



## Conseils pratiques aux mères qui souhaitent allaiter

I. Loras-Duclaux

Département de pédiatrie, hôpital Édouard-Herriot, place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03, France

**L**a France est un des pays d'Europe et du monde où les bébés sont le moins allaités : d'après les certificats de santé du huitième jour, 45 % environ des mères (moyenne nationale) choisissent d'allaiter. Ce pourcentage est optimiste, car il comptabilise à la fois les allaitements exclusifs et mixtes alors qu'on sait que l'allaitement mixte est associé à un taux important de sevrage très précoce. Par la suite, bien que très peu d'études portent sur la durée de l'allaitement, la proportion de femmes allaitantes décroît rapidement : 12 % des enfants sont nourris exclusivement au sein à six semaines, 3 % à quatre mois [1]. Les abandons précoces résultent surtout de difficultés de mise en route. Dans la plupart des cas, ils pourraient être prévenus par une information prénatale simple et précise aux mères, et leur soutien par une personne si possible unique, compétente dans ce domaine, en l'occurrence le pédiatre ou un autre professionnel de santé, voire une autre mère ayant réussi à allaiter.

### L'INFORMATION DES MÈRES AVANT LA NAISSANCE

#### L'information des professionnels de santé (médecin, sage-femme, puéricultrice)

Le rôle des professionnels de santé est important pour :  
– conforter les mères dans leur choix, en leur précisant les avantages nutritionnels, immunologiques, relationnels de l'allaitement maternel pour leur enfant [2] : en effet, 80 % des mères pensent que le lait artificiel est identique au lait féminin ou ignorent s'ils sont différents [3]. Mais il n'est pas sans intérêt de leur indiquer également certains avantages de l'allaitement maternel pour elle-même : suites de couches facilitées, côté pratique et économique, perte de poids facilitée après la grossesse, prévention de certaines maladies (cancer du sein, ostéoporose), espacement

des naissances pour les allaitements exclusifs prolongés ;

– leur faire connaître succinctement, mais précisément, les principes de physiologie d'où découlent les recommandations clés : la sécrétion lactée obéit à la loi de l'offre et de la demande (plus le bébé tète, plus le lait est abondant). Elle est déclenchée par la succion du bébé et se fait au moment de la tétée : le sein n'est pas un réservoir. Pour stimuler correctement la zone aréolaire, le bébé doit être correctement positionné par rapport au corps et à l'aréole de sa mère [4] ;

– laisser d'emblée entrevoir que l'allaitement maternel engendre un type de maternage bien différent de celui des bébés nourris au biberon : variation du rythme des tétées et du sommeil du bébé d'un jour à l'autre, nécessité d'une grande proximité mère-enfant. Avant la naissance, les jeunes parents ont le plus souvent du mal à imaginer combien un bébé réclame de temps et d'énergie, quel que soit son mode d'alimentation.

### L'exemple d'autres mères dont l'allaitement est réussi

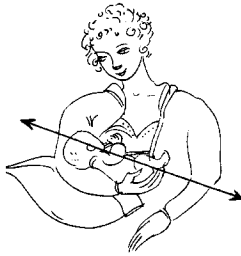
Certaines femmes n'ont jamais vu de bébé téter : un apprentissage sera nécessaire pour réapprendre un geste naturel trop souvent oublié. Au mieux, cet échange devrait se faire dans l'entourage familial. À défaut, la fréquentation de « groupes de mères allaitantes » est bénéfique. Il s'agit d'associations regroupant des mères expérimentées ayant souvent de plus une formation théorique qui leur permet de répondre aux questions soit par téléphone soit au cours de réunions.

### La lecture

Quelques excellents documents spécifiquement consacrés à l'allaitement maternel, désormais à la dispo-

Allaiter à la demande

Pas de séparation mère-enfant



Position classique

POSITIONNER correctement le bébé au sein

- tétées fréquentes
- sans limitation de durée
- sans complément

**Figure 1.** Conditions primordiales pour le succès de l'allaitement maternel.

sition des mères (guides, brochures, dépliants), sont vivement recommandés.

