



## SEMAINE MONDIALE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL du 12 au 18 Octobre 2009



### L'allaitement maternel : Un Atout en situations de crise

Cette année le thème international proposé par WABA (l'Alliance Mondiale pour l'Allaitement Maternel) est « *Breastfeeding a vital response in emergency situations* » soit littéralement, l'Allaitement Maternel, une réponse vitale en situation d'urgence. Ce thème d'intérêt mondial peut cependant porter à interrogations en France. Dans notre pays il n'est pas politiquement correct de présenter les choses de cette façon.

Pourtant interrogeons-nous : une réponse vitale? En France des mères, des bébés, et les praticiens doivent faire face quotidiennement à des hospitalisations, voire à des interventions chirurgicales. La prévention de certaines maladies graves, cancers, diabètes est au cœur des projets de santé publique. Ainsi dans toutes les situations maintenir l'allaitement maternel, voire si possible relancer la lactation est une ressource inestimable, un atout immense.

Des situations d'urgences? Si nous avons connaissance des guerres, des tremblements de terres et des tsunamis, qui génèrent des appels à la solidarité internationale, nous avons, en France, été en grande partie préservés de catastrophes naturelles. Cependant n'arrive-t-il pas que des tempêtes sillonnent le pays ? Causant des dommages sur les lignes électriques, des inondations, des situations précaires où des relogements sont nécessaires ? Certains trains ne s'arrêtent-ils pas durant des heures en pleine nature ? Les conditions socioéconomiques n'obligent-elles pas certaines associations à organiser chaque année des collectes de denrées alimentaires comprenant l'alimentation des tout petits ? Les nourrissons, les bambins ont-ils tous accès à la même couverture médicale, et donc aux mêmes soins ?

Partout dans le monde les situations de crise détruisent ce qui est « normal », mettant à risque la santé et la survie d'une population.

Les situations d'urgence peuvent être provoquées par les hommes ou d'origine naturelle. Elles peuvent être imprévisibles, récurrentes ou de longue durée.

Les situations d'urgence sont caractérisées par de l'agitation, de l'insécurité, de l'insalubrité, ainsi que par des approvisionnements insuffisants d'eau propre, de nourriture, de combustibles, d'aide médicale et d'abris/logements. Elle laisse les soignants aux prises avec un contexte mal connu et les enfants vulnérables.

Lors des situations de crise, les mères ont besoin d'un soutien actif pour continuer ou relancer l'allaitement. Être préparé aux situations d'urgence est vital.

**Le soutien à l'allaitement hors situation de crise renforce la capacité des mères à gérer une situation d'urgence.**

*Communiqué COFAFM  
Septembre 2009*

*En nous inspirant de ce thème nous avons essayé d'aborder différentes situations « de crise » que les mamans et nous mêmes pouvons rencontrer au quotidien.*

*Toujours dans l'espoir que cela pourra nous éclaircir dans nos pratiques.*

EDITO

**Situation de crise : virus grippal A/H1N1**

page 2

**Situation de crise : Abscesses du sein**

page 4

**Situation de crise : Comprendre et expliquer les rythmes des bébés**

page 8

**Situation de crise : Allaitement et précarité**

page 9

**Actualité : Le nouveau guide INPES Infos utiles**

page 10

SOMMAIRE

## virus grippal A/H1N1

### Virus grippal A/H1N1

La grippe A/H1N1 dans le cadre de l'épidémie actuelle se transmet de la même manière qu'une grippe saisonnière et présente les mêmes symptômes. Les précautions à prendre sont les mêmes que pour toute grippe. La grippe est la plus contagieuse pendant les 24 heures qui précèdent l'apparition des premiers signes cliniques.

Quand la mère commence à être malade, le bébé a déjà été largement exposé au virus. Quand une maman attrape la grippe, son bébé allaité profite immédiatement, dès l'incubation, des anticorps spécifiquement dirigés contre le virus, qu'elle se met à fabriquer avant qu'elle-même n'ait déclaré des symptômes évocateurs de la maladie. Elle aide ainsi à protéger son enfant, et à abaisser chez lui le risque de maladie. Le sevrer alors le priverait des anticorps, meilleur moyen pour lui de se défendre.

De plus, il faut se souvenir que **l'allaitement non seulement apporte des anticorps maternels aux enfants, mais stimule aussi de façon optimale leur propre immunité**, ce qui les rend plus forts vis-à-vis des bactéries, virus et parasites.

Les femmes qui allaitent peuvent poursuivre l'allaitement pendant l'administration d'un antiviral.

Rien à ce jour ne permet de penser que la grippe puisse être transmise via le lait maternel. La transmission est fondamentalement aérienne. Dans la transmission inter-humaine de la grippe, le virus passe par les gouttelettes de salive, les "postillons".

- Les mesures de bon sens habituelles sont bien sûr recommandées :

- Tousser dans un mouchoir jetable,
- Se moucher dans des mouchoirs jetables et jetés,
- Se laver fréquemment les mains avec du savon et/ou une solution hydroalcoolique,
- S'essuyer avec des serviettes propres,
- Porter un masque en cas de maladie.

Voir sur le site de l'HAS : <http://www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/grippe-A-H1N1/informations-grand-public/questions-reponses.html>

#### Et si ce n'était pas la grippe ?

Vous pouvez présenter des symptômes grippaux comme de la fièvre, des courbatures et une grande fatigue, mais sans toux et avec une douleur et/ou une zone indurée dans un sein. Il s'agit dans ce cas probablement **d'une mastite**, qui est une inflammation du sein et n'a rien à voir avec ce virus.

**Voir également les recommandations des CDC et de l'Academy of Breastfeeding Medicine.**

**Extrait des Recommandations des CDC** (Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis) concernant l'allaitement et la grippe porcine dite « mexicaine » : [http://www.cdc.gov/h1n1flu/clinician\\_pregnant.htm](http://www.cdc.gov/h1n1flu/clinician_pregnant.htm)

#### Considérations en matière d'allaitement

Les nourrissons non-allaités sont particulièrement vulnérables aux infections, ce qui augmente leurs risques d'être hospitalisés pour maladies respiratoires graves. Les femmes qui donnent naissance à leur enfant devraient être encouragées à initier l'allaitement rapidement et à faire téter leur bébé fréquemment. Dans l'idéal, le bébé doit être nourri principalement au lait maternel.

Éviter de donner des complé-

ments de lait artificiel (privilégier le lait maternel) afin d'assurer un apport maximal en anticorps maternels. Si la mère est malade, elle pourra continuer à allaiter son bébé en augmentant la fréquence des tétées. Si la maladie maternelle empêche de mettre le bébé au sein en toute sécurité, la mère devrait être encouragée à tirer son lait, si son état lui permet de le faire. Le bébé trop malade pour être mis au sein devrait recevoir du lait maternel que la mère aura tiré. Dans certaines situations, le bébé peut recevoir du lait de lactarium. Le risque de transmission de la grippe porcine via le lait maternel est inconnu. Cependant les cas rapportés de virémie dans le cadre des infections grippales saisonnières sont rares. Les antiviraux en traitement ou en prophylaxie ne sont pas contre-indiqués pendant l'allaitement.

