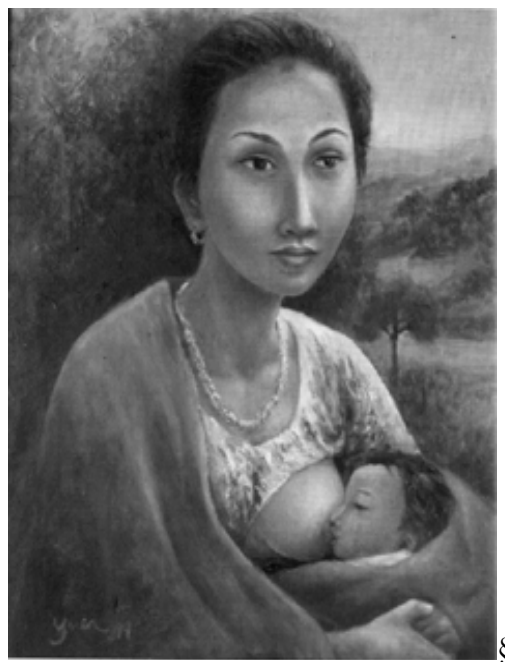


La Leche League France

Congrès national



17 et 18 novembre 2007
Dourdan

Couverture : Yuen Chee Ling, Maternal Love © WABA

La grossesse : une période du développement psychologique de l'enfant ? – Benoît Bayle

Tout se joue-t-il avant la naissance ?

Les généticiens ne manquent pas de souligner l'importance du génome humain, qui comme on le sait se constitue dès la conception de l'être humain.

Les embryologistes nous enseignent aussi l'importance du développement prénatal, marqué par les phases de l'organogenèse.

D'autres spécialistes montrent encore les effets délétères sur le développement de l'enfant d'un environnement prénatal marqué par exemple par la toxicomanie ou l'alcoolisme maternel.

Pour ma part, je vous propose d'envisager la place qu'occupe la période prénatale dans le développement psychologique de l'être humain. La période prénatale représente-t-elle la première étape du développement mental de l'être humain ? Quelles en sont les modalités et les particularités ? Existe-t-il une continuité entre la période de la grossesse et le post-partum ? Comment prendre en compte ces diverses données après la naissance ?

Bibliographie :

- Ammaniti M., Candelori C., Pola M., Tambelli R., *Maternité et grossesse*, PUF, Paris, 1999.
- Bayle B., *L'enfant à naître*, Erès, Toulouse, 2005.
- Bayle B., *L'embryon sur le divan*, Masson, Paris, 2003.
- Brazelton T.B., Als H., Quatre stades précoces au cours du développement de la mère-nourrisson, *Psychiatrie de l'enfant*, XXIV, 2, 1981, 397-418
- Bydlowski M., *La dette de vie, Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF, 1997.
- Châtel M.-M., *Malaise dans la procréation*. Albin Michel, Paris, 1993.
- Dayan J., Andro G., Dugnat M., *Psychopathologie de la périnatalité*, Masson, Paris, 1999
- Missonnier S., Golse B., Soulé M., *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Eléments de psycho(patho)logie périnatale*, Paris, PUF, 2004.
- Porot M., *L'enfant de remplacement*, Frison-Roche, Paris, 1996
- Racamier P.-Cl., La maternité psychotique, in : *De psychanalyse en psychiatrie, Etudes psychopathologiques*, Paris, Ed. Payot et Rivages, 1979, 1998, p.193-242.
- Winnicott D. W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1969

Le point sur les tire-lait – Marie Courdent

Tirer son lait peut se révéler très utile et chaque mère devrait apprendre à le faire... avec sa main.

Il est possible ainsi de se soulager d'un engorgement ou de laisser un peu de lait en cas d'absence, mais comment faire concrètement ?

Lors d'une séparation plus ou moins prolongée d'avec l'enfant – hospitalisation, reprise d'une activité sportive, professionnelle –, certaines mères préféreront s'équiper d'un tire-lait qu'elles auront acheté ou loué.

Certaines mères pour des raisons diverses vont, non pas nourrir au sein, mais nourrir de leur lait en « tire-allaitant ».

Parmi les tire-lait manuels, électriques, à piles, comment faire son choix ? Quelles précautions respecter pour tirer, conserver, donner le lait à l'enfant ?

Bibliographie :

Allaiter Aujourd'hui n° 66 et 63

Traité de l'Allaitement Maternel, éd 1999, pages 613 – 631

L'allaitement, comprendre et réussir, pages 463 – 467

L'Art de l'Allaitement Maternel, éd 2005, pages 161 – 168

Allaitement et variations anatomiques du palais du bébé – Michelle Gauthier

Lorsqu'il tète, le bébé prend le sein en bouche en étirant le mamelon jusqu'à la limite du palais dur et du palais mou. La langue, en exerçant une pression contre le palais, maintient le sein en place et ses mouvements péristaltiques extraient le lait du sein.

Chaque élément anatomique de la bouche du bébé a son rôle dans le fonctionnement d'une succion efficace. On connaît l'incidence d'un frein de langue trop serré. Des formes particulières du palais (creux palatal antérieur ou postérieur, pente forte, palais bulle...) affectent une bonne prise du sein et l'efficacité de la succion : le mamelon reste dans la concavité, cet espace ne permet pas une bonne stabilisation du sein et la langue doit compenser en exerçant une trop forte pression. Le frottement des mamelons peut entraîner des douleurs proches des douleurs décrites dans les candidoses mammaires. Le manque de stabilité du sein et le peu de sein en bouche peuvent affecter le réflexe de succion et l'efficacité de la succion, ce qui peut entraîner un manque de lait et une stagnation staturo-pondérale pour le bébé.

On mettra alors en place, de façon individualisée, des mesures pour stimuler la production de lait de la mère, améliorer la prise du sein, compléter le bébé, en attendant que la croissance de la bouche permette au bébé de téter de façon plus efficace.

Bibliographie :

Ruth A. Lawrence. *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. 5^e ed. Ed Mosby.
Joanne Burke Snyder. *Variation in infant palatal structure and breastfeeding*. Thèse, 1995.
Revue *Dossiers Allaitement* n°42, p 18-22 : allaitement et développement des structures faciales.
Revue *Dossiers de l'allaitement* n°36, p 6 : palais bulle et stagnation staturo-pondérale.

Richesses et défis des familles multilingues – Margaret Crick

Le bilinguisme ou le multilinguisme, quand on vit dans une société monolingue comme la France, peut être comparé à l'allaitement dans une société du biberon.

Quand nous allaitons, nous devons nous affranchir de certaines idées et pratiques basées sur le biberon. Quand nous élevons des enfants bilingues, nous devons faire la même chose par rapport au monolinguisme ambiant. Et dans les deux cas, il faudra souvent nous justifier face aux questions et aux critiques de gens mal informés.

Le développement linguistique de l'enfant qui apprend deux ou trois langues en même temps ne sera pas exactement le même que celui d'un enfant monolingue. Les relations à l'intérieur d'une famille où deux ou plusieurs langues sont parlées régulièrement ne seront pas tout à fait semblables à celles d'une famille monolingue.

Ceci peut être source d'inquiétudes, et même de problèmes, en particulier avec l'entourage (famille, école) qui ne comprend pas ce qu'on fait, et pourquoi. Comme pour l'allaitement, l'aspect affectif est aussi important que l'aspect technique, aussi bien dans la famille que dans ses relations avec l'extérieur. L'objectif de cette session est de partager avec les participants les différentes façons de vivre le bilinguisme en famille.

