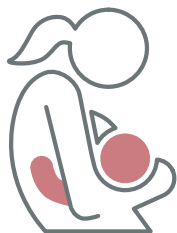


Livret

Allaitement maternel



Le Réseau Sécurité Naissance - Naître Ensemble
est le réseau des maternités et des professionnels
de la périnatalité de la région Pays de la Loire.



SOMMAIRE

> Allaitement maternel : liens et sites utiles	3
> Physiologie de la lactation	4 / 6
> Présentation de l'allaitement maternel au cours de la grossesse	7 / 8
> Présentation de l'allaitement à l'accueil en maternité	9
> Le démarrage en maternité	10 / 13
> La consultation d'allaitement maternel au cours du 1 ^{er} mois	14 / 20
> Allaitement maternel après un mois	21 / 22
> Sevrage	23
> Les dispositifs spécifiques pour les enfants hospitalisés ou à domicile	24 / 25
> La durée d'allaitement	26 / 27

Allaitement maternel : liens et sites utiles

- **RSN** | Réseau "Sécurité Naissance – Naître ensemble" des Pays de la Loire
www.reseau-naissance.fr/allaitement-maternel/
- **IHAB** | Hôpital Ami des bébés
amis-des-bebes.fr/
- **COFAM** | La Coordination Française pour l'Allaitement Maternel
coordination-allaitement.org/
- **LLL** | La Leche League France
www.lllfrance.org
- **IPA** | Association Information Pour l'Allaitement
info-allaitement.org/
- **Global Health Media Project - Breastfeeding Series**
Vidéos disponibles en français
globalhealthmedia.org/videos/videos-french/
- **Site Jack Newman** | Informations et vidéos en français
ibconline.ca/multilanguagebreastfeedinghelp/
- **CRAT** | Centre de référence des agents tératogènes
lecrat.fr/

Autres sites d'informations sur les médicaments et l'allaitement :

- **LACTMED** | En anglais
toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.html
- **LACTANCIA** | En anglais ou en espagnol
www.e-lactancia.org/

Contacts régionaux :

- **LACTARIUM DE NANTES**
Tél : 02 40 08 34 82
- **Néonatalogie CHU Angers**
Tél : 06 65 80 71 60
- **Centre de pharmacovigilance :**
 - **NANTES**
(pour départements 44 et 85)
Tél : 02 40 08 40 96
pharmacovigilance@chu-nantes.fr
 - **ANGERS**
(pour départements 49, 53 et 72)
Tél : 02 41 35 45 54
pharmacovigilance@chu-angers.fr

Autres

- www.allaitement-jumeaux.com
- santetailaitementmaternel.com
- www.co-naître.net

Retrouvez l'annuaire des consultants/ référents en lactation en Pays de Loire sur le site du réseau dans la thématique allaitement

www.reseau-naissance.fr/allaitement-maternel/

Voir également les autres plaquettes éditées par le Réseau "Sécurité Naissance – Naître ensemble" des Pays de la Loire à destination des usagers :

- "Les bons repères pour allaiter"
- "La Contraception après l'accouchement"
- "Allaitement maternel et reprise d'un travail"
- "Accompagner les pleurs du bébé en bonne santé"





Physiologie de la lactation

Anatomie du sein

1 La glande mammaire

Elle est constituée de 10 à 20 lobes subdivisés en lobules. Chaque lobule se compose de nombreuses alvéoles (ou acini) bordés d'une couche de cellules épithéliales sécrétantes reposant sur des cellules myoépithéliales à activité contractile. Les alvéoles sont groupées autour d'un canal alvéolaire qui va se drainer dans un canal lobulaire. Ceux-ci se réunissent en canaux galactophores (4 à 18, en moyenne 9, ce qui est peu et donc attention lorsqu'il y a eu chirurgie de réduction mammaire) qui convergent en un trajet sinueux vers le mamelon où ils s'abouchent par un pore. Lobules et canaux sont entourés de tissu conjonctif dense et vascularisé.



Figure 1 : Anatomie du sein
(tiré de www.medela.com/BX/fr/breastfeeding/research-at-medela/breast-anatomy.html)

Les réseaux vasculaires sanguins et lymphatiques varient beaucoup au cours de l'allaitement pour s'adapter à l'afflux sanguin. Les modifications du volume des seins sont directement liées aux variations du système vasculaire.

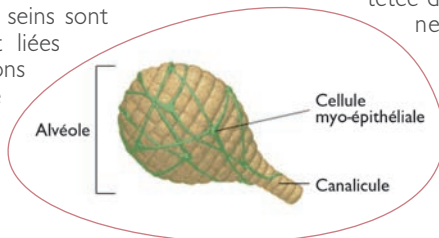


Figure 2 : Alvéole (ou acini)

Le tissu gras forme la majeure partie de la masse mammaire et explique les différences de volume des seins entre les femmes. Tissu glandulaire et tissu gras sont étroitement intriqués. Ainsi en cas de réduction mammaire, du tissu glandulaire est toujours altéré.

2 L'aréole

C'est un disque cutané pigmenté de 3 à 5 cm centré par le mamelon. Il présente des tubercules de Montgomery, glandes sébacées, dont les sécrétions odoriférantes guident le bébé (attention aux parfums et crèmes parfumées !), et qui sécrètent un lubrifiant assurant une protection naturelle du mamelon. Il se charge en élastine durant la grossesse pour s'adapter aux sollicitations du bébé. Cette peau fine et élastique ne s'épaissit pas quelles que soient les manipulations exercées pour "préparer" à l'allaitement.

3 Le mamelon

C'est une zone érectile, sensible aux stimulations tactiles, thermiques, émotionnelles et qui est parfaitement adaptée aux étirements longitudinaux. L'aréole est une des zones les plus innervées du corps : des récepteurs neurosensitifs à l'étirement enregistrent les signaux de tétée du bébé et déclenchent la cascade neuroendocrinienne aboutissant à l'éjection du lait. Ils peuvent également être source de stimuli douloureux en cas de dépression intrabuccale excessive du bébé.

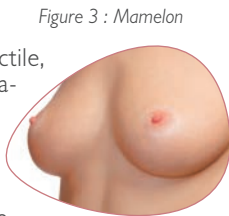


Figure 3 : Mamelon

Régulation de la production de lait

Lors de l'allaitement, le lait est fabriqué continuellement par les cellules de l'épithélium mammaire. Il est sécrété dans les alvéoles où il est stocké jusqu'à son éjection. Le contrôle de la synthèse, de la sécrétion, et de l'éjection est complexe et multifactoriel. Il implique deux niveaux de régulation : production et éjection, et deux mécanismes de contrôle : central et endocrine, et local et autocrine. Le tout est dépendant de la succion par l'enfant.