### LES PREMIERS JOURS, POUR UNE MISE EN ROUTE RÉUSSIE

*Règles d'or : faire téter le bébé le plus tôt possible, dans la bonne position, sans restriction du nombre ni de la durée des tétées, et sans complément [5] (figure 1).*

#### La tétée précoce

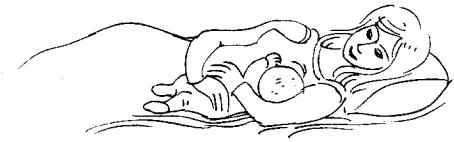
Elle permet de profiter des réflexes de foussement et de succion qui sont maximaux dans les deux premières heures de vie.

#### La bonne position

Elle est primordiale [2] : mère et bébé doivent être installés confortablement, tous deux bien calés, si besoin à l'aide de coussins (dans le dos et sous les avant-bras de la mère, sous les fesses du bébé) pour libérer la mère de toute tension musculaire génératrice de douleurs.

Dans la position classique (figure 1), la mère est assise, le bébé allongé transversalement :

- visage face au sein, son nez et son menton touchent le sein ;
- son corps est plaqué contre celui de sa mère (estomac contre estomac) ;



**Figure 2.** Autres positions pour allaiter (en haut : allongée, en bas : « en ballon de rugby » face et profil).

- sa tête est parfaitement dans l'axe oreille-épaule-hanche pour qu'il n'ait pas à tourner la tête, ce qui le gênerait pour déglutir ;

- il doit saisir en bouche tout le mamelon et la plus grande partie possible de l'aréole.

Tout en conservant cette bonne position (bébé face au sein, corps et tête bien alignés) la mère peut allaiter soit allongée soit assise ou encore installer le bébé « en ballon de rugby » (figure 2).

#### Des tétées sans restriction, ni de nombre, ni de durée [2, 5]

La mère propose le sein chaque fois que le bébé en manifeste le désir (grognements, bruits de succion, agitation, éveil, pleurs...) en offrant si possible les deux seins à chaque tétée ; il faut conseiller aux mères de ne pas compter les tétées ni de les chronométrer. Leur durée est indiquée par le comportement du bébé qui souvent lâche le sein de lui-même lorsqu'il est rassasié. Même fréquentes et longues, les tétées ne risquent pas de favoriser les crevasses, pourvu que la mère et l'enfant soient en bonne position. Elles sont et doivent être fréquentes (huit à 12 par 24 heures) les premières semaines, assurant ainsi une bonne stimulation et donc une sécrétion lactée adaptée aux besoins de l'enfant. Une interruption de la tétée trop précoce, au bout d'un temps arbitraire, peut entraîner des pleurs faisant croire à tort à un manque de lait ; en



effet, en fin de tétée, une forte concentration de lipides est sécrétée, provoquant la satiété, et il faut donc laisser le bébé aller au bout de la tétée.

### **Pas de complément**

Sauf indication médicale particulière, il faut éviter tout complément (lait, eau sucrée, tisane) [2, 5]. En effet, les compléments entravent l'accomplissement physiologique de l'allaitement en étant à l'origine d'une sous-stimulation mammaire et donc d'une inadéquation entre la demande du bébé et la production lactée, et à l'origine de troubles de succion avec confusion sein-tétine, leur administration se faisant le plus souvent au biberon. Ils constituent aussi une atteinte à la confiance de la mère en sa capacité d'allaiter et sont associés à un sevrage précoce. Par ailleurs, l'administration de lait industriel, même d'un seul biberon, augmente le risque de sensibilisation aux protéines du lait de vache et de maladie diarrhéique (en modifiant la flore intestinale, il favorise le développement des bactéries pathogènes).

Dans les rares cas où les compléments s'avèrent indispensables (insuffisance de prise de poids avec signes cliniques de dénutrition), il convient de les administrer autrement qu'au biberon (tasse, seringue, dispositif d'aide à la lactation...), du moins lors de la phase d'installation de la lactation afin de ne pas perturber l'enfant dans son apprentissage de la succion.