Bibliographie :

DE BOYSSON-BARDIES Bénédicte, *Comment la parole vient aux enfants*, Editions Odile Jacob, 1996

DESHAYES Elisabeth, *L'enfant bilingue : Parler deux langues, une chance pour votre enfant*, Collection « Réponses » Editions Robert Laffont, 2003. Traduit de l'anglais, titre original « A Bilingual Child in a Monolingual Society »

DEPREZ Christine, *Les enfants bilingues : Langues et familles*, Didier, 1995

ABDELILAH-BAUER Barbara, *Le défi des enfants bilingues : Grandir et vivre en parlant plusieurs langues*, éd. La Découverte, 2006. Par la créatrice du site HYPERLINK "<http://www.enfantsbilingues.com>" www.enfantsbilingues.com

LIETTI Anna, *Pour une éducation bilingue : Guide de survie à l'usage des petits Européens*, Petite Bibliothèque Payot, 2006 (poche) 8 €

DALGALIAN Gilbert, *Enfances plurilingues*, Ed. L'Harmattan, 2000 (plutôt orienté enseignement que famille)

HAGEGE Claude, *L'enfant aux deux langages*, Editions Odile Jacob, 2005 (poche) 10 €

PORCHER Louis et GROUX Dominique, *L'apprentissage précoce des langues*, collection Que sais-je ? PUF, 2003 (poche) 8 € (propose l'enseignement d'une deuxième langue à l'école à partir de 7 ans)

Site internet en français : HYPERLINK "<http://www.enfantsbilingues.com>"
www.enfantsbilingues.com

Cafés bilingues – voir le site

In English :

CUNNINGHAM-ANDERSON Una & ANDERSSON Steffan, *Growing Up with Two Languages – A Practical Guide*, Routledge, 2004 (2nd edition)
Available from amazon.fr

ESCH-HARDING Edith, *The bilingual family*, Cambridge University Press, 2003 (2nd edition)
Available from amazon.fr

Bilingual Family Newsletter

Published by : Multilingual Matters

Frankfurt Lodge, Clevedon Hall, Victoria Road, Clevedon, England BS21 7HH

Website : www.multilingual-matters.com

La ménopause au naturel – Martine Laganier *

La ménopause est une aventure personnelle. Aventure, car le corps cherche un nouvel équilibre et des désagréments peuvent en découler ⁽¹⁾. Personnelle, car chaque femme va ressentir ces changements à sa manière en fonction de son histoire, de son vécu et de son corps.

Au moment de la ménopause, la production d'hormones sexuelles (les oestrogènes et la progestérone) cesse. Il n'y a plus d'ovulation, c'est la fin de la fertilité. Une période plus ou moins longue selon les femmes se passe entre l'avant et l'après-ménopause. Cette période peut poser des problèmes à certaines, avec l'apparition de troubles d'abord liés à la baisse de la progestérone (seins tendus, règles abondantes, etc.) et ensuite à celle des oestrogènes (bouffées de chaleur, etc.). Ces troubles peuvent être pris en charge par les médecines douces.

Afin de vendre leur traitement hormonal pour la ménopause, les laboratoires pharmaceutiques ont " fabriqué " le concept de carence hormonale. Ils ont pour le justifier décrit des symptômes de la ménopause comme inéluctables : bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, dépression et troubles de l'humeur, etc. Ils ont aussi déclaré certaines maladies du troisième âge (ostéoporose, problèmes cardio-vasculaires, maladie d'Alzheimer) tributaires de la carence hormonale. A la ménopause, la femme n'étant plus protégée par ses hormones souffrirait obligatoirement de tous les maux. Enfin, ils ont proposé une seule solution, le traitement hormonal substitutif (THS), sorte de pilule miracle effaçant tous les maux de la ménopause... y compris celui de vieillir ⁽²⁾. Tout cela est faux ! La ménopause n'est pas une maladie. C'est un passage pendant lequel, comme au moment de la puberté, cela peut " tanguer " un peu, une étape sur le chemin de la vie... Il est possible d'effectuer la traversée sans prendre de traitement hormonal et sans pour cela handicaper la troisième partie de sa vie. On évitera aussi de se précipiter systématiquement sur les hormones naturelles, les phyto-œstrogènes présents dans de nombreux compléments alimentaires (soja, etc.). De synthèse ou naturelles, les hormones restent des hormones...

. Vivre la ménopause au naturel implique une prise en charge personnelle, **dynamique** et optimiste **de son corps et de sa santé**. La ménopause n'est pas un événement brutal : la plupart du temps, dans les années qui la précède, le cycle menstruel change et c'est le moment ou jamais de faire connaissance avec son corps et d'apprendre à se soigner en douceur à l'aide d'autres médecines que l'allopathie. Cette démarche ne signifie pas que les femmes vont se passer des professionnels de santé, des médicaments et de la technique, mais elles se donnent les moyens d'établir un rapport plus autonome avec le médecin, plus critique, plus vigilant, moins attentiste, et d'effectuer ainsi de vrais choix. On ne doit jamais oublier que la médecine n'est pas une science exacte. Prendre soin de soi, cela implique aussi : laisser le temps au temps, moins se préoccuper des besoins de son entourage (enfants, compagnon, etc.), parler et partager avec les femmes de sa génération.

Terminé " la vie de patachon ", on ne peut plus se permettre d'excès répétitifs. On doit essayer au maximum (80 % du temps ?) de vivre sainement, bien manger, se bouger et se débarrasser au maximum des dépendances : café, alcool, tabac.

On prépare sa ménopause dans son assiette. Diminuer sa consommation de protéines animales, choisir les bonnes graisses, éviter les sucres raffinés et les produits raffinés. Mais aussi, choisir ses aliments en fonction des vitamines et des oligo-éléments en mangeant le maximum de fruits et de légumes. Faire attention à sa consommation de calcium et pourquoi pas, prendre certains compléments alimentaires.

Prendre soin de son squelette. Cela signifie avoir une activité physique adaptée. On peut se mettre à la marche, à la natation, au vélo. On peut privilégier des activités à la fois sportives et relaxantes : yoga, taï chi, etc. L'essentiel, c'est de bouger.

Prendre conscience de la sphère génitale et de son périnée. Nombreuses sont celles qui ignorent encore l'importance du plancher pelvien. Il existe des exercices simples pour renforcer son périnée, des gymnastiques et des mouvements aidant à faire circuler l'énergie dans le bas-ventre. L'ostéopathie gynécologique peut aider.

Faire face aux troubles avec les médecines alternatives. La phytothérapie est une réponse simple qui permet d'agir sur le terrain et pas seulement sur les symptômes. Il existe des plantes progestérone-like et œstrogène-like. On a aussi à sa disposition en

homéopathie les hormones diluées. La médecine chinoise peut aussi aider à rééquilibrer les énergies. Et encore, **la naturopathie**, **la thalassothérapie** et **le thermalisme** pour prendre soin de soi. Passer le cap de la ménopause, c'est avant tout se préparer à " vieillir en santé ". Et savoir qu'une fois le cap passé, nombreuses sont celles qui témoignent de l'énergie retrouvée.

- (1) En préménopause, les manifestations possibles peuvent être l'anxiété, la tension nerveuse, la lassitude, une tendance dépressive, un manque de concentration, une augmentation de l'appétit et d'envies de sucres, de la rétention d'eau avec une légère prise de poids, les seins tendus, des ballonnements après les repas, des règles irrégulières et abondantes, ou au contraire se raréfiant. En ménopause : les bouffées de chaleur, la fatigue, les modifications de l'humeur, de poids et à plus long terme la sécheresse vaginale.
- (2) Etude après étude, le THS perd ses avantages et découvre ses dangers. Aux dernières nouvelles (juin 2005) et après une synthèse complète de la littérature scientifique publiée, les experts du CIRC (Centre international de recherche sur le cancer) viennent de le classer parmi les éléments cancérogènes.

Bibliographie :

Le numéro hors série de *L'Impatient* sur la ménopause (nouvelle édition 2001). Ce numéro répond aux questions essentielles que les femmes se posent au moment d'aborder leur ménopause. Que se passe-t-il dans mon corps ? Est-ce que je risque de souffrir d'ostéoporose si je ne prends pas le traitement hormonal ? Quelle aide puis-je attendre des médecines douces, l'homéopathie, l'acupuncture, la phytothérapie, la médecine chinoise, l'ostéopathie, etc. ? Que puis-je attendre des produits vendus en pharmacie sous le nom de phytohormones ? Enfin, comment modifier mon alimentation et améliorer mon hygiène de vie pour vieillir en santé. De nombreuses réponses au sommaire de ce numéro, avec en prime des informations sur la physiologie, et sur les troubles possibles mais non inéluctables. Sans oublier les aspects psychologiques et sociologiques.

Et aussi :

La ménopause, réflexions et alternatives sur les hormones de remplacement, Rina Nissim, éditions Mamamelis. (en vente à L'Impatient, 11, rue Meslay, 75003 Paris. Tél. : 01 44 54 87 00).

La ménopause, ce qui marche et ce qui ne marche pas, Dr Bérengère Arnal Schnebelen, Privat.

La ménopause et les médecines douces, Dr Georges Crabbé et Svetlana Crabbé, Albin Michel.