1 Contrôle endocrine (à distance)

- > La stimulation part des terminaisons nerveuses du mamelon et de l'aréole par la succion.
- > Le message est conduit par voie nerveuse vers l'hypothalamo-hypophyse qui entraîne une sécrétion de prolactine et d'ocytocine.
- > Les hormones sont véhiculées par le sang et déclenchent, au niveau du sein, la synthèse et l'éjection du lait.
- > **La prolactine.** Son taux sanguin augmente pendant la grossesse ($\times 4$ à 24 SA ; $\times 8$ à 36 SA) probablement sous l'effet des oestrogènes. La succion déclenche des pics de sécrétion dont l'amplitude est directement liée à l'intensité de la stimulation (double si stimulation bilatérale, d'où l'intérêt des tire-lait "double pompage"). De nombreux facteurs contrôlent la synthèse et la sécrétion de prolactine ; en particulier, il existe un contrôle inhibiteur dopaminergique prédominant.

Attention aux médicaments : agonistes dopaminergiques, ils bloquent la sécrétion de prolactine comme la bromocriptine, et antagonistes dopaminergiques, ils entraînent une hyperprolactinémie comme la domperidone.



done. Mais il n'y a pas de corrélation entre le taux sanguin de prolactine et la synthèse de lait : rôle permissif mais pas régulateur.

2 Contrôle autocrine (localement)

Il existe également des mécanismes de régulation locale, ce qui explique la différence de synthèse du lait entre les deux seins. Il existe un rétrocontrôle négatif qui inhibe la sécrétion de lait tant qu'il reste un important volume de lait résiduel dans les seins. Elle régule le volume de lait produit et répond à la demande imprévisible de l'enfant.

- > **La vitesse de synthèse du lait** est inversement proportionnelle au degré de remplissage des seins. Plus la quantité de lait prélevée au cours d'une tétée est importante, plus la vitesse de synthèse après cette tétée est rapide (6 à 90 ml/h). Cette régulation est donc indépendante dans chaque sein.
- > **Le bébé ne consomme pas tout le lait disponible** mais de 63 à 72% en général. Tous les facteurs limitant l'extraction de lait (succion inefficace, anomalie du réflexe d'éjection, tétées limitées...) entraînent une baisse du volume de lait produit : d'où un risque d'insuffisance secondaire de lait.

Une femme peut augmenter sa production de lait en augmentant la fréquence et l'efficacité de l'extraction de lait.

> **La capacité de stockage** des alvéoles est l'objet d'une grande variabilité interindividuelle de la capacité de stockage des seins : de 80 à 600 ml. Cette variation est indépendante de la capacité à produire assez de lait, et de la taille du sein. Conséquences : les mères dont les capacités de stockage mammaire sont faibles ont besoin de donner le sein plus souvent ; elles ne peuvent s'adapter à des règles d'horaire rigide ou à un faible nombre de tétées ou à un intervalle long entre deux tétées.

> **Le volume de lait produit** est spécifique de chaque couple (dyade) mère-enfant. Le volume de lait produit dépend plus de facteurs liés à l'enfant que de facteurs liés à la mère, le principe étant celui de l'offre et de la demande. Il varie de 200 à 900 ml à J5 à 400 à 1100 ml entre 4 et 6 semaines. Le 1^{er} mois est un temps essentiel de calibrage pour toute la durée de la lactation. Ensuite le volume reste relativement stable jusqu'à la diversification alimentaire.

3 Régulation de l'éjection

L'ocytocine est une hormone stockée dans l'hypophyse. Elle agit sur les récepteurs des cellules myoépithéliales et elle provoque la contraction à l'origine de l'éjection du lait. Sa sécrétion est inhibée par le stress.

Au total, l'établissement de la lactation suppose :

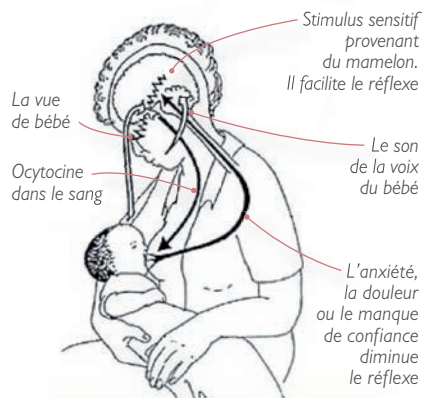
- > Le développement normal de la glande mammaire.
- > Un "climat hormonal" adapté avec chute de la progestérone, pics de prolactine, réflexe d'éjection et contrôle autocrine.
- > L'extraction du lait à intervalles réguliers et adaptée à la demande de l'enfant.

Figure 4 : Circuits nerveux et endocriniens (source : Co-Naitre)

Le réflexe de sécrétion du lait ou réflexe prolactinique



Le réflexe ocytocique ou le réflexe d'éjection du lait



Présentation de l'allaitement maternel au cours de la grossesse

Objectifs

Promouvoir l'allaitement maternel si la femme n'a pas encore décidé, en respectant ses choix et en allongeant la durée.

Principes

- > Prendre le temps de répondre aux diverses questions afin de cerner les réticences, prévenir les échecs et redonner aux mères les capacités de nourrir leur enfant. L'entretien prénatal précoce (pendant le 1^{er} trimestre) est le moment privilégié pour en parler.
- > Encourager la mère à s'informer le plus possible sur l'allaitement avant la naissance de son bébé pour améliorer sa capacité à évaluer sa propre expérience. Elle peut le faire en lisant, en assistant à des cours, et en participant aux réunions de groupes de soutien à l'allaitement.
- > Exposer le plus tôt possible les avantages de l'allaitement afin que le couple puisse faire son choix. Les contre-indications de l'allaitement sont exceptionnelles : maladies chroniques graves ou cancers maternels, infection maternelle à VIH et galactosémie congénitale.

Bénéfices à mettre en avant (pendant la grossesse)

● Chez la mère

- > Diminution des pertes sanguines : l'utérus retrouve plus rapidement sa taille initiale par la libération d'ocytocine.
- > Diminution du risque d'infection du post-partum.
- > Perte de poids plus rapide pour la mère dans les 6 premiers mois du post-partum.
- > Diminution du risque de cancer du sein et du risque cardio-vasculaire et métabolique (diabète).
- > Motivation supplémentaire pour tenter un sevrage tabagique.
- > Gain de temps pour certaines mères (pas de préparation ou de transport de biberons).
- > L'allaitement ne fatigue pas. La libération d'ocytocine permet un bien-être et un endormissement rapide.
- > Economie : pas de matériel et de lait à acheter, donc geste éco-biologique (aucune empreinte écologique).
- > Importance du rôle du père dans le soutien de la mère vis-à-vis de l'allaitement, et l'aide apportée (bercer, porter, baigner, se promener...).

● Chez le bébé

- > Prévention des infections digestives et ORL (réduction des diarrhées, infections respiratoires, otites).
- > Le lait maternel participe à l'implantation durable d'un bon microbiote.
- > Aliment évolutif adapté à l'enfant : composition variable au cours de la tétée, de la journée et au cours du temps.
- > Importance de la sécurité affective.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande l'allaitement exclusif pendant 6 mois, puis jusqu'à 2 ans et plus, en complément d'une alimentation diversifiée.

