canaux galactophores. Ces canaux sont déjà opérationnels. Après la naissance, quelques nouveau-nés ont les seins qui gonflent en réaction aux hormones maternelles. La construction de base « canaux galactophores connectés à un mamelon » est identique pour les deux sexes.

### A la puberté



Les hormones mâles arrêtent définitivement l'évolution de la glande chez les garçons.

Chez la jeune fille, la glande mammaire se développe sous l'action de différentes hormones. Le mamelon devient saillant et l'aréole s'élargit avec un développement maximal à la puberté.

Les œstrogènes vont jouer un rôle important dans le développement des canaux galactophores qui s'allongent et se ramifient et convergent vers le mamelon ; 4 à 18 canaux débouchent séparément à l'extrémité du mamelon par un pore. La progestérone va faire apparaître les bourgeons glandulaires : futurs acini (cellules productrices) disposés par petites grappes en lobule le long des canaux. Ces acini sont encore clos et refermés sur eux-mêmes, et ne se déplissent que lors d'une grossesse.

A chaque canal est associé un lobe. Le lobe est donc une unique et importante branche d'alvéoles et de canaux galactophores.

La taille glandulaire est sensiblement identique chez toutes les femmes ; la grande différence de la taille des seins d'une femme à l'autre est essentiellement due à la quantité de tissu graisseux que celui-ci contient.

A chaque cycle menstruel la sécrétion importante d'œstrogènes et de progestérone permet la poursuite du développement du sein.

 CHU C A E N	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 11/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Pendant la grossesse :

« Le sein s'alourdit, les lobules se développent, les acini se multiplient et croissent par grappes de 10 à 100, formant de petits lobules de 0,1 à 1 millimètre de diamètre. Vingt à quarante de ces lobules disposés le long d'un canal forment un lobe.

Le sein d'une femme contient 15 à 25 lobes qui débouchent chacun dans le mamelon par un pore séparé ».

Dans les seins d'une femme, il y a 6000 à 200000 acini prêts à fonctionner ; ils produisent les précieuses gouttes de lait.

Si le volume du sein croît (son poids double, voire triple), l'aréole aussi augmente ; celle-ci est plus foncée pendant la grossesse et les premiers mois de lactation, créant ainsi un repère visuel pour le bébé.

Les tubercules de Montgomery (4 à 28 sur chaque sein) grossissent ; ils produisent des sécrétions odorantes qui pourraient constituer un signal olfactif pour inciter le bébé à téter et qui aurait également un effet lubrifiant et protecteur de l'aréole.

La vascularisation mammaire augmente en fin de grossesse et encore au début de la lactation. Les veines sous-cutanées, plus apparentes pendant la grossesse forment un cercle péri-mamelonnaire quasi constant.

Les hormones sont à l'origine de l'évolution des seins :

Les œstrogènes permettent aux canaux galactophores de s'allonger et de se ramifier.

la progestérone, la prolactine et l'hormone lactogène placentaire permettent la multiplication des acini, ceux-ci se déplissent et s'agrandissent.

Le développement de la glande et la sécrétion du colostrum constituent la mammogénèse.

Dès le début de la grossesse, il existe une prolifération intense des vaisseaux sanguins et lymphatiques qui viennent s'organiser autour des alvéoles. Le développement de cet arbre vasculaire vient ainsi répondre à celui de l'arbre sécrétoire. Des cellules épithéliales ou lactocytes apparaissent progressivement en prenant la place du tissu adipeux et s'organisent en alvéoles.

Tout au long de la gestation, l'épithélium mammaire n'est pas complètement étanche et une partie des protéines sanguines, en particulier les immunoglobulines, filtre entre les cellules. Les acini sont fragiles, leur paroi a une structure mono-cellulaire sans aucune résistance à la pression (une hyper pression occasionnée par un engorgement peut entraîner une nécrose alvéolaire).

Autour de l'arbre sécrétoire un réseau de fibres musculaires se développe également : des cellules myoépithéliales se disposent autour des acini, des capillaires et des canaux galactophores.

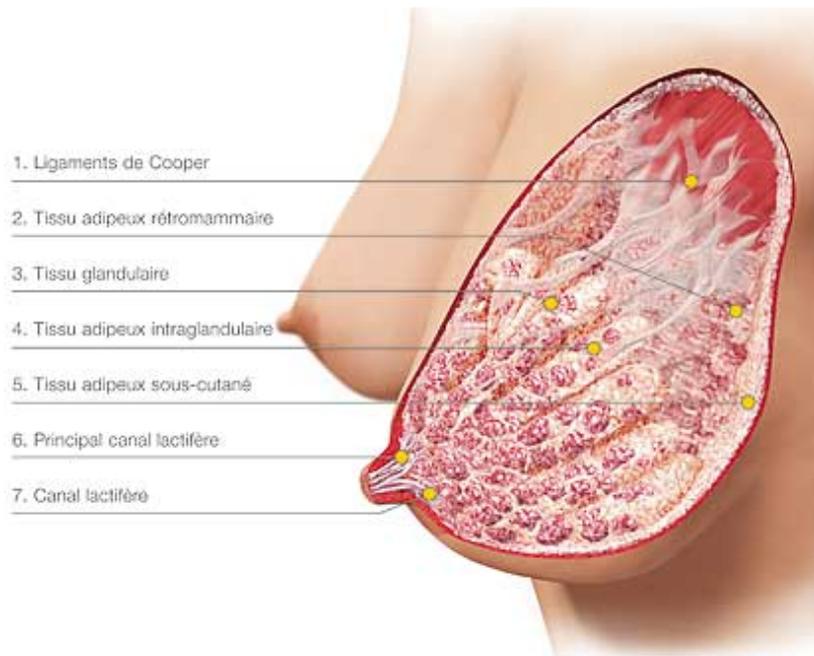
	<b>MANUEL</b>	<b>FE-MA-001</b>
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01 du 30/06/10</b> page 12/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

*A partir du quatrième mois, les seins peuvent fonctionner ; il y a un passage passif d'éléments du plasma vers les acini et inversement.*

*Dès le 4ème mois de grossesse, la glande mammaire est capable de fabriquer un premier lait riche en protéines (immunoglobulines) et pauvre en lipides : le colostrum.*

*Le colostrum se forme progressivement.*

*Il est stocké au niveau des milliers d'alvéoles. La progestérone, en inhibant la prolactine, empêche la fabrication de lait mature.*



*Coupe du sein. © MEDELA AG*

## **A l'accouchement**

*Le colostrum est présent. C'est au niveau du mamelon, par des petits trous presque invisibles, les pores, qu'il sera libéré. Il y a autant de pores que de canaux. Le mamelon est comme « une pomme d'arrosoir ».*

## **Après l'accouchement**

*La chute du taux sanguin de progestérone, provoquée par l'expulsion du placenta, permet la libération de prolactine et donc la fabrication du lait de transition dans les acini.*

*Ce lait deviendra progressivement « mature ».*

*La « montée de lait » survient grâce à la diminution du taux de progestérone.*

*La succion efficace du nouveau-né permet la libération de la prolactine par l'antéhypophyse et de l'ocytocine par la post-hypophyse.*

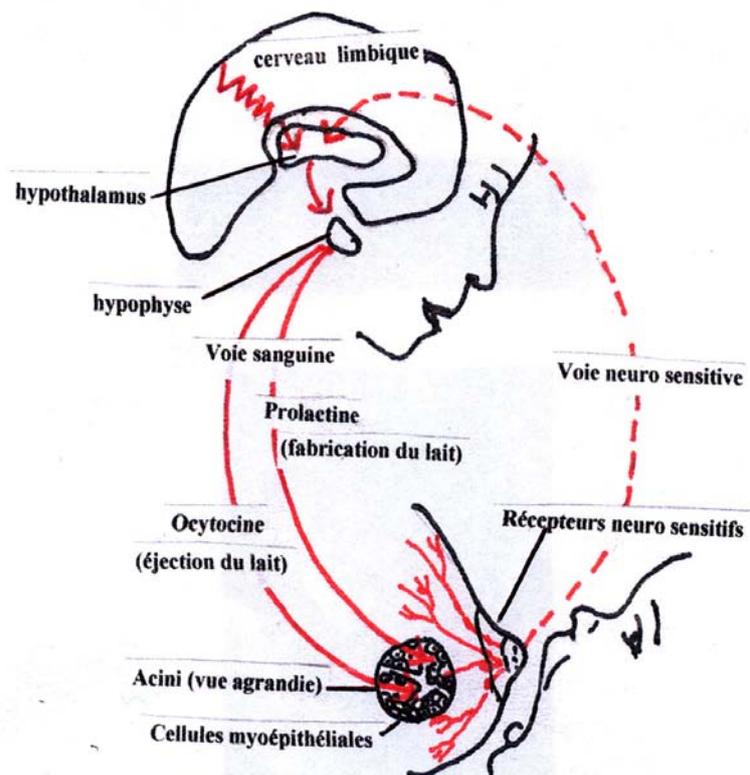
	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 13/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

L'ocytocine provoque la contraction des cellules myoépithéliales situées autour des alvéoles et déclenche l'éjection du lait dans les canaux. La prolactine permet la fabrication du lait par les lactocytes et est indispensable à l'entretien de la lactation.

*La production d'ocytocine et de prolactine est favorisée par la proximité mère-enfant et par le contact peau à peau (les sens de la vue, du toucher, de l'odorat et de l'ouïe sont sollicités). En cas de stress et de douleur, la sécrétion d'ocytocine peut être fortement diminuée et ainsi limiter le réflexe d'éjection et l'arrivée du lait au bébé. C'est pourquoi il est important d'être attentif aux émotions et au confort de la mère.*

*D'autres hormones participent à la fabrication du lait : corticoïdes, insuline, hormones thyroïdiennes.*

relation cerveau/sein (feed-back)



**Physiologie de la tétée Arc réflexe**

*Il existe un rétro-contrôle négatif (le F.I.L., Facteur Inhibiteur de la Lactation).*

Le contrôle central, endocrine, n'explique pas à lui seul la régulation de la production de lait. Un autre contrôle local, autocrine, régule la production de lait de manière indépendante pour chaque sein.

Le F.I.L inhibe la production de lait tant qu'il reste un important volume de lait dans les alvéoles.

Tous les facteurs qui limitent l'extraction de lait, entraînent une baisse du lait produit.

	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 14/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Le colostrum

Il est riche en protéines (23g/l), sels minéraux et facteurs immunologiques, tout en étant d'une moindre valeur énergétique, adaptée au nouveau-né à terme. Il contient des immunoglobulines, en particulier les IgA sécrétoires qui assurent une protection contre de nombreux virus et bactéries. Le lysozyme (enzyme provoquant la lyse des bactéries en coupant leur paroi), présent en grande quantité, possède également un pouvoir bactéricide.

Il existe une synergie d'action du lysozyme avec les IgA.

La concentration d'IgA du colostrum est 4 fois supérieure à celle du sérum.

Le colostrum facilite la mise en place d'une flore riche en bifidobactéries non pathogène dans le tube digestif.

### Intérêts du colostrum :

- favorise la maturation digestive (hormones de croissance).
- évite les déshydratations du nouveau-né et une perte de poids trop importante (sels minéraux)
- facilite l'émission du méconium diminuant ainsi le risque d'ictère (laxatif).
- protège contre les infections.

## Le lait de transition

C est le nom donné au lait maternel de 7 à 10 jours jusqu'à 2 semaines après l'accouchement. Il se caractérise par un enrichissement en lipides, en lactose et en vitamines hydrosolubles (C & B). Il contient 16g/l de protéines.

## Le lait mature

*Il couvre à lui seul les besoins du nourrisson pendant plusieurs mois.* Il contient 8 à 11g/l de protéines. Le rapport caséine sur protéines solubles  $\gamma$  est différent de celui du lait de vache : 40% contre 80% dans le lait de vache, ce qui le rend plus digeste. La lactalbumine, plus abondante dans le lait maternel, contribue à la synthèse de la myéline.

 CHU C A E N	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 15/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

*La lactoferrine*, glycoprotéine capable de fixer le fer, est présente en grande quantité dans le lait maternel. Cette protéine inhibe la croissance de certaines bactéries ferro-dépendantes et des levures en captant le fer indispensable à ces micro-organismes.

*Le lait maternel contient des facteurs favorisant la croissance de lactobacillus bifidus* ; ce micro organisme constitue l'élément dominant de la flore des enfants allaités, il produit des acides organiques, permet ainsi la mise en place d'une flore intestinale acide et polymorphe empêchant l'installation de germes pathogènes.

*Il contient des lipides en grande partie insaturés.*

*Il contient des glucides adaptés aux nourrissons* (lactose et oligosaccharides).

*La charge osmotique faible* entraîne un moindre travail rénal, le calcium est mieux absorbé grâce à un rapport calcium / phosphore optimum.

Au cours de chaque tétée, le lait s'enrichit en graisses au fur et à mesure que les alvéoles se vident. La teneur en graisses dépend de l'efficacité du transfert de lait. Une fois la lactation établie, le principal mécanisme régulateur du volume de lait produit est la quantité de lait consommée par l'enfant. Le sein s'adapte donc à l'appétit de l'enfant et à son rythme.

Il existe pour chaque mère un seuil de fréquence des tétées qui permet d'entretenir la lactation, variable d'une femme à l'autre ; en dessous de ce seuil, la glande mammaire risque de diminuer sa production et d'involuer.

*Le nombre de tétées est donc très variable d'une mère à l'autre*, des tétées fréquentes seront parfois indispensables pour obtenir le volume maximal de production.

La compréhension de la physiologie de la lactation permet de concevoir les grands principes de la régulation et de la production de lait :

Plus le bébé tète, plus il y a de lait.  
 Plus le sein est vidé, plus il se remplit vite.  
 Plus le sein se vide, plus le lait devient riche.

	<b>MANUEL</b>	<b>FE-MA-001</b>
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01 du 30/06/10</b> page 16/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

Plus les tétées sont fréquentes, plus la vitesse de production est augmentée. (Cela varie de 5,8 à 90 ml/heure [1]<sup>3</sup>).

Le volume de lait produit et la capacité de stockage varient d'une mère à l'autre, et chez une même mère, d'un sein à l'autre. Et plutôt que d'essayer de se conformer à des moyennes, il est souhaitable d'encourager les mères à répondre aux signaux de leur enfant et de renforcer leur confiance en elles.




---

<sup>3</sup> DALY SEJ, OWENS RA, HARTMANN PE. : The short-term synthesis and infant-regulated removal of milk in lactating women. Exp Physiol. 1993; 78:209-20

	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 17/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Clés de la réussite de l'allaitement

Pour la plupart des femmes il est très difficile d'avoir confiance en soi au démarrage de l'allaitement. La femme a le droit, dans cette période, de douter.

L'allaitement est un apprentissage pour la mère et le bébé. C'est à nous, professionnels de donner confiance aux femmes par notre soutien. La mère va gagner en confiance au fil du temps.

Ainsi, la réussite de la mise en place de l'allaitement dépend de deux éléments fondamentaux :

Chez la mère : obtention d'une sécrétion lactée suffisante.

Chez l'enfant : acquisition d'un comportement adapté au sein (état d'éveil optimal, bonne prise du sein et tétées efficaces).

### En salle de naissance :

Tous ses sens sont en éveil. Profitons de ses 2 premières heures de vie pour un premier rendez-vous sensoriel de quelques instants ou plus.

C'est une période propice, un moment d'approche. Le bébé découvre le contact, l'odeur, le froufrou. Le laisser chercher : approcher sa bouche du sein mais ne pas le forcer. C'est une première prise du sein sans objectif nutritif. C'est une tétée PLAISIR à inscrire dans sa mémoire pour qu'il n'ait qu'une envie : y revenir !



### En salle de naissance ou au bloc opératoire

Faciliter l'allaitement durant la première heure après la naissance et permettre un contact peau à peau entre la mère et l'enfant jusqu'à ce que la première tétée ait eu lieu.

	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 18/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Les premiers jours :

Aider la maman à s'installer confortablement et à faire prendre le sein de façon efficace.

Accompagner la maman dans l'observation de son bébé, dans la connaissance et le respect de son comportement (cf. p 16).

Lui permettre de proposer le sein de façon illimitée.

