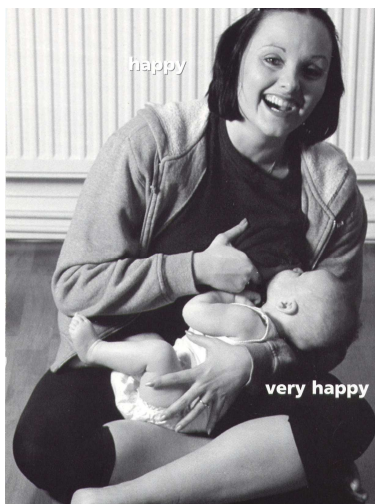




Dernières chiffres sur les taux d'allaitement en 2006 et 2007



Les nouveaux chiffres des taux d'allaitement viennent de paraître (<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/seriesource-method12.pdf> : voir page 50 pour 2006 et page 58 pour 2007). Sur la base de l'exploitation des certificats de santé du 8ème jour, on constate, pour 2006 et 2007, une

hausse régulière : 64 % d'allaitement à la naissance en 2004, 65,9 % en 2006 et 66,3 % en 2007. Le PNNS prévoyait 70 % d'allaitement à la naissance en 2010, le chiffre devrait être atteint.

Mais les certificats de santé du 8ème jour sont souvent fait à la sortie du séjour en Maternité donc, dans la plus part des cas au 3ème, 4ème jour. Et on sait que les arrêts précoces se font dans les 15 premiers jours. D'autre part il serait intéressant de connaître le taux réel d'allaitement exclusif (sans aucune supplémentation)

Par ailleurs ces chiffres cachent des disparités importantes : de 90 % d'allaitement en Guyane et en Guadeloupe, et 78 % à 86 % en Ile-de-France, à 43 % dans le Pas-de-Calais, à peine plus dans la Somme et dans l'Aisne.

Ces disparités trouvent leurs raisons dans les différences culturelles (les jeunes mamans ont connu des modèles d'allaitement dans leur enfance, leur adolescence, l'allaitement est la norme dans leur entourage), sociales (on sait que l'on allaite plus dans les grandes villes, et dans les catégories socio-professionnelles des populations les plus diplômées), peut-être historiques (départements ruraux où traditionnellement les mères allaitaient peu).

Une grande enquête de périnatalité organisée par l'UNAF indique que si les femmes en France sont globalement satisfaites de cette expérience, grossesse et moment de la naissance, l'allaitement reste encore une question difficile, "source de doute et de culpabilité".

Les femmes se sentent toujours peu ou pas soutenues, quel que soit leur choix, allaiter ou ne pas allaiter.

Culpabilisation de la femme qui refuse d'allaiter, mais également culpabilisation quand elle le désire, ceci dépendant fortement de l'opinion personnelle du professionnel que la mère a en face d'elle.

Sur ce choix personnel et intime, le regard posé par les tiers n'est pas neutre.

Selon d'autres chiffres tirés des certificats du 9ème mois : <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/seriesource-method13-2.pdf> la proportion des bébés allaités plus de 6 mois serait en nette progression (22,9 % en 2006 - page 37 - et 28,3 % en 2007 - page 43) .

Cela suggère que quand les mamans se lancent dans l'allaitement, la plupart d'entre elles le font pour une durée longue .

Alors même si tous ces chiffres reflètent une réalité plutôt encourageante il faudrait les creuser un peu plus pour voir à quel moment les mamans cessent leur allaitement et si cela est le résultat d'un choix réfléchi ou d'un non-choix imposé par un manque de solution.

EDITTO

Biological nurturing	page 2
Dossier : les contre-indications à l'allaitement maternel	page 3
Santé : allaitement et tabac	Page 4
Compression mammaire	Page 6
Actualité et infos utiles	Page 8

SOMMAIRE.

BIOLOGICAL NURTURING

Le Dr Suzanne Colson est un Senior Lecturer, sage-femme à Canterbury Christ Church University.

Depuis plusieurs années elle conduit des recherches sur ce qu'elle a appelé le « biological nurturing ». Elle a publié plusieurs articles (voir son site) et donné plusieurs conférences.