L'homéopathie, pour bien vivre la ménopause, Dr Evelyne Majer-Julian, éditions Similia.

La ménopause au naturel, Dr Serge Rafal, édition Marabout

La femme en crise ou la ménopause dans tous ses états, Catherine Bergeret-Amselek, Desclée de Brouwer.

* *Journaliste à Alternative Santé*

Atelier sur le portage – Heide Buffet, Caroline Milley-Roubaud, Léa Mlakar

Cet atelier est un échange entre mères à propos des joies du portage. Après les belles images d'un film tourné à Mexico, nous mettons en commun **les questions et les témoignages des unes et des autres** :

- Pourquoi porter son bébé ?
- Comment ?
- Combien de temps ?
- Est-ce que cela fait mal au dos ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients des différents porte-bébés utilisés par les unes et les autres ?
- Quelles sont les meilleures positions selon le moment de la journée ou l'activité de la mère, pour le confort de la mère et du bébé dans différentes circonstances et selon les goûts de chacun(e) ? etc.

Après un temps d'écoute, les animatrices de l'atelier font quelques apports (courts) sur ce qui a été écrit sur ce sujet et essaient de répondre aux questions ou de trouver des réponses dans l'assistance.

Puis nous essayons les porte-bébés disponibles sur place, les différentes positions, échangeons les « trucs » dans le respect de l'expérience de chacune.

Une bibliographie sera remise lors de l'atelier.

Bibliographie :

Porter son bébé ou comment vivre en harmonie avec un petit enfant, feuillet LLLF n° F016.

Allaiter aujourd'hui n° 40.

Claude Didierjean-Jouveau, *Porter bébé*, éditions Jouvence, 2006.

Allaitement maternel : la révolution est en marche ! – James Akré

S'il est égal où l'on va, n'importe quel chemin sera adéquat. Si, de surcroît, on se moque d'où l'on vient, il n'y a certainement pas lieu de s'intéresser au comment ni au quand on est arrivé.

Mais pour celles et ceux qui se soucient de l'allaitement maternel et de son statut, actuel et futur, un rapide regard sur le dernier demi-siècle nous renseigne sur de nombreux faits à la fois instructifs et rassurants.

Nous sommes sans doute toutes et tous d'accord que le chemin à parcourir reste encore long afin de rétablir l'allaitement maternel optimal comme norme universelle pour tout enfant. Néanmoins, peut-être sommes-nous aussi en mesure de dire que nous avons déjà fait passablement de progrès dans cette direction. Jugez-en vous-même :

Jetons un coup d'œil sur le passé relativement récent afin de mieux apprécier la distance parcourue, et celle qui reste à franchir, pour respecter entièrement le comportement proprement humain vis-à-vis de nos enfants.

Ajoutons une perspective internationale aux contextes purement européens et français afin de mieux cerner notre situation par rapport au reste du monde.

Parlons un peu des élèves modèles et des cancrs dans la classe de Dame Nature face à la prévalence et à la durée de l'allaitement maternel, par exemple les pays scandinaves d'une part et l'Irlande et la France de l'autre.

Citons aussi quelques bornes cruciales déjà franchies le long du parcours – trop souvent de combattant ! – pour redevenir totalement fidèles à ce que nous sommes réellement, des mammifères à part entière.

Redéfinissons le comportement qui convient afin de chérir et de nourrir nos enfants comme il se doit.

Posons finalement quelques jalons du chemin qui nous reste à parcourir dans un avenir, espérons-le, relativement proche.

La conférence aura pour leitmotiv l'observation, à première vue insolite, qu'en définitive ce ne sont pas les mères qui allaitent, mais les sociétés et les cultures entières – ou pas ! En d'autres termes, ce sont les sociétés et les cultures *dans leur ensemble* qui sont responsables du système de valeurs, fort complexe, qui induit plus ou moins d'allaitement par les mères et par les enfants en leur sein. Cette constatation est basée sur une constante universelle à travers le temps et l'espace : à part quelques exceptions fort rares, toutes les mères du monde aiment leurs enfants et veulent le meilleur pour eux. Et lorsqu'il s'agit de comportement alimentaire, « le meilleur » est invariablement une valeur déterminée par la culture.

Afin que l'allaitement maternel redevienne ordinaire au point que pratiquement plus personne n'en parle – c'est ainsi que je qualifie mon but pour la société – nous avons besoin d'une prise de conscience collective et d'une transformation complète des mentalités. Aussi, plutôt que d'essayer de vous enseigner de nouveaux sujets lors de cette conférence, je souhaite vous suggérer d'autres manières de considérer ce que vous savez déjà. Comme disait Marcel Proust, « le seul, le vrai, l'unique voyage, c'est de changer de regard ».

L'utilisation d'un Dispositif d'Aide à la Lactation – Lea Cohen

Objectifs :

1. Apprendre quand on peut recommander de compléter un bébé
2. Apprendre comment on peut donner un complément autrement qu'avec un biberon
3. Enumérer les raisons pour utiliser un Dispositif d'Aide à la Lactation (SNS, Lact-Aid, DAL de « fortune », DAL au doigt)
4. Revoir les modalités pour augmenter une production de lait dans le cas où le bébé sait toujours téter : fréquence, compression du sein, super-alternance
5. Apprendre comment manipuler le SNS/Lact-Aid
6. Enumérer les obstacles et les limites rencontrés
7. Décrire plusieurs options de conduite pratique pour accompagner une relactation ou une lactation induite ou autre situation d'utilisation à long terme d'un DAL

Résumé du contenu :

- Raisons pour donner des compléments en maternité – « bonnes » et « mauvaises » (enfant né d'une mère diabétique, enfant cardiaque ou prématuré, enfant avec bec de lièvre ou fente palatine, enfant trisomique...) (enfant somnolent ou qui refuse le sein, mamelons douloureux, pleurs importants, faim apparente, fatigue maternelle, pas assez de lait...)
- Stratégies pour rectifier certains problèmes et éviter de donner des compléments en maternité (peau à peau, dormir avec l'enfant en sécurité – enfant attaché à sa mère –, exprimer du colostrum, information pour la mère et soutien)
- Le point sur : la taille de l'estomac du bébé et combien de colostrum il prend
- Le point sur : l'engorgement et la technique de l'assouplissement par contre-pression (ACP); l'expression manuelle de Marnet, pour extraire du colostrum; inefficacité de tire-lait dans les deux premiers jours
- Le point sur : les différentes façons de donner un complément: la cuillère, la tasse, la soft-cup, la Foley cup, la seringue, le « DAL de fortune » (tube de gavage dans une tasse)

- Le point sur : la prise du sein « asymétrique », pour être efficace et sans douleur; comment aider l'enfant à ouvrir grand la bouche
- Reconnaître les anomalies dans la bouche de l'enfant qui empêchent un bon transfert du lait et qui peuvent causer des douleurs : frein de langue, frein labial, anomalies de la voûte du palais, langue courte, petite bouche, menton fuyant
- Le point sur : relactation, DAL à long terme pour des problèmes de succion ou pour la mère qui a subi une chirurgie mammaire de réduction, adoption.
- **Démonstration** par une maman et son bébé de l'utilisation du Lact-Aid, utilisation de tisanes et d'autres aides (fenugrec, motilium) pour augmenter la prolactine.

Bibliographie et ressources documentaires :

"Breastfeeding : a guide for the medical profession" R & R. Lawrence, Mosby, Sixth Edition, 2005.

"Breastfeeding and Human Lactation" J. Riordan, Jones & Bartlett, Third Edition, 2005

"The Breastfeeding Atlas" B. Wilson-Clay & K. Hoover, LactNews Press, Revised Edition 2005.

"Relactation : review of experience and recommendations for practice" E. Hormann & F. Savage, WHO/CHS/CAH/98.14

"Core curriculum for lactation consultant practice", M. Walker, ILCA, Jones & Bartlett, 2001

"Dr. Jack Newman's Guide to Breastfeeding", J Newman & T. Pitman, HarperCollins, 2000

"Traité de l'allaitement maternel", N. Morbaheer & J. Stock, LLLI, 1999

"Counseling the Nursing Mother – A Lactation Consultant's Guide", J. Lauvers & D. Shinskie, Jones & Bartlett, 2000

"Relactation and Induced Lactation", A. Sutherland & K. Auerbach, Lactation Consultant Series, LLLI, 1985

"Les Protocoles pour induire la Lactation". Lenore Goldfarb et Jack Newman, disponible :

HYPERLINK "http://www.mamancherie.ca/fr/info/articles_dr_newman.htm"

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

Dossiers de l'Allaitement N° 60 – Cas cliniques : Utilisation ponctuelle d'un DAL pour compléter un bébé dont l'allaitement démarre difficilement.