- > Bénéfique pour le développement neuro sensoriel des prématurés.
- > Diminution du risque de mort inattendue du nourrisson.
- > Diminution du risque d'obésité, de diabète.
- > Meilleur développement du cerveau, des mâchoires et des structures osseuses du visage.
- > Diminution du risque d'eczéma.
- > Diminution du risque de leucémie infantile.
- > Couches moins malodorantes.
- > Éducation aux différents goûts (par l'intermédiaire de l'alimentation de la mère qui modifie le goût du lait maternel).

Conseils pendant la grossesse

● Préparation des mamelons

- > Aucune préparation n'est nécessaire. Les douleurs pendant la tétée et les crevasses sont souvent dues à une mauvaise succion ou une position inadaptée du bébé.
- > En cas de mamelons plats ou invaginés, il n'y a pas de conduite à tenir pendant la grossesse : le bébé tète l'aréole et non pas le mamelon.
- > Un écoulement de lait pendant la grossesse n'a pas de conséquences.

● En cas d'antécédents de chirurgie

Une femme qui a subi une chirurgie mammaire peut s'interroger sur sa capacité à produire suffisamment de lait pour son bébé. Si les canaux lactifères et les principaux nerfs n'ont pas été tous endommagés, la production de lait ne devrait pas être touchée. Une perte de sensation dans l'un des deux seins peut indiquer que des nerfs ont été endommagés et il est possible que le réflexe d'éjection du lait soit moindre dans ce sein. Pendant la grossesse il sera utile de s'informer auprès d'un référent en lactation. Après la naissance, il faudra optimiser le démarrage de l'allaitement avec le suivi et le soutien précoce par un référent en allaitement.

● En cas de tabagisme

Il est important d'encourager et soutenir les mères fumeuses à cesser ou diminuer fortement leur tabagisme (notamment avec des substituts nicotiniques). Cependant, l'allaitement demeure le meilleur choix, même si la mère continue de fumer.

● En cas d'alcoolisation maternelle

Pendant la grossesse :

l'alcool passe dans le sang chez le fœtus par l'intermédiaire du placenta. Il est toxique pour le fœtus et peut nuire à son développement. Il est nécessaire de s'abstenir d'alcool tout au long de la grossesse.



Pendant l'allaitement : l'alcool passe dans le lait maternel et l'organisme immature de l'enfant y est sensible. C'est pourquoi il est préconisé de ne pas consommer de boissons alcoolisées en cas d'allaitement.

Néanmoins, si la mère souhaite à l'occasion boire de l'alcool : l'informer de boire modérément (1 à 2 verres max), exceptionnellement et de préférence après une tétée pour limiter l'exposition du bébé à l'alcool. Dans l'idéal, il faut attendre 4h après une consommation modérée d'alcool avant de redonner le sein, voire tirer et jeter le lait en cas d'alcoolisation plus importante.

● Conseils en prévision de l'allaitement

- > Une hygiène de vie simple est recommandée : pas de drogue, limiter les quantités de thé ou de café (mais pas déconseillés, car la caféine/théine passe peu dans le lait).
- > Il est important de mettre les femmes en garde contre l'automédication car certains médicaments sont déconseillés pendant l'allaitement.
- > Il suffit d'avoir une alimentation équilibrée. Il est conseillé de ne faire aucun régime pendant l'allaitement (sauf avis médical). Un apport d'environ 2 000 calories par jour serait correct. Certains aliments ingérés par la mère peuvent cependant changer le goût du lait (la mère peut faire le lien), mais c'est aussi un apprentissage du goût. La mère doit boire selon sa soif.

● **En cas de naissances multiples prévues (jumeaux, triplés..),** l'allaitement maternel est possible pour tous les bébés.



Présentation de l'allaitement à l'accueil en maternité

Pour un meilleur démarrage, une participation active et consciente à l'accouchement est importante. En la valorisant, la femme augmente la confiance qu'elle a en elle. Le peau-à-peau du bébé sur sa mère à la naissance est immédiat et prolongé si l'état de l'enfant le permet. Il appartient à l'équipe soignante de se faire discrète, dans le respect de la sécurité, et la première tétée sera proposée dès que le bébé est prêt.

Les premières tétées

Les tétées dès les signes d'éveil ("à la demande") sont à favoriser, même la nuit, car c'est la succion qui déclenche la production de lait, de plus cette stimulation doit être précoce et suffisante. Il est essentiel, pour la mise en route de la lactation, que la maman apprenne à repérer le moment propice par la proximité en évitant les séparations. Un nouveau-né demande 8 à 12 tétées par jour en moyenne.

En cas de césarienne

Dans la mesure du possible, le peau-à-peau sera favorisé au plus tôt, éventuellement avec le papa. L'allaitement ne fatigue pas plus. La libération d'ocytocine permet un bien-être et un endormissement rapide. Un aménagement des positions d'allaitement sera proposé : coussins bien placés pour éviter les douleurs au niveau de la cicatrice.

Le transfert de lait

Le transfert de lait signifie le passage du lait du sein vers le bébé. En cas de doute de la maman sur ce transfert, il faut favoriser les mises au sein fréquentes et précoces. Le lait peut être obtenu avec un tire-lait manuel ou électrique en cas de séparation (séjour du bébé en néonatalogie). Certaines tétées peuvent être non nutritives ("tétées-accueil", "tétées-plaisir", "tétée de bienvenue"), mais permettent un lien mère-enfant.

La contraception en post-partum

Plusieurs méthodes sont possibles :

- > Non hormonales : MAMA (méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée), préservatifs féminins ou masculins, DIU au cuivre.
- > Hormonales : DIU à la progestérone, implant progestatif, progestatifs purs per os 28 jours / 28. Les œstro-progestatifs sont à éviter en post-partum immédiat, mais sont possibles après 6 mois.





Le démarrage en maternité

La tétée précoce

Juste après sa naissance le bébé est particulièrement disposé à téter et à se placer au sein en bonne position. L'idéal est de placer le bébé en peau-à-peau à plat ventre sur la poitrine de la mère semi-allongée, et de laisser le bébé prendre le sein pour avoir une tétée spontanée.

La tétée précoce limite la perte sanguine chez la mère, en provoquant des contractions qui aident à vider et à maintenir l'utérus vide. Elle permet de faire connaissance, de bien démarrer les liens affectifs de par la proximité mère-enfant qu'elle occasionne.

Les premières tétées peuvent surprendre par la vigueur avec laquelle l'enfant tète. Il est même possible que la sensation soit si forte qu'elle devienne douloureuse en début de tétée. Cette hypersensibilité des mamelons disparaît progressivement. Il est cependant anormal que la douleur soit là tout au long de la tétée : ce peut être le signe d'un début de "crevasse". Les mamelons peuvent être irrités par la succion, surtout si la position de bébé n'est pas optimale. Il est facile de remédier à cette situation en modifiant la position de la mère et de l'enfant.