**Informez les parents et les soignants sur la façon de protéger le nouveau-né de la transmission des germes responsables des maladies respiratoires comme la grippe porcine (H1N1) :**

Laver les mains des adultes et des nourrissons fréquemment avec de l'eau et du savon, et surtout quand les nourrissons mettent leurs mains à leur bouche

- Garder la mère et son nourrisson en aussi grande proximité que possible et encourager le peau à peau précoce et fréquent
- Éviter de partager jouets et autres objets ayant été en contact avec la bouche du bébé. Laver soigneusement avec de l'eau et du savon tout objet ayant été en contact avec la bouche du bébé.

- Ne pas mettre la sucette du bébé (ou tout autre objet type anneau de dentition) dans la bouche d'un adulte ou d'un autre nourrisson avant de le/la lui donner.
- Prendre des précautions quand on tousse ou quand on éternue pour ne pas contaminer les autres.

### Allaitement et virus grippal H1N1

#### Recommandations de l'Academy of Breastfeeding Medicine pour les professionnels de santé.

Les médecins ont un rôle important dans la promotion, la protection et le soutien de l'allaitement. Les médecins devraient souligner l'importance de l'allaitement exclusif comme mode d'alimentation le plus recommandé pour les bébés, et celui qui les protège le mieux. L'Academy of Breastfeeding Medicine conseille vivement aux professionnels de santé d'encourager les mères à allaiter et de les soutenir activement, tout particulièrement pendant une pandémie de grippe, dans la mesure où les bébés qui ne sont pas allaités ont un risque significativement plus élevé d'être hospitalisés pour infection respiratoire sévère.

#### Poursuivre l'allaitement

Si une mère allaitante est suspectée d'être contaminée par le virus grippal H1N1 (ou « grippe porcine »), ou si elle a été en contact avec une personne contaminée et a besoin d'une prophylaxie antivirale, elle devrait continuer à allaiter. Si un bébé allaité est suspecté d'avoir été contaminé par le virus grippal H1N1, ce bébé devrait continuer à

être allaité. L'allaitement est globalement bénéfique en limitant la sévérité des infections respiratoires chez les bébés, mais des informations spécifiques sur ce virus grippal ne sont pas disponibles actuellement. Pendant les épidémies de grippe classique, le bébé a souvent été exposé au virus avant que sa mère sache qu'elle est contaminée. On pense que ce virus particulier pourrait devenir contagieux 24 à 48 heures avant l'apparition des premiers symptômes. L'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois est source d'une protection optimale, mais l'allaitement partiel (lait maternel plus autres liquides ou solides) continue à apporter un certain degré de protection. La mère qui allaite partiellement pourra souhaiter essayer d'augmenter la quantité de lait maternel qu'elle donne à son enfant. Si le bébé a des difficultés à prendre le sein, on peut lui donner du lait maternel exprimé.

**Les bébés prématurés et hospitalisés** qui ne sont pas directement mis au sein, ou qui ne sont pas en contact avec une personne suspectée d'être contaminée par le H1N1, et les enfants qui sont nés alors que leur mère débutait une grippe supposée ou confirmée H1N1, et qui n'ont pas encore été en contact avec leur mère, constituent un cas spécial qui doit être géré au cas par cas, en accord avec un spécialiste des pathologies infectieuses et avec l'équipe hospitalière. Le risque exact de transmission via le lait maternel est inconnu, mais on suppose qu'il est très faible, dans la mesure où l'excrétion lactée de virus pendant la saison de la grippe est extrêmement rare.

#### Traiter la mère et l'enfant

##### Les antiviraux

Le traitement maternel avec l'un des 2 antiviraux recommandés en cas de grippe porcine est

considéré comme compatible avec l'allaitement d'un bébé né à terme et en bonne santé. Il existe peu de données sur l'utilisation de ces 2 antiviraux pendant l'allaitement, mais ne pas traiter présente également des risques. Les informations disponibles permettent de penser que l'excrétion lactée de l'oseltamivir est faible, une étude estimant que le bébé est exposé à environ 0,5 % de la dose maternelle ajustée pour le poids.

Pour le zanamivir administré en inhalateur, son passage systémique est faible, ce qui permet de penser qu'il est peu probable qu'il passe dans le lait à un taux significatif. L'oseltamivir est approuvé pour une utilisation chez les enfants à partir de 1 an, et il a été récemment approuvé par un décret d'urgence de la FDA pour les enfants de moins d'un an pour un traitement ou une prophylaxie en cas de nécessité. Des informations sur le traitement et la prophylaxie sont disponibles auprès des CDC.

#### Les médicaments en vente libre qui peuvent être utilisés

Le paracétamol pour la fièvre et l'ibuprofène pour les douleurs musculaires sont couramment utilisés par les mères allaitantes, et sont sans danger dans la plupart des cas.

Les produits contenant de l'aspirine devraient être évités en raison de leur éventuel rôle dans le syndrome de Reye.

Il est préférable d'éviter la pseudoéphédrine (un décongestionnant), car elle peut abaisser la production lactée en cas de prise régulière. De bonnes sources d'informations sur la sécurité des médicaments pendant l'allaitement sont : LACTMED sur le site de NIH TOXNET (<http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>), et *Medications and Mother's Milk* de Tom Hale (2008, 13ème édition, Hale Publishing, <http://www.ibreastfeeding.com/>).

**Abcès du sein**

**Abcès du sein : attention aux situations cliniques parfois trompeuses !**

*Article publié dans les Dossiers de l'Allaitement numéro 63 (Avril - Mai - Juin 2005) par le Dr Camille Schelstraete, Généraliste, Consultante en Lactation IBCLC. Chambéry (73).*

L'incidence de l'abcès du sein lactant est évaluée à 10% des mastites, ce qui fait à peu près 1% des allaitements (OMS 2000). Avec l'augmentation du taux d'allaitement en France, nous allons donc être plus fréquemment confrontés à cette pathologie qu'il va être nécessaire de mieux connaître et mieux gérer. Le diagnostic n'est pas toujours aisé avec des situations cliniques trompeuses. Le traitement par chirurgie classique est remis en question. En effet, certaines équipes commencent à pratiquer de façon courante la ponction du sein sous échographie, la difficulté étant l'absence de protocole consensuel.

**Bilan de 10 années de médecine générale et 5 ans de consultante en lactation**

**Première leçon, 1er doute**

**1er cas : Mme A, 1996**

Cette femme a démarré une 2ème grossesse à l'âge de 41 ans, grossesse désirée après une fausse couche spontanée quelques mois plus tôt. Son premier enfant, une fille, avait 18 ans. Elle ne l'avait pas allaitée par choix personnel. Elle souhaitait, par contre, allaiter son 2ème enfant pour les qualités nutritionnelles du lait maternel. La grossesse s'est passée sans problèmes particuliers et elle a accouché à terme d'un garçon.

Les débuts d'allaitement n'ont pas été très faciles, avec mamelons douloureux, manque de confiance, grande difficulté à comprendre et à se plier aux rythmes d'un nouveau-né. Cette femme n'arrivait pas à accepter les tétées fréquentes avec horaires irréguliers, les tétées nocturnes alors que ce bébé n'avait qu'une demande « normale » de nouveau-né. Elle était déjà d'un naturel anxieux et manquait totalement de confiance en elle.

