

LES **DO**

475 DÉCEMBRE 2017

LES DOSSIERS
DE L'OBSTÉTRIQUE



REVUE D'INFORMATIONS MÉDICALES
ET PROFESSIONNELLES DE LA **Sage-Femme**

44^e année ISSN 0767-8293



DOSSIER
**Allaitement et
laits infantiles**

REPORTAGE

La Physiologie au cœur du premier Congrès International des Sages-femmes francophones

PUBLICATION

Le syndrome de Münchhausen par procuration

FICHE TECHNIQUE

La déclaration de naissance hors délai

MANAGEMENT

La collaboration interprofessionnelle

NOUVEAU

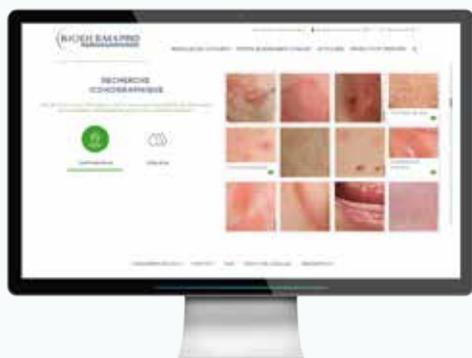
BIODERMA PRO

POUR LA SÉCURISATION DERMATOLOGIQUE

LE SERVICE D'AIDE
AU DIAGNOSTIC
DERMATOLOGIQUE



Pour une prise en charge globale des mamans et des bébés



PLUS DE 180 PHOTOGRAPHIES DE DIAGNOSTIC DERMATOLOGIQUE

- ▶ **Identifiez** la lésion
- ▶ **Confirmez** votre diagnostic cutané



DES OUTILS POUR ACCOMPAGNER VOS PATIENTS AU QUOTIDIEN

- ▶ **Des conseils pratiques**
- ▶ **Des échantillons** utiles à votre prescription
- ▶ **Des packs** pour animer votre **salle d'attente**

BIODERMA PRO c'est également : **53 fiches** de pathologies cutanées, une base d'information des **effets secondaires cutanés** sur près de **1800 DCI***,  : **application mobile** de prise de photographies dermatologiques de qualité, des **communications scientifiques**...

Accédez gratuitement à ces services : www.bioderma-pro.com

*Dénominations Communes Internationales

LA BIOLOGIE AU SERVICE DE LA DERMATOLOGIE

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF

Benoît LE GOEDEC, Sage-femme

SAGE-FEMME

Christine BUZENET, Sage-femme

CONCEPTION GRAPHIQUE

AGPA Éditions

12 rue du Quatre-Septembre

75002 Paris

Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35

agpaedit@wanadoo.fr

MARKETING - CONGRÈS ET PUBLICITÉ

Serge KEBABTCHIEFF et Adeline MARÉCHAL

serge.kebachtchiff@eska.fr et congres@eska.fr -

Tél. 01 42 86 55 65

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

SOPHIE ABBINK-TACIAK, Sage-femme clinicienne,

Centre Hospitalier Intercommunal Toulon-La Seyne-

sur-Mer, Hôpital Sainte-Musse, Toulon

Britta BOUTRY-STADELMANN, Coordinatrice WBTi France

Mélodie FERNANDES-MARQUES

Cécile FOLLAIN, Docteur en pharmacie

Laura HANNAUX, Sage-femme

Virginie RIGOURD, Pédiatre en néonatalogie, Necker

Enfants malades Paris, médecin responsable du

lactarium régional d'Ile-de-France

JÉRÔME JANICKI, Docteur en histoire des sciences

de l'EHESS - Historien de la médecine (D.U. Paris

Descartes) - Lens (62)

Marie-Paule STÉPHAN, Conception, réalisation,

suivi du numéro

FONDATEUR DE LA REVUE

JEAN OSSART

ÉDITION

agpaedit@eska.fr

ADMINISTRATION/ABONNEMENTS

adv@eska.fr

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF

PUBLICITÉ - CONGRÈS - COMMUNICATION

Adeline MARÉCHAL - Tél. 01 42 86 55 69

congres@eska.fr

Serge KEBABTCHIEFF - Tél. 01 42 86 55 66

serge.kebachtchiff@eska.fr

Éditions ESKA

12 rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris

Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35

<http://www.eska.fr>

Périodicité mensuelle 11 numéros par an.