### **COMMENT RECONNAÎTRE QUE LE BÉBÉ TÈTE BIEN ?**

Au cours de la tétée, la déglutition est audible, la mère ressent après un temps de latence variable le réflexe d'éjection sous forme d'une contraction ou de picotements dans le sein : « le lait monte ».

### **LE BÉBÉ PREND-IL ASSEZ DE LAIT ?**

Oui si :

- au cours de la tétée, sa déglutition est audible ;
- après la tétée, il est calme, détendu, endormi ;
- il mouille quatre à six couches/jour ; trois à quatre selles molles/jour de j5 à j7 ;
- il grossit régulièrement.

Après la tétée, l'enfant est calme et détendu, voire souvent endormi. Suffisamment hydraté par le lait qu'il a reçu, il urine normalement, ce que la mère reconnaîtra aux quatre à six couches mouillées par jour. Les selles sont généralement liquides, initialement présentes après chaque tétée, puis plus espacées (une par jour ou une tous les deux à trois jours) mais toujours de consistance molle ou étendue [5].

Enfin, l'enfant grossit régulièrement, ce que la mère pourra vérifier chez son médecin. On lui déconseillera vivement de disposer d'une balance à la maison qui la conduirait au moindre doute à peser son enfant avant et après la tétée, comportement parfaitement inutile et anxiogène.

### **PROXIMITÉ MÈRE-ENFANT**

Le corollaire d'un allaitement sans restriction en nombre et durée des tétées est une grande proximité mère-enfant [2] afin que l'allaitement devienne pratique et facile à vivre : les mères doivent se rendre compte que cette condition est essentielle à la réussite de l'allaitement et l'accepter. Avoir son bébé avec soi les premières semaines est une simplification et non un asservissement.

### **Le jour**

Il est pratique et rassurant de porter son bébé sur soi et de l'emmener partout où l'on doit ou désire aller (il existe des porte-bébé particulièrement confortables pour la mère et l'enfant, permettant d'allaiter en vaquant à d'autres occupations : activités avec les autres enfants, travaux ménagers, promenades, courses, réunions de travail, spectacles...).

### **La nuit**

Il faut ne rien imposer mais tout permettre. Chaque mère doit trouver elle-même la solution la moins fatigante : si le bébé dort auprès de la mère, celle-ci n'aura pas à se lever pour le mettre au sein, ce qui lui permettra de somnoler pendant la tétée ou du moins de se rendormir très rapidement après. Mère et enfant au contact l'un de l'autre se rassurent mutuellement, et ce contact physique est un stimulant indispensable à la sécrétion lactée. Bien sûr, cette solution peut ne pas convenir à toutes les mères ; il faut alors les aider à en trouver une autre leur permettant d'économiser leurs forces.

## ÉCONOMISER SES FORCES ET SE SIMPLIFIER LA VIE

Pour bien mettre en œuvre les règles d'or de l'allaitement, la mère doit être suffisamment souple pour adapter son rythme de vie à celui du bébé. En effet, la période de mise en route de l'allaitement peut paraître fastidieuse à certaines mères (précautions d'installation nécessaires à la bonne position, beaucoup de temps passé avec le bébé, tétées longues et fréquentes, parfois épuisantes et stressantes par peur de manquer de lait). Il faut rassurer les mères en leur indiquant que cette période d'apprentissage réciproque est nécessaire et d'une durée relativement courte mais variable allant de quelques jours à quelques semaines. En effet, par la suite les tétées sont moins fréquentes et plus courtes. S'amorce alors une période de croisière durant laquelle allaiter devient vraiment évident et naturel, source de plaisir. On conseillera à la mère de profiter du temps des tétées pour se reposer, somnoler, lire, écouter de la musique, téléphoner, et de réduire au maximum les tâches ménagères et/ou de se faire aider.