Les choses se mettaient tant bien que mal en place avec persistance d'un sein douloureux et facilement engorgé, mais elle ne suivait pas les consignes de drainage de ce sein avec augmentation de la fréquence des tétées lorsqu'il s'engorgeait. De plus elle décrivait des douleurs évoquant une candidose du sein, qui a été traitée localement avec une crème mycostatique.

Elle a fini par présenter une mastite qui a évolué vers l'abcès malgré le traitement antibiotique mis en place. A l'époque, je ne connaissais pas la possibilité de ponction en cas d'abcès, je l'ai donc adressée à un chirurgien gynécologue qui a drainé chirurgicalement. L'enfant a été sevré immédiatement.

Lorsque cette mère est revenue me voir, elle m'a dit : « ça y est ! Je l'ai crevé mon abcès, comme ma mère lors de son allaitement, qui m'avait d'ailleurs bien dit que cela finirait ainsi »...

**Moralité :**

- Toujours essayer de trouver l'équilibre entre technique et décryptage des besoins ! Vaste programme...
- Peut-être que les antibiotiques auraient pu être donnés plus vite devant la persistance du problème de sein douloureux, et avant le tableau de mastite.

A l'époque, cette histoire m'avait énormément culpabilisée, car il est écrit partout qu'avec un allaitement bien conduit et un accompagnement efficace, une mastite ne doit pas évoluer vers l'abcès ; je ne comprenais pas cet échec.

En fait, je n'ai pas su entendre cette femme qui n'avait pas envie d'allaiter. Forte de mes convictions, je ne lui ai donné que les mesures pour poursuivre l'allaitement, alors qu'elle n'avait qu'une envie : arrêter. Inconsciemment, elle a donc tout fait pour arriver au sevrage « médical », car elle ne pouvait pas prendre cette décision par elle-même, et moi l'aider à le faire.

Par la suite, je deviens consultante en lactation, j'acquiers un peu d'expérience, de reconnaissance professionnelle, et j'enrichis mon expérience.

**2ème leçon. Les situations pièges : ne pas méconnaître le diagnostic**

**2ème cas : Mme L, Mars 2002**

Cette femme vient me voir en consultation sans son bébé. Il a trois mois, c'est son 2ème enfant, et elle doit bientôt reprendre le travail. Depuis une semaine, elle présente une zone engorgée sur la partie supéro-externe du sein droit. Le sein n'est pas inflammatoire, et elle ne pense pas avoir de fièvre ; en revanche, elle suspecte une baisse de lait depuis l'apparition de l'engorgement. Après vérification, elle a une température à 38° et présente une adénopathie.

Devant ce tableau, je lui préconise les mesures de drainage du sein avec des positions adaptées, des tétées fréquentes, ainsi qu'un traitement antibiotique par pristinamycine, anti-inflammatoire, antalgique, et un contrôle échographique.

3 jours plus tard, la zone indurée persiste malgré une diminution de volume, la fièvre reste autour de 37°8, et l'échographie confirme un abcès profond. Un traitement chirurgical est organisé avec hospitalisation courte et persistance de l'allaitement du côté sain puis reprise après cicatrisation. Elle m'avoue son étonnement devant les mesures à prendre car elle aurait bien pu ne pas consulter : les douleurs ne lui semblaient pas si importantes, et la situation peu grave. Ce n'est que la persistance des symptômes qui commençait à la précociter.

Elle est revenue me voir le mois dernier (2 ans plus tard) pour son 3ème enfant. L'allaitement se passe bien, et elle est satisfaite d'avoir pu mener à bien son allaitement précédent malgré l'abcès.

**3ème leçon Attention aux interprétations radiologiques**

**3ème cas : Mme B, Novembre 2003**

Cette mère de 2 enfants vient me voir avec son bébé de 6 semaines. Le premier allaitement a été un échec, et elle voudrait faire mieux cette fois. L'accouchement a été normal et à terme. La 1ère tétée a été précoce et efficace. Mme B a présenté des crevasses rapidement à la maternité à J2, au bout des mamelons. Elle sort à J4 avec des crevasses et un engorgement. Les crevasses persistent, avec apparition d'un placard rouge sur le sein gauche vers J13. Elle présente un tableau de mastite depuis 15 jours. Elle a vu son généraliste, qui a commencé un traitement par pristinamycine (allergique aux pénicillines) depuis 1 semaine ; elle a eu deux échographies à quelque jours d'intervalle.

Que nous dit le radiologue ? « Sur le rayon de 11h, il existe une plage nodulaire de 17 x 13 mm de diamètre, d'échostructure mixte tissulaire et hypoéchogène non strictement transsonique, la composante hypoéchogène mesurant 13 x 6,7 mm de diamètre, de contours bien limités.

Il existe une autre formation hypoéchogène hétérogène sur le rayon de 12h, en situation juxta aréolaire, mesurant 9 x 8,2 mm de diamètre.

Il existe une nette infiltration de l'ensemble des plans cellulose conjonctivaux au contact.

Au total : mise en évidence de deux formations nodulaires bien limitées d'écho-structure hétérogène mesurant 17 et 9 mm de diamètre, compatibles avec des abcès en voie de constitution, mais non collectés. Aspect de « mastite » loco régionale de continuité. Pas d'indication ce jour de ponction. »

Devant le peu d'amélioration des symptômes, elle me contacte et vient me voir après la 2ème échographie. Les crevasses se sont améliorées depuis qu'elle a diminué la fréquence des tétées, qui étaient devenues trop douloureuses, et elle présente un petit fébricule à 37°5.

Le bébé a une bonne succion, et son état clinique est normal. Au niveau du sein droit, on observe un petit placard inflammatoire à droite, très superficiel, de la taille d'une pièce de 1€. A gauche elle me montre le compte rendu du radiologue: « A gauche, il existe un épaississement du plan cutané d'origine inflammatoire, en regard de l'anomalie cliniquement palpable. En situation intra-glandulaire superficielle, mise en évidence d'une plage hypoéchogène de 11 x 9 mm de diamètre, non transsonique, avec halo périphérique hyperéchogène de type fibreux... A droite, en regard du rayon de 8 h, épaississement du plan cellulose graisseux sous cutané mesuré à 4,8 mm de diamètre associé à une plage hypoéchogène de 17 x 6 mm de diamètre, non transsonique. Au total : aspect de cellulose mastite focale des rayons de 12 h du sein gauche et de 8 h du sein droit, avec collection non liquidienne de 11 mm de diamètre en situation intra glandulaire du sein gauche. Absence d'argument échographique nécessitant une ponction évacuatrice. Régression volumétrique de la formation nodulaire du rayon de 12 h du sein gauche, qui semble « s'extérioriser » à la peau sans fistule ni plage liquidienne individualisable. Discussion d'une ponction à visée cytologique de principe. »

Devant l'aspect typique et superficiel de cet abcès, je ponctionne 6cc de pus franc au cabinet, n'ayant pas besoin d'échographie pour localiser la collection. La bactériologie met en évidence un Staphylocoque doré sensible à tous les antibiotiques antistaphylococciques. Le lendemain, l'échographie montre une amélioration et la ponction pratiquée revient blanche. Son compte-rendu précise : « L'examen échographique actuel montre au niveau de la zone de rougeur légèrement fluctuante, avec un revêtement cutané très aminci et presque fistulaire des quadrants supérieurs du sein gauche, une formation bilobée d'environ 20 x 10 mm à contenu hypoéchogène hétérogène, bordée d'un contour hyperéchogène. La ponction à ce niveau avec une aiguille 18 G ramène difficilement un matériel jaunâtre épais. Ces données sont par conséquent en faveur d'une cavité abcédée entourée d'une gangue inflammatoire... »