Elle a montré, par des exemples filmés en vidéos lors d'une étude scientifique qu'elle a menée ces dernières années dans une maternité anglaise, une position d'allaitement de nouveau-nés assez originale parmi les recommandations usuelles.



Dans cette position, la mère est allongée ou quasi allongée, son bébé contre elle dans un alignement similaire au sien, qui fait que le ventre et les jambes du bébé sont en contact avec le corps de sa maman tandis que la plante des pieds du nouveau-né prend appui sur le ventre (ou les cuisses) de la mère.

Le bébé peut ainsi se positionner en soulevant par petits coups sa tête, et saisir le sein.

Suzanne Colson rapportait qu'une des mères du groupe qu'elle avait filmé, parlait de "son petit pivert", en référence aux mouvements de tête du pivert piquant dans un tronc d'arbre.

Elle nomme pour sa part cette position, la position d'allaitement biologique (biological nurturing).

Elle a donné plusieurs raisons à cette appellation: c'est une position très analogue à celle de certains bébés mammifères, et ses observations des mères qui pratiquaient naturellement cette position ont mis en évidence une manière assez particulière de manipuler leur bébé, tout à fait cohérente avec les réflexes observés sur les nouveau-nés en pédiatrie. Au contraire de cela, prenez une jeune maman qui ne se sent pas très adroite avec son bébé tout neuf, qui se tient justement très droite sur sa chaise, le nourrisson ventre à ventre mais perpendiculaire, les pieds plus ou moins dans le flou.

Le petit tente des mouvements de tête mais on dirait qu'il n'arrive pas à s'accrocher au mamelon, qu'il glisse, voire qu'il rejette le sein, et plus le maintien dans le dos est ferme, plus il s'énerve (ce qui est d'ailleurs une réponse parfaitement normale!)..c'est dur à vivre!

Bien sûr beaucoup de bébés s'accommoderont de la position adoptée par leur maman, mais dans certains cas cette nouvelle approche de Suzanne Colson pourra se révéler utile.

D'ailleurs un bon nombre de professionnels soulignent l'intérêt de proposer cette position aux bébés ayant eu une naissance difficile, une prise de sein hypotonique par exemple

Le biological nurturing: la mère est allongée ou quasi allongée, son bébé contre elle dans un alignement similaire

Les contre-indications à l'allaitement

Existe-t-il des vrais contre indications à l'allaitement maternel ? Très peu contrairement à ce que l'on pense, les voici.

Les vrais contre-indications

Situations liées à une maladie de l'enfant

- **La galactosémie** est une maladie rare liée à un déficit enzymatique, se caractérisent par une incapacité de l'organisme à synthétiser le lactose. Cela peut entraîner vomissements, perte de poids, cataracte, troubles de la fonction hépatique, retard mental. Elle est diagnostiquée durant la première semaine de vie, ces bébés seront nourris avec des préparations sans lactose.
- **La phénylcétonurie** est maladie rare liée également à un déficit enzymatique constitutionnel. Elle s'accompagne d'une accumulation de phénylalanine qui nuit au développement normal du cerveau. Les apports quotidiens de phénylalanine doivent être limités. Le dépistage néonatal permet un ajustement nutritionnel dès les premiers jours. Ces bébés peuvent être allaités partiellement et recevoir des préparations pauvres en phénylalanine.