Dossiers de l'Allaitement. N° 69 – Dons de suppléments aux bébés allaités en maternité.

Dossiers de l'Allaitement. spécial hors série 4ème JIA – La tasse, une méthode d'alimentation infantile – Sandra Lang.

Feuille du Dr Jack Newman N° 5 – Utilisation d'un dispositif d'aide à la Lactation

Le soin Kangourou – Dominique Jandot

L'histoire commence en Colombie en 1978, date à laquelle le Dr Rey s'inspire du « maternage » des mères kangourous pour assurer la maturation de leur petit. Ceci dans le contexte d'une grande maternité dépourvue de moyens suffisants pour répondre aux besoins des bébés prématurés.

Actuellement :

- *Le programme mères kangourous en Colombie*

La mise en kangourou

Le suivi des enfants et de leurs familles

La formation d'équipes spécialisées

Les évaluations scientifiques de la méthode

- *La Méthode Mères Kangourous (MMK)*

Les principes de base

Les objectifs

Les applications

Les risques

Les avantages

La « méthode mères kangourou » dans le monde

En Europe

- *Les compétences et les besoins du nouveau-né*

- *Allaiter un prématuré* : les étapes d'une stratégie de survie

- *Le NIDCAP* : programme individualisé d'évaluation et de soin centré sur le bébé et ses parents

Bibliographie

Les dossiers de l'allaitement n° 19, 26, 35, 45, 47, 48 et spécial JIA : 3è, 4è et 6è journées.

La magie du nouveau né, Dr Marshall H.Klaus et Phyllis H.Klaus, Albin Michel.

La méthode kangourou, N. Charpak, Zita de Calume et Annick Hamel, ESF

Bébés kangourous, N.Charpak, Odile Jacob.

Des adresses, des associations

Drs Nathalie Charpak et Zita de Calume, Institute de Seguros Sociales - Programme Madre Cangura, Santa Fé de Bogota, Colombie. Tél./Fax : 00 57 1 221 55 72.

Association Mères Kangourou

32, rue Raoul

93140 BONDY

Tél : - 01 41 87 95 20 fax : 01 48 48 04 50

E-mail : prev@club-internet.fr

Dialogue et partage autour de la difficulté maternelle – Association Maman Blues

Présentation de l'association. L'association a vu le jour en janvier 2006, précédée en 2004 par la création du site HYPERLINK "<http://www.maman-blues.org>" www.maman-blues.org. Pourquoi une association et un site ? Qui sommes-nous et que souhaitons-nous dire et faire ? Maman Blues et l'allaitement maternel.

La difficulté maternelle. C'est quoi au juste ? Quels regards, quelles réflexions et prises en charge existent actuellement ? Ses différents visages, ses signes précoces possibles... ? Que vit-on de l'intérieur ? Et le bébé dans tout ça ?

Que « faire » ? Quelle attitude adopter face à ce qui semble être une difficulté maternelle ? Comment « être » devant une mère qui souffre de ne pas arriver à l'être ? LLL et ce problème de santé, quel peut être son rôle ?

Le deuil d'un enfant né ou à naître – Martine Chazelle

La mort fait partie de la vie.

1. Les étapes du deuil
 - La phase de choc
 - La phase de « recherche »
 - La phase de déstructuration
 - La phase de restructuration
2. Perdre un enfant
 - La fausse couche
 - L'enfant mort-né
 - La mort subite
 - L'enfant d'âge scolaire
 - L'enfant adulte
3. Et les frères et sœurs ?

Cette session s'appuie sur le vécu personnel de l'animatrice. Un temps sera réservé aux échanges avec les participants.

Sans couches, pourquoi pas ? – Sylvie Ricochon

Maman de quatre enfants, c'est avec le dernier de bientôt 3 ans que je me suis lancée dans cette belle aventure du « sans couches ». C'est au partage de cette expérience (démarche chère à LLL !) que vous êtes conviés lors de cette session. Il ne s'agit pas d'une éducation précoce à la propreté, mais d'être au plus près de nos bébés et de la façon très particulière qu'ils ont de nous communiquer leurs besoins et notamment celui d'éliminer. Et ce, dès la naissance !

Si un réel souci écologique fut ma motivation première, très vite, la possibilité de communiquer avec mon bébé sur ses besoins fondamentaux a naturellement pris le relais.

Le rapport avec l'allaitement est très étroit, c'est ce que je vous invite à découvrir également.

Nous observerons tout d'abord que l'hygiène naturelle n'est pas une idée nouvelle, mais plutôt « vieille comme le monde », puis nous aborderons les principes de base de la démarche, ou le « comment ça marche », et enfin, les astuces pour « pratiquer » le jour... et la nuit aussi ! (les difficultés seront aussi abordées !)

En conclusion, nous verrons tous les aspects positifs de cette façon de faire et d'être avec nos bébés, et ils sont nombreux !

Bibliographie :

L'hygiène naturelle de l'enfant, Sandrine Monrocher-Zaffarano, éditions Jouvence

Sans couches, c'est la liberté, Ingrid Bauer, éditions l'Instant Présent

Atelier jeux coopératifs – Bernadette Bayada

Jouer avec des enfants peut sembler anodin. Pourtant il n'en est rien. Selon le type de jeux choisis, selon l'ambiance créée autour du jeu, selon la posture encouragée chez les gagnant-e-s et les perdant-e-s, le jeu induit des ressentis, des émotions, des comportements.

Dans cet atelier, nous expérimentons des jeux de société et d'espace coopératifs, et prendrons le temps d'exprimer nos ressentis et d'évoquer un début d'analyse sur les perspectives ouvertes par cette pratique.

L'atelier sera animé par Bernadette Bayada, membre du Conseil d'administration de Non Violence Actualité, institutrice et maman de quatre enfants.

L'impact de l'allaitement sur la dentition – Muriel Defrenne

Alors qu'il existe un regain d'intérêt et d'attention de la part des chirurgiens-dentistes en ce qui concerne les interactions de la santé dentaire avec la santé générale, nous sommes encore peu nombreux à considérer à sa juste valeur l'importance de l'allaitement pour la santé bucco-dentaire et la santé générale. Nous pouvons d'ailleurs noter que toutes les indications en matière de prévention concernent l'enfant à partir de 4 ans, et que la future visite du 4ème mois de grossesse sera destinée aux soins de la mère, et non pas pour évoquer aussi l'allaitement comme prévention de nombreux risques pour le bébé à naître.

Qu'en est-il en réalité ?

Le lait maternel est le seul aliment réellement prévu et adapté parfaitement à notre espèce. Ceci implique obligatoirement que toute autre alimentation induira potentiellement une déviation sur le plan morphologique et constitutionnel.

Dans un premier temps, nous pourrions voir comment se forme cette zone maxillo-faciale lors d'une succion au sein, diminuant considérablement les risques de déglutition atypique, de respiration buccale, et donc de malocclusion. Ceci étant dose-dépendant : plus l'allaitement perdure, plus cela est vrai. De même, les propriétés immunologiques du lait maternel créant un niveau de risque faible pour les maladies ORL, les différentes fonctions de respiration, déglutition et phonation restent optimales.

Dans un second temps, nous aborderons l'influence de l'allaitement sur l'odontogenèse, réalisant ainsi une formation optimale des différents tissus dentaires et parodontaux.

Enfin, nous discuterons d'un point brûlant actuellement : l'allaitement peut-il être cariogène à partir de l'apparition des dents temporaires ?

En conclusion, les études dont nous disposons peuvent nous rassurer sur le fait que l'allaitement maternel constitue le premier moyen de prévention des malocclusions, et par conséquent des syndromes plus étendus comme l'AOS (apnée obstructive du sommeil). Plus d'études devraient tenter d'évaluer son influence sur la formation de l'émail et de la dentine, ce qui constituerait aussi un facteur de prévention reconnue par tous de la carie dentaire, ainsi que le devenir en bouche du lait maternel au regard de la prolifération bactérienne impliquée dans les phénomènes carieux.