### Une installation confortable permet :

- une diminution de la douleur (en cas de périnée douloureux, césarienne,...)
- une détente de la mère, permet une bonne production d'ocytocine.

D'où l'importance de connaître et d'utiliser différentes positions afin d'adopter la plus confortable, la plus pratique ou la plus pudique, et l'adapter à chaque situation.



Ballon de rugby



Madone inversée



Madone classique



Madone inversée avec l'aide du coussin



position allongée



position verticale

Favoriser une bonne prise du sein c'est :

- Prévenir les crevasses.
- Permettre une bonne stimulation de l'aréole.

**Rappel :**

Prolactine => production de lait

Ocytocine => éjection du lait

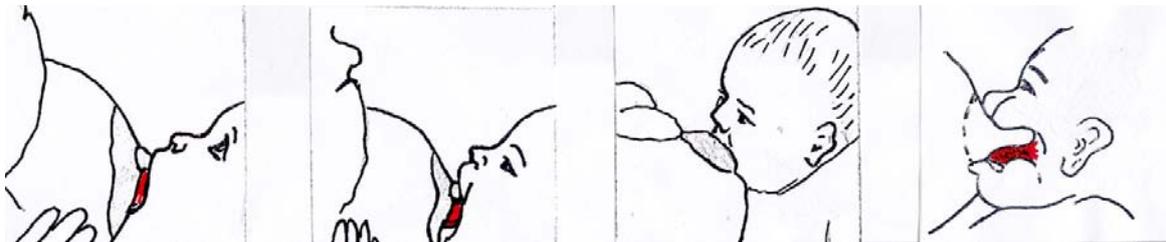
Bonne vidange du sein=Diminution du FIL(Facteur Inhibiteur de la Lactation)

	MANUEL	FE-MA-001
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01 du 30/06/10</b> page 20/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Une bonne prise du sein :

### *Conseils pour favoriser une bonne prise du sein*

- 1) La mère doit être bien installée (il est possible de changer de position doucement quand l'enfant est au sein !)
- 2) Elle tient son bébé sur l'avant bras (et non pas dans le plis du coude) ou en " madone inversée." (Voir pages précédentes).
- 3) La mère propose le sein de sorte que la lèvre supérieure du bébé soit face au mamelon.
- 4) Elle attend que le bébé ouvre grand la bouche, sa langue vers le bas (elle peut l'encourager en effleurant sa lèvre supérieure avec le mamelon)
- 5) Elle approche rapidement le bébé sur le sein, bouche grande ouverte, le menton en premier. Le bébé prend ainsi une large partie de l'aréole et le mamelon se place vers la



voûte du palais du bébé.

### *Signes que le bébé prend bien le sein.*

- Le bébé ouvre grand la bouche sur le sein.
- Le menton du bébé est collé au sein, le nez est ainsi dégagé.
- La tétée n'est pas douloureuse après quelques suctions de départ.
- On observe plus d'aréole au niveau de la lèvre supérieure que de la lèvre inférieure (la prise du sein est asymétrique).
- Les joues du bébé ne se creusent pas quand il tète.
- Les lèvres sont éversées.
- On observe un schéma de succion /déglutition /respiration à un rythme soutenu avec des pauses. Les déglutitions sont audibles.
- L'enfant lâche le sein de lui-même quand il est rassasié.



	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 21/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

### *Observer chez l'enfant les signes de transfert du lait*

- alternance de succion/déglutition/respiration à un rythme soutenu, ceci entrecoupé de pauses périodiques,
- déglutitions audibles,
- mains et bras relâchés après la tétée,
- bouche humide.

**Ne pas se satisfaire uniquement de la constatation d'un bébé calme**

### *Observer chez la mère les signes de transfert du lait*

- le sein s'assouplit durant la tétée,
- relaxation et somnolence,
- soif,
- contractions utérines ou un flux accru de lochies durant ou après la tétée,
- le lait coule du sein opposé pendant la tétée,
- le mamelon est allongé mais ni pincé ni abrasé après la tétée.

L'observation d'une tétée par le professionnel permettra d'apprécier « que l'allaitement se déroule bien ».

### Bien connaître le comportement du bébé

*(Pour un bébé né à terme avec un poids normal et sans hypothermie, sinon voir le chapitre « Situations particulières »)*

#### **Le 1<sup>er</sup> jour :**

De la naissance à 2 heures, le nouveau-né est généralement éveillé et avide de contact. Cette période est propice à la première tétée. Dans la mesure du possible on laisse le bébé cheminer vers le sein sans le forcer. La première tétée n'a pas besoin d'être efficace.

 CHU CAEN	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 22/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

Le premier jour, le bébé « récupère ». La mère observe plus de sommeil que d'éveil. On peut suggérer à la mère de le réveiller dans la phase de sommeil léger (mouvements rapides des globes oculaires sous les paupières closes, mouvements de succion, mouvements des bras et des jambes). Elle peut le stimuler pour qu'il tète lors de ces premières 24 heures.

### *2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> jour :*

C'est la période du colostrum. L'enfant se réveille et recherche le contact de sa mère, surtout la nuit.

Les tétées sont fréquentes et sans horaires précis. Répondre à la demande permet une montée laiteuse harmonieuse (cela évite les engorgements). Une mère avertie pourra plus facilement s'adapter à cette situation déconcertante.

### *Après le 3<sup>ème</sup> jour :*

L'adaptation sera progressive et il faut bien 1 à 2 semaines pour que l'allaitement passe en vitesse de croisière.

Pendant ce temps, il se peut que l'enfant demande à téter très souvent, 8 à 10 fois par jour voire plus. Il a été remarqué que l'enfant tète plus fréquemment entre 14 h et 2 heures du matin. La tétée nocturne est importante puisque le taux de prolactine est multiplié par 2 pendant la nuit.

Une fois la lactation bien démarrée, certains enfants ont besoin de boire souvent, d'autres moins.

### La durée :

*Combien de temps doit durer une tétée ?*

Chaque couple mère-enfant est différent ; il doit être vu comme unique. Il faut parfois plusieurs minutes à l'enfant pour amorcer l'éjection de lait, parfois celle-ci est immédiate. Il est donc tout à fait inapproprié de chercher à définir des normes et encore plus de chercher à les imposer.

Une tétée peut durer de 5 à 35 minutes.

*Il est donc important d'observer le bébé pendant qu'il tète pour s'assurer de l'efficacité de la tétée : Cf. chapitre III.2.b),c), et d)*



 CHU CAEN	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 23/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## La « positive attitude »

- « Aurais-je assez de lait » ?
- « Mon lait est-il assez bon » ?
- « Et mes seins » ?
- « Oserais-je allaiter en présence de mes visites ? »

## Le professionnel de santé est une personne ressource :

Son rôle est de soutenir, rassurer, préserver l'intimité et mettre en confiance les mères.

Les mots utilisés ont un impact souvent déterminant. Faire des phrases positives et éviter d'utiliser le « mais » ; lui préférez le « et ».

Exemple : votre bébé est bien tourné vers vous, « mais » (et) il prendrait plus facilement le sein si vous l'approchiez plus près.

## Comment ?

- en utilisant un outil pour les professionnels : le « V.I.S.A »

- V = valoriser
- I = informer
- S = sécuriser/soutenir
- A = accepter

**Valoriser** : faire preuve d'empathie si la mère est en souffrance, par exemple face à un bébé qui pleure beaucoup :

- « Oui c'est difficile d'entendre son bébé pleurer »...
- « Voulez-vous que l'on réfléchisse ensemble à cette situation »...

**Informer** : ce n'est pas conseiller, c'est partager des faits ; donner des conseils c'est douter ; donner de l'information, c'est faire confiance ;

Éviter de commencer ses phrases par « Vous devriez... » « Il faudrait que... ».

Préférez « Aimeriez-vous savoir ce que d'autres mères ont fait dans une situation semblable ? » ou « Que penseriez-vous de... ? »

**Sécuriser** : « Nous allons essayer de faire notre possible pour trouver une solution qui vous convienne »

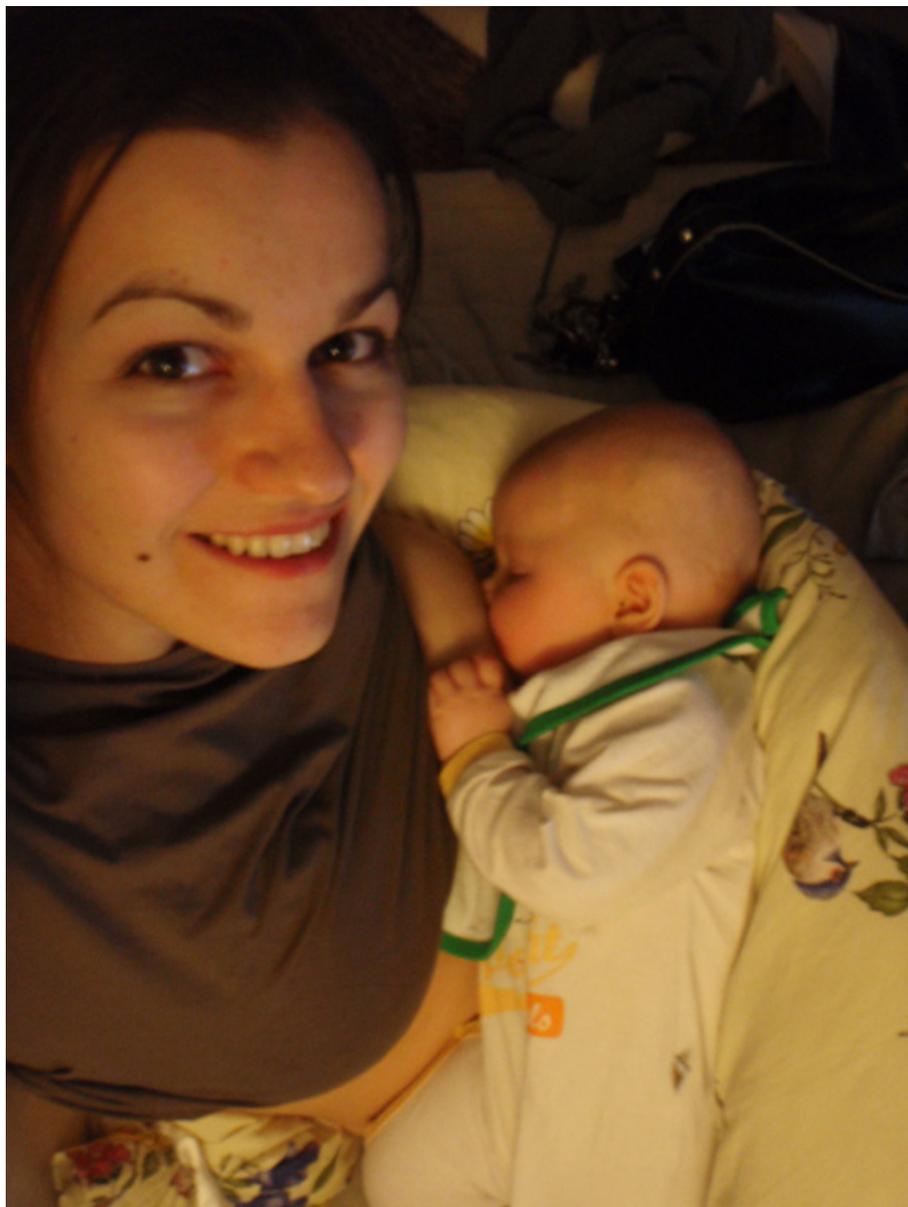
**Accepter** : admettre les différences et répondre sans juger.

Il n'est pas nécessaire d'être d'accord avec la mère ou d'approuver ses choix pour l'aider efficacement. Jusqu'à preuve du contraire, la mère a toujours de bonnes raisons d'exprimer ses difficultés. La réponse doit s'adapter à la situation du moment. Prendre du temps pour écouter la mère peut l'aider à trouver elle-même la solution appropriée.

	MANUEL	FE-MA-001
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01 du 30/06/10</b> page 24/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

Dans le cas d'une situation complexe, si une mère soulève plusieurs problèmes à la fois, ne pas la surcharger d'informations. Commencer par ce qui est le plus important pour cette mère et ce bébé. Débuter par une suggestion simple et offrir peu à peu de l'information supplémentaire.

N'oublions pas que toute forme de stress diminue la production d'ocytocine !  
Cf. chapitre « *Physiologie de la lactation* »



	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 25/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

### Les signes que l'allaitement fonctionne bien le premier mois

Chez la mère	Chez le nouveau-né
<p><b>Signes de flux d'ocytocine :</b> (variables d'une femme à l'autre, voire absents) Sensations dans les seins. Durcissement du mamelon. Écoulement de l'autre sein. Les premiers jours, contractions utérines et lochies abondantes pendant et après les tétées. Apaisement, détente en fin de tétée.</p>	<p><b>Signes de succion efficace :</b> Bonne prise du sein Rythme de succion ample et lent en salves prolongées Déglutition au rythme des mouvements des suctions  <i>Perte de poids inférieure à 7% durant les 3 premiers jours<sup>4</sup></i></p>
<p><b>Signes de transfert de lait :</b> Assouplissement du (ou des )sein(s) en fin de tétée Sensation de soif</p>	<p><b>Signes de transfert de lait :</b> Elimination du méconium en 3 jours environ Puis selles fréquentes, liquides ou molles, jaunes ou vertes (au moins 3 selles par jour pendant le 1<sup>er</sup> mois) Urines fréquentes et claires (au moins 4 à 6 couches mouillées par jour à partir de J4)</p>
<p><b>Rythme des tétées :</b> La mère sait reconnaître les petits signes montrant que son bébé est prêt à téter. Elle lui présente le sein à la demande Les tétées ne sont limitées ni en fréquence, ni en durée.</p>	<p><b>Rythme des tétées :</b> Le nouveau-né se réveille pour téter au moins 8 fois par 24 heures. Si moins, à évaluer avec la courbe de poids. Il est actif pour prendre le sein ; il est prêt à téter en éveil calme, il présente des signes de recherche active, il ouvre la bouche et sort la langue.</p>
<p><b>Etat des seins entre les tétées :</b> Les premiers jours, les mamelons sont sains même s'ils sont sensibles. A partir de J3, ou plus, les seins sont plus volumineux mais modérément tendus et non douloureux, le sein s'assouplit durant la tétée. Après la tétée, le mamelon est allongé mais pas pincé ni abrasé.</p>	<p><b>Etat global du bébé :</b> Courbe de poids ascendante après J4 (minimum de 150g/semaine à apprécier avec le reste de l'examen).  <i>Reprise du poids de naissance au plus tard à J10</i></p>

<sup>4</sup> in ILCA, INTERNATIONAL LACTATION CONSULTANT ASSOCIATION, Guide Clinique pour l'Etablissement d'un Allaitement Exclusif, traduction Lactitude, juin 2005, [www.lactitude.com](http://www.lactitude.com)

	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 26/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## QUESTIONS LES PLUS FREQUENTES

*Ai-je suffisamment de lait pour nourrir mon bébé ?  
Mon lait est-il nourrissant ?*

Beaucoup de mères craignent de ne pas produire assez de lait pour leur bébé. Avec un allaitement à la demande, démarré dans de bonnes conditions, il est exceptionnel de manquer de lait.

Certains jours, le bébé pleure plus souvent et provoque ainsi l'inquiétude de sa mère. La croissance du bébé se fait par phases, c'est-à-dire que certains jours il a besoin de manger davantage. S'il pleure plus souvent, ce n'est pas parce qu'il y a une baisse de la production de lait, mais parce que celle-ci doit s'adapter aux nouveaux besoins de l'enfant.

Il arrive parfois qu'une baisse de lait se produise pendant quelques tétées quand la mère est fatiguée ou stressée, mais celle-ci est temporaire. C'est le bébé qui, en réclamant davantage, va relancer la lactation.

Le repos de la mère va y contribuer également ; ainsi bien stimulé, le sein va augmenter sa production et le bébé va à nouveau espacer ses tétées.

La composition du lait se modifie au fur et à mesure de la croissance du bébé et est donc la mieux adaptée pour lui. Le lait peut être insuffisant en quantité, mais non en qualité.