Tous les mois sauf août.

Vente au numéro 8,50 euros

Tous droits réservés. Les articles et tableaux ne peuvent être reproduits qu'avec l'autorisation des auteurs et de la rédaction. Ceci recouvre : copie papier, intranet, internet, etc. L'ensemble des contributions constituant cette publication est la propriété exclusive des Éditions ESKA. Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.

Revue adhérente au S.N.P.M., membre de la F.N.P.S.

Commission paritaire n° 0222 T 81395

Signataire de la Convention U.D.A. S.N.P.M.

Dépôt légal : Décembre 2017

SOMMAIRE

475 - DECEMBRE 2017

02 ÉDITO

Les violences faites aux femmes, grande cause nationale 2018

BENOÎT LE GOEDEC

04 REPORTAGE

La Physiologie au cœur du premier Congrès International des Sages-femmes francophones

CHRISTINE BUZENET



08 PUBLICATIONS

Le syndrome de Münchhausen par procuration

LAURA HANNAUX

31 FICHE TECHNIQUE

La déclaration de naissance hors délai

MÉLODIE FERNANDES-MARQUES

32 ACTUALITÉ

35 KIOSQUE

36 MANAGEMENT

La collaboration interprofessionnelle

SOPHIE ABBINK-TACIAK

40 HISTOIRE

Le triomphe du jour ou/et de la nuit dans La Légende dorée de Jacques de Voragine

JÉRÔME JANICKI

45 AGENDA

12 DOSSIER ALLAITEMENT ET LAITS INFANTILES

13 Allaitement : Liste non-exhaustive des enjeux pour la société française

BRITTA BOUTRY-STADELMANN

15 La composition du lait maternel

CÉCILE FOLLAIN

17 Les laits infantiles Leur fabrication et le marché en 2014

CÉCILE FOLLAIN



- 20 Recommandations et législation
CÉCILE FOLLAIN
- 23 MOOC Allaitement maternel
VIRGINIE RIGOURD
- 27 Les différents types de laits les plus courants
CÉCILE FOLLAIN

LES ANNONCEURS

C2 Bioderma

03 DTF médical

45 Association Nationale Natation & Maternité

46 ANSFL

C3 Evian

11 Nebilia

45 NFERAIDO

46 Institut Naissance & Formation

C4-19 Grandir Nature

33 Medela

45 GIRDH Frans Veldman

47 Médieformation

Photo de couverture ©Bananastock

Pour vous abonner, retournez-nous le bulletin en page 48.

ABONNEMENTS

DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

Tél. 01 42 86 55 65 - Fax : 01 42 60 45 35

www.eska.fr - adv@eska.fr

Les associations de femmes ne se sont jamais tuées et depuis longtemps sont les relais auprès des pouvoirs publics de la violence faite aux femmes. **Personne ne les entendait.** Et encore moins les structures gouvernementales et institutionnelles.

Emmanuel Macron avait annoncé la création d'un ministère plein et entier des Droits des femmes lors de sa campagne présidentielle. Il n'a finalement nommé qu'un secrétariat d'État dédié à l'Égalité femmes-hommes, emmené par Marlène Schiappa, sous l'autorité directe du Premier ministre. Le premier gouvernement d'Édouard Philippe ne comptait qu'une seule femme à un poste régalien : Sylvie Goulard, ministre des Armées.

Il a fallu que la parole des femmes émerge de façon directe via les réseaux sociaux pour que cela soit déclaré « grande cause du quinquennat » par Monsieur Emmanuel Macron.

Nous ne pouvons évidemment que nous en réjouir.

Mais nous pouvons nous demander comment le gouvernement compte aider les associations de femmes, les associations féministes, les hôpitaux, la formation des soignants qui accueillent aux urgences les victimes, des policiers qui reçoivent les plaintes ou encore du personnel de l'éducation nationale qui peut agir sur la prévention, entre autres par le programme d'éducation sexuelle et affective, à mettre en place les différentes mesures proposées.