J'emprunte mes derniers mots à James Akre, car il nous concerne aussi, nous les professionnels de la santé dentaire : « Il est temps que nous cessions de voir les laits industriels comme un deuxième choix parfaitement légitime, au lieu de les voir pour ce qu'ils sont en réalité : un ersatz largement inférieur au produit qu'ils sont censés remplacer, à utiliser uniquement en cas de nécessité absolue. »

Bibliographie :

Developmental dental defects associated with long breast feeding. - ALULUUSUA S. ET COLL. – 1996

Eur J Oral Sci ; 104 (5-6): 493-7.

Enamel Hypomineralization of permanent first molars: a morphological study and survey of possible aetiological factors - JALEVIK B., NOREN J.G. – 2000

Int J Paediatr Dent: 10: 278-89.

Cheese molars: A pilot study of the etiology of hypocalcifications in first permanent molars. - VAN AMERONGEN W.E., KREULEN C.M. – 1995

ASDC J Dent Children; 62 : 266-9.

Judgement criteria for Molar Incisor Hypomineralisation in epidemiologic studies: a summary of the European meeting on MIH held in Athens, 2003. - WEERJEIJM K.L. ET COLL. – 2003

Eur J Paediatr Dent :4(3) : 110-3.

DELAIRE J. : *La croissance des os de la voûte du crâne. Principes généraux. Introduction à l'étude de la croissance des maxillaires.* Revue de Stomatologie 1961 ; 9 : 518-526. –

LIMME M. *Physiologie de la croissance cranio-faciale.* Acta oto-rhino-laryngologica belg. 1993, 47, 93-101. -

PHILIPPE J. *La supraclusion et ses traitements.* Edit. SID, Paris, 1997.

PLANAS P. *La réhabilitation neuro-occlusale.* Masson, Paris, 1992.

TALMANT J. Du rôle des fosses nasales dans la thermorégulation cérébrale. Déductions thérapeutiques. *Revue d'ODF* 1992 ; 26 : 51-59.

CHALLAMEL MJ. Le syndrome d'apnée du sommeil, du diagnostic au traitement. *Arch Pediatr* 2001, 8 suppl. 2, 375-6.

LAMBLIN MD. Exploration du sommeil du nourrisson et de l'enfant. *Arch Pediatr* 2001, 8 suppl. 2, 375-6.

LABBOK MH and HENDCRSHOT GE. Does breastfeeding protect against malocclusion ? An analysis of the 1981 child health supplement of the National Health Interview Survey, *American Journal of Preventive Medicine* 1987, 3(4) : 227-32.

Les Dossiers de l'allaitement n° 42, LLL France, 1999.

Les Dossiers de l'allaitement n° 70, LLL France, 2007, éditorial de James Akre.

Les Dossiers de l'allaitement n° 71, LLL France, 2007, Dr Brian Palmer.

Les Dossiers de l'allaitement n° 72, LLL France, 2007, CF Gomes et al.

Allaitement et travail, tirer son lait – Christine Koehler et Véronique Darmangeat

En 2006, Christine Koehler et Véronique Darmangeat ont mené une enquête sur le thème suivant : la poursuite de l'allaitement maternel à la reprise du travail favorise-t-elle l'articulation vie familiale, vie professionnelle ?

Cette enquête a été menée auprès de 49 mères qui avaient un enfant de moins de un an au moment de l'enquête, et qui avaient repris le travail, au moins à mi-temps, alors que leur enfant avait moins de 6 mois.

Christine et Véronique vous présentent aujourd'hui les réponses obtenues auprès des mères qui ont tiré leur lait après la reprise du travail : qui sont ces mères qui tirent leur lait, quels types d'emploi occupent-elles, comment s'y sont-elles prises, quelles difficultés ont-elles rencontrées, quelles en ont été les conséquences ?

Références bibliographiques :

1. *Allaiter Aujourd'hui* n° 53, Allaitement et travail, oct-nov-déc 2002.
2. *Allaiter Aujourd'hui* n° 67, Allaitement et droit, avril-mai-juin 2006.
3. *Allaiter Aujourd'hui* n° 72, Allaitement et travail, juil-août-sept 2007.
4. Bagioli F., Returning to work while breastfeeding, *American Familian Physician*, 2003 December.
5. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed&cmd=Search&itool=PubMed_Abtract&term=%22Bridges+CB%22%5BAuthor%5D" Bridges CB, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed&cmd=Search&itool=PubMed_Abtract&term=%22Frank+DI%22%5BAuthor%5D" Frank DI, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed&cmd=Search&itool=PubMed_Abtract&term=%22Curtin+J%22%5BAuthor%5D" Curtin J., Employer Attitudes toward breastfeeding in the workplace, *Journal of Human Lactation*, 1997.
6. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed&cmd=Search&itool=PubMed_Abtract&term=%22Brown+CA%22%5BAuthor%5D" Brown CA, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed&cmd=Search&itool=PubMed_Abtract&term=%22Poag+S%22%5BAuthor%5D" Poag S., HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed&cmd=Search&itool=PubMed_Abtract&term=%22Kasprzycki+C%22%5BAuthor%5D" Kasprzycki C, Exploring large employers' and small employers' knowledge, attitudes, and practices on breastfeeding support in the workplace, HYPERLINK "[javascript:AL_get\(this,%20'jour',%20'J%20Hum%20Lact.'\);](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed&cmd=Search&itool=PubMed_Abtract&term=%22Kasprzycki+C%22%5BAuthor%5D)" *Journal of Human Lactation*, 2001 February.
7. Cohen R., Mrtek MB, Mrtek RG, Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast feeding and formula feeding women in two companies, *American journal of Health promotion*, 1995.

8. Fadda Gaëlle, *Allaitement maternel et travail : enquête sur le vécu et les représentations de 29 mères actives*, Thèse pour le doctorat en médecine, Paris 6, 2004.
9. INED, *Enquête famille et employeurs*, janvier 2006, HYPERLINK "http://www-efe.ined.fr/pdf/question_men.pdf" http://www-efe.ined.fr/pdf/question_men.pdf (dernier accès juin 2006).
10. Libbus M. Kay, Linda F. C. Bullock, Breastfeeding and Employment: An Assessment of Employer Attitudes, *Journal of Human Lactation*, 2002 Vol. 18, N° 3.
11. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed&cmd=Search&itool=PubMed_Abtract&term=%22Ortiz+J%22%5BAuthor%5D" Ortiz J, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed&cmd=Search&itool=PubMed_Abtract&term=%22McGilligan+K%22%5BAuthor%5D" McGilligan K, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed&cmd=Search&itool=PubMed_Abtract&term=%22Kelly+P%22%5BAuthor%5D" Kelly P. Limerick, Duration of breast milk expression among working mothers enrolled in an employer-sponsored lactation program, HYPERLINK "[javascript:AL_get\(this,%20'jour',%20'Pediatr%20Nurs.'\);](#)" *Pediatr Nurs*. 2004 Mar-Apr.
12. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed&cmd=Search&itool=PubMed_Abtract&term=%22Rojjanasrirat+W%22%5BAuthor%5D" Rojjanasrirat W., Working Women's Breastfeeding Experiences, HYPERLINK "[javascript:AL_get\(this,%20'jour',%20'MCN%20Am%20J%20Matern%20Child%20Nurs.'\);](#)" *MCN Am J Matern Child Nurs.*, 2004 Jul-Aug.
13. Slusser WM, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed&cmd=Search&itool=PubMed_Abtract&term=%22Lange+L%22%5BAuthor%5D" Lange L, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed&cmd=Search&itool=PubMed_Abtract&term=%22Dickson+V%22%5BAuthor%5D" Dickson V, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed&cmd=Search&itool=PubMed_Abtract&term=%22Hawkes+C%22%5BAuthor%5D" Hawkes C, HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=PubMed&cmd=Search&itool=PubMed_Abtract&term=%22Cohen+R%22%5BAuthor%5D" Cohen R., Breast milk expression in the workplace: a look at frequency and time, HYPERLINK "[javascript:AL_get\(this,%20'jour',%20'J%20Hum%20Lact.'\);](#)" *Journal of Human Lactation*, 2004 May.

Trop de lait ? – Laure Marchand-Lucas

Quelle est la quantité de lait produite par la femme au cours de la lactation et comment la régulation de celle-ci se fait-elle ?
 Quels sont les signes chez la mère et l'enfant pouvant faire penser à une production de lait trop abondante ?
 Comment la situation est-elle vécue par la mère et l'enfant ?
 Que proposer pour améliorer la situation ?
 - L'aménagement de la conduite de l'allaitement.
 - Les autres solutions y compris les solutions médicales (utilisation de plantes et de médicaments).