Dans de rares cas, le bébé souffre vraiment d'un apport alimentaire insuffisant, avec une prise de poids ralentie (cf. chapitre « Pas assez de lait »). Cette difficulté concerne le plus souvent les débuts de l'allaitement car la prise de sein est un peu plus difficile pour le bébé, mais au fil des tétées le bébé deviendra plus habile et apprendra à bien prendre l'aréole dans sa bouche.



Les premiers temps, quelques précautions sont utiles : cf. Page 17

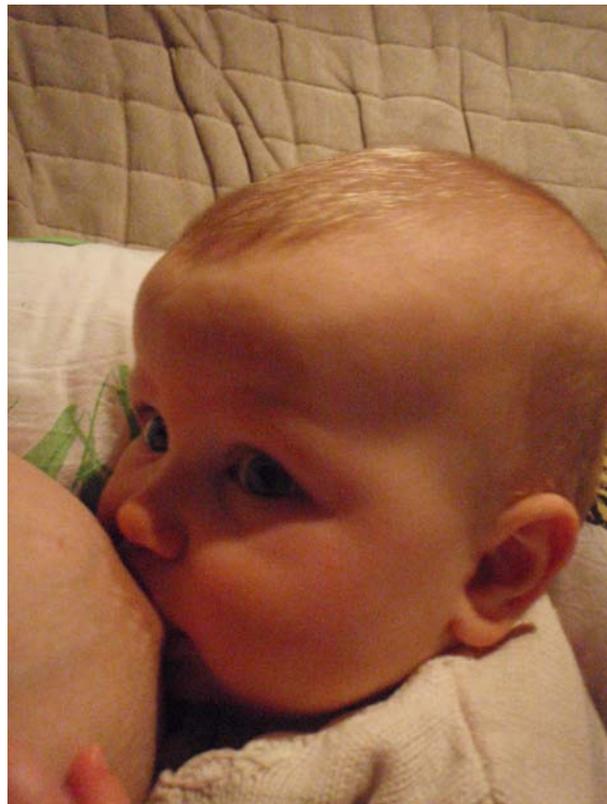
	<b>MANUEL</b>	<b>FE-MA-001</b>
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01 du 30/06/10</b> page 27/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Arrive-t-il qu'un bébé refuse de téter ?

A la naissance, il arrive que certains bébés ne soient pas prêts à prendre le sein.  
(Cf. chapitre III, I)

Si toutes fois le refus s'installe les jours suivants, il faut alors faire preuve de patience et faire confiance aux capacités du bébé. Il est possible de l'aider :

- l'installer souvent en peau à peau,
- **environnement calme**, instaurer un dialogue avec la mère afin de créer un climat de confiance.
- **ne pas le forcer à téter** en lui maintenant la tête contre le sein, mais le laisser libre de ses mouvements.
- **amorcer manuellement l'éjection** du lait et déposer quelques gouttes sur ses lèvres avant de lui proposer le sein,
- **ne pas attendre qu'il soit trop affamé** :  
Si le sein est très tendu, il faut parfois tirer un peu de lait (manuellement ou au tire-lait) pour que la prise de l'aréole soit plus facile.
- **rassurer le bébé** si le lait coule très vite et s'il a du mal à coordonner succion et déglutition : en grandissant, il arrivera mieux à gérer la situation.
- **modifier complètement la position au sein et les conditions de tétée** : luminosité, ambiance, etc., et proposer l'opposé de ce qui a déjà été fait, au cas où le bébé aurait vécu une expérience malheureuse.



 CHU C A E N	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 28/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Que faire si mon bébé a des coliques ?

Fréquemment, les nouveau-nés ont parfois du mal à évacuer les gaz, ce qui les rend un peu douloureux.

Les coliques sont plus fréquentes chez les bébés qui têtent davantage le lactose du début de tétée que le gras de la fin de tétée ; notamment chez les mères qui ont une surabondance de lait et/ou un réflexe d'éjection fort.

Les coliques sont désagréables pour le bébé, mais elles ne sont pas une maladie. Elles ne doivent en aucun cas entraîner le changement de mode d'alimentation du bébé.

### Quelques suggestions pour calmer un bébé qui a des coliques :

- Marcher avec l'enfant (on peut utiliser un porte-bébé ou une écharpe de portage)
- Masser le ventre de bébé
- Se bercer avec le bébé
- Tenir le bébé à plat ventre sur l'avant-bras, l'abdomen posé sur la main
- Prendre un bain chaud et relaxant avec le bébé
- Diminuer les sources de stimulation (télévision, radio, lieux publics)
- Le promener ou le câliner dans un lieu calme

La mère d'un bébé inconsolable a tendance à se sentir inutile, frustrée et incompetente. Il est important de la soutenir et trouver des solutions avec elle.

Toutes les solutions qui améliorent la situation sont acceptables.

## Que faire si bébé tousse et s'étouffe au sein ?

On est en présence d'un réflexe d'éjection fort. Le bébé s'énerve au sein, lâche le sein en pleurant, se cambre... la tétée est moins longue et l'enfant est rapidement rassasié avec un lait riche en lactose et plus pauvre en graisse ; les tétées sont fréquentes. De plus, on peut observer des selles abondantes et vertes et des coliques.

### Les solutions :

- une bonne prise du sein en asymétrie (cf. chapitre bonne prise du sein)
- diminuer le flux de lait en allaitant en position allongée, sur le côté et sur le dos. Cela diminue l'effet de la gravité.
- extraire du lait de début de tétée (riche en lactose)
- proposer les tétées successives sur le même sein

	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 29/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

Les principaux incidents possibles sont regroupés dans ce chapitre : il faut cependant savoir que de nombreux allaitements ne connaissent aucun de ces problèmes.

A chaque situation correspondent des conseils particuliers qui sont variables et adaptables au fur et à mesure de l'évolution de l'allaitement et de la personnalité des mères et des bébés. Le soutien aux mères reste un élément fondamental dans cette prise en charge.



	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 30/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Situations particulières

### Les jumeaux

Les règles générales restent les mêmes que pour l'allaitement d'un seul bébé, à savoir :

- laisser la mère choisir librement
- informer vraiment
- encourager et accompagner sérieusement

Allaiter des jumeaux est indéniablement possible ; il est prouvé qu'un seul sein peut suffire à nourrir un bébé, il est donc aisé d'envisager 2 seins pour 2 bébés.

Durant la grossesse, la glande mammaire est naturellement préparée à nourrir des jumeaux et plus.

#### En pratique

Au quotidien, la mère de jumeaux fait tout en double et parfois en décalage ; fatigue et découragement sont légitimes mais parfois sous estimés par l'entourage. Les difficultés ne sont pas inhérentes à l'allaitement mais à la gémellité.

Un accompagnement de qualité est indispensable au démarrage, à la mise en place et au maintien de l'allaitement.

Dès les premières heures, la présence d'un soignant référent disponible est indispensable pour expliquer, installer et aider la maman dans le choix de positions, de matériel (fauteuil et coussin d'allaitement) afin d'optimiser le confort lors des tétées.

Le retour à domicile doit être organisé. L'aide est indispensable : famille et/ou travailleuse familiale.

Le temps de la tétée permet un temps de pause et de rencontre pour la mère et ses 2 bébés.

Les hormones de la lactation favorisent la détente et le maternage.

A la naissance de jumeaux s'ajoutent souvent d'autres situations particulières : prématurité, césarienne, hypotrophie.



	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 31/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

### Quelques conseils :

L'allaitement au sein peut être exclusif et suffisant mais doit rester un choix personnel. La mère peut allaiter ses bébés simultanément ou l'un après l'autre. L'allaitement simultané devient généralement plus facile lorsque les bébés grandissent et deviennent plus habiles à prendre le sein, il stimule la sécrétion de prolactine, augmente ainsi la production de lait et permet un gain de temps.

Suggérer à la mère de faire des expériences pour trouver ce qui lui convient le mieux.



Les jumeaux étant souvent prématurés, l'un est parfois moins vigoureux que l'autre, on installera le plus tonique en premier ; le deuxième sein coule par réflexe et facilite la tétée pour le deuxième. Si un bébé éprouve de la difficulté à prendre le sein ou à téter, il peut être préférable d'accorder toute son attention à ce bébé pendant la tétée.

#### Un sein par bébé et par jour :

C'est pratique : chaque enfant prendra le même sein à chaque tétée et on change chaque enfant de sein tous les jours. La maman se repère plus facilement pour alterner ; le bébé ne s'habitue pas à un sein en particulier.

Les comportements peuvent être différents d'un bébé à l'autre et d'un jour à l'autre ; les bébés s'y retrouvent.

#### Changer de sein à chaque tétée.

Cette option est plus difficile à gérer.

	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 32/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## La césarienne

L'allaitement est tout à fait possible après une césarienne. Toutefois, les conséquences physiques et psychologiques d'une intervention chirurgicale, parfois non prévue, viennent interférer dans la relation mère-enfant et rendre un projet d'allaitement maternel plus difficile à assumer toute seule.

Le rôle des soignants et du tiers accompagnant est déterminant dans la mise en place de l'allaitement.

Ce qui implique une bonne connaissance des difficultés prévisibles et des solutions à apporter.

Il s'agit de bien informer les mères sur les réalités de la césarienne, tout en apportant une écoute empathique et un soutien compétent, surtout au début où elles sont confrontées à une grande fatigue, à une douleur et une grande dépendance vis à vis de leur entourage.

La première mise au sein risque d'être retardée du fait de la césarienne ; néanmoins, l'installation en peau à peau de façon sûre et confortable du bébé contre sa mère doit être encouragée au maximum et le plus tôt possible. C'est une évolution des pratiques tout à fait compatible avec la sécurité du nouveau-né. Recouvert d'un linge chaud avec un bonnet sur la tête, le nez dégagé, le bébé peut mettre en place la première étape qui est le fuissement.

### L'anesthésique utilisé et les médicaments éventuelles :

En dehors de l'urgence extrême, la plupart des césariennes sont effectuées sous anesthésie loco-régionale.

Avec une rachianesthésie ou une analgésie péridurale, la mère est consciente et peut allaiter son bébé dès qu'elle le souhaite. Elle a simplement besoin d'une équipe investie.

Avec une anesthésie générale, il faut attendre simplement que la mère soit bien réveillée pour allaiter.

La nature des médicaments utilisés, que ce soit pour l'anesthésie ou pour lutter contre la douleur, est généralement compatible avec l'allaitement au sein.

D'autre part, la quantité de colostrum est telle que la quantité de produit avalée ne présente pas de danger pour le bébé.

	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 33/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

### Les premières heures :



La mère est encore sous l'effet de l'analgésie. Elle n'a pas encore le contre-coup et la fatigue accrue. Elle peut donc, avec l'aide de l'équipe, donner des tétées fréquentes et aussi longues que possible. Pour ce faire, le maintien du bébé dans la chambre de sa mère est indispensable.

Comme pour toutes les naissances difficiles ou extractions instrumentales, l'enfant né par césarienne peut avoir besoin de plus de temps pour aller au sein. Il peut également avoir des tensions au niveau du cou et de la mâchoire. Le savoir permet à la maman d'être patiente, de ne pas se décourager.

Le meilleur moyen pour mettre en place des tétées fréquentes et efficaces sera le peau à peau.

### Installation et positions :

Installer la mère et son bébé le plus confortablement possible, avec oreillers, coussins, traversins, draps et serviettes pliées.

Tout d'abord, la maman est soigneusement bordée, son corps calé de toute part. Son bébé sera installé contre elle, sans risque de glisser, ni de rouler en arrière, ni de s'éloigner du corps de sa mère, ni de coller trop profondément son visage contre sa poitrine.

Diverses positions sont proposées. La mère adoptera celles qui lui procurent détente, sécurité et autonomie.

	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 34/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

La plupart des mères sont allongées sur le dos, le bébé sur un coussin en perpendiculaire sur le ventre, la tête sur le sein et les jambes sous le bras opposé.

La position sur le côté est parfois possible, allongée face à son bébé avec des coussins dans le dos pour diminuer les tensions. La jambe supérieure fléchie sur un coussin pour éviter la traction sur la cicatrice et un petit coussin, voire un linge plié, peut être interposé pour éviter les coups de pied sur la cicatrice.



La position demi-assise est possible également, la mère bien calée, sans aucune tension douloureuse.

Au fil des jours, la mère se mobilise mieux, se sent plus à l'aise, peut allaiter assise au fauteuil pour se rapprocher le plus possible de la situation à domicile.

Au delà des particularités de démarrage, allaiter après une césarienne, c'est rencontrer les mêmes difficultés potentielles et vivre les mêmes satisfactions que lors de n'importe quel autre mode d'accouchement.

Il faut simplement garder à l'esprit que la césarienne induit en plus un choc émotionnel pour la mère, surtout en urgence, ce qui rend les choses parfois plus difficiles. Le savoir permet d'écouter, de comprendre et de mieux réagir afin d'aider ces mères à ne pas se sentir dévalorisées, ni découragées. Elles seront plus motivées pour un allaitement qui sera réparateur pour elles. Sécurisées et efficaces, elles se sentent mères à part entière à travers un allaitement réussi.

Et pour le bébé, né « hors norme », être nourri au sein est la meilleure réparation d'une naissance perturbée et la restauration des besoins biologiques évidents.

	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 35/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Fente palatine

Un bébé porteur d'une fente labio-palatine a souvent de la difficulté à boire au sein parce-qu'il lui est impossible de fermer la bouche hermétiquement et d'avoir une succion efficace. La difficulté dépendra de la gravité et de l'emplacement de la fente.

### La mise au sein est possible

Elle doit être faite le plus tôt possible après la naissance. Le bébé doit être en position verticale en introduisant le sein dans la bouche à l'endroit de la fente.

Afin de favoriser l'éjection du lait, masser l'aréole et les seins avant ou pendant la tétée.

### La mise au sein est problématique voir impossible

Il est important de favoriser le peau à peau et le portage du nouveau né ; cela permet de préserver le lien affectif et physique. La mère peut donner son lait par un autre mode d'alimentation en attendant le geste chirurgical (expression manuelle, utilisation du tire-lait). Cela permet d'entretenir la lactation jusqu'à la reprise du sein.

Le lait maternel permet de limiter le risque d'otite et de favoriser la cicatrisation.

## Chirurgie mammaire et allaitement

Dans le cas de chirurgie de réduction mammaire, l'allaitement est envisageable en fonction de la technique opératoire utilisée.

Il semble compromis après la pratique de la technique de « Thorek » qui consiste à une autogreffe de l'aréole, entraînant un déplacement du mamelon et une section des canaux lactifères.

Il reste possible après la technique dite « à pédicule supérieur » qui n'entraîne pas d'autogreffe de l'aréole. Néanmoins, il peut y avoir une insuffisance de lait qu'il faudra considérer<sup>5</sup>.

Il est important d'avoir le compte-rendu opératoire de ces interventions, dans l'idéal avant l'accouchement de façon à pouvoir informer les mères.

Ces situations demandent beaucoup d'accompagnement, de soutien et d'observation, qu'il soit possible ou non pour la mère d'allaiter.

Lorsque la production de lait est insuffisante voire absente, le DAL (dispositif d'aide à l'allaitement) permet à l'enfant d'être alimenté en étant au sein.

Dans le cas de chirurgie esthétique avec implant mammaire, l'allaitement est envisageable.

En effet, l'implant est placé derrière la glande mammaire et n'affecte pas le fonctionnement de cette dernière ; la production peut parfois être insuffisante.

Dans tous les cas, la surveillance clinique doit se porter sur le risque d'engorgement en cas de canaux lactifères non perméables ou comprimés.

<sup>5</sup> Cf. chapitre « Pas assez de lait ».

	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 36/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Bébé prématuré ou hypotrophique

Les articles parus dans la littérature scientifique suggèrent que le lait maternel est source de bienfaits spécifiques pour la santé des prématurés venant s'ajouter à ceux universellement reconnus pour les enfants nés à terme.



Pour les mères, donner leur lait peut les aider à faire face au stress de la naissance prématurée ou à toute autre pathologie néo-natale et les impliquer dans l'accompagnement de leur enfant au sein des services de néonatalogie.

La prévalence de l'allaitement dans cette population est encore basse et parmi celles qui donnent leur lait, beaucoup auront arrêté avant la sortie de l'enfant (de 25 à 75%).

Allaiter son prématuré n'offre ni plaisir ni satisfaction immédiate.