A droite, au-dessous de la rougeur para aréolaire inféro externe, il est mis en évidence outre des ectasies galactophoriques, deux formations arrondies avoisinant les 10 mm, anéchogènes avec renforcements postérieurs ; il s'agit vraisemblablement de simples ectasies galactophoriques avec réaction inflammatoire, ne justifiant pas actuellement de tentative de ponction évacuatrice. En conclu-

sion : mastite bilatérale, vraisemblablement secondaire à des ectasies galactophoriques ; constitution d'une poche vraisemblablement purulente, bilobée, au niveau des cadrants supérieurs du sein gauche, dont l'évacuation par ponction apparaît difficile actuellement (matériel très épais). » La patiente revient me voir 5 jours plus tard. Il y a une nette amélioration de l'état des 2 seins. Je lui prescris du diclofenac pour améliorer l'inflammation persistante, elle va essayer de diminuer les compléments et augmenter les tétées. Le traitement antibiotique a été poursuivi tant que l'état inflammatoire persistait, et du dompéridone a été donné pour aider à la relance de la lactation. L'état clinique du bébé est resté parfait, et il n'a pas été nécessaire de refaire des ponctions.

Aux dernières nouvelles, l'allaitement a continué de façon quasi exclusive jusqu'à la mise en route de la diversification.

**Moralité :** l'interprétation d'une échographie nécessite une habitude que n'ont pas tous les radiologues, qui peuvent être soit très pessimistes (diagnostic de mastites carcinomateuses par exemple, ou abcès n'existant pas encore), soit ne pas faire le diagnostic comme dans ce cas là.

Il est donc indispensable de garder notre sens clinique et critique, et de se faire aider par des intervenants habitués aux seins lactants.

#### **4ème leçon : ce que devraient connaître tous les personnels soignants**

##### **4ème cas**

Mme G vient me consulter alors que son bébé a 2,5 mois. Elle l'a sevré brutalement à 6 semaines, après avoir présenté un tableau de mastite typique. Le médecin de garde avait recommandé d'arrêter l'allaitement, et prescrit de l'amoxicilline. Dans un premier temps, le tableau clinique s'est normalisé, mais depuis 8 jours ce sein recommence à lui faire mal, et présente une rougeur.

A l'examen clinique, cette femme présentait un abcès typique.

##### **Moralité :**

**Faire savoir partout que la meilleure façon d'obtenir un abcès est de mal gérer une mastite, c'est-à-dire ne pas drainer le sein par tétées fréquentes, de prescrire un antibiotique mal adapté, ou de préconiser un sevrage brutal.**

#### **Que retenir de ces histoires de vie ?**

1. Je ne culpabilise plus lorsque je n'arrive pas à éviter cette évolution, mais j'essaie de me remettre en question.
2. J'essaie d'équilibrer écoute et technique.
3. Je me méfie beaucoup plus des situations cliniques qui traînent, des « candidoses » qui ne réagissent pas aux traitements, et je prescris facilement des antibiotiques dans ces cas là.
4. J'essaie de travailler avec des radiologues habitués à la sénologie en général, et au sein lactant en particulier.

#### **Que nous dit la littérature médicale ?**

##### **Qu'est-ce que l'abcès ?**

D'après le Larousse : du latin « abcessus » : corruption. Collection de pus bien délimitée dans un tissu ou un organe. Chaud : avec signe d'inflammation ; froid, plus rare, sans signes d'inflammation. Dans la situation précise qui nous intéresse, l'abcès est une complication de la mastite et touche à peu près 1% des femmes allaitantes (OMS 2000). A ce stade, la coque inflammatoire qui entoure la collection de pus empêche la pénétration des antibiotiques ce qui les rend totalement inefficaces. Un drainage chirurgical est indispensable.

La mastite représente le stade précédent. C'est une inflammation du sein, avec infection ou non. Elle apparaît le plus souvent autour de la 2ème semaine du post-partum, avec 95% des cas dans les 12 semaines qui suivent la naissance.

L'abcès quant à lui apparaît autour de la 6ème semaine, mais peut survenir plus tard (OMS 2000).

La plupart des professionnels de santé font sevrer rapidement, ou font tirer et jeter le lait, et prescrivent une antibiothérapie pas toujours nécessaire, voire inefficace, car non ciblée sur le *Staphylococcus doré*, principal germe en cause.

Cette pratique est inadaptée, car le drainage intensif du sein est indispensable, ce qui n'est pas facile à faire avec un tire-lait, et une mauvaise gestion de cette situation clinique est la meilleure façon d'aller vers l'abcès.

Thomson et coll (1984) ont proposé une classifica-

tion :

- Stase de lait : leucocytes < 106 /ml, bactéries < 103 /ml
- Mastite non infectieuse : leucocytes > 106 /ml, bactéries < 103/ml
- Mastite infectieuse : leucocytes > 106/ml, bactéries > 103/ml

### Étiologie

Les 2 principales causes de mastite sont : stase de lait le plus souvent, et infection.

Les situations favorisantes sont :

**Engorgement du post partum ou tétées insuffisantes (qui favorisent la stase lactée) associés à :**

- faible intérêt de l'enfant pour le sein
- succion incorrecte
- restriction du nombre de tétées
- canal lactifère bouché
- les vêtements serrés, la position allongée, ou d'autres facteurs de compression du sein ont été observés, mais semblent anecdotiques

**D'autres situations prédisposent à la mastite :**

- don de compléments
- allaitement de jumeaux ou plus
- travail à temps plein

**Autres facteurs favorisants :**

- âge et parité : les études sont contradictoires
- un épisode précédent prédispose à la récurrence
- délivrance difficile
- stress et fatigue
- traumatisme du sein lactant (compression, coup...)

Les **mastites infectieuses** semblent être le résultat d'une mastite non traitée. Normalement, le lait maternel élimine les bactéries mais en cas de stase, le système immunitaire est dépassé. Par contre, les signes cliniques ne permettent pas de différencier mastite infectieuse ou non.

**Mastites récurrentes :**

- mastite mal traitée initialement
- mauvaise technique d'allaitement
- association avec *Candida albicans*
- Plus rarement, une cause entraînant un faible drainage d'une partie du sein : anomalie d'un canal ou tumeur.

A l'inverse, tout ce qui favorise l'allaitement comme le peau à peau, l'enfant 24 h/24 avec la mère, semblent protecteur

**Les germes :** *Staphylococcus doré* dans la plupart des cas, *E. Coli* ou *Streptococcus B* plus rarement. *Candida albicans* possible. Toute femme ayant des germes pathogènes dans le lait ou sur la peau ne développera pas forcément de mastite ;

toute femme qui développe une mastite n'a pas forcément de passage du germe pathogène dans le lait.