Le budget attribué au Secrétariat de Marlène Schiappa, s'il a été annoncé en augmentation pour atteindre environ 30 millions d'euros en 2018, ne représente pourtant qu'environ 0,0066 % du budget total du gouvernement.

Aujourd'hui, nous avons besoin d'un changement de fond. Il faut davantage que des mesures visant à réprimander les parties visibles de la violence et des différents types de harcèlement. Il faut transmettre aux enfants une parole, une culture du respect de l'autre sans aucune discrimination, du consentement et de l'égalité entre les femmes et les hommes.

Il faut une transformation qui touche au plus profond notre système de construction sociétale où la domination masculine est encore très présente, où la femme est économiquement plus rentable, où la loi pour l'égalité femme-homme concerne le plus souvent les femmes à l'extérieur du foyer mais pas les hommes à l'intérieur.

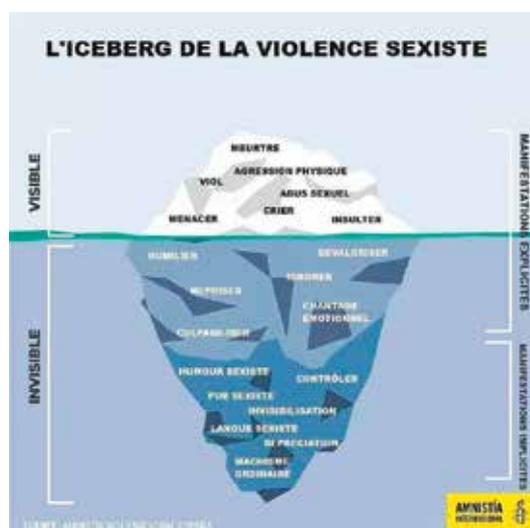
Notre société est paradoxale : on dit aux petites filles qu'elles ont les mêmes droits que les garçons, qu'elles peuvent faire les mêmes choses et on leur renvoie une image d'une expérience inverse à tous les niveaux.

Les violences faites aux femmes, grande cause nationale 2018

Il faut changer notre comportement sur lequel nos enfants portent leurs regards et se construisent, nos paroles d'adultes empreintes de prosélytisme, qu'ils écoutent et font leur, afin de modifier les consciences et faire fondre la partie cachée de l'iceberg des violences faites aux femmes.

Les Dossiers de l'Obstétrique vont s'associer à leur manière à cette grande cause nationale. Chaque numéro de l'année 2018 comprendra, en plus du sommaire habituel, un article dédié à l'égalité femme-homme et à la lutte des violences faites aux femmes. N'hésitez donc pas à y prendre part !

Pour que l'année future soit toujours sujette à être meilleure que la précédente ! •



KOLOR PLAY[®] KOLOR CLIP[®] by kitett[®]

Tire-lait manuel

KOLOR CLIP[®] pour transformer
le Kit Expression KOLOR[®]
en tire-lait manuel KOLOR PLAY[®]



CE 0459



DES OUTILS PRATIQUES POUR CONSEILLER LES MAMANS

► RECOMMANDER
la taille de tétérèlle adaptée

● **KolorTest :**
Kit échantillons tétérèlles

● **Kolorama :**
Règlette de mesure

● **KolorYou :**
Application mobile

► SOULAGER
FisioLan Lanoline 100% naturelle

► ACCOMPAGNER
Livret travail et allaitement

◎ UN SITE INTERNET
destiné aux professionnels
de santé **pro.dtf.fr**
► Créez votre compte



N'hésitez pas à nous adresser
vos demandes et questions à
kitett@dtf.fr

Dispositifs médicaux de classe IIa. Lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne le dispositif médical.