### HYGIÈNE DE VIE

#### Soins des mamelons

Avant la tétée, aucun soin particulier n'est nécessaire, une bonne hygiène corporelle quotidienne suffit. Aucun accessoire n'est indispensable (coupelle) ; certains gadgets peuvent même être néfastes (bout de sein en silicone induisant une confusion sein-tétine).

#### Alimentation

Comme pendant la grossesse, un régime varié et équilibré est recommandé sans qu'aucun aliment ne soit proscrit. Il faut boire à sa soif, sans plus. Alcool, café, thé, tabac sont bien sûr déconseillés, une consommation modérée et occasionnelle reste compatible avec l'allaitement.

#### Détente psychologique et climat émotionnel calme

On a souvent à juste titre mis l'accent sur ces conditions pour le bon déroulement de l'allaitement. Néan-

moins il conviendra de les minimiser devant des mères qui, hélas, ne peuvent les réunir : l'allaitement est tout de même possible, voire réconfortant dans des situations de détresse (mères seules, stress, choc émotif, fatigue extrême...). C'est bien sûr dans ces situations que le soutien aux mères prend tout son sens.

### ALLAITEMENT ET MÉDICAMENTS

Comme pour toute thérapeutique, il faut se poser tout d'abord la question de savoir si le traitement est vraiment nécessaire (fréquence des infections virales) et choisir le plus simple : dans la grande majorité des cas, un traitement compatible avec l'allaitement est possible. En cas de maladie moins courante, il faudra approfondir ses recherches (livres, centre spécialisé...) sans idées préconçues, l'ignorance du praticien se soldant hélas trop souvent par l'arrêt de l'allaitement.

### CONSEILS POUR LA DIVERSIFICATION ET LE SEVRAGE

Pendant les six premiers mois de vie, il est reconnu qu'aucun autre aliment que le lait maternel n'est nécessaire et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande de n'en pas donner d'autre. Au-delà, pendant au moins toute la première année de vie, le lait maternel devrait constituer la base de l'alimentation infantile, les aliments solides étant introduits progressivement [5]. La situation idéale est celle où la mère laisse le bébé décider lui-même du moment du sevrage : bien souvent le bébé choisira de téter longtemps, la diversification débutant lorsque l'enfant en manifeste le désir et aura acquis les capacités motrices et la dentition nécessaire à la diversification (préhension, station assise). En pratique, l'enfant passe très progressivement, mais directement, d'un allaitement maternel exclusif à l'alimentation familiale solide, sans passage ni par le biberon ni par les aliments dits infantiles présentés habituellement comme obligatoires (petits pots, bouillies, alimentation mixée). Bien sûr, les tétées s'espaceront d'elles-mêmes, l'alimentation solide remplaçant le lait maternel et la sécrétion lactée se tarira spontanément. Si un sevrage précoce et plus rapide est souhaité, il faut conseiller comme il est d'usage de remplacer cha-



que tétée par un biberon et ou un repas à la cuillère, selon l'âge de l'enfant.

## ET LA REPRISE DU TRAVAIL ?

Elle est souvent invoquée comme motif de sevrage (voire de non-allaitement) par les mères. Pourtant, si la mère le souhaite, l'allaitement peut être compatible avec une activité professionnelle. Sa poursuite sera d'autant plus aisée que le bébé est plus âgé lors de la reprise et que les temps d'absence de la mère sont moins longs. Plusieurs modalités d'allaitement sont envisageables : pendant la séparation, le bébé reçoit selon son âge du lait tiré par la mère ou du lait artificiel ou un repas diversifié. Lorsque la mère et l'enfant se retrouvent, il faut conseiller un allaitement sans restriction afin que la lactation se maintienne. Il n'est pas nécessaire de diminuer le nombre de tétées avant la reprise du travail (cf. infra « Pour en savoir plus » : expression et conservation du lait, travail et allaitement). Chaque mère peut bénéficier d'une réduction du temps de travail d'une heure par jour, non rémunérée, durant la première année (articles L 224-1 et L 224-2 du Code du travail).