L'abcès est souvent le résultat d'une mastite mal soignée ou soignée tardivement. C'est une infection localisée du tissu mammaire avec barrière inflammatoire formant une capsule limitant une collection de pus. Le tableau clinique est sévère, avec rougeur, douleur, chaleur et œdème. Ce qui le différencie de la mastite est la perception d'une masse fluctuante avec changement de coloration de la peau qui est d'un rouge violacé. Il peut y avoir une nécrose cutanée. La fièvre est plutôt plus modérée que dans la mastite voire absente. Le début est souvent insidieux avec douleurs chroniques et tableau évoluant à bas bruit. La prévention consiste à éviter toutes les situations favorisant la stase de lait, et agir vite dès que l'on a un engorgement, un canal bouché ou des mamelons douloureux.

### Comment faire le diagnostic ?

La clinique sera évocatrice quoique souvent trompeuse. En cas de doute, la biologie pourra montrer un état infectieux avec hyper-leucocytose et CRP augmentée, mais ce bilan n'est pas pathognomonique puisque l'on aura les mêmes résultats dans les mastites. L'échographie pratiquée par un radiologue compétent en sénologie sera l'examen le plus spécifique.

### Comment traiter ?

Dans l'étude de Dener et coll (2), 20% des femmes ayant présenté une complication infectieuse avaient un abcès. A un stade tardif, l'antibiothérapie ne peut plus être efficace à cause de la coque inflammatoire qui cerne la collection purulente. Il va donc falloir ouvrir une brèche pour évacuer le pus. Jusqu'à présent, le traitement était chirurgical avec incision et drainage de l'abcès, sous anesthésie générale. Ce traitement n'est pas sans inconvénient pour la mère et l'enfant : il exige une séparation de la mère et son enfant avec hospitalisation, risque opératoire et résultat esthétique pas toujours satisfaisant. L'allaitement est d'ailleurs le plus souvent arrêté dans ces situations cliniques.

Devant ce constat, depuis une dizaine d'années, certaines équipes ont essayé de trouver une solution plus légère avec ponction/lavage sous échographie. Cette solution présente de nombreux avantages : traitement ambulatoire possible, anesthésie locale uniquement, et meilleur résultat esthétique. De plus, la mère et l'enfant ne sont pas séparés et il est plus facile de maintenir l'allaitement. D'ailleurs, cette idée n'est pas si nouvelle puisqu'en 1927, Battle et Bailey suggéraient que l'abcès du sein pouvait être traité par une ponction/lavage avec une solution de Dakin, et Florey et coll (1946) suggéraient une ponction/lavage avec injection intra cavitaire de pénicilline.

L'analyse bactériologique du produit de ponction permettra de pratiquer un antibiogramme afin de prescrire une antibiothérapie adaptée au germe retrouvé.

Le choix se portera sur un antibiotique compatible avec l'allaitement, ayant une bonne diffusion dans l'abcès et à visée anti staphylococcique, puisque ce germe est le plus souvent retrouvé.

Plusieurs classes d'antibiotiques sont possibles : la pristinamycine sera le premier choix. La clindamycine est aussi possible. La cloxacilline est une bonne alternative, mais avec davantage de problème de résistances.

La durée du traitement n'est pas bien établie mais il semble qu'un traitement de 10 à 15 jours soit nécessaire.

## Comment gérer l'allaitement après traitement ?

La plupart des professionnels de santé pensent qu'il existe un risque de contamination de l'enfant par le lait maternel et recommandent l'expression du lait, voire le sevrage.

Or de nombreuses études ont montré que l'on pouvait continuer l'allaitement sans mettre l'enfant en danger en cas d'infection par staphylocoque doré (OMS 2000).

Il semble donc qu'il y a plus de désavantages à arrêter l'allaitement dans ces cas là.

**Par contre, en cas d'infection par streptocoque B, la contamination de l'enfant est possible. Si l'enfant présente des signes d'infection, il faudra le traiter ainsi que la mère.** A

long terme, si le traitement a été bien conduit, l'allaitement pourra être poursuivi de façon correcte. En cas de lésions importantes entraînant une destruction étendue de la glande mammaire, la lactation future pourra être compromise (10% des femmes ayant présenté un abcès).

### Conclusion

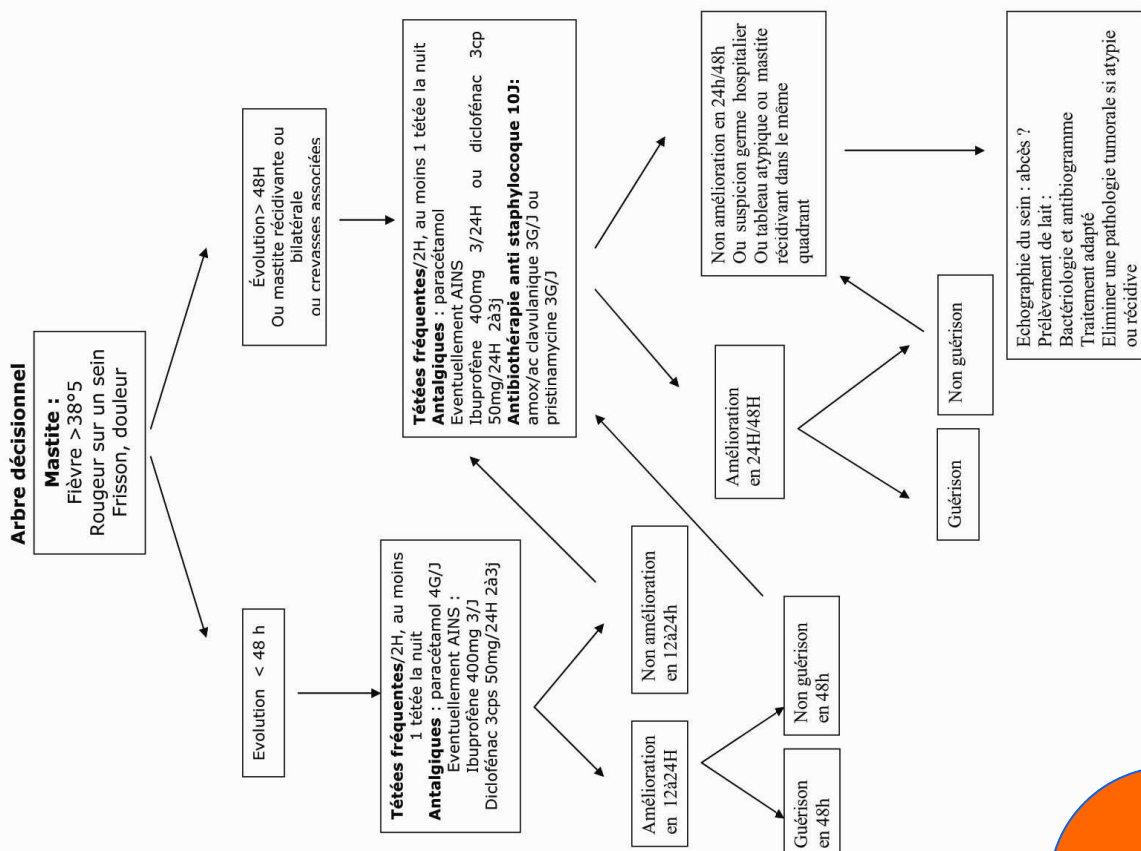
- Ne pas méconnaître le diagnostic de l'abcès.
- Se méfier des situations cliniques trompeuses ou insidieuses comme les « candidoses » ne réagissant pas au traitement. Ne pas hésiter à donner un traitement antibiotique précoce afin d'éviter une évolution vers l'abcès.
- Travailler en réseau avec les radiologues et gynécologues compétents en lactation pour être plus efficace dans le diagnostic et plus conservateur dans le traitement.
- La ponction/lavage d'une collection purulente semble une bonne alternative à la chirurgie à condition que les abcès ne soient ni trop nombreux ni trop volumineux.
- Analyser le produit de ponction afin de permettre une antibiothérapie efficace.
- Agir vite et privilégier les traitements conservateurs par

ponction de l'abcès, qui éviteront des lésions étendues entraînant un délabrement de la glande mammaire.