Références bibliographiques :

Andrusiak F, Larose-Kuzenko M. The effects of an overactive let-down reflex. Lactation consultant series Unit 13, 1987.
 Lauwers J, Swisher A. Counseling the nursing mother. A lactation consultant's guide. Jones & Bartlett 2005.
 Newman J, Pitman T. Dr Jack Newman's guide to breastfeeding. Harper Collins 2000
 Railhet F, Declerck H, Perez H. «Le réflexe d'éjection trop fort». Dossiers de l'allaitement 1996 ; 28 : 17-21.
 Ramsay DT, Kent JC, Owens RA, Hartmann PE. Ultrasound imaging of milk ejection in the breast of lactating women. Pediatrics 2004; 113:361-367.
 Riordan J, Auerbach K. Breastfeeding and Human Lactation Jones et Bartlett Publishing, 2005 : 234.
 Van Veldhuizen-Staas CGA. Overabundant milk supply: an alternate way to intervene by full drainage and block feeding International Breastfeeding Journal 2007, 2:11.
 Walker M. Breastfeeding management for the Clinician. Using the evidence. Jones & Bartlett Publishers 2006:420-1.
 Wilson-Clay B. Hoover K. The Breastfeeding Atlas. In. Manchaca Texas: Lactnews Press, 2005:111-113.

**Quelques clefs pour :
accompagner les allaitements selon le projet des mères et**

préservier l'exclusivité des allaitements selon les recommandations HAS – Marie-France Morinaux

Les bénéfices de l'allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois de la vie sont désormais reconnus et font partie des recommandations de l'HAS. Transmettre aux mères allaitantes certaines connaissances sur les rythmes physiologiques des bébés allaités pourrait permettre de sauvegarder sereinement l'exclusivité d'un certain nombre d'allaitements et de mettre en œuvre les recommandations de santé publique

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

Les trois premiers jours : après une période d'éveil d'environ 2 heures où les capacités du nouveau-né sont à leur apogée pour une première tétée avant toute séparation, celui-ci devient le plus souvent somnolent au cours des 24 heures qui suivent. En dehors de situations d'hypothermie, il n'y a pas de risque d'hypoglycémie pour un nouveau-né à terme et en bonne santé dans les 48 premières heures. Le peau à peau est « l'outil » privilégié de mise en route de l'allaitement avec l'allaitement aux signes d'éveil.

Après un éveil progressif le 2ème jour, survient un épisode de demande frénétique, qui dure souvent plusieurs heures juste avant la montée laiteuse. Les mères prévenues de l'existence de cet épisode normal et limité dans le temps sont plus à même de répondre à cette demande si elles sont assurées de son caractère normal et transitoire

Au cours de la journée : le bébé dort le matin, avec des tétées plutôt espacées, mais pleure beaucoup le soir, moment où les mères pensent manquer de lait. Cette situation amène classiquement à donner un complément de lait artificiel. Le rythme physiologique de l'allaitement maternel ne consiste pas en un espacement régulier de quelques heures entre des tétées réparties de façon homogène au long du nyctémère. Il y a plus de tétées entre 18 h et 6 h qu'entre 6 h et 18 h, environ du simple au double les 3 à 6 premières semaines. Physiologiquement, les tétées du matin sont abondantes (120 à 150 ml) et relativement espacées (2 à 5 h). Survient, le plus souvent entre 18 h et 2 h, un épisode de "tétées groupées" où le bébé tète de façon très fréquente pendant 2 à 3 heures, prenant à chaque fois de petites quantités (une gorgée à 40 ml) de lait plus gras de fin de journée

Les "jours de pointe" sont des périodes de quelques jours que l'on observe au décours de l'allaitement, souvent à des dates particulières : 3 semaines, 6 semaines, 3 mois, mais aussi avant ou pendant un épisode de développement spécifique à l'enfant : poussée dentaire, acquisition de la marche, épisode de maladie infantile. Ou encore lors d'un événement familial : vacances, déménagement ou autre. Ils se caractérisent par un changement brutal de rythme de tétées, des tétées fréquentes et anarchiques tout au long des 24 h pendant plusieurs jours. L'expérience prouve que la réponse adaptée à ce comportement est de répondre sans restrictions à cette demande frénétique, en alternant les seins plus que de coutume. Cette réponse rend l'épisode plus court.

Signes d'alerte

Bébé qui dort beaucoup et ne "réclame" pas : prématuré, petit poids, ou simplement bébé né sous analgésie, y compris péridurale
Bébé qui pleure et s'endort dès qu'on le met au sein : ce peut être un bébé sensible ou prématuré, qui réagit par l'évitement à de trop fortes stimulations.

La conduite à tenir dans ces situations est de sensibiliser la maman aux signes d'éveil de son bébé pour qu'elle lui propose le sein le plus souvent possible dans ces périodes. C'est l'allaitement à l'éveil.

Bébé qui réclame en permanence 24 h sur 24, sans période de sommeil calme :

- il s'agit souvent d'un manque d'efficacité du transfert de lait entre la mère et l'enfant qui demande une prise en charge spécifique, et non d'un manque de lait, rarissime, chez la mère.

- mais il peut s'agir à contrario d'un bébé qui reçoit beaucoup (trop) de lait de début de tétée : réflexe d'éjection trop fort, lactation trop abondante (décrite par la maman), allaitement mal conduit (10 mn à chaque sein...) peuvent être cause de cette situation pour laquelle existent des solutions souvent simples de gestion de la conduite pratique de l'allaitement.

Bébé qui s'éveille dès qu'on le pose et qui demande à téter à nouveau pour se rendormir. La demande fréquente de ce bébé est en fait un besoin de contact physique et/ou de portage, en particulier pour dormir.

Bébé allaité qui ne tète que 4 à 5 fois par 24 h sans aucun épisode de tétées groupées. Physiologiquement, la plupart des bébés allaités conservent un nombre important de tétées, même en grandissant. Celles-ci deviennent simplement plus courtes et le bébé apprend à patienter si nécessaire (allaitement à l'amiable). Toutes les petites tétées, tétées câlins, tétées d'endormissement, de consolation, restent en fait très nourrissantes pour l'enfant. Si elles disparaissent, au profit du pouce ou de la tétine, la croissance peut s'en ressentir, parfois de façon importante

Les indicateurs de croissance restent un élément fondamental pour l'accompagnement de l'allaitement. La prise de poids d'un bébé allaité est de 25 à 30 g par jour les 2 premiers mois, autour de 15/20g par jour les 2 mois suivants, puis celle-ci diminue, physiologiquement, à partir du 4^{ème} mois (courbes OMS). Les enfants allaités pèsent en moyenne 600 g de moins à 1 an que ceux nourris au lait artificiel.

Références :

KITTIE FRANZ. Journée Internationale de l'Allaitement 2003 HS des Dossiers de l'Allaitement ANAES, Recommandations professionnelles, mai 2002

HAS juin 2006, Favoriser l'Allaitement Maternel Processus Evaluation

Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel révisées 2006 (OMS/UNICEF)

Déclaration OMS/UNICEF(1989)

Guide Clinique pour l'établissement d'un Allaitement Exclusif ILCA 2005 cité par HAS

Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breastmilk throughout the day, Kent et al Pediatrics 2006

AFSSA juillet 2005 « Recommandations pour la préparation et la conservation des biberons »

Guide OMS Protection thermique du nouveau-né
Courbes de poids OMS 2006 pour les enfants allaités
PNNS 2005 Allaitement Maternel, les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère

Les relations publiques à LLL France – Claude Didierjean-Jouveau

Cette session se veut un lieu d'échanges d'expériences et d'interrogations sur : les relations avec les médias au niveau national et local ; quand et comment les solliciter ; comment répondre à leurs demandes (de renseignements, de participation à un article ou une émission, de recherche de « témoins »...) ; quelle image de LLL nous donnons ; comment collaborer avec d'autres associations (d'allaitement ou autres).

Quelques exemples seront analysés plus en détail.