L'ALLAITEMENT PAR DTF MEDICAL



19, rue de la Presse - CS 60132
42003 Saint-Etienne Cedex 1 - France
Tél. : +33 (0)4 77 74 51 11 - Fax : +33 (0)4 77 79 67 72
E-mail : dtf@dtf.fr - www.dtf.fr

DTF
medical

La Physiologie au cœur du premier Congrès International des Sages-femmes francophones

Le décor somptueux du Méridien Beach Plaza de Monaco a abrité le premier congrès international des sages-femmes francophones le 9 et 10 novembre 2017. Les journées ont été organisées sous la forme de conférence-débat, animées par Bruno Carbonne, Caroline Brochet et Christine Morin. L'interaction avec le public a été favorisée par la possibilité de poser en direct des questions grâce au wifi. Six pays étaient représentés : Liban, France, Tunisie, Belgique, Mali, Canada. Cet article se propose de retranscrire l'essentiel des débats en reprenant le déroulé chronologique de l'événement.



Vue du Méridien Beach, Plaza de Monaco

INTRODUCTION DU CONGRÈS

Pour Caroline Brochet « *ce type de congrès manquait à la profession, tout n'est pas bien sûr transposable, nous n'avons pas la même culture et ni le même environnement sanitaire et peut-être même aussi, des femmes aux attentes différentes mais ce congrès se veut un partage d'expériences pour que chacun puisse s'enrichir du meilleur de l'autre* ». Le Professeur Carbonne rappelle la nécessité pour les deux professions (gynécologue-obstétricien et sage-femme) de travailler ensemble et se propose de poser les questions à caractère plus provocateur afin de stimuler les argumentaires. Il souligne la prédominance de la recherche anglo-saxonne et donc l'utilité d'un congrès francophone et note que les décisions dans le monde médical sont souvent sous-tendues par les demandes des patientes.

Un tour de table permet à chaque représentant d'évoquer son parcours et de décliner les enjeux pour la profession.

Pour le Mali, le manque de personnels qualifiés et la non atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement de l'OMS. Pour la Belgique, le nombre des écoles de sages-femmes (9 écoles en Wallonie) et d'étudiants formés a provoqué un groupe de travail de la commission de planification

LE PROFESSEUR
CARBONNE
RAPPELLE LA
NÉCESSITÉ
POUR LES DEUX
PROFESSIONS
(GYNÉCOLOGUE-
OBSTÉTRICIE
ET SAGE-FEMME)
DE TRAVAILLER
ENSEMBLE.

de l'offre médicale dont les conclusions restent à venir, la difficulté pour les sages-femmes de prendre le leadership dans le réseautage lié au retour précoce à domicile et enfin le grand défi de l'engagement à l'international et la recherche. Pour la Tunisie, le système public/privé fonctionne comme en France avec un secteur public où les accouchements sont réalisés par les sages-femmes et un secteur privé où ces derniers sont réalisés par les gynécologues-obstétriciens., 50 % des soins périnataux sont réalisés par les sages-femmes. La représentante française Marie Eruiemy, aborde la problématique des accouchements à domicile, difficilement chiffrables, pour lesquels il existe, selon elle, une « véritable chasse aux sorcières ». Cela vient en contradiction avec son expérience au États-Unis, où l'obligation lui a été faite de réaliser dix accouchements à domicile afin de pouvoir prétendre, après examen, à une autorisation d'exercice. Pour le Canada, la médiatique Isabelle Brabant, retrace brièvement l'historique de la profession de sage-femme qui, après avoir disparu, a été de nouveau légalisée en 1999 dans un mode d'exercice uniquement en suivi global. Les patientes ayant ensuite le choix d'un accouchement à domicile, à l'hôpital ou en maison de naissance pour les provinces concernées.

JOURNÉES ANIMÉES PAR :

Bruno Carbonne, Chef de Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Princesse Grace, Monaco,

Caroline Brochet, Sage-femme, Présidente de l'Association Professionnelle de Sages-femmes,

Christine Morin, Sage-femme, chargée de communication de l'Association de la CNEMA.