Si l'enfant est prématuré ou hospitalisé en néonatalogie, un tire-lait sera proposé dès les premières heures. Les premières tétées, ou les premiers contacts avec le sein, seront fonction de l'état clinique de l'enfant, et non pas de l'âge gestationnel.



Figure 5 : Tétée précoce

Les crevasses

Prévention

C'est le plus souvent un problème de prise en bouche. L'observation d'une tétée est nécessaire pour vérifier la bonne prise en bouche du bébé. À signaler que les femmes à peau claire ont plus tendance à avoir des crevasses que les femmes à peau foncée.

Par ailleurs, la mère peut, en fin de tétée :

- > introduire un doigt dans la bouche de l'enfant pour qu'il lâche le sein en douceur,
- > hydrater l'aréole avec quelques gouttes de lait maternel en fin de tétée.

Il faut également prendre soin des seins : une douche quotidienne suffit. Il n'y a pas besoin d'utiliser de produits spéciaux (attention aux savons trop asséchants).

En cas d'utilisation du tire-lait, l'apparition de crevasses peut être en relation avec une tétérille inadaptée (il existe 5 tailles jusqu'à 36 mm de diamètre, choisir la taille adaptée), ou une aspiration trop forte (mettre au minimum sur les appareils avec réglage)...

Traitement

Le professionnel peut demander de l'aide à une personne référente. On peut proposer de :

- > repositionner le bébé, adopter une prise de sein asymétrique (en présentant le nez du bébé face au mamelon),
- > adopter une bonne hygiène afin d'éviter toute surinfection,
- > proposer un "cataplasme" de lait maternel (ou compresse avec un pansement étanche et hermétique) sur une durée de 2h à renouveler,

- > utiliser des coupelles d'allaitement afin d'isoler la plaie, proposer des crèmes qui permettent d'hydrater,
- > en dernier recours, proposer des "bouts de seins" en silicone quand la douleur est trop pénible (elle peut persister cependant),
- > suspendre temporairement les tétées du côté douloureux si les crevasses sont trop importantes. Dans ce cas, il est nécessaire d'extraire le lait par massages manuels ou à l'aide d'un tire-lait, ne pas tirer avec la pression maximale.

Les deux-trois premiers jours

Ces jours sont cruciaux pour la bonne mise en route de l'allaitement. Dès que l'enfant réclame, on le met au sein en prenant soin de bien vider un sein avant de proposer l'autre. La tétée suivante, la mère commencera par le sein que l'enfant a pris en dernier ou n'a pas pris. Une bonne prise en bouche et une bonne position de la mère et de l'enfant sont nécessaires, pour que l'enfant se satisfasse de l'allaitement.

Beaucoup de positions sont proposées, toutes ont les mêmes règles de base : le nez de l'enfant doit être en face du mamelon, la mère et l'enfant sont ventre contre ventre. Le bébé va adopter une légère déflexion de la tête en arrière dès la prise du sein. Chaque mère adoptera celles qui conviennent à elle et son bébé (voir plaquette RSN : "Les bons repères pour allaiter").

Souvent les bébés tètent peu la première journée, c'est le moment de se reposer. Puis, après le deuxième jour, les tétées se rapprochent. Cela permet au colostrum de laisser la place progressivement au lait mature.

À la naissance, l'enfant n'a pas encore de rythme. Il tète de façon irrégulière. C'est pourquoi, il est difficile de parler de normes et de quantifier l'allaitement. La succion efficace du bébé permet de se rassurer quant à la qualité de l'allaitement. Au fur et



à mesure de la tétée, le bébé se détend, il ouvre les mains et il lâche spontanément le sein.

Pour les enfants hospitalisés en néonatalogie, pour initier une lactation durable le tire-lait doit être utilisé 8 fois par 24h dont la nuit et en double pompage 15 min couplé à l'expression manuelle les 3 ou 4 premiers jours au moins. Le rythme n'est pas forcément régulier mais sans dépasser 3h. Il est conseillé de tirer les deux seins en même temps. Le tire-lait doit être utilisé tout le temps de l'hospitalisation. La quantité de lait produite au tire-lait ne reflète pas la production réelle lorsque le bébé tète au sein.

Allaitement aux signes d'éveil

Le nouveau-né pendant quelques semaines peut avoir des demandes de téter très discrètes et semble endormi, avec pour conséquence de ne pas être suffisamment allaité. Ces signes doivent être particulièrement observés chez le prématuré ou le bébé de 36-38 SA. Les signes qui indiquent que le bébé est prêt à téter :

- > pendant un sommeil agité : mouvements des membres, étirements, yeux qui roulent sous les paupières, suçotements (langue, doigts...),
- > à l'éveil : petits grognements, petites plaintes, agitation, réflexe de foussement, mouvements de succion (le bébé "tétouille", et suce ses doigts), et pleurs (mais c'est un signe tardif, dans un 2^{ème} temps).

La montée de lait

Le phénomène de "la montée de lait" est une congestion de la glande mammaire due à des changements vasculaires et à une augmentation du volume de lait produit. Le lait également change de composition (passage du colostrum au premier lait). Elle peut parfois être douloureuse et nécessite des soins adaptés, tels que le massage aréolaire, l'application de compresses froides ou chaudes...

La montée de lait survient entre le deuxième et le sixième jour, et est précédée de demandes de tétées très fréquentes. Les bébés très goulus auront un changement de lait plus précoce que les bébés endormis. Pour aider ces derniers et afin d'éviter une perte de poids trop importante, la mère peut les mettre peau à peau en attendant qu'ils soient prêts à téter (en général cela survient dans l'heure qui suit).

L'engorgement

L'engorgement est favorisé par la stase lactée, et est accompagné d'un œdème interstitiel du sein. Pour sa prévention et son traitement, il faut veiller à favoriser le transfert de lait et à mettre en place des traitements qui n'aggravent pas l'œdème. Les tétées doivent être efficaces, non limitées et proposées dès les "signes d'éveils" si le bébé a tendance à dormir. Le professionnel pourra :

- > repositionner le bébé de manière à ce que la tété soit plus efficace,
- > proposer des tétées fréquentes en proposant une tété aux "signes d'éveil",
- > réaliser une "contre-pression aréolaire" avec les doigts pour favoriser la mise au sein et le réflexe d'éjection (pression sur l'aréole, avec les doigts à plats, quadrant par quadrant, pendant au moins une minute),
- > utiliser un verre d'eau chaude,

- > prescrire des anti-inflammatoires ou des antalgiques,
- > proposer le massage aréolaire (pressions circulaires autour de l'aréole), l'application de compresses froides pour son effet vasoconstricteur (tabou dans les cultures asiatiques) ou une douche chaude,
- > proposer le tire-lait si le bébé n'est pas efficace,
- > seront évités, pour leur inefficacité, la restriction hydrique et le bandage des seins.