Situations liées à la santé de la mère

- **Le cancer:** la plupart des examens en vue d'un diagnostic ne nécessitent pas un arrêt de l'allaitement. La radiothérapie ne rend pas l'allaitement radioactif, mais peut endommager les tissus du sein et de ce fait diminuer la production lactée. Les traitements de chimiothérapie et les traitements utilisant des produits radioactifs imposent l'arrêt temporaire voir définitif de l'allaitement.
- **Le virus de l'immunodéficience humaine:** l'allaitement est considéré comme un mode de transmission potentiel. Le risque paraît dépendre du stade de l'infection de la mère et de la durée de l'allaitement. Ce risque est augmenté si la mère contracte l'infection pendant l'allaitement ou si elle se trouve dans une phase active de la maladie. En France comme dans les pays où les maladies infectieuses ne sont pas la cause principale de mortalité infantile, il faut conseiller aux femmes enceintes de ne pas allaiter. Dans les pays où la mortalité liée aux infections et/ou à la malnutrition est très élevée, on conseille aux femmes séropositives d'allaiter. Le risque pour ces bébés de contracter le virus est moins important que de mourir de maladies infectieuses ou de malnutrition. (recommandations OMS et UNICEF 1992)
- **Le virus de la leucémie humaine à lymphocytes (HTLV1)** est responsable d'une maladie très grave dont l'issue est presque toujours fatale. Elle n'est pas très courante en Europe et aux Etats-Unis, mais elle se voit surtout dans les Caraïbes, au Japon, en Amérique du Sud et en Afrique. L'allaitement est un mode important de transmission il est donc recommandé de ne pas allaiter.
- **La tuberculose maternelle** est une contre-indication absolue mais temporaire. Si la tuberculose est dans une phase active, la mère et son enfant doivent être séparés et la mère devra tirer et jeter son lait le temps que le traitement fasse son effet.

Les contre-indications susceptibles d'être contournées

Situations liées à la santé de l'enfant

- **Fente labiale et palatine:** ces situations s'accompagnent souvent de difficultés de succion. Le lait maternel reste le meilleur choix pour ces bébés souvent fragiles. C'est d'ailleurs le liquide le moins irritant en cas d'inhalation. L'allaitement aide un rapprochement mère-bébé et un bon développement oro-facial. On trouve des obturateurs du palais pour aider le bébé à se nourrir. Si le bébé est incapable de téter la maman peut utiliser une méthode d'expression efficace. L'allaitement peut être très difficile voir impossible pour une fente trop importante du palais.

Situations liées à la santé de la mère

- **L'abcès du sein** est une complication de la mastite. L'allaitement peut se poursuivre du côté non infecté pendant le traitement de l'abcès. On conseille de tirer du côté infecté est jeté jusqu'à guérison.
- **L'herpes:** l'infection par le virus de l'herpes peut être potentiellement très dangereuse pour le nouveau-né et le nourrisson. L'allaitement doit être interrompu s'il existe des lésions sur le mamelon ou l'aréole. La mère doit être traitée et peut allaiter du côté non atteint, à condition d'observer des conditions d'hygiène très rigoureuses pour éviter d'infecter son bébé.
- **Le cytomégalovirus** n'est pas dangereux pour l'enfant à terme. En cas de prématurité l'allaitement directement au sein est contre-indiqué, mais le lait conditionné au lactarium (pasteurisation, congélation) peut être donné aux prématurés.
- **L'hépatite A** ne contre-indique pas l'allaitement
- **L'hépatite B** ne contre-indique pas l'allaitement si le bébé est vacciné à la naissance et reçoit une dose de gammaglobulines hyper immunes dans les 72 heures.
- **L'hépatite C :** en cas de co-infection avec le VIH, il y a une contre-indication formelle à l'allaitement. Actuellement le principe de précaution contre-indique l'allaitement compte tenu du risque de transmission du lait maternel (5—6 %) . En fonction de la phase évolutive de la maladie et des paramètres biologiques (charge virale) l'allaitement peut être autorisé par le médecin hépatologue.

Situations considérées à tort comme contre indications

Grossesses multiples, zona, mamelons invaginés, prématurité
Pour les traitements médicamenteux il faudrait se renseigner au centre de pharmaco vigilance régional .

DOSSIER

Article extrait de :

La lettre des actualités du Landoc-Russillon
N° 15 année 2004

« Existe-t-il des contre-indications à l'allaitement maternel »

Par Mme Odile Puel
sage femme, consultante en lactation IBLC

Allaitement et tabac

Le passage lacté de la nicotine et de son métabolite la cotinine ont été retrouvés en plus grande quantité dans les urines de nourrissons allaités que chez ceux nourris au lait industriel et vivant dans un environnement de fumeurs. Schulte-Hobein et al. ont montré que les taux de cotinine urinaire étaient 10 fois plus élevés chez 69 enfants allaités de mère fumeuse (plus de 5 cigarettes par jour durant la grossesse et après l'accouchement) comparés aux 69 nourrissons de mères fumeuses mais nourris au substitut de lait ($p < 0,0001$). Parallèlement les taux de cotinine urinaire des enfants de mère fumeuse, mais non allaités, étaient plus élevés comparés aux adultes non fumeurs soumis aux effets du tabagisme passif. Des résultats similaires ont été retrouvés par Mascola et al. dans une cohorte de 330 couples mère-enfant suivis pendant 12 mois ($p < 0,0001$).