## COMMENT VENIR À BOUT DES DIFFICULTÉS LES PLUS COURANTES SANS INTERROMPRE L'ALLAITEMENT

Les difficultés les plus courantes sont souvent le résultat d'une incompréhension des besoins de la mère et du bébé, et pourraient être évitées par l'information prénatale des mères et leur soutien dans la phase de mise en route de l'allaitement. Une fois installées, le pédiatre se doit d'observer de près le déroulement d'une tétée afin d'en comprendre la cause.

### Problèmes de mamelons

#### *Mamelons de forme plate*

La succion du bébé rendra saillant le mamelon.

#### *Mamelons ombiliqués vrais*

Les manœuvres d'étirement ou le port de coupelles, parfois conseillés, n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. L'allaitement n'est pas impossible : il faut

particulièrement aider la mère pour que le bébé tète en bonne position et stimule tout à fait correctement la zone pérिमamelonnaire, ce qui est au moins aussi important que la forme du mamelon. Aucune préparation des mamelons avant la naissance n'a fait la preuve de son utilité dans la prévention des difficultés.

#### *Mamelons douloureux*

En début d'allaitement, il existe très souvent une sensibilité des mamelons, qui s'estompe en quelques jours. En cas de véritable douleur, il faut vérifier la position du bébé par rapport au sein avant l'apparition des crevasses.

#### *Les crevasses*

Elles sont dues le plus souvent à une mauvaise position du bébé par rapport au sein, le bébé tiraillant ou pinçant le mamelon, plus rarement à un défaut de succion du bébé (bouche insuffisamment ouverte, langue mal placée, bébé endormi ou hypotonique), d'où l'importance d'assister à la tétée afin d'analyser la cause de la crevasse et d'y remédier efficacement. En cas de mauvaise position, le repositionnement du bébé soulage la douleur et la cicatrisation survient rapidement en 24 à 48 heures : la variation des positions d'allaitement (transversale, ballon de rugby) permet également de soulager la douleur et favorise la cicatrisation. Aucun traitement local (pommade, spray, lotion, lait de fin de tétée) n'a fait la preuve de son efficacité. Il faut éviter d'appliquer sur les mamelons du savon et de l'alcool. Les téterelles (bouts de sein en silicone) n'ont d'autre résultat que de diminuer la quantité de lait produit.

#### *L'engorgement et la lymphangite*

L'engorgement est un phénomène congestif : il correspond à une augmentation du flux vasculaire mammaire sous la dépendance de la prolactine, et non à un sein débordant de lait. Lorsque le bébé prend correctement le sein, il déclenche la sécrétion d'ocytocine qui elle-même provoque la contraction des cellules myoépithéliales responsable de l'éjection du lait. Dans le cas contraire (tétées trop espacées, mauvaise position), les capacités de stockage étant très faibles dans les alvéoles, les cellules sécrétrices sont étirées, voire se rompent, et la sécrétion lactée s'arrête.

### FACTEURS FAVORISANT DES LYMPHANGITES = MAUVAIS DRAINAGE DU SEIN

Tétées trop peu fréquentes : changement de rythme du bébé, séparation mère-enfant (à la maternité trop souvent).

Mauvaise position ou succion du bébé.

Crevasses qui constituent une porte d'entrée pour les germes et sont source de douleurs à l'origine d'un mauvais drainage du sein.

Compressions locales du sein par : vêtement trop serré (soutien-gorge) ; porte-bébé ventral ; doigts de la mère sur le sein pendant la tétée.

Fatigue et/ou stress maternels.

Parallèlement l'engorgement évolue vers la lymphangite (ou mastite) : zone rouge et douloureuse d'un quadrant mammaire accompagnée d'un syndrome général pseudo-grippal (fièvre, frissons), qui peut elle-même évoluer, si elle est négligée, vers un abcès. Devant un engorgement et/ou une lymphangite la conduite à tenir consiste à trouver la cause et la supprimer.