Comment savoir si bébé prend assez de lait

La quantité de selles et d'urine est un bon indicateur, ainsi que la prise de poids. La durée et la fréquence des tétées restent variables d'un enfant à l'autre. À la sortie de la maternité, les enfants font en moyenne de 8 à 12 tétées par 24h. Le transfert de lait doit être visible (salves de succion, déglutitions repérables). Il faut laisser le bébé téter au 1^{er} sein aussi longtemps qu'il est efficace puis proposer le 2^{ème} sein. Surveiller ses couches : après la montée

de lait le bébé doit faire 5 ou 6 couches lourdes d'urine et au moins 3 selles par jour

Pour certains enfants hospitalisés, des pesées avant et après les tétées peuvent être proposées temporairement dès les premières tétées nutritives : modalités à voir selon le nouveau-né, les modalités, la prise de poids...

♥ Co-habitation maman-bébé

Il est recommandé que les nouveau-nés restent avec leurs mères 24h sur 24 (y compris la nuit).

Positions d'allaitement

Il existe plusieurs positions pour allaiter. Vous pouvez varier la position du bébé pour les tétées, notamment en cas de douleurs (crevasses, mastite...).

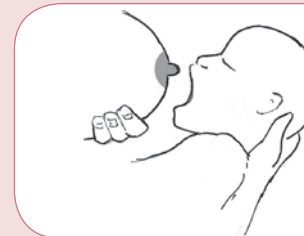


Berceuse

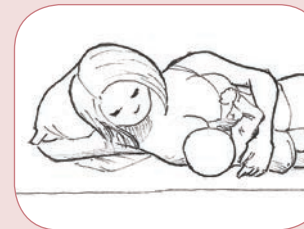
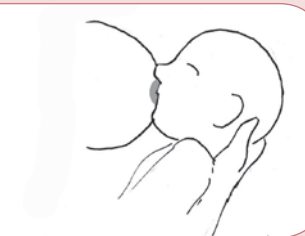


Berceuse inversée

Quelle que soit la position, le bon repère est que le mamelon soit en face du nez à la prise du sein et que la tête du bébé soit légèrement basculée en arrière.



Mise au sein



Allongée sur le côté



Tête-bêche



Bain de soleil



Jumeaux



Ballon de rugby



Assise



La consultation d'allaitement maternel au cours du 1^{er} mois

La consultation concernant une difficulté d'allaitement maternel nécessite un temps long, pour réaliser l'entretien, l'observation d'une tétée complète et l'accompagnement. Ceci dans une rencontre empathique avec la dyade mère/enfant.

Connaître le contexte

- > La grossesse, les antécédents maternels.
- > La naissance : durée, circonstances.
- > Le projet d'allaitement.
- > La 1^{ère} tétée et les suivantes (contexte, déroulement).
- > Evolution des selles depuis la naissance : méconium, selles transitionnelles, selles de lait maternel.
- > Rythme initial des tétées : fréquence, durée, comportement du bébé pendant et entre les tétées.
- > Poids de naissance, poids le plus bas, poids de sortie.
- > Seins douloureux, congestion mammaire ?
- > Utilisation d'un bout de sein, d'une sucette, de compléments (type, fréquence, quantité), d'un tire-lait ?
- > Vécu de la mère.

Depuis le retour à domicile

- > Difficultés exprimées par la mère ?
- > Rythme des tétées : fréquence, durée, prise des 2 seins à chaque tétée, comportement du bébé, pendant et entre les tétées, sommeil.
- > Selles et urines : fréquence, aspect. Dans le premier mois, le bébé aura 3 à 4 selles par jour, volumineuses, liquides, grumeleuses et jaune d'or (après la montée de lait) et 5 à 6 couches mouillées par jour. Après 5-6 semaines le bébé peut avoir des selles espacées sans qu'il ne s'agisse de constipation et sans qu'il n'y ait de problème d'allaitement.
- > Prises de poids depuis la sortie (dates).
Rappel : un bébé se pèse nu et pas en body ou en couche.
Prise de poids physiologique de 20 à 30 grammes par jour au cours des 3 premiers mois (voir courbes OMS).
- > Douleurs aux seins ? Type, date apparition, localisation, évolution au cours de la tétée.



- > Difficultés de la mère, existence de soutien dans l'entourage ?
- > Difficultés du bébé ? Changement de comportement.
- > Prise en charge jusqu'à maintenant, conseils donnés et traitements proposés.
- > Vécu de la mère : état thymique, confiance en elle.
- > Pour le prématuré, vigilance vis-à-vis du comportement de l'enfant et de la lactation de la maman.

Observation de la mère et de l'enfant

- > Observation de la relation entre la mère et l'enfant.
- > Observation du bébé avant, pendant et après une tétée : position, qualité de la succion...
- > Observation des seins de la mère avant et après une tétée.



Principe qui guide les conseils
Est ce que la tétée est efficace
ET confortable ?



- **Soutenir la mère dans son projet initial d'allaitement**
- **Ne pas arrêter un allaitement dès les premiers problèmes**
- **Observer une tétée, établir un diagnostic et proposer une ou des solutions**
- **Orienter si besoin vers une personne référente en allaitement maternel ou une consultante en lactation, organiser le suivi ou s'assurer du relais**
(voir annuaire du Réseau Sécurité Naissance : www.reseau-naissance.fr/annuaire-des-professionnels/)

Les difficultés le 1^{er} mois

DIFFICULTÉS POUR LA MÈRE	CAUSES POSSIBLES	CONDUITE À TENIR
Mamelons douloureux	<ul style="list-style-type: none"> > Mauvaise prise du sein, mauvais positionnement mère / enfant > Troubles de succion primitifs ou acquis (sucette, biberon, tire-lait, bout de sein) > Langue (position, frein, mobilité) > Dépression intra-buccale > Infections > Candidose mammaire > Dermatoses > Vasospasme du mamelon > Crevasses 	<ul style="list-style-type: none"> > Écoute empathique > Faire évaluer la douleur sur échelle de 1 à 10 > Examen des seins avant et après une tétée > Examen cavité buccale bébé : candidose ? Frein de langue ? > Observation d'une tétée > Traitement local (pommade) ou général > Donner les conseils nécessaires pour que la femme adopte une position d'allaitement adaptée et que l'enfant ait une bonne prise en bouche > Envisager section frein de langue > Compression du sein (cf. technique J. Newman) > Possible tire-lait pour suspendre éventuellement une ou plusieurs tétées sur l'un des 2 seins voire les 2 chez les mères les plus douloureuses > Coupelles > Bout de sein ("écran") à éviter (voir page 24 et voir vidéo "Global health media project - breastfeeding series - que faire en cas de mamelon douloureux ?")