AVEC LA PARTICIPATION DE :

Norma Aouad Assaf, Sage-femme libanaise, cadre supérieur de la maternité de l'Hôtel-Dieu de France à Beyrouth,

Yolla Attalah, Sage-femme libanaise, directrice de l'École de sages-femmes de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth. Elle travaille également en libéral dans l'accompagnement des femmes pendant la grossesse, lors de l'accouchement et en post-natal,

Fatoumata Binta Awe, ep. Traore, Sage-femme libérale, promotrice du cabinet de consultation pour sage-femme, secrétaire générale du Conseil de l'Ordre des Sages-femmes du Mali,

Chédia Ben Mansour, Sage-femme tunisienne,

enseignante et coordinatrice de la section obstétrique à l'École Supérieure des Sciences et Techniques de la Santé de Tunis,

Isabelle Brabant, Sage-femme canadienne depuis plus de 30 ans, elle exerce à la maison de naissance Côte des Neiges à Montréal. Conférencière et écrivain,

Geneviève Castiaux, Sage-femme belge, directrice du département paramédical de la HENALLUX, section sage-femme. Déléguée au Conseil de l'ICM pour la Belgique francophone,

Marie Eruimy, Sage-femme française depuis 2006. Elle a travaillé à l'hôpital et en libéral, en France et aux États-Unis. Elle travaille actuellement à l'Espace Physiologique Arc-En-Ciel à Bordeaux,

Aloua Guindo, ép. Yalcouye, Sage-femme malienne, point focal planification familiale au sein de la division santé de la reproduction du Ministère de la Santé. Sage-femme enseignante et formatrice. Présidente de l'Association des sages-femmes.

Miléna Jarosik, Sage-femme, maître assistante au département paramédical HENALLUX.

France on veut la sage-femme à l'accouchement mais pas en consultations !... Il faut repositionner la sage-femme et avoir une réflexion sur la place publique concernant l'allocation des ressources humaines, les mentalités ça se change ! ».

Les sages-femmes dans la recherche, actrices de l'évolution de leur profession

Le Professeur Carbonne commence le débat « *ça sert à quoi de faire la recherche ?* » Se faire reconnaître dans sa pratique, la faire évoluer à travers des publications de sages-femmes sur « des sujets et perspectives sages-femmes » fait consensus. La recherche sur la physiologie n'est qu'à son commencement. Pour le Professeur Carbonne, « *seules des recherches de bon niveau méthodologique permettront de faire changer les pratiques, à défaut elles ne convaincront que ceux qui sont déjà d'accord !* » L'autonomie de la profession passant par une production de connaissances propres. Selon M^{me} Eruimy, le problème de la recherche en maisons de naissances est le choix de la population témoin. Selon elle, « *les données issues d'un suivi global des patientes accouchant à domicile sont difficilement transposables aux patientes accouchant en structure hospitalière* ». Le fait de réaliser la recherche avec ses propres patientes et données est alors au cœur du débat.

Qu'est ce qu'un accouchement physiologique ?

M^{me} Yalcouye affirme laconiquement « *c'est un accouchement sans interaction médicale, sans médicaments sans instrument* ». Y a-t-il des gestes ou actes qui seraient incompatibles avec un accouchement physiologique tels la rupture de la poche des eaux et la péridurale ? La question de savoir si c'est physiologique ou pas a-t-elle finalement un sens ? Diaboliser les pratiques, dont la péridurale, est-il pertinent lorsqu'aucune alternative n'est proposée ? L'accès à la péridurale est d'ailleurs très variable selon les pays : au Liban 94 % des accouchements sont réalisés sous péridurale, en Tunisie les indications sont

LA PHYSIOLOGIE ET LE RÔLE DE LA SAGE-FEMME

De la formation à l'exercice professionnel, quelles sages-femmes sommes-nous ?

Au Mali, trois niveaux de formation coexistent : les sages-femmes, les infirmières obstétriciennes et les matrones. Le pays compte des écoles privées et publiques mais le système LMD est uniquement appliqué dans les structures publiques. Les sages-femmes formées sont majoritairement recrutées par la fonction publique. M^{me} Traore, souhaiterait que soient dégagés des fonds pour instaurer un roulement de sages-femmes entre Bamako et les régions rurales. Au Canada, les étudiants sages-femmes après une année à l'université, sont formés par des sages-femmes. Le credo : des sages-femmes formées par des sages-femmes ! Les accouchements à l'hôpital étant réalisés exclusivement par les médecins, seuls trois mois de stage en milieu hospitalier sont organisés. En Tunisie, les sages-femmes enseignantes sont rares et la formation généralement dispensée par les médecins, un référentiel de formation a été établi en 2015. Au Liban, la formation de quatre ans déclinée en ECTS peut se poursuivre par un master en sciences maïeutiques et des études doctorales. La Belgique souhaite mettre en cohérence la formation et la réalité du terrain où l'employabilité est devenue difficile.