Atelier d'imagination : inventer des histoires pour les enfants : pourquoi et comment ? – Laure de Cazenove

« Chacun de nous naît avec un potentiel d'imagination, qu'ensuite la vie, les circonstances, l'éducation, les exigences de la société étouffent et paralysent. »

G. Rodari, *Grammaire de l'imagination*.

Inventer une histoire, c'est pour l'adulte, transmettre des valeurs fondamentales, des connaissances, des croyances, des enseignements. C'est aussi rire, communiquer, échanger, écouter l'enfant. C'est encore retrouver le chemin de la créativité et donc de la liberté de penser et d'agir. Rentrer à nouveau en contact avec les racines de son être.

Écouter une histoire inventée c'est, pour l'enfant, s'habituer à discipliner, structurer et enrichir son potentiel imaginaire et créatif. C'est aussi trouver un terrain de communication avec l'adulte, lui parler de ses peurs, ses espoirs et ses fantasmes, partager son monde intérieur et se sentir écouté.

Conçu pour les parents d'enfants âgés de 0 à 10 ans, cet atelier invite les participants à explorer les enjeux éducatifs de l'invention d'histoires à travers un partage d'expériences. Les participants sont en même temps initiés à des techniques d'invention d'histoires et repartent avec une petite « malle à outils », pour tenter l'expérience.

Bibliographie :

La Grammaire de l'imagination, Gianni Rodari, Ed. Rue du Monde, © 1973, 1997 (trad. française)

Raconte-moi une histoire, Chase Collins, coll. « Réponses », Robert Laffont, © 1992.

Comment raconter des histoires à nos enfants, Miss Sara Cone Bryant, Fernand Nathan, © 1926.

Les coliques chez le bébé allaité – Jack Newman

La conférence mettra en lumière les différents mécanismes qui peuvent causer des coliques chez le bébé allaité, y compris les allergies, le reflux, « trop de lait », etc. Comment traiter les coliques du bébé allaité. Comment aider les parents quand rien ne semble marcher.

On parlera des différentes théories sur les coliques, des coliques qui peuvent être propres aux bébés allaités. Des protéines étrangères pouvant se trouver dans le lait de femme, du réflexe d'éjection fort, du déséquilibre lait de début de tétée / lait de fin de tétée, des allergies, du reflux... Du parentage du bébé avec des coliques. Et de comment survivre aux coliques.

Allaitement et césarienne – Chantal Audoin

On fera ensemble le point sur les conclusions des études, mais aussi sur l'observation et la pratique cliniques au sujet des difficultés particulières que peut rencontrer une mère pour allaiter après une césarienne.

Bibliographie :

• *Advocacy in the hospital : changing policy to permit mothers and babies to remain together after cesarean delivery*. E Crawford Blitzer, M Yankaskas. *ABM News and Views* 2001 ; 7(4), p. 35.

• *Allaitement et césarienne : oui, c'est possible*. G. Treille et M. Ouachée, revue « *Allaiter Aujourd'hui* » n° 6, janv-fév-mars 1991.

• *Baby friendly hospital practices : cesarean section is a persistent barrier to early initiation of*

breastfeeding. HJ Rowe-Murray, JR Fisher. Birth 2002 ; 29(2), p. 124-31.

- *Breastfeeding and Human Lactation. J. Riordan et K. Auerbach, dernière édition.*
- *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession. R. Lawrence, éd. St. Louis : Mosby, dernière édition.*
- *Do breastfed babies whose mothers have had labor epidurals lose more weight in the first 24 hours of life? A Montgomery. Université de Washington. Conférence présentée au 5ème congrès de l'Academy of Breastfeeding Medicine (11-13/09/2000). ABM News and Views 2000 ; 6(3).*
- *Effect of caesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life. KC Evans, RG Evans, E Royal et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2003 ; 88, p. F380-82.*
- *Effect of early breastfeeding initiation after cesarean delivery on short-term continuation rates. JP LeBlanc, ER Pschirrer, PD Berens. ABM News and Views 2001 ; 7(4), p. 37.*
- *Effect of labor epidural anesthesia on breast-feeding of healthy full-term newborns delivered vaginally. DJ Baumgardner, P Muehl, M Fischer, B Pribbenow. J Am Board Fam Pract 2003 2003 ; 16, p. 7-13.*
- *How can kangaroo mother care and high technology care be compatible ? KH Nyqvist. J Hum Lact 2004 ; 20(1), p. 72-74.*
- *Impact of epidural analgesia on breastfeeding duration. JJ Henderson, JE Dickinson, SF Evans et al. Austr NZ Obstetrics Gynaecol 2003 ; 4, p. 372-77.*
- *L'art de l'allaitement maternel. Ligue internationale La Leche, Saint-Hubert, Québec. Dernière édition.*
- *Le portage kangourou. N Bergman. Dossiers de l'allaitement, numéro spécial 6^{ème} Journée Internationale de l'Allaitement 2005.*
- *Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior : effect on breastfeeding, temperature, and crying. AB Ransjo-Arvidson, AS Matthiesen, G Lilja, E Nissen, AM Widstrom, K Uvnäs-Moberg. Birth 2001 ; 28(1), p. 5-12.*
- *The effect of labor pain relief medication on neonatal suckling and breastfeeding duration. J Riordan, A Gross, J Angeron, B Krumwiede, J Melin. JHL 2000 ; 16(1), p. 7-12.*
- *Traité de l'allaitement maternel, LLLI, 1999.*
- *Conférence de Linda Smith "Impact of Birth Practices on Breastfeeding"*
- *Conférence de Marjorie Vera "Chiropractic Care and Craniosacral Therapy for the Breastfeeding Dyad"*

Quand les mères LLL deviennent grand-mères – Table ronde

LLL existant en France depuis la fin des années 70, les mères qui l'ont connue dans les débuts, dont certaines sont devenues animatrices et le sont toujours, sont maintenant en âge d'être grand-mères.

Leur adhésion aux valeurs du maternage à travers l'allaitement en fait-elle des grand-mères un peu différentes ? Y a-t-il un "art d'être grand-mère" LLL ?

Que ressent-on à voir sa fille ou sa belle-fille allaiter ? Ne pas allaiter ? Peut-on l'aider en cas de difficultés d'allaitement ? Comment vit-on le fait de ne pas réussir à l'aider ?

Comment vit-on le fait de voir son fils, sa fille, sa belle-fille... materner le bébé comme on a soi-même essayé de materner ? Et comment vit-on de voir ses petits-enfants ne pas bénéficier du même maternage ?

Comment, dans tous les cas, rester à sa place de grands-parents et laisser à ses enfants leur nouvelle place de parents ?

Quels rapports avoir avec ses petits-enfants ?

Autant de questions qui seront abordées lors de cette session où sont conviées toutes les nouvelles (et moins nouvelles) grand-mères, ainsi que les pas encore mais peut-être bientôt grand-mères, et les mères qui ont envie de parler de leurs rapports avec leur mère ou belle-mère. Sans oublier les pères et les grands-pères !

Allaiter dans l'écharpe – Charlotte Yonge

Très peu de lait suite à une chirurgie de réduction mammaire, une lactation induite, une relactation, un allaitement différent, une prise de sein difficile..., pour de multiples raisons, on peut être amenée à donner des tétées très fréquentes. Libérer les bras, les mains en allaitant dans l'écharpe peut alors sauver un allaitement ou prolonger la relation d'allaitement, et donner de la sérénité au maternage.

On pourra apprendre à faire les nœuds que vous connaissez déjà, mais avec de subtiles différences qui assurent l'allaitement dans l'écharpe sans ajustement, un portage pendant des longues heures sans fatigue ni douleurs dans le dos, les épaules.

Depuis 2002, cette pratique est enseignée dans les réunions de portage « allaiter dans l'écharpe » à Paris.

Atelier massages des bébés – Marie-Laure Grolleau

Beaucoup de parents connaissent les ouvrages de Tiffany Field (*Les bienfaits du toucher*), de Ashley Montagu (*La peau et le toucher*), ou de Frédéric Leboyer (*Pour une naissance sans violence*).

Ces ouvrages explorent l'importance vitale du toucher dans la relation entre les humains, et en particulier le caractère primordial du toucher, au travers des techniques de massage, pour la construction harmonieuse de la relation mère-enfant.

Vimala MacClure (professeur de yoga et kinésithérapeute) a mis au point dans les années 70 un programme de massages spécialement destiné aux nouveau-nés et aux bébés de moins de 1 an.

Les mouvements de massage que proposent la méthode de Vimala ont trois origines : la tradition indienne, les méthodes suédoises et la réflexologie plantaire.