Dans ces 2 études, les taux de cotinine urinaire et dans le lait maternel étaient mesurés une fois par mois pendant la première année de vie de l'enfant. La concentration en nicotine et ses métabolites dépendait du nombre de cigarettes fumées, du temps passé entre la dernière cigarette et la tétée. La nicotine a été retrouvée dans le lait à des concentrations 1,5 à 3 fois supérieures à celle du plasma, sa demi-vie dans le lait et dans le plasma était identique : de 60 à 90 min.

Malgré cela deux études ont montré que les bébés de mamans fumeuses sont mieux protégés vis-à-vis des infections respiratoires hautes, car contrairement à la cotinine inhalée lors du tabagisme passif, la cotinine du lait maternel ne semble pas augmenter le risque de troubles respiratoires.

Toutefois la maman peut exposer son nouveau né au tabagisme passif ce qui est préjudiciable pour sa santé.

Tabac et durée d'allaitement

Scott et Binns dans une revue de la littérature des facteurs associés au démarrage et la durée de l'allaitement ont retrouvé une association constamment négative entre le tabagisme et la durée de l'allaitement.

Les auteurs citaient une étude brésilienne qui mettait en avant l'impact très significatif du nombre de cigarettes fumées sur la durée d'allaitement: plus le nombre de cigarettes fumées par jour est important plus l'allaitement est court.

Ces mêmes auteurs rapportaient également les résultats d'une enquête canadienne publiée en 1990 et incluant 3 120 femmes qui retrouvait le même résultat.

En Norvège, pays où la prévalence et la durée de l'allaitement sont extrêmement élevées (seuls 29 enfants soit 1 %, n'étaient pas du tout allaités et 70 % des enfants étaient allaités plus de 6 mois lors de cette étude), les résultats montraient qu'à 6 mois la durée de l'allaitement était significativement plus longue ($p < 0,01$) chez les non-fumeuses (75 %) en comparaison avec les fumeuses légères (< 10 cigarettes/j : 59 %) et avec les fumeuses importantes (≥ 10 cigarettes/j : 41%).

Comparativement aux enfants de mères non fumeuses, le risque d'être sevré avant l'âge de 1 an était multiplié par deux pour les enfants des mères fumeuses importantes (IC à 95 % : 1,7 à 2,3) et par 1,3 (IC à 95 % : 1,2 à 1,5) pour les enfants de mères fumant moins de 10 cigarettes/j.



Consommation de tabac et production de lait maternel

Une forte consommation de tabac semble avoir un impact négatif sur la production de lait. Les taux de base de prolactine étaient plus bas chez des mères fumeuses consommant plus de 15 cigarettes par jour comparées à des non-fumeuses, sans modification des pics de prolactine en réponse à la succion. La nicotine pourrait aussi avoir un impact négatif sur le réflexe d'éjection en induisant des décharges d'adrénaline. Hopkinson et al. ont comparé la production de lait chez des mères fumeuses et non fumeuses ayant accouché entre 28 à 32 semaines d'aménorrhée et utilisant un tire-lait pour établir et entretenir la lactation. Après ajustement sur les facteurs d'âge, de parité, de rapport poids/taille, d'expérience de l'allaitement, de consommation d'alcool et de caféine, de poids de naissance et de fréquence d'expression du lait, le volume de lait produit par jour à 2 semaines était plus bas chez les fumeuses (406 ± 262 ml contre 514 ± 338 ml).