Bruno Carbonne fait remarquer que l'augmentation des formées ne résout pas forcément la problématique des déserts médicaux et que le regroupement d'écoles permet la rationalisation des coûts. Au Liban, les sages-femmes sont une profession médicale. Du fait de l'organisation du système de santé selon la modalité privée, elles restent essentiellement salariées et les médecins payés à l'acte. Pour M^{me} Brabant « *le système est boiteux dans chaque pays, en Belgique, les patientes réclament un médecin à l'accouchement, en*

«... IL FAUT REPOSITIONNER LA SAGE-FEMME ET AVOIR UNE RÉFLEXION SUR LA PLACE PUBLIQUE CONCERNANT L'ALLOCATION DES RESSOURCES HUMAINES. »
ISABELLE BRABANT



très limitées, au Mali elle ne peut pas être proposée. Finalement, n'y a-t-il pas une forme de violences obstétricales à vouloir étiqueter les accouchements en physiologiques ou pas ? au risque de culpabiliser les patientes ? M^{me} Brabant résume les échanges sous les applaudissements « le but n'est pas de planter un drapeau « physiologique » à la fin de l'accouchement, mais d'effectuer des gestes à point nommé pour favoriser l'accouchement physiologique ou à défaut s'en rapprocher, de respecter les choix de la patiente pour sa plus grande satisfaction. Le but ultime c'est que la vie démarre sous les meilleurs auspices pour l'enfant, d'accompagner la femme dans le démarrage de la parentalité ». Le besoin primordial des patientes d'être accompagné entraîne un débat sur la présence des doulas. Pour M^{me} Eruimy « en France on ne peut pas être contre car elles permettent aux patientes de se sentir soutenues alors que les sages-femmes ne peuvent remplir totalement ce rôle par contraintes économiques ». Au Mali, les patientes arrivent systématiquement avec une accompagnatrice choisie parmi un membre de la famille qui peut être apparentée à une doula.

Vaincre sa peur pour mieux accompagner

M^{me} Castiaux présente les travaux de Skinner et Maude ¹ et l'illustration du travail de la sage-femme sous forme d'un tabouret. Accompagner les femmes, c'est être un professionnel fiable, travailler avec la complexité et travailler avec le système. Le tout étant relié à l'expérience partagée de la sage-femme.

Différentes peurs sont évoquées. Au Mali, l'aspect médico-légal émerge sous l'influence des informations véhiculées par internet qui amoindrissent l'évocation traditionnelle de la fatalité. Au Liban, les sages-femmes veillent à ne pas contredire le médecin devant la patiente. En France, pour M^{me} Eruimy, les sages-femmes exerçant en suivi global n'ont pas peur de leurs patientes qui sont informées, ont donné un consentement éclairé et donc ont été rendues responsables de leurs soins. Elle déplore un regard « à charge » de ses consœurs n'exerçant pas selon les mêmes modalités. M^{me} Brabant renchérit, « en France, la menace du médico-légal est une arme de destruction massive des sages-femmes, l'important est de savoir expliquer ses pratiques en s'appuyant sur trois volets : connaître les Evidence Based Medicine (EBM) et les aborder avec les patientes, discuter avec les patientes de leurs valeurs et enfin appliquer son jugement clinique. »

M^{me} Jarosik aborde plus spécifiquement les peurs ressenties par les étudiants : les situations chargées émotionnellement comme le deuil et la gestion de la douleur des parturientes et l'abord du corps par le toucher. M^{me} Ben Mansour rapporte qu'en Tunisie, les étudiants bénéficient d'une unité d'enseignement leur apprenant à gérer leur stress.

1. Skinner J1, Maude R2. *The tensions of uncertainty: Midwives managing risk in and of their practice*. Midwifery. 2016 Jul; 38: 35-41.