• Il serait nécessaire que les différentes équipes arrivent à un consensus de traitement : jusqu'à quelle taille peut-on ponctionner un abcès, avec quel produit faut-il pratiquer le lavage, combien de temps faut-il maintenir l'antibiothérapie, quand recourir à la chirurgie classique, autant de questions auxquelles nous n'avons pas de réponse précise actuellement.

### Bibliographie

1. Banapurmath CR, Banapurmath SC, Mallikarjuna HB, et al. Successful management of breast abscess with ongoing breastfeeding. Indian Pediatric 1995,32 : 488-491.
2. Dener C, Inan A. Breast abscess in lactating woman. World J Surg 2003 ; 27 : 130-133.
3. Dixon JM. Repeated aspiration of breast abscesses in lactating woman. BMJ 1988 ; 297 : 1517-1518.
4. Efem SE. Breast abscess in Nigeria : lactational versus non lactational. J.R Coll Surg Edimb. 1995 ; 40 : 25-27.
5. Hook G, Ikeda D. Treatment of breast abscess with US-guided percutaneous needle drainage without inwellin catheter placement. Radiology 1999 ; 213 : 579-582.
6. Imperiale A, Zandrino F, Calabrese M, Parodi G, Massa T. US-guided serial percutaneous aspiration and local antibiotic therapy after unsuccessful systemic antibiotic therapy. Acta Radiologica 2001 ; 42 : 161-165.
7. Kinlay JR, O'Connell D, Kinlay S. Incidence of mastitis in breastfeeding woman during the six months after delivery : a prospective cohort study. MJA 1998 ; 169 : 310-312.
8. Leborgne Francico, Leborgne Felix : Treatment of breast abscesses with sonographically guided aspiration, irrigation, and instillation of antibiotics. AJR 2003 ; 181 : 1089-1091.
9. Rageth C, Ricklin E, Schooll B, Saurenmann E. Beandlung puerperal mammaabszesse durch wiederholte ultraschallgezielte punktionen und perorale antibiotikagabe. Brustzentrum Zürich, article à paraître.
10. Rensch M A, Baker CJ. Group B streptococcal breast abscess in a mother and mastitis in her infant. Obstetric & Gynecology 1989 ; 73 : 875-877.
11. OMS Genève 2004. Mastite. Causes et prise en charge. Cette brochure peut être téléchargée gratuitement à l'adresse suivante : [http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_FCH\\_CAH\\_00.13\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_FCH_CAH_00.13_fre.pdf)



## Situation de crise : Comprendre et expliquer les rythmes des bébés

### Allaitement exclusif Quand la connaissance des rythmes peut lever des obstacles

Marie-France Morinaux - Sage-femme libérale, Consultante en lactation IBCLC en libéral au CH de Coulommiers (77), formatrice Am-F. Publié dans les dossiers de l'Obstétrique 2007; 366: 16-19.

Les bénéfices de l'allaitement exclusif durant les 6 premiers mois de la vie sont désormais reconnus et font partie des recommandations de l'HAS.

Toutefois un certain nombre de situations usuelles, devant lesquelles ils se sentent démunis, amènent les mères et les professionnels de santé à proposer des compléments de lait industriel aux bébés allaités. Transmettre aux mères allaitantes certaines connaissances sur les rythmes physiologiques des bébés allaités pourrait permettre de sauvegarder sereinement l'exclusivité d'un certain nombre d'allaitements à différents moments de la croissance.

Si des différences importantes peuvent être observées d'un bébé à l'autre, y compris dans une même fratrie, certains comportements sont communs à beaucoup de bébés et l'on peut observer certains rythmes caractéristiques chez les bébés allaités.

#### *Les trois premiers jours*

Après une période d'éveil d'environ 2 heures où les capacités du nouveau-né sont à leur apogée, celui-ci devient le plus souvent somnolent au cours des 24 heures qui suivent.

Après un éveil progressif le 2ème jour, survient un épisode de demande frénétique, qui dure souvent plusieurs heures juste avant la montée laiteuse. Les mères prévenues de l'existence de cet épisode normal et limité dans le temps sont plus à même de répondre à cette demande si elles sont assurées de son caractère transitoire. Leurs deux inquiétudes à ce moment là : d'une part de manquer de lait et d'autre part, la crainte de devoir suivre un tel rythme sur une longue période. Cette expérience fondatrice pour la poursuite de l'allaitement aide la construction de la relation mère-enfant.

L'enfant aura par la suite un rythme de croisière à partir de la « montée laiteuse », rythme auquel la maman va progressivement s'habituer.

#### *Les rythmes par la suite*

Depuis quelques années, les conseils aux mères vont dans le sens d'un allaitement « à la demande ». Or certaines se plaignent de ce que leur bébé tète « tout le temps » ou bien qu'il « prend la nuit pour le jour ». Ces mères, décrivent le plus souvent la situation suivante: le bébé dort le matin, avec des tétées plutôt espacées, mais pleure beaucoup le soir. Moment où elles pensent manquer de lait. Cette situation amène mécaniquement à donner un complément de lait industrialisé, mais elle touche là à la réalité concrète du rythme physiologique de l'allaitement maternel. Et c'est une réalité à laquelle les parents ne sont pas forcément préparés.

Physiologiquement, les tétées du matin sont abondantes et relativement espacées (2 à 5 h). Au mesure de l'avancement de la journée, les tétées deviennent plus fréquentes en même temps que l'éveil de l'enfant augmente. Or souvent la maman, après avoir donné les deux seins à son enfant, pense qu'elle manque de lait si celui-ci réclame encore. Lorsque la mère comprend l'utilité d'un rythme (et non pas d'anarchie), d'un phénomène normal et habituel (et non d'un problème qui viendrait de son allaitement) et que sa production de lait n'est en cause, elle reprendra le plus souvent confiance en elle.

#### *Les « jours de pointe »*

Ce sont des périodes de quelques jours, que l'on observe souvent à des intervalles réguliers: autour de 3 semaines, 6 semaines, 3 mois, mais aussi avant ou pendant un épisode de développement spécifique à l'enfant: poussée dentaire, acquisition marche, épisode de maladie infantile. Ou encore lors changement familial: vacances, déménagement ou autre.

Appelés « poussées de croissance », ces phénomènes sont plutôt des épisodes comportementaux transitoires normaux adaptés au bon déroulement de l'allaitement. Ils se caractérisent par un changement de rythme de tétées, avec des tétées fréquentes tout au long des 24 h, pendant plusieurs jours.