L'accompagnement soutenant de l'équipe est essentiel : les semaines passent et épuisent ces mères ; elles ont souvent trouvé une solution pour se stimuler : une photo de l'enfant à proximité ; il est important de leur permettre de tirer le plus souvent possible près de l'enfant.



Des études ont montré que le prématuré maintient mieux sa température et son niveau d'oxygénation pendant la tétée au sein que pendant la prise du biberon ; la meilleure installation étant le peau à peau.

Les prématurés sont capables d'exercer un certain contrôle sur le flot de lait pendant la tétée au sein ; ce contrôle semble permettre une bonne coordination succion / déglutition / respiration avec poursuite des mouvements respiratoires pendant les salves de succion.

 CHU C A E N	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 37/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

*Il faut que les professionnels réalisent que le lait pré-terme est une vraie mine de santé pour le prématuré.*

I

Il est adapté à ses besoins, riche en enzymes, en acides gras à chaîne moyenne, en sels biliaires ; il facilite une meilleure digestion et absorption des graisses.

Sa composition particulière aura pour conséquence directe de rendre plus aisé le travail des reins et aidera à la maturation cérébrale.

Ce lait est concentré en protéines et très énergétique pour une croissance proche de celle du fœtus .

Les anticorps, les facteurs anti-infectieux et de renouvellement cellulaire protègent le bébé de certaines agressions contre lesquelles il ne pourrait se défendre et diminue le risque d'entérocolite ulcéro-nécrosante.

*L'allaitement au sein invite bébé à travailler le réseau musculaire buccal et le lait maternel développe son sens gustatif.*



### *Quand proposer le sein au prématuré ?*

L'alimentation du prématuré dépend de sa pathologie, de son terme, de son poids et de son âge. La succion peut être rapidement stimulée en donnant au bébé une tétine si possible conçue spécifiquement, ils sont moins stressés, moins agités et leur rythme cardiaque est plus stable.

Dès que le prématuré peut être mis au sein, quelque soit le terme et le poids, il ressent un sentiment important d'intimité et de sécurité. Très rapidement, lors du contact peau à peau, il faut le placer sur le sein ; il va explorer le mamelon, lécher un peu de lait ou téter légèrement le sein, il apprend à reconnaître sa future source

d'alimentation, ce sont des étapes d'apprentissage important, il motive sa mère.



Dès 32 semaines d'âge gestationnel, le prématuré peut coordonner succion, déglutition et respiration. Un démarrage plus précoce des mises au sein chez les prématurés pourrait avoir un impact positif sur le taux élevé d'échec de l'allaitement dans cette population particulièrement vulnérable .

	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 38/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

Il est important de choisir le bon moment pour lui proposer le sein lorsqu'il est éveillé et qu'il a faim.

Prévoir un massage aréolaire pour induire le rythme d'éjection du lait à l'avance, cette préparation économise son énergie.

Le prématuré recherche instinctivement le sein de sa mère mais il se fatigue plus vite ou s'endort après quelques gorgées.

Il faut lui permettre de bien récupérer entre les mises au sein, l'alimentation par sonde sera utile les premiers temps vite relayée par le gobelet ou la paille plutôt que le biberon lorsque l'enfant devient plus autonome et commence à se réveiller.



Boire au gobelet ou à la tasse est une technique que le nouveau né apprend facilement et qui ne perturbe pas la tétée car il boit avec la langue en avant et abaissée.

La tasse est particulièrement adaptée au prématuré.

Quelques aides peuvent lui être apportées. On peut suggérer à la mère de mettre sa main sous le sein pour le soutenir et d'utiliser la compression mammaire pour permettre une meilleure éjection du lait.

En conclusion, très rapidement le prématuré arrivera à faire quelques suctions efficaces ; sa mère reprend confiance en elle et son enfant.

### Bébé relevant de l'unité kangourou

L'unité kangourou doit permettre le maintien auprès de leur mère de nouveaux-nés présentant certaines pathologies ciblées.

Parfois, on peut accueillir les prématurés à partir de 33 semaines sans détresse vitale en unité kangourou : hospitalisation mère-bébé au sein de la maternité avec toute la sécurité nécessaire pour la prise en charge de ces nouveau-nés fragiles.

En l'absence du stress de la séparation mère-enfant, cette unité facilite et améliore la mise en route de l'allaitement maternel : le contact, peau à peau sera privilégié ainsi que la prise en charge globale du couple mère-enfant).

	<b>MANUEL</b>	<b>FE-MA-001</b>
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01 du 30/06/10</b> page 39/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Autres situations particulières

### Trisomie

« La trisomie implique un handicap à vie et c'est sans doute là que l'allaitement et le maternage peuvent le plus aider à nouer les liens mère/enfant, et à découvrir les joies spéciales que, d'après beaucoup de familles, peuvent apporter ces enfants spéciaux». <sup>6</sup>

Les bébés atteints de trisomie sont souvent hypotoniques. Dans ce cas, la mère peut essayer d'intéresser le bébé à téter en le stimulant et en faisant du peau à peau.

Avec le temps et l'entraînement, le tonus musculaire de l'enfant et sa succion vont s'améliorer.

### Frein de langue

Le nouveau-né présente souvent un petit frein de langue court mais souple qui ne gêne pas la succion. L'observation de la tétée permettra d'apprécier le bon déroulement et l'évaluation de celle-ci.

Le mauvais transfert de lait, les pleurs, la croissance insuffisante, les douleurs du mamelon, les lésions et les crevasses sont des signes d'alerte qui amèneront à confier l'enfant au spécialiste.

### Malformation cardiaque

« Les problèmes cardiaques ne compliquent pas vraiment l'allaitement mais inquiètent sur la fragilité de l'enfant ». <sup>7</sup>

Un allaitement reste toujours possible même en cas de séparation mère-enfant. Le soutien de la mère par l'équipe de professionnels redouble d'importance.

Chaque situation particulière nécessite la recherche de moyens adaptés pour faire face aux difficultés rencontrées et mérite parfois la concertation entre les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire et les parents.

<sup>6</sup> In Allaiter Aujourd'hui n°24, LLL France 1995

<sup>7</sup> In Allaiter Aujourd'hui n°24, LLL France 1995

	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 40/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Les difficultés les plus fréquentes et leurs solutions

### Mamelons douloureux sans lésions cutanées

*Les mamelons présentent parfois une hypersensibilité* lors des premiers jours après l'accouchement.

Celle-ci, d'origine hormonale est un phénomène naturel et est à son maximum vers le 3<sup>e</sup> jour.

Elle diminue progressivement au cours de la première semaine.

*Passé cette première semaine, l'allaitement ne devrait plus être douloureux.*

Les douleurs localisées sont souvent dues à des causes particulières qu'il faudra déterminer pour y remédier : Une mauvaise position du bébé ou une prise de sein inadaptée.

Comment reconnaître une douleur due à une prise de sein inadaptée ? : Lorsque le bébé lâche le sein, le mamelon est pincé en forme de bâton de rouge à lèvres.

*Les points essentiels pour éviter l'apparition de douleurs sont les suivants :*

- la bonne installation mère-enfant : changer, si possible, de position à chaque tétée permet de varier les zones de frottement.
- la prise correcte du sein (Cf. chapitre III).
- éviter le retrait brutal du sein de la bouche du bébé : rompre la succion avec un doigt sans tirer sur le sein.

*Pour le soin des mamelons :*

- Une douche journalière suffit.
- Eviter les nettoyages agressifs
- Maintenir les seins sans compression.
- Profiter de la vertu cicatrisante du lait maternel et étaler un peu de lait de fin de tétée sur le mamelon pour hydrater l'aréole.
- En cas d'utilisation de coussinet d'allaitement, penser à le changer souvent.

 CHU C A E N	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 41/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Irritations cutanées des mamelons

*Elles peuvent se présenter sous la forme de gerçures ou crevasses.*

Elles sont dues à une lésion de la surface cutanée de l'aréole ou du mamelon. Elles peuvent saigner et sont très douloureuses.

Le traitement repose sur les points suivants :

- la correction de la position du bébé et de sa prise de sein (intérêt de l'observation d'une tétée)
- le début de la tétée doit s'effectuer du côté le moins douloureux
- entre les tétées, plusieurs possibilités existent :
  - adopter une hygiène rigoureuse afin d'éviter les surinfections.
  - En cas de douleur très importante :
    - utiliser des compresses imbibées de lait maternel (pose 30minutes)
    - utiliser une pommade cicatrisante à la lanoline.
    - laisser le sein à l'air (pour éviter les frottements),
    - une prescription d'antalgiques sera peut-être nécessaire.
    - L'utilisation momentanée d'un bout de sein lors de la tétée pourra être proposée pour diminuer les frottements sur les plaies.

**\*\*\*ATTENTION :** limiter l'utilisation du bout de sein ; l'aréole est mal stimulée, la prise devient différente, et ceci peut compromettre la poursuite de l'allaitement !

Le côté le plus douloureux est parfois mis au repos pendant quelques tétées (Dans ce cas il faudra utiliser un tire-lait pour stimuler et vider le sein).

A noter que si le bébé avale un peu de sang, ce n'est en aucun cas dangereux pour sa santé. Les petites régurgitations de fin de tétées seront peut-être un peu « rosées » et les selles très foncées.

 CHU C A E N	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 42/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## *Elles peuvent être dues à une mycose*

Elles sont alors dues à une infection du mamelon par une mycose due au candida albicans.

L'aspect du mamelon est luisant, rose vif, à bord irrégulier.

La douleur est caractéristique :

- sensation de picotement,
- sensation de brûlure,
- douleur irradiant dans l'épaule.
- elle est présente tout au long de la tétée, mais aussi entre les tétées, aggravée par le chaud et légèrement calmée par le froid.

*Le traitement repose sur les points suivants :*

- traitement conjoint du mamelon et de la bouche du bébé par un antifongique.
- l'allaitement n'est pas interrompu.

*Propositions<sup>8</sup> de traitement du Docteur Jack Newman, pédiatre canadien spécialiste en allaitement :*

### 1<sup>ère</sup> intention : traitement local

*Après chaque tété :*

pommade Mycolog<sup>®</sup> pendant 48 h et violet de gentiane (solution à 1%) 1 fois/24 h.

Si arrêt de la douleur au bout de 4 jours : arrêt du violet de gentiane.

Si persistance de la douleur, continuer le violet de gentiane pendant 7 jours.

*Autre traitement local :*

Pommade tous usages pour douleur du mamelon, à appliquer pendant 8 jours :

Mupiderm<sup>®</sup> (mupirocine 2%) : 1 tube de 15 g de pommade

Betneval<sup>®</sup> (bétaméthasone 0,1 %) : 15 g

Miconazole Nitrate : 0,6 g

Ibuprofène : 0,6 g

---

<sup>8</sup> Tiré du livre de Jack Newman, « L'allaitement : comprendre et réussir » et des « dossiers de l'allaitement », n°74, janvier 2008.

	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 43/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## 2<sup>ème</sup> intention :

Un traitement antifongique par voie générale se justifie. Des douleurs persistantes (brûlures irradiantes en profondeur) font suspecter une candidose des canaux lactifères.

### Traitement oral :

Fluconazole (Triflucan®)

1<sup>er</sup> jour : dose de charge = 1 prise de 400 mg

Ensuite : 200 mg / jour en 2 prises pendant 2 semaines minimum.

### La prévention de la candidose mammaire :

- hygiène régulière
- éviter la macération : attention au port prolongé des coussinets d'allaitement, des bouts de seins et coquilles.



	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 44/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## L'engorgement

Il résulte d'un œdème secondaire à une congestion du tissu mammaire. Le volume de lait fabriqué dépasse la capacité de stockage des alvéoles.

**NB :** L'engorgement est à distinguer de la congestion physiologique des seins les premiers jours après l'accouchement.

Il affecte tout le sein qui est tendu, douloureux et chaud. Il s'accompagne parfois de fièvre.

*Les facteurs déclenchant sont :*

- Les tétées très espacées.
- Une succion inefficace du bébé.
- Un soutien-gorge trop serré.
- Surproduction de lait.

C'est le bébé qui, en tétant efficacement, va désengorger le sein : il faut donc éviter les horaires trop espacés, trop rigides.  
Parfois le tire-lait s'avère utile.

*Pour soulager, traiter la douleur et permettre une meilleure éjection du lait, les moyens préconisés sont les suivants :*

- **froid entre les tétées** (compresses ou cryogel) : le froid permet la diminution de l'inflammation et soulage la douleur.
- **chaleur avant la tétée** : les douches favorisent l'éjection du lait.
- **massage aréolaire** : il est possible de stimuler les récepteurs cutanés aréolaires par un massage de l'aréole.
- **augmentation de la fréquence des tétées.**
- **porter des vêtements confortables.**
- **pour mieux drainer, positionner le bébé avec le nez ou le menton en direction de la masse douloureuse.**
- **prise d'antalgiques si nécessaire** (paracétamol, voire ibuprofène).

Ne pas oublier les bons conseils : accompagnement, observation d'une tétée (cf. chapitre « trop de lait »)

 CHU C A E N	<b>MANUEL</b>	<b>FE-MA-001</b>
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL          A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01          du 30/06/10</b> page 45/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## La lymphangite (ou mastite)

C'est une réaction inflammatoire des vaisseaux lymphatiques.

Elle se caractérise par une douleur localisée du sein avec rougeur, de la fièvre et une fatigue intense.

Les causes sont les mêmes que celles de l'engorgement, mais peuvent aussi être infectieuses, pouvant faire évoquer un syndrome grippal.

### *Le traitement repose sur :*

le repos, des tétées fréquentes, qui permettent de résorber l'inflammation le soulagement de la douleur (voir engorgement).

Si, malgré tout, les signes persistent au delà de 24/48 heures, la recherche d'un site infectieux et la prescription d'une antibiothérapie est nécessaire.

## L'abcès du sein

C'est une complication de la lymphangite infectieuse.

Il se caractérise par une douleur intense, localisée, de la fièvre et un noyau palpable, dur et sensible.

### *Le traitement repose sur :*

- le drainage chirurgical
- le repos
- les antalgiques
- les antibiotiques

Il est possible de continuer à allaiter du côté sain, tout en drainant le sein du côté atteint au tire-lait, puis de reprendre l'allaitement des 2 côtés après l'épisode infectieux.

	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 46/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Trop de lait/Pas assez de lait

### Trop de lait

Une production surabondante de lait peut-être provoquée par une hyperprolactinémie (hyper stimulation) ou une prédisposition congénitale.

La mère souffrira d'engorgements persistants, le lait pourra couler en permanence et elle aura un risque plus élevé de mastites.

L'enfant peut être en difficulté pour gérer le flux de lait surabondant (agitation et gêne), et avoir des selles « explosives » et souvent vertes.

La production de lait peut être telle que le bébé peut avoir l'estomac plein sans avoir vidé le sein et sans avoir obtenu le lait de fin de tétée plus riche en graisse. Cela entraîne des selles très liquides, abondantes et des coliques chez le nouveau-né.

#### Traitement :

- revoir la position du bébé : importance de la prise du sein en asymétrie<sup>9</sup> qui permet à l'enfant de mieux gérer le flux de lait.
- proposer des positions qui réduisent le flux de lait :
  - allongée sur le côté,
  - position ventrale horizontale : la femme est couchée sur le dos et le bébé repose sur son abdomen.
- ne donner à chaque fois qu'un seul sein pour que le bébé bénéficie au maximum du lait de fin de tétée. Si l'autre sein est très tendu soulager l'inconfort en exprimant du lait (manuellement ou avec un tire-lait). Il est même possible de faire deux tétées de suite sur le même sein.
- exprimer du lait avant de mettre l'enfant au sein, ainsi il pourra accéder aux graisses de fin de tétées (massage aréolaire, port de coquilles, tire-lait).
- autre traitement efficace<sup>10</sup> : drainage complet des 2 seins pour cela utiliser un tire-lait avec double pompage, ensuite mettre l'enfant aux deux seins jusqu'à satiété, puis on propose un seul sein par tétée toutes les 3 heures.

En fonction du résultat, l'intervalle entre 2 tétées pourra être augmenté (4-6-8 heures) et d'autres épisodes de drainage total du sein pourront être proposés.

Ne pas oublier le risque de mastite ou canal lactifère bouché.