DIFFICULTÉS POUR LA MÈRE	CAUSES POSSIBLES	CONDUITE À TENIR
Seins douloureux : engorgement Mastite (lymphangite) Abcès	<ul style="list-style-type: none"> > Tétées inefficaces ou espacées > Anomalie réflexe d'éjection > Troubles de succion ; langue (position, frein), position mère/enfant, sucette, biberon, tire-lait > Lésions seins > Compression externe > Traumatisme > Canal lactifère bouché > Crevasses 	<ul style="list-style-type: none"> > Ne pas arrêter l'allaitement même du côté atteint > Observation d'une tétée > Soutien à la mère > Favoriser tétées efficaces > Contre pression aréolaire avant la mise au sein > Pas de restriction hydrique > Proposer froid ou chaud avant et/ou après tétée > Antalgiques, pas d'anti-inflammatoires en cas de possible infection > Antibiotique (couvrant le staphylocoque) si bilatéral ou pas d'amélioration dans les 24h ou en cas de crevasses. Compléter les tétées par tire-lait (urgence à rétablir un drainage optimal du sein). > Faire une expression de lait si non soulagée avec une tétée
Réflexe d'éjection trop fort	<ul style="list-style-type: none"> > Ocytocine : le réflexe d'éjection fort est souvent associé à une hyperlactation 	<ul style="list-style-type: none"> > Donner le même sein sur plusieurs tétées > Allaiter avant bébé affamé > Allaiter couchée sur le dos > Expression lait en début de tétée

DIFFICULTÉS POUR L'ENFANT

Pleurs, coliques

CAUSES POSSIBLES

- > Diverses et variées et pas toujours liées à l'alimentation
- > Troubles succion
- > Lactation insuffisante ou excessive
- > Réflexe d'éjection trop fort

CONDUITE À TENIR

- > Eliminer pathologie
- > Rassurer, expliquer (cf plaquette "Accompagner les pleurs")
- > Revoir conduite d'une tétée
- > Cf. conseils en cas de réflexe d'éjection trop fort
- > Portage, bain, massage...
- > Varier les positions d'allaitement

Constipation (selles rares)

- > Réelle
- > Supposée

- > Interpréter la fréquence des selles selon l'âge, la consistance et le volume
- > Observer une tétée
- > Conduite allaitement
- > Surveillance poids
- > Ballonnements ? Vomissements ?



DIFFICULTÉS POUR L'ENFANT

Poids du bébé insuffisant ou avec stagnation

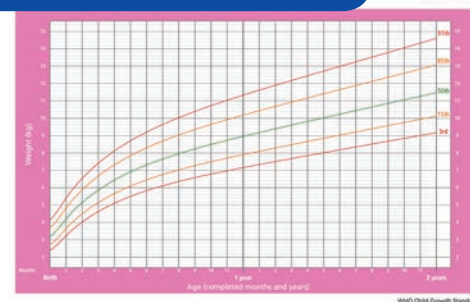
CAUSES POSSIBLES

- > Mauvaise conduite de l'allaitement
- > Transfert du lait insuffisant
- > Compléments
- > Seins douloureux
- > Bébé malade (infection par exemple)

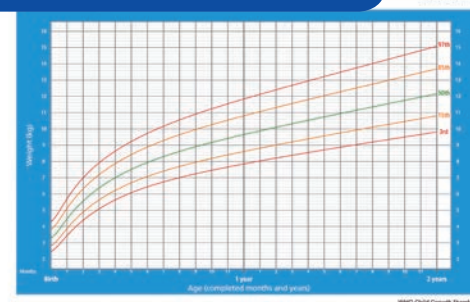
CONDUITE À TENIR

- > Observer une tétée
- > Surveiller poids
- > Utiliser des courbes de croissance adaptées pour les bébés allaités
- > Noter si selles : dates évolution méco, selles transitionnelles et selles de lait maternel
- > 24h sans selles : à évaluer
- > Surveiller urines : couches "lourdes"
- > Apprendre à la mère à repérer les signes d'éveil si bébé trop calme ; le solliciter si tétées trop espacées (en particulier la nuit), et limiter l'utilisation de la tétine
- > Éviter le refroidissement du bébé : espacer les bains, pratiquer le peau-à-peau, bien couvrir
- > Expliquer à la mère le processus de lactation et la sensibiliser pour qu'elle donne des tétées efficaces et fréquentes ; lui montrer comment faire la compression mammaire
- > 8 à 12 tétées/24h en proposant les 2 seins systématiquement
- > Selon contexte, compléments de lait maternel ou autre (50 ml/kg/jour à donner répartis au cours de la journée avec une méthode alternative en évitant le biberon) ; utiliser alors le doigt-paille, la seringue, la tasse, un DAL (voir infra)

Courbe de poids de l'OMS- Fille



Courbe de poids de l'OMS- Garçon



DIFFICULTÉS POUR LA MÈRE ET L'ENFANT

Insuffisance de lait

CAUSES POSSIBLES

- > Mauvaise position au sein
- > Troubles de succion
- > Horaires imposés des tétées
- > Mauvaise conduite de l'allaitement, fréquence ou durée des tétées insuffisantes
- > Traitement médicamenteux

CONDUITE À TENIR

- > Correction des causes pour une succion efficace et un transfert de lait
- > Voir rythme de vie au cours d'une journée
- > Compression du sein
- > 8 à 12 tétées/24h en proposant les 2 seins systématiquement
- > Expression manuelle de lait ou utilisation d'un tire-lait en fin de tétée
- > Si compléments, lait de la maman en 1^{ère} intention
- > Suivi + + +

Rythme des tétées : tétées très fréquentes ou qui durent longtemps

- > Mauvaise conduite de l'allaitement
- > Transfert du lait insuffisant
- > Réflexe d'éjection trop fort
- > Baisse de la lactation
- > Petite capacité de stockage pour la mère, chirurgie sur les seins ? Agénésie de la glande ? ...
- > Bébé aux besoins "intenses", bébé ayant besoin de repas fréquents, bébé fatigué, de petit poids, prématuré...

- > Observer une tétée
- > Optimiser le transfert de lait
- > Apprendre à la mère à reconnaître les signes de transfert de lait
- > Des tétées fréquentes et efficaces entretiennent une bonne lactation



Allaitement maternel après un mois

Allaitement maternel exclusif

Il n'y a pas de raison d'introduire d'autre aliment sauf raison médicale avant 6 mois. Le premier mois est le temps d'adaptation de l'enfant au sein de sa mère et de ses besoins. Parfois le père peut se sentir exclu de cette relation, mais la proximité de l'un et l'autre est indispensable pour la mise en place de la lactation. On peut suggérer au père de pratiquer le peau à peau avec son enfant ou le laisser assurer les soins de l'enfant seul à sa manière.