*Le traitement repose sur quelques principes simples :*

- rechercher la cause et y remédier ;
- ne pas interrompre l'allaitement, mais l'intensifier en incitant le bébé à téter toutes les deux heures au moins ;
- repos avec si besoin des antalgiques (paracétamol) ;
- les traitements locaux ne sont que des adjuvants accessoires. On peut conseiller avant la tétée des massages doux sous la douche, l'extraction manuelle d'un peu de lait afin d'assouplir le sein, des enveloppements chauds ou froids pour soulager la douleur.

*La régression des symptômes doit se faire en 24 à 48 heures.*

En cas de lymphangite avérée, l'origine infectieuse étant très inconstante, un traitement antibiotique dirigé contre le staphylocoque doré doit être discuté au cas par cas : lymphangite précoce par rapport à l'accouchement, bilatéralité des signes, durée d'évolution, terrain immunodéprimé de la mère. On insistera alors sur une durée suffisante du traitement (dix jours), la récurrence étant fréquente.

### Le bébé qui pleure beaucoup et la crainte de manquer de lait

Dans ce cas, il faut dans un premier temps s'assurer que les règles d'or de l'allaitement sont mises en œuvre (*figure 1*) (tétées à la demande, sans restriction de nombre ni de durée, en bonne position), et que le bébé tète bien.

Si la progression pondérale est régulière et l'aspect clinique satisfaisant, il faut rassurer la mère, et lui expliquer qu'il existe des « pics de croissance », périodes de 24 à 48 heures pendant lesquelles l'enfant réclame beaucoup plus souvent pour adapter la production de lait aux besoins nutritionnels accrus. Il faut aussi guider les nouveaux parents pour qu'ils apprennent à reconnaître les différentes sortes de besoins de leur enfant : les pleurs ne sont pas seulement l'expression de la faim ou d'un hypothétique problème digestif (« coliques »), mais aussi une demande d'affection comblée au mieux par la succion non nutritive (« tétée câlin ») et le portage (cf. Holding Winicott) ; la mère doit ici laisser le père trouver sa place dans ce type de relation : portage, jeu, bain, etc.

Si le poids stagne [6], il faut donner des conseils pour stimuler la lactation, en évitant si possible les compléments (sauf en cas de dénutrition avérée), et expliquer à la mère que des baisses de production de lait sont possibles mais réversibles.

### COMMENT AUGMENTER LA SÉCRÉTION LACTÉE ?

Vérifier la bonne position du bébé au sein (encore !).

Augmenter la fréquence des tétées y compris la nuit (pendant 24 à 48 heures).

Changer de sein au cours de la même tétée.

Éviter les biberons et les sucettes.

Se reposer, boire et manger suffisamment.

Favoriser le contact physique mère-bébé.



## Le bébé dort beaucoup

Il arrive parfois qu'un enfant au sein dorme beaucoup et tête donc peu souvent ; si la prise de poids est bonne, il faut respecter son rythme. En revanche, si le poids stagne, le bébé doit être stimulé et mis au sein délicatement, mais souvent (toutes les deux heures au minimum).

## Le bébé refuse de téter

À la naissance, après quelques essais infructueux, le bébé refuse énergiquement de téter ou bien s'endort après quelques mouvements de succion inefficaces. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce comportement : séparation mère-enfant, administration de compléments, sucette, horaires rigides, traitements maternels ou tout simplement bébé un peu lent dans son apprentissage.

Pour qu'il retrouve le chemin du sein, il ne faut évidemment jamais le forcer à téter, par exemple en lui maintenant la tête contre le sein. On peut amorcer manuellement l'éjection du lait, déposer quelques gouttes sur ses lèvres pour stimuler son intérêt ou profiter d'un état de demi-sommeil pour le mettre délicatement au sein. Il faut favoriser au maximum les contacts physiques avec la mère et plus que jamais la rassurer sur ses capacités à combler au mieux les besoins de sécurité et d'attachement de son enfant.