<sup>9</sup> cf. chapitre III2.b

<sup>10</sup> cf. Dossiers de l'allaitement décembre 2008

 CHU C A E N	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 47/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Pas assez de lait

### 3 situations peuvent être considérées :

**Pré glandulaire** : la montée laiteuse n'a pas lieu ou est insuffisante pour des raisons hormonales le plus souvent (syndrome de Sheehan, déficit en prolactine, rétention placentaire, hypothyroïdie, anémie sévère, stress...)

**Glandulaire** : hypoplasie mammaire ou antécédent de chirurgie mammaire.

**Post-glandulaire** : c'est la situation la plus fréquente. Toute insuffisance de lait demande de réévaluer l'allaitement, revoir la position du bébé, la prise du sein, le nombre de tétées... observer une tétée, le bébé est-il efficace ? écouter la déglutition... port d'un bout de sein ? stress ? (Voir chapitre III et IV)

### Relancer la lactation est possible.

Après avoir observé que le bébé est efficace au sein, encourager la proximité mère enfant et des tétées très fréquentes. Ne pas oublier « plus l'enfant tète et plus il y a de lait ».

Dans cette situation, le suivi de l'allaitement par un professionnel expérimenté est indispensable.

La mère doit également se reposer, l'encourager à se faire aider.

Est-elle stressée ? Parler avec elle lui permet souvent de confier ses craintes ou de faire part de contrariétés ou d'un choc affectif.

### Les galactagogues :

Avant toutes utilisations réévaluer l'allaitement.

**Dompéridone (Motilium®)** : 10 mg à 20 mg 3 fois/24 h pendant 3 à 8 semaines.

L'effet est ressenti au bout de 3 à 4 jours et maximum au bout de 2 à 3 semaines.

Baisser la posologie progressivement avant d'arrêter.

**Les plantes médicinales** peuvent être utilisées :

**Fenugrec** : 1 à 4 gélules de plantes broyées 3 à 4 fois par jour

Peuvent également être proposés le galéga, le chardon marie, l'anis, le basilic, le chardon béni, les graines de fenouil (efficacité aléatoire, pas de preuves scientifiques).

### Conclusion

Les principaux incidents possibles sont regroupés dans ce chapitre : il faut cependant savoir que de nombreux allaitements ne connaissent aucun de ces problèmes.

A chaque situation correspondent des conseils particuliers qui sont variables et adaptables au fur et à mesure de l'évolution de l'allaitement.

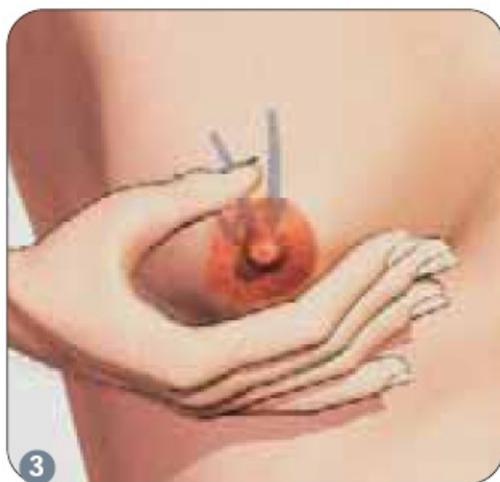
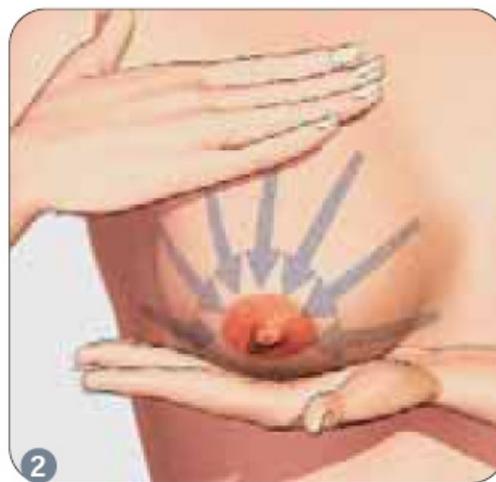
Toujours rappeler aux mères de ne pas rester seule et de faire appel à des professionnels de santé formés dans le domaine de l'allaitement.

## Tirer et conserver son lait

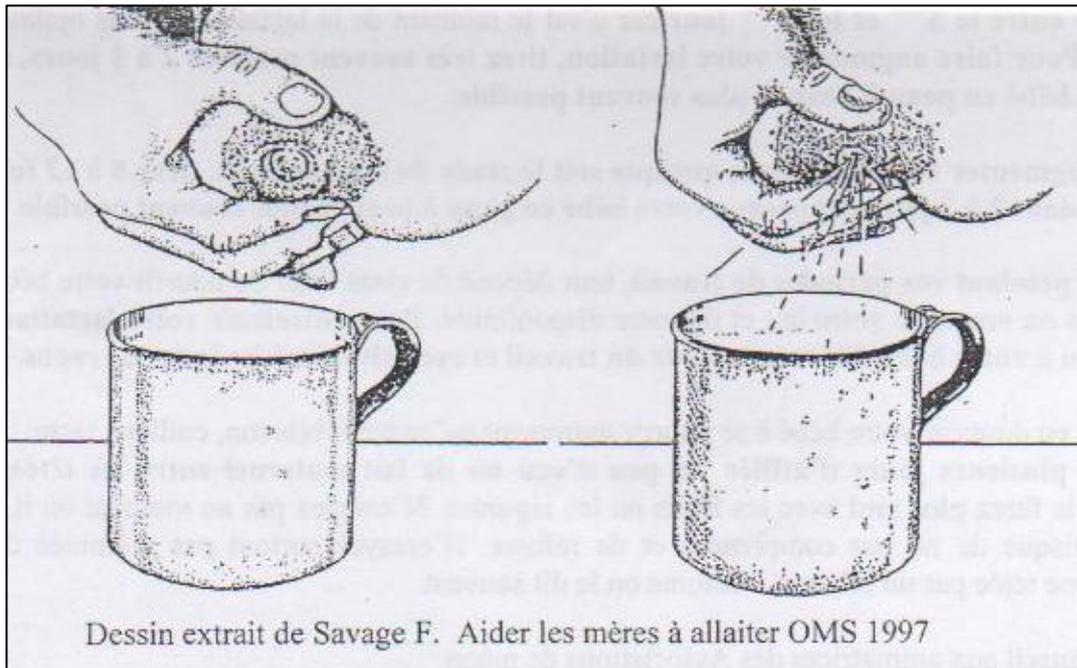
### Choix de l'expression : manuelle ou avec tire-lait

#### Expression manuelle :

Pour soulager la tension mammaire et pour tirer le lait occasionnellement.



	MANUEL	FE-MA-001
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01 du 30/06/10</b> page 49/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		



Ne perdez pas le contact avec la peau lors de l'expression mais enroulez le pouce et les doigts vers l'avant comme s'ils formaient une sculpture. Avec une pression tout en douceur, les alvéoles vont se vider.

Il est souhaitable que les professionnels s'assurent que chaque mère connaisse cette technique.

### Expression avec un tire-lait :

Tire-lait manuel : lorsque la lactation est bien lancée, pour un usage occasionnel, engorgement, séparation ponctuelle, reprise du travail.

Tire-lait électrique : pour un usage fréquent.

En cas de séparation mère enfant : prématurité, hospitalisation de la mère ou de l'enfant, reprise du travail...

Si problèmes de tétées (anomalie de la succion, mamelons inadaptés à la bouche du bébé ...)

Pour stimuler la lactation.

Il est possible de tirer le lait sur les deux seins simultanément grâce au set double pompage (hyper stimulation de la lactation et gain de temps).

**C'est la mère qui choisira le mode d'expression qui lui convient après avoir été bien informée.**

	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 50/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Tire lait et enfant hospitalisé dès la naissance : Recommandations pour les mères

*Le bébé a un rythme de succion qui varie durant les tétées. Il démarre rapidement (environ 60 suctions par minute), pour stimuler le réflexe d'éjection. Il va ensuite ralentir et téter à un rythme ample et régulier. Il est important que le mode d'expression choisi reproduise ces changements de rythme.*

*Il faut reproduire le rythme physiologique d'un enfant au sein c'est-à-dire des tétées 8 à 10 fois par 24 heures dont, au début, au moins 1 fois après minuit.*

En effet, pour une bonne mise en place de la lactation, il est recommandé de débiter l'expression rapidement après la naissance et souvent, surtout le premier mois, car la stimulation des récepteurs se fait dans les 15 premiers jours et est déterminante pour une production de lait suffisante aux besoins du bébé, durant toute la durée de l'allaitement, quelque soit cette durée (cf. chapitre II, D, 3 : physiologie de l'allaitement).

*Il est souhaitable de commencer à tirer le lait dans les heures suivant la naissance.*

Le jour même, essayer de tirer 6 fois par jour minimum (8 à 10 fois si possible), toutes les 2 à 3 heures à intervalles pas forcément réguliers selon les disponibilités de la mère (on peut tirer davantage le soir, toutes les heures par exemple, si on n'a pas eu le temps dans la journée). Pour augmenter la lactation il faut tirer très souvent pendant 2 à 3 jours. Les premiers jours en période du colostrum, on tire environ 10 min de chaque côté. Le colostrum vient goutte à goutte en quantité variable.

Quand la lactation est bien établie on tire jusqu'à 2 mn après la fin du flux. On arrive ainsi à une durée de 120 min par 24h.

*Il vaut mieux tirer souvent et pas longtemps que moins souvent et plus longtemps.*

Le volume de lait obtenu est de 500 à 600 ml par jour dès la 2<sup>ème</sup> semaine.

On peut noter le nombre de séances et la quantité obtenue si cela encourage la mère : ce n'est pas une obligation.

Ne pas oublier de proposer le set double pompage, et le prescrire.

	<b>MANUEL</b>	<b>FE-MA-001</b>
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01 du 30/06/10</b> page 51/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

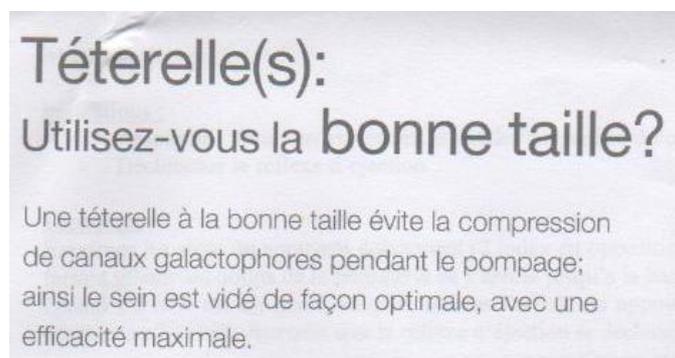
## RECOMMANDATIONS POUR TIRER LE LAIT EFFICACEMENT

### *Lavage soigneux des mains.*

Les conditions d'installation doivent être le plus proche de celles d'une tétée. La mère doit être détendue, au calme, dans l'intimité, en position assise confortable (dos et épaules bien soutenues).

**Favoriser le réflexe d'éjection :** tirer le lait avec un tire-lait n'est pas la même chose qu'aspirer le lait avec une paille. La clé pour exprimer le lait est de déclencher le réflexe d'éjection et pour cela la sécrétion d'ocytocine. Un massage du sein, une stimulation des mamelons y seront favorables. Naturellement ce réflexe d'éjection se produit inconsciemment. Avec un tire-lait il est nécessaire que les mères reproduisent les conditions de proximité avec leur bébé. Elles doivent penser à lui. Une photo, un vêtement ayant son odeur, un enregistrement de sa voix, une musique relaxante peuvent l'aider.

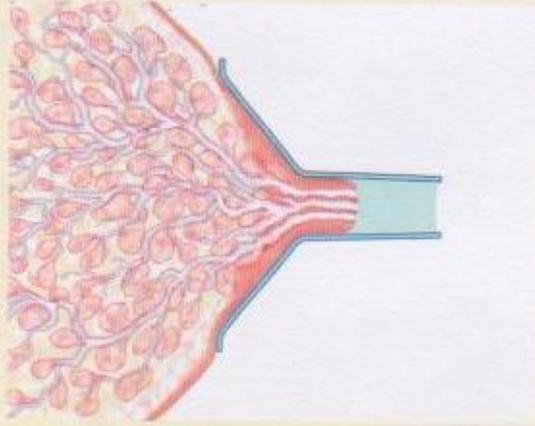
C'est pourquoi dès que possible, il faut encourager les mères à tirer leur lait près de leur bébé.



### *Choix de la bonne taille de téterelle :*

Utiliser une téterelle trop grande ou trop petite peut conduire à une altération de la vidange du sein. Le mamelon peut subir des frottements. Une téterelle trop grande ne fait pas pression sur le sein.

	<b>MANUEL</b>	<b>FE-MA-001</b>
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01 du 30/06/10</b> page 52/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

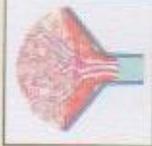


1. Placer le mamelon au centre de l'embout de la téterelle.
2. Mettre le tire-lait en marche et vérifier les points suivants:
  - Le mamelon bouge-t-il librement dans l'embout de la téterelle?
  - Est-ce qu'une petite partie de l'aréole, voire aucune s'étire dans l'embout de la téterelle?
  - Observez-vous un mouvement doux et rythmé dans le sein à chaque cycle d'aspiration?
  - Sentez-vous votre sein se vider pendant toute l'expression?
  - Vos mamelons sont-ils indolores?

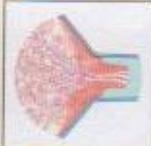
**Si vous avez répondu "Non" à l'une des questions ci-dessus, essayez une téterelle plus grande (ou plus petite).**

**Vous avez besoin d'une autre taille dans les cas suivants:**

la téterelle est trop petite



la téterelle est trop grande



la téterelle est trop grande



## Conservation du lait

*Cf. annexe : « comment recueillir, conserver et transporter le lait maternel en toute sécurité ? » (AFFSA- page 79-80).*

### Pour l'enfant hospitalisé :

- Il faut redoubler de précautions et renouveler la bonne information régulièrement auprès des parents.
- Vos bons conseils éviteront la surprise du lait maternel non consommable (contamination=lait jeté !)

**Asepsie :** stérilisation des accessoires du tire lait et des biberons.

**Conservation :** mettre le plus rapidement possible au réfrigérateur à +4°C (pas dans la porte), ne pas mélanger de lait de différentes températures.

**Transport :** glacière (pain de glace) attention à ne pas rompre la chaîne du froid, ne pas excéder 1 heure de transport.

Le lait n'est utilisé qu'après un contrôle bactériologique, cela demande quelques jours pour que le bébé le consomme.

### *A la maison :*

Le lait peut être conservé 48 heures au réfrigérateur. Il est conseillé de congeler le lait par petites quantités (100 ml environ) pour éviter la perte à la décongélation (sachets vendus en commerce, bac ou sachets à glaçon, petit récipient type petit pot ou petite bouteille d'eau).

Décongeler le lait de préférence au réfrigérateur (au moins 6 heures avant consommation)

Ne pas réchauffer le lait au micro-ondes (risque de brûlures et de détérioration du lait).

### *Conservation du lait maternel à usage domestique :*

	Congélateur -19°C au moins	Réfrigérateur (0-4°C)	Température ambiante (19-22°C)
Lait frais	4 mois	48 heures	1 heure
Lait congelé	Ne pas recongeler	24 heures	1 heure



	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 54/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Retour au domicile : quelques conseils généraux

Le retour au domicile doit être abordé avec le couple avant le départ.

La grande difficulté de cette période étant la fatigue, à laquelle s'ajoute nombre d'interrogations et de doutes.

L'équipe professionnelle doit sensibiliser le couple à la modification du quotidien, l'aider à anticiper et à faire face aux moments qui peuvent être difficiles à gérer.

Leur rappeler qu'un soutien et une aide sont indispensables, si possible par les proches (familles, amis) et les informer des aides et des structures existantes : associations de soutien à l'allaitement, PMI, sage-femme libérale, médecins.

### Il faut s'assurer que la mère reconnaisse les signes que son bébé prend suffisamment de lait.

- l'enfant est calme
- il ne pleure pas après ou entre les tétées,
- il dort longtemps,
- la mère est sereine.