Le rythme des tétées

Le rythme varie selon les enfants, il peut diminuer ou augmenter certains jours. À certaines périodes, l'enfant réclame un peu plus le sein pour des raisons variables : poussées de croissance, maladie de l'enfant, soif, besoins de réassurance, poussée dentaire... La mère devrait répondre à la demande de l'enfant et le mettre au sein aussi souvent que celui-ci le désire. Après deux à trois mois, le volume des seins peut diminuer sans pour autant voir diminuer la lactation.

La croissance de l'enfant

La visite chez le médecin permet de faire le point avec la mère au niveau de sa lactation et suivre la croissance de l'enfant. La prise de poids est différente selon les enfants et n'est pas à elle seule un critère de surveillance. Il faut cependant savoir que la croissance pondérale des enfants allaités ralentit au 2^{ème} trimestre de façon physiologique (courbes de croissance OMS : www.who.int/child-growth/standards/weight_for_age/fr/).

Evènements de vie

La mère va progressivement pouvoir reprendre une vie sociale sans entraver l'allaitement. Une activité sportive est possible. En cas d'absence de la mère, l'enfant s'adaptera à ce que la mère va lui proposer : par exemple son lait tiré donné par divers moyens comme la tasse, la seringue, ou le biberon... Elle peut aussi lui donner une préparation pour nourrissons si le couple préfère : en général, il n'est pas conseillé un lait particulier ; il n'est pas utile de donner un lait HA ou des hydrolysats (indication médicale).

Travail et allaitement

Il n'existe pas de congé "allaitement". Il est nécessaire d'informer la famille des recommandations légales (voir plaquette RSN). La réglementation du Code du Travail permet de prendre une heure par jour pour allaiter, répartie en accord avec l'employeur. Il est souhaitable qu'un endroit, sur le lieu de travail, soit réservé à la mère qui veut

tirer son lait en toute quiétude et dans un endroit qui respecte une hygiène correcte. On peut envisager soit le lait maternel tiré, soit une préparation pour nourrissons dans le cas d'un allaitement partiel.

En cas d'accueil chez une assistante maternelle ou en structure multi-accueil, il peut être utile d'accompagner les professionnels qui vont accueillir l'enfant.

Contraception

Certaines mères envisageront de reprendre une méthode contraceptive en attendant le retour de couches qui peut apparaître au bout de plusieurs mois. La méthode la plus efficace est celle qui convient le mieux au couple, en informant celui-ci de toutes les modalités (voir plaquette RSN).



Médicaments et allaitement

Si des médicaments sont nécessaires, utiliser ceux compatibles avec l'allaitement.

Se référer aux sites du CRAT, ou solliciter un avis auprès des centres de pharmacovigilance ou lactarium (voir coordonnées page 3).

Diversification

La diversification alimentaire se fait d'autant plus facilement que les parents observent et sont à l'écoute de leur enfant, dès que l'enfant manifeste l'envie de toucher dans l'assiette des plus grands pour goûter. Il est judicieux d'introduire un seul aliment nouveau à la fois afin de détecter un élément qui pourrait provoquer une réaction allergique. On peut commencer comme les parents le désirent, soit par les légumes, soit par les fruits puis la viande en petite quantité, les laitages, les céréales... en étant très progressif et patient. Le goût de l'enfant peut être prononcé pour certains aliments ; il a d'ailleurs déjà goûté ces aliments dès la grossesse par le goût du liquide amniotique puis par le lait de sa mère.

Si la mère souhaite poursuivre l'allaitement en même temps que la diversification, les tétées se feront le plus souvent avant la prise de nourriture solide (le lait est le plus calorique). Il n'est pas utile d'apporter des aliments en purée quand on diversifie un bébé à 6 mois.



Sevrage

Remplacer ou compléter les tétées progressivement tous les deux ou trois jours par une préparation pour nourrissons ou des aliments solides en fonction de son âge.

Les mères commencent souvent par remplacer la tétée de fin d'après-midi. Une fois qu'il n'y a plus de tension "douloureuse" à ce moment de la journée, une autre tétée peut être remplacée (souvent la deuxième tétée de la matinée).

Progresser en douceur, en respectant le rythme de maman et bébé, et en remplaçant ensuite souvent une tétée d'après-midi, puis de fin de matinée, etc...

> Beaucoup de bébés acceptent facilement le biberon, d'autres mettent un peu plus de temps. Les plus grands passent parfois directement à la tasse et à la cuillère. Si le bébé s'oppose au début à la prise du biberon, ne pas insister. Ne pas hésiter

à faire une pause de quelques jours avant de réessayer. Si le biberon semble toujours lui déplaire, essayer plusieurs formes de tétines pour voir laquelle peut lui convenir, sinon proposer la tasse.

> Si les seins deviennent douloureux et gonflés, il peut s'agir d'un début d'engorgement. Redonner le sein ponctuellement, même après quelques jours sans tétée.





Les dispositifs spécifiques pour les enfants hospitalisés ou à domicile

Les Dispositifs Auxiliaires de Lactation (DAL) sont des dispositifs destinés à favoriser le transfert de lait. Ils sont proposés, dans les services de néonatalogie de suites de couches et pour certains d'entre eux à domicile.

Les écrans siliconés ("bouts de sein")

Les bouts de sein doivent être adaptés au mamelon. Ils sont en silicone, plus ou moins souples, avec une échancrure. Ils sont proposés et non imposés. Leur utilisation ne doit pas être systématique.



Indications

- > Difficultés de prise de sein liées à la mère et /ou l'enfant.
- > Difficultés de succion : neurologique ou immaturité.
- > Réflexe d'éjection fort.
- > Mamelons douloureux.
- > Aide à la transition : sonde /sein, biberon /sein.
- > Il est indispensable d'identifier pourquoi l'enfant n'arrive pas à prendre le sein / à téter.

Conseils d'utilisation

- > Pas en première intention pour avoir le temps de comprendre les difficultés : ils pourraient limiter la montée de lait.
- > L'échancrure est normalement située en haut de l'aréole pour que le bébé puisse sentir l'odeur de l'aréole ; cependant, en cas de faible lactation, elle peut être placée en bas pour une meilleure stimulation par la langue.
- > Surveiller la prise de poids.
- > Surveiller la lactation.

Durée

- > Utilisation ponctuelle le plus souvent.
- > En cas d'utilisation prolongée, l'arrêt se fait progressivement en ôtant le bout de sein en milieu de tétée.
- > Un bébé allaité avec un bout de sein doit être suivi de manière spécifique jusqu'à l'arrêt du bout de sein.

La tasse

La tasse peut être proposée lorsque le bébé n'arrive pas à sortir sa langue. Elle doit être souple avec ou sans "bec". À signaler une perte de quantité de l'ordre de 30 %.