Il faut expliquer aux mères que la réponse adaptée à ce comportement est de répondre sans restriction à cette demande frénétique.

La prévention et l'information adéquate tout au long de la grossesse et en période post natale a ici toute sa place ainsi que la cohérence du discours des différents intervenants auprès des mères.

#### *Situations nécessitant une évaluation*

Un certain nombre de situations peu-

vent toutefois ne pas relever de la physiologie et alerter le professionnel.

Le bébé qui dort beaucoup et ne « réclame » pas: prématuré, petit poids, ou simplement bébé né sous analgésie, y compris péridurale.

Apprendre aux mères à reconnaître les signes précoces qui montrent que le bébé a besoin de téter est un élément clé de prévention. Les pleurs sont un signe tardif du besoin de téter.

Certains nouveau-nés sont trop somnolents pour atteindre cette phase, surtout dans les premiers jours. Encourager les mères à répondre aux « signes d'éveil », proposer le peau à peau, sont des stratégies efficaces et abondamment documentées.

Le bébé qui pleure et s'endort dès qu'on le met au sein: ce peut être un bébé sensible ou prématuré, qui réagit par l'évitement à de trop fortes stimulations : bruit extérieur, stimulations tactiles multiples, main derrière la tête, mise au sein « musclée ». Mais aussi un bébé pour qui la mise au sein est trop tardive: quand il pleure, il n'est plus en état de prendre de le sein correctement, il est trop désorganisé dans son comportement. Là encore la reconnaissance des signes d'éveil et le peau à peau sont des outils précieux.

Le bébé qui réclame en permanence, 24 h sur 24, sans période de sommeil calme, ou le bébé qui a des épisodes de tétées groupées le matin en plus du soir. En dehors de la période des trois premiers jours, où cette situation n'est pas rare et des périodes de « jours de pointe » dont nous venons de parler, il s'agit le plus souvent d'un bébé qui ne reçoit pas assez de lait, ce qui est généralement confirmé par une prise de poids insuffisante, des selles rares et des urines peu abondantes.

Puisque la fréquence des tétées n'est pas en cause, c'est l'efficacité du transfert de lait entre la mère et l'enfant qui pose problème.

Le manque de lait chez la mère est une situation rare, de même que les pathologies concernant le bébé, mais ces dernières doivent être éliminées.

Une infection urinaire chez l'enfant peut passer inaperçue parce que l'on se focalise sur l'allaitement devant une stagnation staturo-pondérale.

Une lactation insuffisante est le plus souvent secondaire à un problème de démarrage de l'allaitement (rythme physiologique non respecté durant la période de « calibrage ») non diagnostiqué ou suivi de façon inadéquate.

Mais là aussi, comme dans la plupart des cas, il existe des solutions à proposer aux mères avant de passer aux biberons de lait industriel.

## Situation de crise : Allaitement et précarité

Extrait de:  
**Alimentation Société & Précarité**  
N° 39 octobre 2007

L'allaitement maternel reste une pratique culturelle qui partage encore trop les femmes.

Six Françaises sur dix allaitent leur enfant à la naissance. Une « exception » hexagonale comparée aux autres pays développés où les jeunes mères préfèrent largement le sein au biberon. Les Françaises sont bien convaincues que « breast is best » mais l'acte d'allaiter y paraît moins naturel.

Est-ce le fait du courant féministe pur et dur selon lequel l'allaitement participerait à l'aliénation de la femme, comme le pensait Simone de Beauvoir ? Pas seulement.

Au vu de plusieurs études, il s'impose comme une pratique profondément culturelle. Les femmes qui allaitent sont les plus diplômées, mais aussi celles issues de l'immigration qui perpétuent les traditions qu'elles se sont appropriées dans leur enfance au pays.

En revanche, l'allaitement ne convainc pas les femmes moyennement diplômées qui travaillent, tout comme celles en état de précarité souvent très jeunes, peu diplômées et sans emploi.

Alors que les pouvoirs publics visent à porter à 70 % le pourcentage des femmes allaitantes d'ici trois ans, associations de promotion de l'allaitement maternel, professionnels de la santé et sociologues réfutent les discours culpabilisants, encore trop souvent opposés aux femmes.

Ils s'accordent sur la nécessité de les accompagner par une communication centrée sur les explications et le soutien, plutôt que sur la promotion. Car un allaitement réussi demande une bonne dose de confiance en soi.

Le non-allaitement demeure généralisé dans les milieux défavorisés. Pourtant le décalage existe entre les souhaits déclarés par les femmes, 75 % d'entre elles aimeraient nourrir leur enfant au sein pendant au moins quelques semaines, selon les données recueillies par un groupe de travail du ministère de la Santé en 2001, et la réalité des chiffres.

Ces données amènent à s'interroger sur les déterminants sociaux de l'allaitement. Un niveau d'instruction élevée et un milieu aisé sont des facteurs favorables, à contrario, un faible niveau d'éducation, la jeunesse des mères et la vie en milieu urbain sont défavorables.

Les mères très diplômées sont réceptives au discours médical, elles s'informent, elles sont aussi sensibles au fait que les femmes de leur entourage choisissent fréquemment d'allaiter. Les mères qui ont suivi une formation plus courte de type CAP ou BEP adoptent une position opposée (45 %). Elles voient dans l'allaitement une lourde contrainte en termes de temps et d'organisation et préfèrent consacrer leurs moments de liberté à jouer avec leurs enfants, explique la chercheuse. Quant aux femmes les moins diplômées, elles sont un peu plus nombreuses à allaiter (57 %), la moyenne étant tirée vers le haut par les femmes immigrées.

### **Le prix du lait infantile n'est pas un bon argument pour les femmes défavorisées**

Les femmes nées dans leurs pays d'origine et qui y ont passé une partie de leur enfance sont nombreuses à allaiter parfois pour une longue durée. En revanche, la démarche est moins évidente pour la seconde génération née en France, pour qui

l'usage du biberon est signe d'intégration. Elles optent souvent pour une alimentation mixte : biberon dans la journée, allaitement le soir.

Dans les milieux défavorisés, le non-allaitement est « généralisé », en cause l'effritement du tissu social, l'isolement, la pauvreté affective, la perte des repères du corps. Ces femmes souffrent de leur image. Quand une femme est assistée, que personne ne lui fait confiance, elle a l'impression de ne pas pouvoir être une source fiable pour son bébé.

Même les acteurs médicaux et sociaux n'ont pas forcément une bonne image d'elle.

Cela devient un cercle vicieux ». Afin de garder la tête haute, elles consacrent les allocations naissance à l'achat d'objets valorisants comme la poussette, les accessoires et les biberons. L'argument du prix des laits infantiles ne compte pas pour elles. Elles veulent montrer qu'elles donnent à leur enfant ce qu'elles perçoivent comme étant le « meilleur ».

Les femmes issues des classes populaires françaises allaitent peu car leurs mères ne les ont pas allaitées et elles considèrent qu'elles ne s'en portent pas plus mal.

Dans les milieux populaires, un primat est accordé à l'expérience personnelle et à la transmission entre femmes.

### **Un accompagnement plutôt que de grands discours**

Le discours médical apparaît aussi peu adapté.