Ces signes ne garantissent pas obligatoirement « que l'allaitement va bien », c'est pourquoi la pesée hebdomadaire est indispensable le premier mois, elle doit être accompagnée par un professionnel de santé : ne pas hésiter à proposer le service PMI, la sage-femme libérale, le médecin généraliste ou le pédiatre.



	<b>MANUEL</b>	<b>FE-MA-001</b>
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01 du 30/06/10</b> page 55/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Il faut que la mère s'adapte au comportement du bébé:

Le retour au domicile demande une adaptation du bébé et de ses parents. Cela peut être parfois déconcertant. Prévenir les parents que le comportement pris par le bébé à la maternité peut être différent de celui de la maison. Ne pas oublier les rythmes propres à chaque enfant.

Les tétées du matin sont plus abondantes et plus espacées que celles du soir qui sont multiples et rapprochées.

La composition du lait maternel évolue en cours de journée et au cours de la tétée. Le lait du soir est plus gras. Lorsque la mère comprend qu'il s'agit d'un rythme et non pas d'anarchie, tout va mieux.

Il faut aider la mère à trouver des solutions pour s'adapter à son bébé : réorganisation de la journée, écharpe de portage, aide et soutien du père...

Il existe également ce qu'on appelle « des jours de pointe » : à 3 semaines, 6 semaines et 3 mois, le bébé peut multiplier les tétées sur 2 à 3 jours. Cela lui permet de relancer la lactation. Répondre à la demande permet d'accompagner ce changement.

## Il faut que le couple ait conscience qu'un soutien peut s'avérer nécessaire :

Soutien moral et matériel.

Mettre en garde les parents contre les phrases négatives et les conseils inadaptés de l'entourage.

Valoriser le père dans son rôle de protecteur (ne pas hésiter à pousser gentiment dehors les visiteurs envahissants).



	<b>MANUEL</b>	<b>FE-MA-001</b>
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01 du 30/06/10</b> page 56/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Recommandations et contre-indications

### Hygiène de vie

*Plusieurs conseils sont indispensables pour bien mener un allaitement*

#### *Equilibre alimentaire :*

Tous les aliments sont recommandés : l'alimentation diversifiée donne un large panel de goût .

*Chaque enfant est différent et apprécie à sa façon ces nouvelles saveurs.*

Ne pas consommer des quantités excessives de lait qui peuvent induire chez l'enfant une allergie aux protéines du lait de vache, idem pour l'arachide.

#### *Boire à sa soif : eau, tisane, potage*

Se méfier de la consommation excessive de café ou boissons riches en caféine en raison du métabolisme lent de la caféine chez le nouveau né.

**Interdire toute boisson alcoolisée**

#### *Addictions :*

Il faut mettre en garde les femmes allaitant contre le tabac et l'auto médication.  
Si une femme ne peut arrêter de fumer, il est préférable qu'elle allaite si c'est son projet (aide au sevrage tabagique de la mère et de l'enfant).

*L'usage de drogues illicites et les traitements substitutifs peuvent être néfastes pour l'enfant. La décision de l'allaitement doit être réfléchié avec les professionnels compétents si possibles pendant la grossesse.*

 CHU C A E N	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 57/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

### *Le repos et les sorties sont indispensables :*

Pendant le sommeil de l'enfant, la mère doit en profiter pour se reposer.

Pour le bien-être, le moral, les mères peuvent saisir toute occasion de détente : sorties, visites, balades...

## Les contre-indications formelles de l'allaitement sont rares

### *Chez la mère*

- maladie cardio-vasculaire sévère
- maladie respiratoire sévère
- hémopathie
- cancer en cours de traitement
- infection maternelle par le VIH : des contaminations virales postnatales par le lait maternel ont été rapportées.

Pour la plupart des autres infections maternelles courantes bactériennes ou virales, le risque maximal de contamination se situe avant l'apparition des premiers symptômes chez la mère : la poursuite de l'allaitement doit être encouragée, l'enfant pourra bénéficier des anticorps spécifiques de l'agent pathogène infectieux secrétés dans le lait maternel ainsi que des autres facteurs anti-infectieux du lait maternel.

### *Chez le nouveau né*

galactosémie car le lait maternel contient du lactose

 CHU C A E N	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 58/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Allaitement et médicaments

La prescription médicamenteuse pour la mère est une des causes d'arrêt prématuré d'un allaitement ; très peu de médicaments cependant présentent des risques cliniquement significatifs pour les nourrissons allaités.

*Avant toute prescription médicamenteuse en cas d'allaitement, 2 questions doivent se poser :*

- Ce traitement est-il nécessaire ?
- Ce traitement est-il nécessaire maintenant ?

### *Comment choisir un médicament chez la femme qui allaite ?*

Les fiches techniques des médicaments conseillent bien souvent l'abstention en cas d'allaitement par manque d'études, ils ne fournissent pas une information fiable en matière d'allaitement.

Il faut connaître les déterminants du passage lacté : seule la fraction libre et non ionisée du médicament passe dans le lait.

**Le passage d'un médicament dans le lait dépend de plusieurs facteurs.**

#### Facteurs liés à la substance active

**Le pH du médicament :** les bases faibles passent plus et ont tendance à s'accumuler dans le lait maternel.

**La liposolubilité du médicament :** plus la substance est liposoluble, plus elle passe.

**La liaison aux protéines plasmatiques :** une forte liaison aux protéines du plasma dans la circulation sanguine maternelle (supérieure à 90%) rend la fraction libre très faible et le passage dans le lait minime, cas de l'ibuprofène.

**La demi-vie plasmatique du médicament :** il faut préférer les médicaments à demi-vie courte, sans métabolites actifs et proposer la prise du médicament juste après la tétée.

**La bio-disponibilité :** une faible bio-disponibilité orale empêche l'absorption du médicament sous sa forme libre par le tube digestif de l'enfant (formes gastro-résistantes des médicaments : morphine, acyclovir).

**Le poids moléculaire très élevé (25000 à 200000 UI) rend impossible le passage dans le lait :** il en est ainsi pour les insulines, l'interféron, les héparines de bas poids moléculaire et les immunoglobulines.

	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 59/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

### Facteurs maternels

La perméabilité capillaire mammaire est maximale pendant la phase de sécrétion du colostrum : la composition du lait varie selon les tétées et devient stable à J 14.  
La concentration plasmatique du médicament.  
Le volume de distribution du médicament.

### Facteurs liés au nouveau né

Voie d'administration : certains médicaments sont détruits au niveau du tube digestif de l'enfant comme l'adrénaline, l'insuline, l'héparine.  
La perméabilité gastro-intestinale peut être supérieure chez le nourrisson pour certains médicaments, le pH et la flore étant différents de l'adulte.

### Le métabolisme hépatique du nouveau-né.

Données cliniques	Conduite à tenir
Suivi correct d'enfants allaités <u>ou</u> utilisation importante chez la femme allaitante  Pas d'accidents décrits	Allaitement possible
Utilisé par voie orale chez le nourrisson avec marge thérapeutique importante	Allaitement possible avec « surveillance » de l'enfant et arrêt du médicament ou de l'allaitement en cas de symptômes anormaux
Suivi clinique d'enfants allaités après prise unique ou brève du médicament <u>et</u> cinétique correcte  Pas d'effets indésirables décelés	Allaitement possible si traitement ponctuel  Déconseillé s'il doit durer, par manque d'expérience dans ces conditions
Études évoquant une « accumulation » au long cours	Allaitement possible en cas de prise unique Déconseillé ou contre-indiqué en cas de prises prolongées
Utilisation inconnue en néonatalogie <u>ou</u> cas évoqués d'effets indésirables chez l'enfant allaité	Déconseillé si : - seuil < 1% de la dose maternelle - marge thérapeutique importante  Contre-indiqué dans les autres cas
Absence de données cliniques ou d'accidents décrits mais : - médicament contre-indiqué (avec raison) chez le petit enfant <u>ou</u> - risque <i>a priori</i> inacceptable	Allaitement contre-indiqué
Accidents chez des enfants allaités décrits et étayés	

Grille de décision utilisée par l'AFSSaPS pour la prescription de médicaments chez la femme qui souhaite allaiter ou qui allaite

	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 60/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

Il est admis que le seuil de 1% de la dose maternelle doit constituer la frontière entre passage faible et passage notable.

*Le risque du médicament donné à la mère est bien souvent compensé par les énormes avantages d'un allaitement prolongé.*

Plusieurs ouvrages de référence permettent de faire un choix éclairé :  
*Conclusions du groupe de travail de l'AFSSaPS « reproduction, grossesse et allaitement »*  
à consulter sur le site ([www.afssaps.sante.fr](http://www.afssaps.sante.fr)).  
*Médicaments et allaitement* de Schuiteneer.  
*Drugs and human lactation* de Bennet.  
*Médicaments et allaitement* édité par Les Dossiers de l'Allaitement (par La Leche League France).  
[www.lecrat.org](http://www.lecrat.org)

En matière d'antibiotiques, d'anxiolytiques, d'anti - dépresseurs, d'anti - hypertenseurs, d'antalgiques etc. il faut s'aider de professionnels avertis.

La prescription de médicaments à la mère doit s'adapter à l'allaitement et non l'inverse. A de très rares exceptions près, il est actuellement toujours possible de trouver une alternative compatible avec la poursuite de l'allaitement maternel.



	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 61/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Allaitement et contraception

### *Quelle est l'action de l'allaitement sur la fertilité ?*

Pour les femmes qui allaitent exclusivement, la sécrétion de la prolactine observée à chaque tétée, inhibe l'activité ovarienne et provoque une aménorrhée. L'allaitement va bloquer l'ovulation et retarder le retour des menstruations. Le blocage de l'ovulation est sous la dépendance du taux circulant de prolactine. Le stimulus de la succion au sein doit être fréquent (jour et nuit), pour supprimer les hormones de la reproduction. De ce fait, les pratiques de l'allaitement vont directement influencer le retour à la fertilité. Si l'allaitement n'est pas exclusif et si la femme n'est pas en aménorrhée, le risque de grossesse s'accroît et une méthode contraceptive s'impose.

### *Quelle contraception lors de l'allaitement maternel ?*

Quelque soit le choix, la méthode utilisée doit être bien acceptée par le couple et en adéquation avec le mode de vie de la femme pour être efficace.

## Les méthodes non hormonales

### Les méthodes naturelles

#### L'aménorrhée de la lactation

Cette méthode, basée sur la physiologie de l'allaitement, dénommée la MAMA (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée) est temporaire.

Lorsque l'allaitement est exclusif pendant les six premiers mois, son efficacité est comparable à celle d'une contraception orale, soit une protection contraceptive à plus de 98%.

	MANUEL	FE-MA-001
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01 du 30/06/10</b> page 62/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

La fiabilité repose sur 3 critères qui sont résumés ainsi par la Haute Autorité de Santé (HAS) :

- la période considérée est les 6 premiers six mois du post-partum.
- l'aménorrhée doit persister (elle disparaît avec le retour de couches)
- l'allaitement doit être exclusif ou quasi exclusif. Il doit couvrir au moins 85% de la ration du bébé, il comprend des tétées de plus de 4 minutes, de fréquence élevée (plus de 6 longues tétées ou 10 tétées courtes par 24h) jour et nuit. L'espacement des tétées ne doit pas excéder 6 heures.

Le retour de couches repose sur un saignement de plus de 2 jours imposant une protection. Les métrorragies survenant dans les 2 semaines après la fin des lochies et les spotting ne sont pas pris en compte.

Afin d'évaluer le risque de grossesse pour une femme qui allaite, quatre questions principales sont posées à la femme :

- le retour de couches est-il arrivé ?
- donnez-vous régulièrement des suppléments de lait artificiel ?
- laissez-vous de longues périodes (>6h) sans tétées ?
- l'enfant a-t-il plus de 6 mois ?

Si la femme répond OUI à l'une de ces questions, le risque de grossesse s'accroît. Une autre contraception doit être envisagée.

Si la femme répond NON à ces 4 questions, aucune autre contraception n'est nécessaire, sauf si la femme souhaite une autre contraception.

La HAS recommande d'enseigner et de privilégier la MAMA pendant toute la durée de l'allaitement exclusif ; Les études ont montrées que dans l'ensemble, la MAMA est bien acceptée par les femmes.

### Les autres méthodes naturelles

Toutes ces méthodes qui consistent à tenter de situer la période ovulatoire, par la méthode de la température et/ou l'observation de la glaire cervicale ne sont pas adaptées à la période de l'allaitement.

 <b>CHU</b> <b>C A E N</b>	<b>MANUEL</b>	<b>FE-MA-001</b>
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL</b> <b>A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01</b> <b>du 30/06/10</b> page 63/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Les méthodes locales

Leur mode d'action consiste à établir une barrière mécanique ou chimique pour empêcher le passage des spermatozoïdes. Ces moyens contraceptifs sont souvent transitoires et fréquemment utilisés au cours d'un allaitement.

### Les barrières mécaniques

Ces méthodes sont possibles sauf celles nécessitant des manipulations endovaginales dans le post-partum précoce. En effet le col doit être bien fermé et les éventuelles plaies cicatrisées.

La H.A.S met en garde contre les risques d'infection et/ou de choc toxique.

#### **Le préservatif masculin.**

L'usage du préservatif s'est développé ces dernières années puisqu'il assure également une protection contre les infections sexuellement transmissibles.

Hormis les allergies éventuelles, on n'observe aucune contre-indication. Son efficacité dépend des règles d'utilisation respectées ou non. Le taux d'échec dans le post-partum varie de 0,8 à 22%. Le risque de grossesse non désirée peut être diminué en l'associant à une crème spermicide.

#### **Le préservatif féminin**

Au cours d'un allaitement il n'y a pas de contre-indication à son usage. Son taux d'échec est supérieur au préservatif masculin. Il protège des Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

#### **Le diaphragme**

Coupelle en latex ou en silicone placée dans le vagin. Ce mode de contraception n'est pas recommandé dans le post-partum immédiat. Il faut attendre 6 à 8 semaines pour que le col retrouve ses dimensions normales.

### Les barrières chimiques

#### **Les spermicides**

Ils se présentent sous forme de gel, d'ovule ou d'éponge qui se placent quelques minutes avant le rapport. En France la molécule utilisée est le chlorure de benzalkonium, il ne traverse pas la muqueuse vaginale et est autorisé pendant l'allaitement. Seul le monoxynol-9, plus utilisé dans le monde est contre indiqué.

	<b>MANUEL</b>	<b>FE-MA-001</b>
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01 du 30/06/10</b> page 64/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Le dispositif intra utérin au cuivre (DIU)

Les DIU au cuivre n'ont aucun effet sur la lactation et la santé du nouveau-né.

En France, La HAS recommande la pose 1 mois après l'accouchement (8 semaines après une césarienne). La seule restriction est une infection en cours. L'efficacité dans le post-partum est excellente.

## La stérilisation tubaire

Cette technique chirurgicale entraîne une infertilité définitive. Depuis la loi du 4 juillet 2001, elle est autorisée en France. Un délai de réflexion de 4 mois est recommandé. Il semble que l'intervention n'affecte pas l'allaitement et peut être envisagée pour les femmes qui allaitent.



 CHU C A E N	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 65/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Les méthodes hormonales

### Les progestatifs

Leur activité contraceptive repose sur :

- . l'épaississement de la glaire cervicale qui réduit la mobilité et la durée de vie des spermatozoïdes
- . la diminution de l'aptitude de l'endomètre à la nidation.
- . le blocage de l'ovulation pour le désogestrel (Cérazette®).

L'intérêt des progestatifs pour la contraception du post-partum est double : ils n'affectent pas la lactation et ils sont moins responsables de thromboses veineuses. Cependant le démarrage de l'allaitement étant stimulé par la chute brutale du taux de progestérone pendant les jours qui suivent l'accouchement, l'utilisation précoce de progestatifs risque de contrarier ce mécanisme. La HAS recommande d'attendre 6 semaines en cas d'allaitement exclusif et dès 4 semaines en cas d'allaitement partiel.