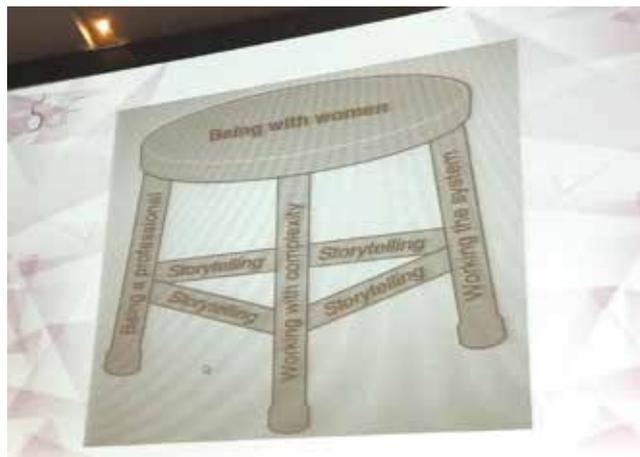


Illustration du travail de la sage-femme sous forme d'un tabouret (Skinner et Maude)

QUEL ACCOMPAGNEMENT PROPOSER AUX PARTURIENTES DANS LE RESPECT DE LA PHYSIOLOGIE ?

La surveillance du travail : la femme et le fœtus

Sans surprise, les pratiques diffèrent selon l'organisation sanitaire et les moyens humains et matériels.

Au Mali, les prises en charge sont adaptées à la pyramide sanitaire, centre de santé communautaire/centre de référence du district/CHU. Les dystopies de démarrage sont rares, les patientes arrivant généralement à une dilation avancée. L'utilisation du partogramme de l'OMS aide pour référer à temps en fonction des délais d'intervention. Au Liban, la pratique est ancrée avec des attitudes systématiques. En Tunisie, il faut parfois transférer les patientes faute d'électrocardiogramme.

L'auscultation intermittente occupe l'essentiel des sujets de la thématique. Les propos sont courtois mais la tension est palpable entre la représentante de la France, du Canada et le Pr Carbonne qui débattent autour des données de la littérature.

La question sur les positions d'accouchement renvoie à celle de l'autonomie des patientes et aux aspects socioculturels singuliers de chaque pays. M^{me} Brabant provoque l'hilarité du public avec son franc-parler « les positions d'accouchement, c'est comme lorsque l'on fait l'amour, à un moment, on se rend compte que lorsqu'on est libre de ses mouvements c'est mieux qu'allongée les jambes en l'air ». En Belgique, le label « Hôpital Ami des mamans » encourage la mobilité des parturientes. Au Mali, M^{me} Traore explique que les patientes adoptent différentes positions en fonction de leur appartenance à une ethnie, elles déambulent jusqu'à 8-9 cm, souvent en extérieur, mais accouchent en décubitus dorsal sur une table. L'hémorragie du post-partum représentant la première cause de mortalité des jeunes femmes, une délivrance dirigée ainsi qu'une traction douce du cordon sont systématiques. M^{me} Eruimy rappelle

FINALEMENT,
N'Y A-T-IL PAS
UNE FORME
DE VIOLENCES
OBSTÉTRICALES
À VOULOIR
ÉTIQUETER LES
ACCOUchements
EN
PHYSIOLOGIQUES
OU PAS ?

que le bain diminue la production d'ocytocine, « *c'est pourquoi, je ne le préconise qu'à partir de 6 cm en phase active sur un travail standard afin d'éviter de ralentir le travail* ».

Les efforts expulsifs et l'aide à l'expulsion

Le temps d'attente entre la dilatation complète et le début des efforts expulsifs est comparé entre les intervenants. Par exemple, la Tunisie applique les recommandations internationales 3 heures pour les primipares et 2 heures pour les multipares. Au Mali, dans les centres communautaires, la patiente est transférée au bout de 45 minutes d'efforts expulsifs inefficaces. À noter que les sages-femmes ont le droit de pratiquer les ventouses. L'épisiotomie est utilisée systématiquement comme aide à l'expulsion pour les primipares excisées.