Mais on constate de nombreuses limites méthodologiques dans la plupart des études car, rien ne prouve que les mécanismes physiologiques supposés interférer sur la production de lait en cas de tabagisme, soient responsables de la durée plus courte d'allaitement généralement observée. Des facteurs sociaux et psychologiques et des différences dans la pratique de l'allaitement sont plus probablement impliqués.

Tabac et santé de l'enfant

La demi-vie de la nicotine est de 95 minutes. La mère peut diminuer la quantité de nicotine absorbé par son bébé en fumant juste après la tété.

En fumant juste avant la tété, elle multiplie par 10 la quantité de nicotine absorbée par le bébé.

Si une mère utilise des dispositifs délivrant de la nicotine (patches ou gommes à mâcher), ils doivent être utilisés avec beaucoup de précaution. Si ils sont utilisé sans arrêt du tabac, la quantité de nicotine absorbée par le bébé sera beaucoup trop importante. Mais on manque encore de données et de recul sur leur utilisation.

Le tabac annule l'effet protecteur de l'allaitement maternel sur la mort subite.

Les bébés allaités par une mère fumeuse auraient un risque égale de MSN à celui des bébés de mères non fumeuses nourrissant leur bébé à l'aide d'une préparation pour nourrissons.

Le rôle du tabagisme sur les coliques est mal connu. Matheson et Rivrud ont retrouvé une incidence plus fréquente des coliques chez les nourrissons allaités en cas de tabagisme (³ 5 cigarettes /j) : 40 % contre 26 % chez les enfants de mères non fumeuses (p < 0,005). Mais une étude plus récente et mieux décrite menée par Reijneveld et al. a retrouvé un risque de coliques 2 fois plus élevé en cas de tabagisme sauf dans le cas d'enfants allaités.

Woodward et al. ont retrouvé une incidence de maladies respiratoires chez les enfants allaités de mères fumeuses plus faible comparativement à ceux nourris au substitut de lait.

Dans cette étude incluant 1218 enfants, le non-allaitement multipliait le risque de maladies respiratoires par 7.

Nafstad et al. (259) dans une étude ayant porté sur 3754 enfants nés en Norvège en 1992 et 1993 ont cherché à évaluer les relations entre la durée de l'allaitement et la prévalence des infections respiratoires basses pendant la première année de vie en cas d'exposition au tabagisme maternel. Après ajustement pour les variables confondantes, les auteurs ont mis en évidence que l'allaitement prolongé (> 6 mois) diminuait le risque d'infections respiratoires basses et que cet effet était d'autant plus marqué que l'enfant était exposé au tabagisme. Comparativement à un allaitement prolongé sans

tabagisme, le risque relatif ajusté d'infections respiratoires basses était de 2,2 (IC à 95 % : 1,6 à 3,1) en cas d'allaitement inférieur à 6 mois chez une mère fumeuse, de 1,3 (1,0 à 1,7) en cas d'allaitement inférieur à 6 mois chez une mère non fumeuse et de 1,1 (0,7 à 1,6) en cas d'allaitement prolongé chez une mère fumeuse.

Il est nécessaire d'aider les mères fumeuses de cesser de fumer en les y aidant dès la grossesse.

Et dans tous les cas l'allaitement demeure le meilleur choix même si la mère continue de fumer.

En effet, plusieurs études ont montré qu'en cas de tabagisme maternel la morbidité était plus élevée chez les enfants nourris au lait industriel comparativement à ceux allaités.

L'American Academy of Pediatrics dans une revue sur le transfert des médicaments et toxiques dans le lait maternel a retiré la nicotine de la liste des produits contre-indiquant l'allaitement ; le comité reconnaît : « qu'il est possible que tabagisme et allaitement soient moins délétères pour l'enfant que tabagisme et alimentation au lait industriel et espère que l'intérêt porté à l'allaitement par une mère fumeuse serve de base de discussion pour l'inciter au sevrage tabagique ».

Bibliographie :

Medications anad mothers' milk,
Hale T. W., Pharmasoft publishing 2008
Tabagisme et produits de substitution,
Le coin du prescripteur,
Les Dossiers de l'Allaitement n°43
Feuille n°12 :Dr Jack Newman
[D'autres mythes sur l'allaitement](#)

Compression mammaire

Le but de la compression du sein est de maintenir l'écoulement du lait quand le bébé ne boit plus par lui-même (suction de type ouvrir - pause - fermer), afin qu'il continue d'avaler du lait.