*« Si l'habitude française est de prescrire les micro progestatifs très tôt, entre la sortie de maternité et le 21<sup>ème</sup> jour du post-partum, cette pratique ne peut être recommandée. Il n'existe aucune étude documentée sur leurs effets éventuels dans les premières semaines de l'allaitement, et de multiples cas cliniques décrivent des interférences fâcheuses dès l'introduction des micro progestatifs (nourrisson irritable, réduction de la production lactée) »*

Les progestatifs occasionnent souvent des épisodes de saignement.

### Les progestatifs oraux ou micro progestatifs

Deux progestatifs oraux sont plus utilisés en France :

- Microval® (Lévonorgestrel). Son efficacité dépend du respect de l'heure de prise qui ne doit pas excéder 4 heures. Cette pilule est remboursée par la sécurité sociale.
- Cérazette® (Désogestrel) actuellement plus largement prescrite, car l'intervalle entre deux prises ne doit pas excéder 12 heures. Cette pilule n'est pas remboursée par la sécurité sociale.

L'efficacité des progestatifs oraux est bonne : moins de 1% de grossesse en 1 an. L'allaitement exclusif augmente l'efficacité à 100%.

En cas d'oubli de pilule, la femme peut être rassurée par rapport au risque de grossesse si tous les critères de la MAMA sont présents.

 <b>CHU</b> <b>C A E N</b>	<b>MANUEL</b>	<b>FE-MA-001</b>
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL</b> <b>A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01</b> <b>du 30/06/10</b> page 66/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

### Les implants à base de progestatif (Etonogestrel)

Il a les mêmes effets que les contraceptifs oraux, il offre une très bonne efficacité pendant 3 ans. La pose est envisageable à partir de 6 semaines après l'accouchement.

### Le DIU à la progestérone

La libération de lévonorgestrel augmente l'efficacité du DIU. Le taux d'échec est de l'ordre de 0,2%. Les taux de lévonorgestrel sont inférieurs à ceux des contraceptifs oraux. Comme tous les progestatifs, il est conseillé d'attendre 6 semaines après l'accouchement pour insérer ce dispositif.

### Les progestatifs injectables

L'injection de 150mg d'acétate de médroxyprogestérone (Depoprodasone®) tous les trois mois est rarement utilisée depuis que de nouvelles méthodes contraceptives sont proposées. Après un accouchement, comme pour les autres progestatifs, il est conseillé d'attendre 6 semaines. Cette contraception est efficace et compatible avec l'allaitement.

## Les oestroprogestatifs

Certaines études ont démontré que l'utilisation de contraceptifs oraux associés à l'éthinylestradiol pendant les premières semaines peut diminuer la production de lait et modifier sa composition. Cependant la qualité méthodologique de ces études est incertaine. La réduction de la lactogénèse serait surtout liée à l'initiation trop précoce de la contraception hormonale combinée et l'utilisation d'oestrogènes à fortes doses ( 50 g/jr).

La quantité d'oestrogène ingéré par l'enfant via le lait est très faible, il reçoit environ 0,1% de la dose maternelle.

Au regard de ces données, une contraception oestroprogestative est envisageable seulement après la période du post-partum où le risque thromboembolique est le plus important (3 premières semaines). L'utilisation d'une pilule mini dosée (50 g/j) est préférable

Les recommandations internationales déconseillent d'utiliser une contraception oestroprogestative pendant toute la durée de l'allaitement. C'est pourquoi il est souhaitable que cette contraception ne soit pas donnée en première intention.

 CHU C A E N	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 67/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## La contraception d'urgence

La non connaissance par la femme de la contraception d'urgence est une des causes de grossesses non désirées.

### La contraception d'urgence progestative.

Elle se présente sous la forme d'un seul comprimé, le Norlévo® (1,5 mg de lévonorgestrel) à prendre au plus tard 72 h après le rapport.

Cette contraception d'urgence est à utiliser ponctuellement pendant l'allaitement. Il est recommandé d'allaiter immédiatement après la prise de Norlévo® et de s'abstenir d'allaiter pendant au moins six heures après.

L'efficacité n'étant pas parfaite, il est conseillé d'effectuer un test de grossesse 15 jours après la prise.

### Le DIU d'urgence

La pose d'un DIU dans les jours qui suivent un rapport non protégé a une efficacité supérieure à celle d'un de la contraception d'urgence progestative.

Le DIU peut être en cuivre ou à la progestérone et peut rester en place ensuite comme contraception à long terme.

#### En résumé :

La meilleure contraception est celle qui est choisie par le couple  
 La MAMA est la seule méthode naturelle recevable au cours des six premiers mois d'un allaitement exclusif. Si une contraception hormonale est souhaitée, on utilisera de préférence un progestatif (oral, DIU, implant, injectable). L'utilisation de l'éthinylestradiol minidosé est envisageable seulement après trois semaines. La pose d'un DIU au cuivre peut être effectuée à partir de 4 semaines. Les méthodes locales sont compatibles avec l'allaitement. La contraception d'urgence et la stérilisation tubaire ne sont pas contre-indiquées.

#### Bibliographie

HAS, *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme* décembre 2004

HAS, *Allaitement maternel-Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant*

*Traité de l'allaitement maternel* La Leche Ligue

#### Site Internet :

[www.choisirssacontraception.fr](http://www.choisirssacontraception.fr)

	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 68/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## La poursuite de l'allaitement et le moment du sevrage

L'OMS recommande un allaitement exclusif pendant 6 mois.

L'introduction d'une alimentation diversifiée entre 4 et 6 mois n'apporte aucun bénéfice à l'enfant.

Au-delà de 6 mois, le lait maternel continue à apporter les nutriments nécessaires à son développement.

### « Pendant combien de temps peut-on allaiter ? »

Une mère bien informée et entourée décidera elle-même du meilleur moment pour sevrer son bébé.

### Travailler et allaiter

#### *Le travail ne rime pas obligatoirement avec sevrage.*

Le sein apporte le lait tout prêt au bon moment, le plaisir de se retrouver physiquement, la continuité de la relation mère-enfant évitent la fracture occasionnée par un changement brusque de mode de vie assorti d'un sevrage définitif. Les effets bénéfiques de l'allaitement augmentent avec la durée de celui-ci, on a donc tout intérêt à poursuivre l'allaitement même partiellement à la reprise du travail. (Code du travail).

Quelques semaines avant la reprise du travail la mère peut commencer à faire du stock en tirant le lait juste après la tétée et en le conservant au congélateur.

Si le lieu de travail de la mère ne permet pas l'allaitement sur place, elle peut s'organiser avec son employeur : venir une heure plus tard ou partir une heure plus tôt (démarche à faire par écrit avant la reprise du travail).

ANAES / Recommandations  
Mai 2002, p8

Si elle souhaite tirer son lait sur son lieu de travail, trouver un endroit tranquille, propre lors de ses heures de pause, avec une bonne technique d'expression manuelle ou un tire lait manuel ou électrique. ( cf. le chapitre : Tirer et conserver le lait)

En dehors de ses heures d'absence, elle peut profiter au maximum de mettre l'enfant au sein afin de maintenir ou relancer la lactation.



	<b>MANUEL</b>	<b>FE-MA-001</b>
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01 du 30/06/10 page 69/82</b>
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

### *Si la mère reprend après 10 semaines :*

- pour une absence < à 4heures, il n'est pas nécessaire qu'elle tire son lait.
- entre 4 et 6 heures d'absence, elle doit tirer son lait 1 fois.
- huit heures d'absence : elle doit tirer son lait deux à trois fois.

*Après 4 mois :* la mise en place de la lactation est solide et peut s'accommoder d'une certaine irrégularité.



**Décret n° 2008-244 du 7 mars 2008**  
**relatif au code du travail (partie réglementaire)**  
 NOR : MTST0804938D (Extraits)  
**CHAPITRE V**  
**Maternité, paternité, adoption et éducation des enfants**

Sous-section 4  
Dispositions particulières à l'allaitement

**Art. R. 1225-5.** - L'heure prévue à l'article L. 1225-30 dont dispose la salariée pour allaiter son enfant est répartie en deux périodes de trente minutes, l'une pendant le travail du matin, l'autre pendant le travail de l'après-midi.  
La période où le travail est arrêté pour l'allaitement est déterminée par accord entre la salariée et l'employeur.  
A défaut d'accord, cette période est placée au milieu de chaque demi-journée de travail.

**Art. R. 1225-6.** - La période de trente minutes est réduite à vingt minutes lorsque l'employeur met à la disposition des salariées, à l'intérieur ou à proximité des locaux affectés au travail, un local dédié à l'allaitement.

**Art. R. 1225-7.** - Les caractéristiques du local dédié à l'allaitement, prévu à l'article L. 1225-32, figurent aux articles R. 4152-13 et suivants.

	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 70/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Le Sevrage

Le moment du sevrage ne peut être déterminé que par les besoins individuels de la mère et de son bébé. La décision leur appartient.

### *Le sevrage partiel*

Si la mère est dans un cas de figure peu favorable, pas de possibilité de tirer son lait sur place, elle peut ne remplacer qu'une tétée ou deux par un biberon de lait artificiel, en maintenant un maximum de tétées en présence de son enfant et le plus longtemps possible.

S'il faut effectuer un sevrage presque complet en journée, essayer de conserver le plus longtemps possible les tétées du soir, de la nuit et surtout la première du matin.

Cette situation s'adapte aux femmes qui souhaitent un allaitement mixte ou qui se préparent à un arrêt définitif de l'allaitement.



	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 71/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

### *Le sevrage : arrêt définitif de l'allaitement*

Des produits diététiques cherchant à se rapprocher du lait maternel doivent être donnés à la place du lait maternel.

Le bébé doit s'habituer progressivement au changement, il doit accepter de changer son mode de succion pour prendre le biberon.

L'adaptation est parfois difficile, penser aux solutions :

- Faire donner le biberon par une personne autre que la mère.
- Adopter une position différente de celle utilisée lors de la prise de sein.
- Utiliser tasse, cuillère ...

A 6 mois, la diversification solide, de façon naturelle sera une autre forme de sevrage.

**Le sevrage naturel** : les tétées se raréfient et finissent par disparaître complètement par décision du bébé.

Si on ne donne plus de lait, il faut le remplacer par un substitut sur les conseils d'un professionnel, « lait pour nourrisson » avant 5 mois, « lait de suite » après.

**Le sevrage médicamenteux** : il s'agit généralement de sevrage précoce.

Il existe des médicaments spécifiques pour éviter la lactation (antagonistes de la prolactine), ceux-ci ne sont pas anodins et ont des effets secondaires (vertiges, nausées). Leur utilisation n'est pas indispensable. Si des tensions mammaires persistent se référer au chapitre VII Engorgement.



## Conclusion

Cet ouvrage est issu d'un travail de recherche et de réflexion mené par toutes les catégories professionnelles des services de maternité et de néonatalogie du CHU de Caen. Il a pour but de promouvoir l'allaitement maternel, d'harmoniser l'accompagnement des mères et de participer à l'éducation de la santé.



	<b>MANUEL</b>	<b>FE-MA-001</b>
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01 du 30/06/10</b> page 73/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## GROUPE DE TRAVAIL :

### Professionnels de santé du pôle femme-enfant CHU de CAEN

- Mme Anne-Françoise Assimingue, Sage-femme soignante, consultante en lactation, service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, pôle FEH, CHU de Caen
- Mme Catherine Deshayes, Puéricultrice, service de néonatalogie, pôle FEH, CHU de Caen
- Mme le Docteur Martine Fiant, Pédiatre, praticien hospitalier, service de néonatalogie et gynécologie-obstétrique, pôle FEH, CHU de Caen
- Mme Khadija JMAD, Sage-femme cadre, service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, pôle FEH, CHU de Caen
- Mme Claude Leblay, Auxiliaire de puériculture, service de néonatalogie, pôle FEH, CHU de Caen
- Mme Marie-claire Lehugeur, Auxiliaire de puériculture, service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, pôle FEH, CHU de Caen
- Mme Paule Ozenne, Sage-femme libérale, consultante en lactation, vacataire, service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, pôle FEH, CHU de Caen
- Mme Béatrice Steiger, Sage-femme soignante, service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, pôle FEH, CHU de Caen

 CHU C A E N	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 74/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

#### Avec la participation de :

- Mme Evelyne Giffard, Sage femme cadre, faisant fonction de Directrice, école de Sage-femme du CHU de Caen
- Mme Isabelle Meyrat, puéricultrice, cadre de santé, service de néonatalogie, pôle FEH, CHU de Caen
- Mme Corinne Riou, Sage-femme cadre supérieur, service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, pôle FEH, CHU de Caen

#### Sous la direction de :

M. le Professeur Bernard Guillois, Professeur des Universités , praticien hospitalier, Chef de service de néonatalogie, Président du comité de pilotage intra hospitalier en éducation pour la santé, pôle FEH, CHU de Caen

#### Coordination :

- Mme Najiba Nessah, chargée de projet en éducation pour la santé (2005-2007)

Remerciements du Groupe de travail à Mme Najiba Nessah pour avoir été à l'initiative de ce travail en 2005, pour nous avoir permis de réaliser cet ouvrage  
 Merci pour sa collaboration assidue pour le démarrage de ce projet.

- Mme Carole Manguin, chargée de projet en éducation pour la santé depuis mai 2007, pôle FEH, CHU de Caen.

#### Comité de relecture :

- M. le Professeur Dreyfus, Professeur des Universités, praticien hospitalier, service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, pôle FEH, CHU de Caen
- M. le Professeur Guillois, Professeur des Universités , praticien hospitalier, Chef de service de néonatalogie, pôle FEH, CHU de Caen.
- M. le Professeur Michel Herlicoviez, Professeur des Universités , praticien hospitalier, Chef de service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, pôle FEH, CHU de Caen
- Mme Corinne Riou, Sage-femme cadre supérieur, service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, cadre supérieur de pôle, pôle FEH, CHU de Caen

	<b>MANUEL</b>	<b>FE-MA-001</b>
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01 du 30/06/10</b> page 75/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Ressources pour l'allaitement maternel, bibliographie

### *Professionnels de santé, Santé publique*

#### **AFSSA (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments)**

Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons, juillet 2005.  
<http://www.afssa.fr/Ftp/Afssa/32117-32118.pdf>

Comment bien recueillir, conserver et transporter le lait maternel en toute sécurité, Ministère de la santé et des solidarités  
[http://www.sfpediatrie.com/uploads/media/dv-d-7-dgs\\_v4\\_-A5\\_recadre.pdf](http://www.sfpediatrie.com/uploads/media/dv-d-7-dgs_v4_-A5_recadre.pdf)

#### **ANAES**

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé  
[www.anaes.fr/](http://www.anaes.fr/), tapez « allaitement »

#### **Co-naître**

Institut de formation, de recherche et d'échange autour de l'allaitement maternel  
[www.co-naître.net/](http://www.co-naître.net/)

#### **CoFAM (coordination française pour l'allaitement maternel)**

Fédère les acteurs soutenant l'allaitement, évalue la situation et les actions en faveur de l'allaitement en France. Coordonne la semaine mondiale de l'allaitement maternel, l'Initiative « Hôpital Ami des Bébé », la journée nationale pour l'allaitement.  
<http://cofam2002.free.fr/>

#### **HAS ( La Haute Autorité de Santé )**

-Allaitement Maternel : mise en œuvre et poursuite de l'allaitement dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant (Mai 2002), HAS,  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement\\_rap.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf).

-Rapport d'évaluation de référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles : Allaitement maternel suivi par le pédiatre (juillet 2005), HAS, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement\\_pediatrie\\_epp\\_rap.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_pediatrie_epp_rap.pdf).

-Référentiel d'autoévaluation des pratiques en pédiatrie : Allaitement suivi par le pédiatre (juillet2005).HAS.[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement\\_pediatrie\\_epp\\_ref.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_pediatrie_epp_ref.pdf).

	<b>MANUEL</b>	<b>FE-MA-001</b>
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01 du 30/06/10</b> page 76/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## PNNS ( Programme National Nutrition Santé )

Les DDASS ( directions départementales de l'action sanitaire et sociale) sont les relais des actions de nutrition au niveau de chaque département.

Le guide nutrition des enfants de 0 à 3 ans pour tous les parents - la santé vient en mangeant et en bougeant.