Les arguments, médicaux ou psychologiques, pouvant être bien reçus par les femmes diplômées, le sont bien moins par les femmes des milieux populaires. A la difficulté du démarrage de l'allaitement s'ajoute une grande insécurité psychologique qui exige un soutien fort. Tout n'est pas rose au départ, la jeune mère doit acquérir des compétences.

Une expérience conduite aux Etats-Unis auprès de 17 femmes d'origine africaine et latino-américaine de milieux défavorisés, le met en évidence. Celles-ci ont été accompagnées et conseillées par une de leurs paires qui venait elle-même d'allaiter. Elles ont évolué progressivement de l'incertitude, stressante, à la découverte des capacités. Au fur et à mesure des étapes, elles ont appris à se fier à leur intuition, à avoir confiance en elles « De nombreuses femmes sont convaincues de la supériorité du lait maternel sur ses substituts mais les obstacles qu'elles rencontrent leur font baisser les bras. Comme dans l'expérience américaine, le « Programme relais allaitement de la Leche League » (PRALLL) travaille actuellement à recruter des « accompagnantes » qui ont allaité, sont issues du même milieu et parlent le même langage que les jeunes mères qu'elles sont appelées à épauler. Des responsables de réseau, professionnels de terrain, les chapeautent.

D'autres pistes pour le soutien aux mères sont possibles, mais il faudrait également plaider aussi en faveur d'une politique plus volontariste de l'État qui se traduirait, par exemple, par l'allongement du congé de maternité (deux mois et demi actuellement, ou six mois sans solde). Une réforme à laquelle a procédé la Grande-Bretagne où sa durée a été portée à neuf mois, mais qui reste inférieure aux 12 à 18 mois accordés dans les pays nordiques.

Enfin, la nécessité de formation des personnels de santé et des professionnels de terrain, pour que la politique de l'allaitement ne soit plus fondée sur des impressions, mais sur des faits scientifiques.



A l'occasion de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel 2009, l'INPES a publié sur son site internet ([www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)) et sur le site internet du PNNS [www.mangerbouger.fr](http://www.mangerbouger.fr) le guide sur la pratique et l'accompagnement à l'allaitement maternel.

(extrait) En France, 75 % des femmes déclarent vouloir allaiter et pourtant elles sont moins nombreuses à démarrer un allaitement. De plus, la durée de l'allaitement est en général très courte. Cet arrêt précoce de l'allaitement est le plus souvent lié au manque de confiance en elles, de connaissance, d'information et de soutien.

Pourtant, l'Organisation Mondiale de la Santé et la Haute Autorité de Santé recommandent un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de l'enfant et une diversification alimentaire avec la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à deux ans ou plus.

Le deuxième Programme National de Nutrition Santé (PNNS), a retenu les objectifs suivants pour le développement de l'allaitement maternel en

France : augmenter la fréquence de choix de l'allaitement maternel exclusif à la naissance ; passer à un taux d'allaitement d'environ 55 % en 2005 à 70 % en 2010 ; augmenter la durée de l'allaitement maternel.

En réponse au besoin de soutien à la pratique de l'allaitement maternel, l'INPES a élaboré un guide sur la pratique et l'accompagnement à l'allaitement maternel. Il contient des informations simples et illustrées, des réponses aux questions les plus fréquentes, des conseils et des informations pratiques, des ressources et des adresses utiles pour un accompagnement dans la poursuite de l'allaitement maternel au jour le jour.

Ce guide a été élaboré par un groupe pluri professionnel composé de professionnels de santé, de membres d'associations et d'institutions qui oeuvrent pour la promotion et le soutien à l'allaitement maternel en France.

ACTUALITE

Vendredi 9 avril 2010 - Lyon Gerland

## Journée Rhône-Alpes de l'Allaitement Maternel



**Appel à communication**

Les professionnels de santé sont cordialement invités à présenter leurs expériences ou leurs études sous la forme d'une communication orale ou d'un poster.

Soumission des résumés avant le 15 février 2010 auprès du comité scientifique [jram@info-allaitement.org](mailto:jram@info-allaitement.org)

**Programme**

**MATIN, La formation des professionnels : des idées à échanger**

- L'allaitement à Québec : Dr Juliette Leroy, consultante IBCLC
- La formation en Italie : Dr Adriano Cattaneo, épidémiologiste, Institut pour la Santé des Mères et des Enfants IRCCS Burlo Garofalo, Trieste, Italie
- La formation en France : Sylvie Balmer, formatrice-consultante en lactation IBCLC et Anne Bonnard, puéricultrice, DIJ Lactation Humaine et Allaitement Maternel
- Les CERDAM : des centres ressources sur l'allaitement maternel en Rhône-Alpes : Vanessa Minarro, Documentaliste spécialisée sur l'allaitement maternel
- Communications orales

**APRÈS-MIDI, un choix parmi ces 4 propositions :**

**Tables-rondes**

**A. Allaiter et travailler : faire évoluer les mentalités...**  
Modérateur : Dr Trang Cao-Nong (Pédiatre, Médecin de crèche)

**B. Mise au point sur les pathologies du sein lactant**  
Modérateur : Dr Marie-Pascale Debord (Gynécologue-obstétricienne)

**Ateliers d'échanges sur les pratiques**

C. Les positions d'allaitement • Expression du lait • La mise au sein  
D. La consultation d'allaitement • Allaitement long et sommeil • Contraception et allaitement

**Lieu** Amphithéâtre Charles Mérieux - École normale supérieure de Lyon  
46 allée d'Italie - 69007 LYON - Accès : Métro Debourg ligne B

**Dates à retenir :**

Pré-inscriptions avant le ..... 30 janvier 2010  
Résumés avant le ..... 15 février 2010  
Inscriptions avant le ..... 9 mars 2010  
Journée Rhône-Alpes AM ..... 9 avril 2010

**Journée organisée par l'association IPA**

La journée donne droit à des CERP Informations et inscriptions auprès de IPA.  
**17h : Assemblée Générale d'IPA ouverte à tous**  
[jram@info-allaitement.org](mailto:jram@info-allaitement.org)



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

Association IPA  
CHLS - Maternité  
165 chemin du Grand Revoyet  
69310 Pierre Bénite - France  
Tél / Fax : 04 78 42 09 16  
[jram@info-allaitement.org](mailto:jram@info-allaitement.org)



L'association Information Pour l'Allaitement organise des ateliers de réflexion autour de la pratique de l'allaitement pour les professionnels de santé et de la petite enfance.

(Demande d'attribution de CERP en cours)  
**Lieu :** CHLS Maternité - Bâtiment 3B - 2<sup>ème</sup> étage - 69310 PIERRE BENITE  
De 20h à 22h  
18 mars 2010

Revue de presse des 10 meilleures nouvelles parutions de l'année Irène LORAS-DUCLAUX (Pédiatre - Consultante en lactation), Dominique LORAS-PRESTAL (Pédiatre - Consultante en lactation) et Trang CAO-NONG (Pédiatre).  
3 juin 2010

Lors des gestes douloureux chez le nouveau-né, allaiter pendant le soin peut calmer la douleur. Comment procéder en pratique ?  
Hélène DELGADO (Sage-Femme - Consultante en lactation)  
téléphone au 04.78.42.09.16, soit par courriel à [ipa.cerdam@free.fr](mailto:ipa.cerdam@free.fr)

INFOS UTILES