Elle simule le réflexe d'éjection, et peut souvent provoquer un réflexe d'éjection naturel.

Elle peut être utile pour :

1. **les bébés qui ne prennent pas assez de poids;**
2. **les bébés qui souffrent de coliques;**
3. **les bébés qui veulent téter très souvent et/ou longtemps;**
4. **les mères qui ont les mamelons douloureux;**
5. **les mères qui souffrent fréquemment de mastites ou de canaux lactifères bloqués;**
6. **encourager les bébés qui s'endorment rapidement au sein à continuer de boire et non uniquement téter.**

Cette technique n'est pas nécessaire si l'allaitement se déroule bien. Lorsque tout va bien, la mère laisse son bébé « finir » le premier sein, et ensuite elle lui propose l'autre si le bébé en manifeste l'envie.

Comment savoir que le bébé a « fini » un sein? Lorsqu'il n'avale plus de lait (suction du type ouvre grand - pause - ferme).

La compression du sein fonctionne particulièrement bien les premiers jours, pour aider le bébé à boire davantage de colostrum.

Le bébé n'a pas besoin de beaucoup de colostrum, mais il lui en faut quand même. Une bonne prise et la compression du sein l'aideront à en boire.

Il peut être utile de savoir que :

1. Un bébé qui est bien mis au sein obtiendra le lait plus facilement qu'un bébé qui est mal mis au sein.

Un bébé mal mis au sein n'aura du lait que quand **le flot de lait est abondant**. C'est pourquoi **bon nombre de mères arrivent à allaiter plus ou moins sans problème en dépit d'une mauvaise prise du sein, parce qu'elles ont une sécrétion lactée abondante**.

2. Pendant les 3 à 6 premières semaines, **les bébés ont tendance à s'endormir au sein dès que le lait coule lentement**, même s'ils n'ont pas eu assez de lait.

Passé cette période, ils pourront s'agiter au sein si le flot de lait est peu abondant.

3. Malheureusement, il s'avère que beaucoup de bébés prennent mal le sein. Si la sécrétion

lactée maternelle est abondante, le bébé aura une croissance pondérale satisfaisante, mais la mère devra en payer le prix : mamelons douloureux, bébé «à coliques», bébé perpétuellement au sein (mais qui ne boit vraiment qu'une partie du temps) ...

La compression du sein aide le lait à couler lorsque le bébé ne boit plus (ne fait que téter) au sein, ce qui lui permet :

1. d'obtenir davantage de lait
2. d'obtenir du lait de fin de tétée riche en gras.

Le but de la compression mammaire est de continuer l'écoulement du lait lorsque le bébé ne tête plus afin qu'il continue d'avaler du lait.

Comment faire la compression du sein

1. Soutenir le bébé avec un bras.
2. Tenir le sein avec l'autre main, pouce d'un côté (en haut du sein est plus facile), les autres doigts de l'autre côté du sein, loin du mamelon.
3. Surveiller la façon dont le bébé tète . Il n'est pas nécessaire d'en faire une obsession, comme en ne quittant pas des yeux la bouche du bébé. Il reçoit de bonnes quantités de lait tant qu'il tète suivant le rythme « ouvrir grand la bouche – pause – fermer » pour chaque succion.
4. Lorsque le bébé se met à « tétouiller » et qu'il ne tète plus comme « ouvre grand – pause – ferme », comprimer le sein. **Ne pas rouler les doigts vers le mamelon, mais seulement comprimer.** Le geste ne doit pas être douloureux, et ne devrait pas changer la forme de l'aréole. Avec la compression, le bébé devrait recommencer à avaler du lait (ouvre grand – pause – ferme).

Faire la compression lorsque le bébé tète mais n'avale pas!