## CONCLUSION

Une bonne motivation de la mère passant par une information éclairée, son soutien dans les débuts de l'allaitement et lors de la survenue éventuelle de difficultés sont les deux conditions requises pour le succès de l'allaitement maternel.

***Afin de remplir au mieux cette double mission (information et soutien), il est important que le pédiatre s'informe de façon à être compétent tant en matière de physiologie de l'allaitement que pour sa conduite pratique. C'est une con-***

***dition essentielle pour abandonner l'attitude ambivalente qui le conduit trop souvent à prôner en théorie l'allaitement maternel en tant qu'alimentation idéale pour le nourrisson, mais en pratique à proposer l'alimentation au biberon dès que des difficultés surviennent.***

***Les avantages de l'allaitement pour les enfants et leurs mères ayant été largement démontrés, un engagement actif des pédiatres en faveur de l'allaitement est totalement justifié et ne doit plus se faire attendre.***

## RÉFÉRENCES

- 1 Lerebours B, Czernichow P, Pellerin A.M, Froment L, Laroche. L'alimentation du nourrisson jusqu'à quatre mois en Seine-Maritime. Arch Fr Pédiatr 1991 ; 48 : 391-5.
- 2 A warm chain for breast feeding [editorial]. Lancet 1994 ; 344 : 1239-41.
- 3 Le Ménestrel S, André N, Cournelle MA, Millet V. Choix de l'allaitement : quelle place pour le pédiatre ? Arch Pédiatr 1998 ; 5 : 696-7.
- 4 Thirion M. L'allaitement maternel. Des données nouvelles pour tordre le cou aux idées reçues. Revue du Prat Méd Gén 1993 ; 226 : 29-38.
- 5 American academy of pediatrics workgroup on breast feeding. Breast feeding and the use of human milk. Pediatrics 1997 ; 100 : 1035-9 (traduction française disponible auprès de F. Railhet. Programme des associés médicaux. LLL France, BP 18, 78620 L'Étang-la-Ville, France).
- 6 Railhet F. Stagnation pondérale et prise de poids lente. Doss All 1995 ; 22 : 8-18.

## POUR EN SAVOIR PLUS

### *Pour les mères*

Gotsh G. L'allaitement tout simplement (guide). LLL France : BP 18, 78620 L'Étang-la-Ville ; 1997.

Histoire d'allaiter (brochure). IPA, 52, rue Sully, 69006 Lyon.

Le choix d'allaiter (brochure). CFES, 2, rue Auguste-Comte, BP 51, 92174 Vanves cedex.

Un allaitement heureux (feuilleton). LLL France : BP 18, 78620 L'Étang-la-Ville ; 1998.

### *Pour les professionnels*

Royal College of Midwives. Pour un allaitement réussi. Physiologie de la lactation et soutien aux mères. Paris : Masson ; 1998.

Expression et conservation du lait. Travail et allaitement. Annexe 9 avril 1994. Associés médicaux. LLL France : BP 18, 78620 L'Étang-la-Ville.

Traité de l'allaitement maternel. LLL France : BP 18, 78620 L'Étang-la-Ville ; 1999.

### *Sites Internet*

<http://www.lllfrance.org>

<http://assoc.wanadoo.fr/ipa>

**Summary – Practical advice to women who wish to breast feed.**

I. Loras-Duclaux

*Breastfeeding is currently a rare practice in France. Pediatricians wanting to help those women who wish to breast feed should be able to provide them with proper information during the perinatal period, and to ensure that breast feeding begins under the best conditions, i.e., early initiation of breast feeding, then self-demand feeding, breast feeding without restrictions on duration and frequency, no supplementation of any kind, continuous rooming-in, and proper positioning of the baby. Most of the time this is sufficient to prevent complications such as engorgement, sore nipples, mastitis or poor weight gain of the baby. If difficulties appear, they have to be managed by means of simple advice and reassurance, without interrupting breast feeding. © 2000 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS*

**breast feeding / practice guidelines**