<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/allaitement.pdf>

## IPA, information pour l'allaitement

[www.info-allaitement.org/](http://www.info-allaitement.org/)

## SAM , Santé et Allaitement maternel

[www.santeallaitementmaternel.com/](http://www.santeallaitementmaternel.com/)

## *Autres ressources*

### ILCA(International Lactation Consultant Association)

Guide clinique pour l'établissement d'un allaitement exclusif (juin 2005) [www.lactitude.com](http://www.lactitude.com)

### Docteur Jack Newmann

Les feuillets et les clips

[www.lactitude.com](http://www.lactitude.com) et [www.l1lfrance.com](http://www.l1lfrance.com).

### LLL (La Leche League France)

Conférences internationales, formation des professionnels

Publications françaises : Dossiers de l'allaitement, Allaiter aujourd'hui

[www.l1lfrance.org/](http://www.l1lfrance.org/)

[www.l1lfrance.org/âges/cadre-lactaliste.htm](http://www.l1lfrance.org/âges/cadre-lactaliste.htm)

### CERDAM ( centre ressource documentaire pour l'allaitement maternel)

<http://perso.wanadoo.fr/ipa/CERDAM/>

	<b>MANUEL</b>	<b>FE-MA-001</b>
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01 du 30/06/10</b> page 77/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Sites Français

[www.afpa.org](http://www.afpa.org) : site de l'association Française des pédiatres Ambulatoire ; leur position sur l'allaitement est intéressante.

[www.pediatres.online.fr/allaitement.htm](http://www.pediatres.online.fr/allaitement.htm)

[www.coordination-allaitement.org](http://www.coordination-allaitement.org)

[www.info-allaitement.org](http://www.info-allaitement.org)

[www.lactitude.com](http://www.lactitude.com)

[www.lelienlacte.com](http://www.lelienlacte.com)

[www.santeallaitementmaternel.org](http://www.santeallaitementmaternel.org)

[www.lecrat.org](http://www.lecrat.org)

[www.allaitement-jumeau.com/](http://www.allaitement-jumeau.com/)

## Sites internationaux utiles

### OMS

Les résolutions de l'assemblée mondiale de la santé

[www.who.int/gb/](http://www.who.int/gb/)

### la voix lactée

[www.lavoixlactee.be/](http://www.lavoixlactee.be/) (Belgique)

### UNICEF

[www.unicef.org](http://www.unicef.org) (site de l'UNICEF)

### IHAB

Initiative Hôpital Ami des Bébés

### Autres sites

[www.babyfriendly.org.uk](http://www.babyfriendly.org.uk)

[www.waba.org](http://www.waba.org) (site de la World Alliance for Breastfeeding Action)

[www.ibfan.org](http://www.ibfan.org) (site de l'Infant Baby Food Action Network)

[www.lalecheleague.org](http://www.lalecheleague.org) (site de La Leche League International)

 CHU C A E N	MANUEL	FE-MA-001
	GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	Version 01 du 30/06/10 page 78/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Revue

Les dossiers de l'allaitement : revue pour les professionnels de santé éditée par La Leche League France. Abonnement sur le site [dossiers@lllfrance.org](mailto:dossiers@lllfrance.org) ou au 01.43.08.56.02

Allaiter aujourd'hui : revue plus généraliste éditée par La Leche League France qui fonctionne par thème et qui contient de nombreux témoignages de mères.

## Quelques livres

L'allaitement : comprendre et réussir : Dr Jack Newman, Térésa Pitman ; Edition Jack Newman 2007.

Traité de l'allaitement maternel ; Nancy Mohrbacher, Julie Stock, Editions La Leche League International (ce livre existe en format de poche).

L'allaitement de la naissance au sevrage ; Marie Thirion ; éditions Albin Michel 2004.

L'art de l'allaitement maternel, édition La Leche League Internationale, 2005.

Anthologie de l'allaitement maternel, Claude Didier-Jean-Jouveau, édition Jouvence, 2002.

La voie Lactée : l'allaitement maternel, Claude Didier -Jean-Jouveau, édition Jouvence, 2003.

Allaitement, c'est bon pour la santé, Claude Didier- Jean-Jouveau, édition Jouvence 2003.

Allaitement et droit, Martine Herzog-Evans, éditions l'harmattan, 2007.

Au sein du monde, Nathalie Roques, éditions l'harmattan, 2001

A propos de sevrage ...quand l'allaitement se termine Diane Bengson, édition La Leche Ligue internationale 2003.

Guide de l'allaitement et du sevrage, action pour l'allaitement ; éditions La découverte PARIS 2004 ; Pascale WALTER

Le Bamin et l'allaitement ; Norma-Jane Bumgarner, édition La LECHE League Internationale.

## Comment bien recueillir, conserver et transporter le lait maternel en toute sécurité



### L'allaitement au sein est la solution la plus facile et la plus sûre. En cas d'impossibilité d'allaiter directement, voici les précautions à respecter.

Premiers gestes recommandés :

douche et change de sous-vêtements quotidiennement.  
Les méthodes de recueil (tire-lait manuel ou électrique, expression manuelle) peuvent vous être expliquées à la maternité, dans les centres de la protection maternelle et infantile (PMI), par votre médecin ou auprès d'une association.



### Nettoyage du matériel

- Avant la première utilisation :
    - lavez à l'eau chaude additionnée de liquide vaisselle, le biberon<sup>1</sup> et ses accessoires, ainsi que le tire-lait, rincez bien,
    - laissez sécher sans essuyer.
  - Après utilisation :
    - videz le biberon,
    - rincez au robinet à l'eau froide puis plongez le biberon et ses accessoires dans de l'eau chaude additionnée de liquide vaisselle,
    - nettoyez le biberon avec un goupillon<sup>2</sup> et rincez.
- Le tire-lait doit être rincé sous le robinet

<sup>1</sup> biberon, tasse ou autre récipient.  
<sup>2</sup> brosse allongée réservée au nettoyage du biberon

d'eau froide puis plongé

Si vous possédez un lave-vaisselle, lavez tous les accessoires en utilisant un cycle complet à 65 °C, à l'exception des tétines en caoutchouc

avec le biberon dans l'eau chaude, laissez sécher sans essuyer.

### Recueil du lait

- Lavez-vous soigneusement les mains.
- Installez-vous dans un endroit propre.
- Posez le biberon et le tire-lait sur un plan de travail bien nettoyé.
- Tirez votre lait de l'un ou des deux seins selon le besoin.

### Concentration du lait

- Si le volume souhaité de lait est recueilli en une seule fois, fermez le biberon avec le couvercle étanche.
- Si le volume souhaité de lait est recueilli en plusieurs étapes, ne versez pas le lait tiré directement dans le biberon déjà réfrigéré mais refroidissez ce nouveau biberon au réfrigérateur puis versez son contenu dans le biberon de conservation. **Notez la date et l'heure du premier recueil de lait sur le biberon.**



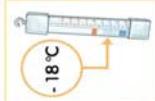
Ajoutez le nom et le prénom de l'enfant, si le lait doit être donné en dehors du domicile (ex. : crèche).  
**Le biberon doit être stocké au réfrigérateur à une température de + 4 °C immédiatement après le recueil du lait.**

Vérifiez la température de votre réfrigérateur. Ne conservez pas le lait dans la porte du réfrigérateur – qui n'est pas assez froide.  
**Le lait doit être consommé dans les 48 heures après le premier recueil.**

### Congélation

Si le lait maternel doit être conservé plus de 48 heures, congélez-le à -18 °C.

- Vérifiez la température de votre congélateur (-18 °C). Ne stockez pas le lait au freezer ou dans le compartiment à glaçons.
- Veillez à ne remplir le biberon qu'aux trois quarts.
- Le lait ainsi stocké peut être conservé pendant 4 mois au congélateur (-18 °C).



Pour le décongeler, placez-le au réfrigérateur au moins 6 heures avant l'heure prévue pour la consommation.  
Le lait ainsi décongelé doit être conservé au réfrigérateur et consommé dans les 24 heures, sinon il doit être jeté.

Le lait décongelé ne doit pas être recongelé. Il ne faut pas ajouter de lait fraîchement recueilli à un biberon de lait congelé.

### Réchauffage

- Faites tiédir le lait en plaçant le biberon au bain-marie, dans une casserole ou un chauffe-biberon.
- Si le lait est réchauffé, il doit être consommé dans la demi-heure.
- Si le lait est à température ambiante, il doit être bu dans l'heure.
- Vérifiez la température du lait en versant quelques gouttes sur la face interne de votre avant-bras.
- Tout reste de biberon préparé non consommé doit être jeté.



Ne réchauffez pas le biberon à l'aide d'un four à micro-ondes. Attention aux brûlures.

### Transport

Si nécessaire, transportez le biberon de lait maternel froid dans une glacière ou dans un sac isotherme avec un pack de réfrigération. **N'excédez pas 1 heure de transport. Le lait doit être remplacé dans le réfrigérateur à 4 °C à l'arrivée.**

## Le lait maternel est l'aliment idéal de votre bébé

## Comment bien préparer et transporter le lait infantile en toute sécurité



**Si vous n'allaites pas, voici les précautions à respecter pour préparer un biberon de lait\*.**  
**Important : ne pas préparer le biberon de votre bébé à l'avance.**

\*préparation pour nourrisson en poudre



### Nettoyage du matériel

- Avant toute manipulation, lavez-vous soigneusement les mains.
- Avant la première utilisation :
    - lavez à l'eau chaude additionnée de liquide vaisselle, le biberon<sup>1</sup> et ses accessoires,
    - rincez bien,
    - **laissez sécher sans essuyer.**
  - Après utilisation :
    - videz le biberon,
    - rincez le biberon et ses accessoires à l'eau froide,
    - plongez le biberon et ses accessoires dans de l'eau chaude additionnée de liquide vaisselle,
    - nettoyez le biberon avec un goupillon<sup>2</sup> et rincez,
    - **laissez sécher sans essuyer.**
- Un nettoyage soigneux et un égouttage suffisent. Il n'est pas indispensable de stériliser le biberon.

Si vous possédez un lave-vaisselle, lavez tous les accessoires en utilisant un cycle complet à 65 °C, à l'exception des tétines en caoutchouc.

<sup>1</sup>biberon, tétine ou autre récipient.  
<sup>2</sup>brosse allongée réservée au nettoyage du biberon.

### Eau

Pour reconstituer du lait à partir de poudre, l'eau du robinet convient<sup>3</sup> sauf si elle est adoucie ou filtrée à domicile.

Toutefois :

- utilisez seulement l'eau froide (attention à la position du mélangeur).
- laissez couler l'eau 1 à 2 minutes si vous n'avez pas utilisé votre robinet récemment. Dans le cas contraire, 3 secondes suffisent.

Si votre robinet est équipé d'un diffuseur à son extrémité, pensez à le détartrer régulièrement : dévissez le diffuseur et placez-le dans un verre de vinaigre blanc.

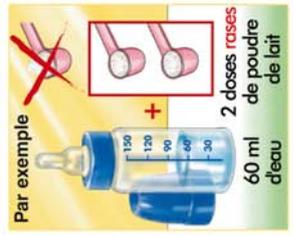


En cas d'utilisation d'eau en bouteille, assurez-vous qu'elle convienne à l'alimentation des nourrissons. N'utilisez pas d'eau en bouteille si elle est ouverte depuis plus de 24 heures.

**Attention !** Des informations sur la qualité de l'eau sont disponibles auprès de votre mairie.

### Reconstitution du lait

- Lavez-vous soigneusement les mains.
- Installez-vous dans un endroit propre.
- Posez le biberon sur un plan de travail bien nettoyé.
- Reportez-vous aux indications sur la boîte de lait pour déterminer les quantités d'eau et de poudre nécessaires.
- La mesurette doit être bien arasée.
- Agitez bien pour éviter les grumeaux.



Respectez le dosage : une mesurette de poudre arasée pour 30 ml d'eau.

### Transport

**Ne préparez pas à l'avance le biberon.**  
Au besoin, transportez un biberon d'eau et la poudre séparément et mélangez juste avant consommation par le bébé.

Un réfrigérateur doit être nettoyé une fois par mois.

### Réchauffage

**Le biberon peut être donné à température ambiante.**  
Si besoin :

- Faites tiédir le biberon au bain-marie dans une casserole ou dans un chauffe-biberon.
- Ne réchauffez pas le biberon à l'aide d'un four à micro-ondes. **Attention aux brûlures !**



- Agitez le biberon, vérifiez la température du lait en versant quelques gouttes sur la face interne de votre avant-bras.
- Si le lait est réchauffé il doit être consommé dans la  **demi-heure**.
- Si le lait est à **température ambiante** il doit être bu dans **l'heure**.



Ministère de la Santé et des Solidarités, 14, avenue Duquesne, 75007 Paris. Tél. : 01 40 56 60 00.  
[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

## Le lait maternel est l'aliment idéal de votre bébé

	<b>MANUEL</b>	<b>FE-MA-001</b>
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01 du 30/06/10</b> page 81/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

## Formations

Les formations se déroulent habituellement sur le lieu de travail des professionnels (maternité, PMI) mais aussi sur un autre lieu en regroupant les stagiaires.

### Au niveau national :

#### A-M-F

Allaitement Maternel Formation, LLL  
Secrétariat formation Laure Labessan  
87, rue de Paris, 92110 CLICHY  
Tel : 0147374146  
Mail : [secretariat-formation@lilfrance.org](mailto:secretariat-formation@lilfrance.org)  
Site : [www.allaitement-maternel-formation.com](http://www.allaitement-maternel-formation.com)

#### Instituts des Formations Co-Naitre :

L'Escandidaho,  
97, rue de la bonde, 84 120 PERTHUIS  
Tel : 06 09 52 53 79  
Mail : [contact@co-naitre.net](mailto:contact@co-naitre.net)  
Site : [www.co-naitre.net](http://www.co-naitre.net)

### Au niveau régional : Haute et Basse Normandie

#### RENOAL- Réseau Normand pour l'allaitement

18 rue caponière  
1400 CAEN  
Tel : 06 33 65 81 78  
[www.renoal.fr](http://www.renoal.fr)

## Diplômes

#### DIU LHAM (Diplôme Inter Universitaire Lactation Humaine et Allaitement Maternel)

Lieu de formation (selon les années) : Brest, Lille, Grenoble.

Trois semaines de formation, mémoire, examen final.

Formation réservée aux médecins, sages-femmes et puéricultrices coordonnée par Dr Gisèle Gremmo-Feger. Site : [www.co-naitre.net](http://www.co-naitre.net)

Formations pour préparer le certificat de consultants en lactation IBCL (International Board Lactation Consultant).

Certificat international validant une expérience professionnelle et une formation théorique et pratique sur l'allaitement maternel. Formation de 5 semaines, stage et mémoire. Examen annuel à Paris en Juillet, réservé aux personnes pouvant justifier d'une expérience de soutien aux mères allaitantes.

	<b>MANUEL</b>	<b>FE-MA-001</b>
	<b>GUIDE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE</b>	<b>Version 01 du 30/06/10</b> page 82/82
Entité émettrice : Groupe de travail sur l'allaitement maternel		

**ACLPL** : Association des Consultants en Lactation Professionnels de santé  
10 place de l'église  
33990 Hourtin. TEL : 05 56 73 65 74.  
Mail : [formation@consultants-lactation.fr](mailto:formation@consultants-lactation.fr)  
Site : [www.consultants-lactation.fr](http://www.consultants-lactation.fr).

Lieux de formation : Lyon, Bordeaux et autres lieux sur demande.

**CREFAM** : Centre de Recherche, d'Evaluation et de Formation à l'Allaitement Maternel.  
12 avenue du DR Lacroix  
94270 Le Kremlin-Bicêtre  
TEL : 01 46 72 90 94  
Mail : [formationcrefam@aol.com](mailto:formationcrefam@aol.com)  
Site : [www.crefam.com](http://www.crefam.com)

Lieux de formation : Paris, Montpellier et en région sur demande.

## *Associations de soutien aux mères*

*La liste par régions se trouve sur le site de la COFAM*

[www.coordination-allaitement.org](http://www.coordination-allaitement.org)

CHUCaen

Pôle Femme-Enfant

Service de Gynécologie Obstétrique  
et médecine de la reproduction

Tél. : 02 31 27 23 90

et Service de Néonatalogie

Tél. : 02 31 27 25 66

Avenue de la Côte de Nacre  
14033 CAEN cedex 9