5. Continuer à comprimer le sein jusqu'au moment où le bébé n'avale plus de lait, et relâcher. Si le bébé arrête de téter, recommencer. Si le bébé continue à téter lorsque la mère a cessé de comprimer son sein, elle pourra attendre un petit moment avant de recommencer la compression.
6. Continuer ainsi au premier sein jusqu'au moment où le bébé n'avale plus de lait, même avec l'aide de la compression; le laisser téter quelques minutes même s'il n'avale plus rien, au cas où un nouveau réflexe d'éjection surviendrait; si ce n'est pas le cas, l'enlever du sein.

7. Si le bébé semble le souhaiter, le mettre à l'autre sein et répéter le processus.

8. Il est parfois utile, bébé somnolent, petit poids, de proposer les deux seins à plusieurs reprises pendant la tétée (superalternance).

8. Comprimez lorsque le bébé tète mais ne boit pas.

D'après notre expérience, la méthode décrite ici donne les meilleurs résultats, mais si une mère trouve quelque chose qui fonctionne mieux pour elle et son bébé, pour l'amener à téter suivant le rythme ouvrir grand-pause-fermer, elle ne doit pas hésiter à le faire.

Il faut que le geste soit confortable pour la mère, et que le bébé avale du lait régulièrement.

Par ailleurs, cette manœuvre ne sera peut-être plus nécessaire, lorsque l'enfant deviendra plus efficace au sein.

BIBLIOGRAPHIE:

Dr. Jack Newman's Guide to Breastfeeding

Traduction de l'article n°15, < [Breast compression](#) >.

Révisé en janvier 2005

Dr Jack Newman, MD, FRCPC © 2005

Version française, avril 2005 par S. Dupras, IBCLC, RLChhttp:

www.mamancherie.ca/fr/info/articles_dr_newman.htm

Nous vous conseillons de visionner la vidéo réalisée par le Dr. Jane MORTON, sur une étude menée pour montrer l'efficacité de la compression mammaire en aide au tire lait pour l'augmentation du volume tiré : <http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/MaxProduction.html>

SMAM 2010

Organisée depuis 1992 par l'Alliance Mondiale de l'Allaitement Maternel (WABA), la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel est l'occasion de soutenir, à travers le monde, le droit à l'allaitement maternel.

Chaque année, un thème international est proposé par WABA. Cette année : « Breastfeeding just 10 steps the baby friendly way » soit, « Allaitement Maternel - seulement 10 marches sur le chemin des « Amis des Bébé »

En France, la CoFAM propose donc, pour le thème de la SMAM : L'allaitement maternel : pas à pas



ACTUALITE



VENDREDI 25 MARS 2011

Centre des Congrès de la Cité des Sciences - Paris 19^{ème}

ALLAITEMENT :
Faisons-leur confiance !
Programme

PR. PETER HARTMANN

- Australie -
Les rites de passage du lait humain :
de la synthèse dans le sein à l'estomac du bébé

PR. HELEN BALL

- Grande-Bretagne -
Allaitement en suite de couches :
l'organisation nocturne a-t-elle son importance ?

DR. KATHLEEN KENDALL-TACKETT

- Etats-Unis -
Un nouveau paradigme
pour la dépression des jeunes mamans

PR. SUZANNE COLSON

- Grande-Bretagne -
Allaitement :
comportements innés ou compétence à acquérir ?

PR. YLENIA CASADIO

- Australie -
Comment pouvons-nous mesurer
et enrichir le lait humain pré-terme ?

Tarif : 150 € - CERPS POUR LES IBCLC - Inscriptions sur jia@lffrance.org
www.lffrance.org

INFOS UTILES



Le programme des ateliers est disponible sur :

<http://www.info-allaitement.org/les-ateliers-thematiques.html>

inscription recommandée par téléphone au 04 78 42 09 16 ou par mail
cerdam@info-allaitement.org

Ces ateliers sont réservés aux professionnels de santé, de la petite enfance et aux animatrices d'associations de soutien à l'allaitement. de 20h à 22h à Pierre-Bénite

Formation pour les associations

pour les animatrices des associations de soutien à l'allaitement, formation sur 2 jours le 12 et 13 janvier 2011 : <http://www.info-allaitement.org/formation-associations.html>