Le doigt-paille

Ce dispositif consiste à présenter au bébé un doigt (index ou auriculaire) avec ou sans gant (après lavage des mains sans SHA), la pulpe du doigt vers le haut et ongles courts, sur lequel est jointe ou fixée (sur le côté) une sonde (calibre adapté n° 4 à 6 habituellement), type sonde d'aspiration ou sonde gastrique ; voire n°8 pour les laits épaissis) reliée à un récipient contenant le lait. Le doigt doit d'appuyer vers le haut (et non pas sur la langue). Le récipient doit être au maximum au niveau de la bouche du bébé (sinon, situé plus haut, il s'agit d'un "gavage"). Le contrôle de débit par l'enfant est préférable, plutôt qu'un débit imposé. Le doigt-seringue est une alternative controversée en raison de l'analogie avec une tétine de biberon.



Avantages :

Déclenchement d'une succion efficace, mise en route du réflexe de succion, débit contrôlé par l'enfant si sonde adaptée et débit libre plutôt que imposé, pas de perte.

Indications :

Enfant hospitalisé lorsque la mère est absente ou en complément d'une tétée insuffisante.

Le sein-paille

Ce dispositif consiste à présenter au bébé le sein avec une sonde proche du mamelon reliée à un récipient contenant du lait. La sonde est une sonde d'aspiration ou sonde gastrique, n° 4 à 6 de préférence. La sonde est présentée, après quelques suctions, le long du sein près de la commissure des lèvres du bébé, orientée vers le palais.

Cette technique permet d'augmenter le débit de lait et est efficace uniquement si l'enfant est capable de prendre le sein. Ce dispositif permet de maintenir une tétée efficace et de compléter la quantité. La maman peut le pratiquer seule et à domicile.



Indications :

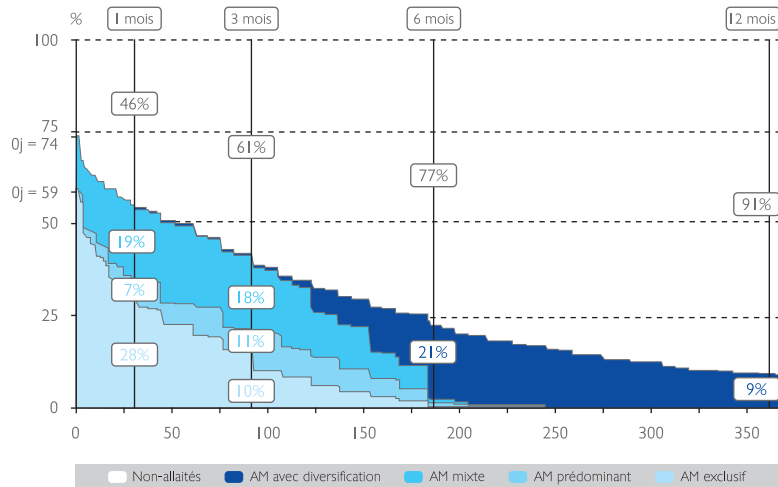
- > Compléments : stagnation pondérale, insuffisance de lait.
- > Succion faible/inefficace : prématurité, troubles neurologiques, fente.
- > Relactation.





La durée d'allaitement

Évolution des taux d'allaitement maternel (AM) de la naissance à 12 mois, Épifane 2012-2013, France



Salanave B et al. Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013). Bull Epidemiol Hebd. 2014;(27):450-7. www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html

À 3 mois, 39% des enfants étaient encore allaités : 10% de façon exclusive, 11% de façon prédominante et 18% recevant aussi des préparations pour nourrissons (PN) du commerce.

À 6 mois, seul un enfant sur quatre était encore allaité et plus de la moitié d'entre eux consommaient des PN en complément.

À un an, seuls 9% des enfants recevaient encore du lait maternel.

Parmi les enfants allaités à la naissance (74%), la durée médiane d'allaitement est de 15 semaines et de 3 semaines ½ pour l'allaitement exclusif ou prédominant.

Autre étude à consulter :

Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Geay B, et al. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(29):522-32. www.invs.sante.fr/beh/2015/29/2015_29_1.html

Selon l'Enquête Nationale Périnatale 2016, l'allaitement maternel à la maternité, exclusif ou non, a légèrement diminué entre 2010 et 2016, passant de 68,7 % à 66,7 %, et reste faible en comparaison des autres pays européens. L'évolution la plus marquante concerne l'allaitement maternel exclusif : il avait augmenté à partir de 1995 et a baissé de manière importante entre 2010 et 2016, passant de 60,3 % à 52,2 %.

Selon l'enquête de 2007 en Pays de Loire, les facteurs principaux d'arrêt de l'allaitement sont les suivants :

- > Le jeune âge de la mère et la primipare ou la multipare sans expérience d'allaitement.
- > La décision d'allaitement pendant la grossesse ou à l'accouchement (alors que la décision prise avant la grossesse est un facteur de prolongement).
- > L'IMC de la mère ≥ 30 kg/m² (obésité).
- > Les critères de mauvaise succion et les difficultés aux tétées le 1^{er} mois.
- > Les compléments.
- > L'allaitement pas à la demande.

Les facteurs qui n'ont pas de lien direct (ou causal) sont nombreux car liés avec les précédents, comme le milieu social et familial défavorable, les modalités d'accouchement, la reprise du travail qui n'apparaît pas comme facteur isolé...

Au total, les facteurs ne sont pas toujours modifiables. La liste suivante de "clignotants" permet d'envisager une surveillance rapprochée du couple mère-enfant.

Facteurs pré-existants :

- > Mère jeune, environnement social ou familial défavorable.
- > Mère ayant décidé d'allaiter pendant la grossesse ou à l'accouchement.
- > Multipare sans expérience d'allaitement.
- > IMC ≥ 30 .
- > Mère ayant peu confiance en elle.

Facteurs observables en maternité (fiche d'observation des tétées) :

- > Césarienne, enfant de faible poids.
- > Complément nécessaire en maternité.
- > Mauvaise succion, écrans ("bouts de sein").
- > Allaitement sans plaisir maternel.
- > Temps entre les tétées > 6h.

Facteurs observés le premier mois :

- > Sucette, compléments.
- > Bébé besoin d'être stimulé, mauvaise succion.
- > Pas d'aide positive de l'entourage.

Selon d'autres critères :

- > Nouveau-né hospitalisé en néonatalogie.
- > Naissances multiples (jumeaux ou plus).
- > Chirurgie mammaire de réduction, prothèses mammaires.
- > Freins de langue courts ou serrés, problème de bouche.



Qu'est ce que le Réseau Sécurité Naissance "Naître Ensemble" des Pays de la Loire ?

Les **23 maternités des Pays de la Loire**, avec les 13 services de néonatalogie et tous les professionnels de la périnatalité, sont organisées pour proposer aux mères et aux couples la sécurité optimale dans le respect des choix des lieux d'accouchement et des projets de naissance.



*Dernière révision du document :
septembre 2019*

Coordination :

Réseau Sécurité Naissance - 3 rue Marguerite Thibert - 44200 Nantes
Tél : 02 40 48 55 81 - E-mail : coordination@reseau-naissance.fr

www.reseau-naissance.fr