Le massage des bébés, quand il est pratiqué régulièrement, présente des avantages physiologiques et psychologiques indéniables pour les bébés et leurs parents : un bébé massé est un bébé stimulé, rassuré, détendu, réceptif.

Le petit humain fait partie des espèces de type « porté » : le nouveau-né de type « porté » a besoin d'être allaité très fréquemment, d'être porté intensément, et bien sûr de bénéficier d'un contact corporel aussi étroit que possible.

Dans ce contexte, un massage sain, nourrissant et respectueux de l'enfant permet de tisser un lien d'attachement privilégié.

En massant son bébé, le parent exprime son amour, apaise les tensions, perçoit mieux ses besoins, et donc se rend plus apte à y répondre de façon optimale.

Au cours de cet atelier, les mamans (et/ou les papas) seront invités à découvrir les gestes de massage, à apprendre à connaître les vertus des huiles, à échanger sur le thème de la découverte corporelle avec son enfant, à reconnaître les signes d'engagement ou de désengagement de l'enfant, à adapter les gestes de massage pour un enfant plus grand, un adolescent...

Il est conseillé de se munir d'une grande serviette de toilette et d'une alèze imperméable (tapis à langer, alèze jetable...). Des flacons d'huile de massage (huile végétale et biologique) seront à disposition pour l'atelier.

Pour finir, quelques mots de Frédéric Leboyer :

« *Toucher, c'est par là, que très simplement, tout a commencé.* »

« *Chez les bébés, la peau prime tout, elle est le premier sens, c'est elle qui sait... ah oui, cette peau, il faut en prendre soin, la nourrir. Avec de l'amour. Pas avec des crèmes.* »

« Mode et chiffons », comment s'habiller pour allaiter ? – Ségolène Finet

Pour allaiter vous n'avez besoin que de vos seins, d'une bonne dose de motivation et de conseils avisés, mais si vous êtes frileuse, pudique ou coquette, vous aurez peut-être aussi envie d'adapter votre garde-robe.

Nous parlerons des vêtements d'allaitement à travers les âges et de ceux proposés de nos jours. Nous discuterons de la meilleure façon de vous construire à peu de frais une garde-robe d'allaitement : en transformant vos vêtements existants ou des vêtements du commerce, en choisissant coupes et matières à bon escient, ou pour les plus courageuses, en sortant votre machine à coudre. Nous aborderons également des points pratiques : comment choisir un soutien-gorge d'allaitement, que porter la nuit, que porter pour l'allaitement en écharpe, etc.

Les participantes seront invitées à partager leurs trucs et astuces et repartiront avec un petit guide incluant le contenu de la présentation ainsi que des adresses utiles.

Anatomie-physiologie de la lactation – Véronique Darmangeat

Pour pouvoir aider au mieux une mère au cours de son allaitement, encore faut-il savoir comment cet allaitement fonctionne.

Cette session vous propose de revoir comment est fait le sein (ses différents composants et ses variations anatomiques) et comment il fonctionne (le développement de la glande mammaire, les mécanismes hormonaux, la fabrication du lait et sa livraison, les mécanismes de régulation de la production de lait).

Ces connaissances de bases permettent ainsi de pouvoir aider toutes les mères dans leur individualité et leur particularité.

Bibliographie :

- Lawrence, *Breastfeeding, a guide for the medical profession*, 2005
- LLLI, *The Breastfeeding Answer Book*, Third Revised Edition, 2002
- Riordan, *Breastfeeding and human lactation*, second edition
- Beaudry, Chiasson, Lauzière, *Biologie de l'allaitement*, 2006
- LLLFrance, *Allaiter Aujourd'hui n° 59, 63*
- LLLFrance, *Dossiers de l'allaitement n° 60, 62, 63, 65*

Comment informer sur l'allaitement en dépassant la culpabilité – Laure Marchand-Lucas

Après quelques considérations sur la culpabilité en général, nous examinerons différentes situations au cours desquelles la culpabilité peut surgir :

- chez la femme enceinte ou allaitant,
- chez le professionnel ou l'animatrice accompagnant la mère.

Nous verrons notamment :

- la difficulté de recevoir des informations sur l'allaitement pour la femme enceinte qui a prévu de nourrir au biberon ou pour la femme allaitant qui souhaite sevrer son bébé.
- la difficulté pour le professionnel d'informer toutes les femmes enceintes sur l'allaitement (y compris celles qui n'ont pas prévu d'allaiter).

Que penser du désir de "ne pas influencer" le choix de la femme ?

Pourquoi et comment vivre le sentiment d'être celle ou celui "par qui" l'inconfort et la culpabilité peuvent arriver ? Intérêt de la culpabilité et comment l'accompagner pour qu'elle soit dépassée.

Ref. Biblio.principales

Marchand-Lucas L. Informer sur l'allaitement maternel : dépasser la culpabilité. Le journal des professionnels de l'Enfance Jan/Fev 2007 p. 38-41.

Marchand-Lucas L. VISA pour une communication favorisant la confiance. Le journal des professionnels de l'Enfance Jan/Fev 2007 p.36-37.

LLL, 50 ans au service de l'allaitement – Table ronde

Des animatrices de longue date, qui ont exercé et exercent encore des responsabilités au niveau national et international, partageront avec nous leur vision et leurs souvenirs sur:

- l'histoire de LLL, aux Etats-Unis et en France
- l'élaboration de la philosophie LLL
- comment LLL a pesé sur le renouveau de l'allaitement dans le monde (OMS, Unicef, WABA, etc.).

Bébés signeurs – Marie-Laure Grolleau et Maria Levant

Les enfants utilisent naturellement et spontanément leurs mains, leurs bras, leurs corps pour exprimer leurs besoins, leurs sentiments : ils pointent du doigt l'objet convoité, ils font « chut » et « miam, miam », ils disent « au revoir » avec leur main, ils tapotent de leurs mains sur le canapé pour que papa ou maman s'assoie à côté d'eux...

Cette capacité naturelle de l'enfant à utiliser des signes apparaît dès les premiers mois.

Le concept « Signe avec moi » propose une approche ludique et simple afin de faciliter la communication avec les bébés avant même que ceux-ci soient capables de parler.

En effet, bébé aurait envie de parler dès 8 -10 mois, mais son appareil phonatoire (muscles de la bouche) n'est pas encore performant ! Bébé se retrouve rapidement dans une situation de frustration : il veut exprimer des choses et personne ne le comprend !

D'où l'idée de suggérer au bébé des signes (gestes qui ont un sens prédéterminé) simples issus de la Langue des Signes Française (LSF), afin qu'il puisse élargir son espace de communication avec les personnes qui l'entourent (parents, frères et sœurs, grands-parents, nourrice, etc.).

Jouer avec son bébé à acquérir quelques signes issus de la LSF (avec une quinzaine de signes, on peut déjà faire de belles découvertes, et ensuite on élargit peu à peu son vocabulaire), c'est non seulement offrir à bébé un outil efficace et ludique pour communiquer, mais c'est aussi enrichir la relation parents-enfants.

C'est aux Etats-Unis que les immenses bienfaits de la Langue des Signes ont été étudiés dès les années 70, en particulier par Linda Accredolo et Susan Goodwyn qui ont développé un ensemble de signes pour les bébés et conçu plusieurs ouvrages devenus très vite des best-sellers (*How to talk to your baby before your baby can talk*). Joseph Garcia, lui aussi aux Etats-Unis, riche de ses observations auprès des enfants sourds, conduit des études sur la communication gestuelle avec les enfants pré-verbaux. En 1999, il lance son ouvrage *Sign with your baby*.

En France, il aura fallu attendre les années 2000 pour qu'un premier ouvrage paraisse en langue française, résultat du travail de Nathanaëlle Bouhier-Charles, mère de trois enfants entendants et sensibilisée par plusieurs années de vie aux USA à la richesse de la langue des signes, et de Monica Companys, éditrice, comédienne et maman sourde de deux enfants avec lesquels elle a toujours signé. Leur livre *Signe avec moi* et leur site HYPERLINK "<http://www.signeavecmoi.com>" www.signeavecmoi.com sauront donner à tous les parents l'envie de se lancer dans la grande aventure des SIGNES, les signes constituant pour les bébés et les jeunes enfants

une passerelle très enrichissante vers le langage oral.

Session pour les pères

Cet espace de parole est strictement réservé aux pères. Merci de ne pas chercher à y pénétrer !

NOTES