Dans la culture malienne, une parturiente doit accoucher en silence, à défaut, ce serait considéré comme une attitude honteuse, elle doit prouver à son mari qu'elle est brave et ne pas faire peur à son bébé. Il existe même une certaine émulation entre ethnies voire entre co-épouses. M^{me} Brabant plaide pour une attitude interprétative par la sage-femme qui doit se poser la question de ce qui se joue pour la femme à travers ses cris : est-ce de la détresse ? de la peur ? la conséquence de la descente du fœtus ?...

Le Professeur Carbonne présente le dispositif Odon, créé par un mécanicien argentin, Jorge Odon, et qui a reçu le soutien de l'OMS et de Bill Gates. L'invention est composée d'un sac en plastique gonflable lubrifié qui se place autour de la tête du fœtus ainsi qu'un manche pour aider à l'installation. C'est le sac qui, en se gonflant, facilite l'extraction. Le procédé, encore en phase d'expérimentation, serait moins dangereux que les forceps actuels inventés il y a près de 400 ans ! Les pays en voie de développement seraient dans un premier temps la cible prioritaire.

La gestion de la douleur

Les différentes techniques sont évoquées : médicamenteuses, massages, douche, postures... La thématique de l'APD refait inévitablement surface, le fait de



... SE POSER LA QUESTION DE CE QUI SE JOUE POUR LA FEMME À TRAVERS SES CRIS : EST-CE DE LA DÉTRESSE ? DE LA PEUR ? LA CONSÉQUENCE DE LA DESCENTE DU FŒTUS ?...

respecter le choix de la patiente à tout moment fait consensus. Ce qui reste questionnant est le gap entre celles qui *a priori* n'en voulaient pas et celles qui finalement en auront. Pour M^{me} Brabant, seule l'APD ôte la douleur, les méthodes alternatives ne doivent pas être présentées comme la diminuant drastiquement, l'accompagnement de la sage-femme dans ces cas-là renforce la capacité de la parturiente à rencontrer la douleur inhérente à l'accouchement pour la supporter.

CLÔTURE DU CONGRÈS

C'est par un moment d'émotion partagée que se clôture le congrès. L'hymne de la sage-femme béninoise est chanté à l'unisson par les participants dans un esprit de confraternité et d'unicité de la profession de sage-femme. •

PAROLES DE L'HYMNE DE LA SAGE-FEMME BÉNOISE

Ne plus mourir en donner la vie, c'est la devise de la sage-femme,

Ne plus mourir en donner la vie, c'est la devise de l'équipe Sonu,

Sage-femme du Bénin tu as la responsabilité,

L'obstétricien viendra après le réanimateur et le pédiatre alors coup d'œil, célérité et compétences, (x2)

Ne plus mourir en donner la vie, c'est la devise de la sage-femme,

Ne plus mourir en donner la vie, c'est la devise de l'équipe Sonu,

Décideurs du pays jouez bien votre partition,

Un personnel sans compétence, des compétences sans moyens ne riment à rien, je ne vous apprend rien, (X2)

Ne plus mourir en donner la vie, c'est la devise de la sage-femme,

Ne plus mourir en donner la vie, c'est la devise de l'équipe Sonu,

Sage-femme du Bénin n'oublie pas que tu as prêté serment à chaque maman son bébé, à chaque bébé sa maman, à chaque papa la maman et son bébé, (x2)

Ne plus mourir en donner la vie, c'est la devise de la sage-femme,

Ne plus mourir en donner la vie, c'est la devise de l'équipe Sonu.



Le syndrome de Münchhausen par procuration

INTÉRÊT DU SUJET

La grossesse a toujours été une étape importante dans la vie d'une femme. C'est une période de grand bouleversement psychologique, la femme passant du statut de « fille de sa mère » à « mère » elle-même. Si pour la plupart des femmes ce changement se passe normalement, qu'en est-il des femmes ayant un trouble psychiatrique précédant la grossesse? Quelles peuvent être les conséquences d'une telle pathologie dans l'établissement de la maternité? Peut-on craindre pour la santé de l'enfant dans de telles situations?

Lorsqu'une femme enceinte est atteinte d'une pathologie psychiatrique, et que celle-ci est connue des médecins, une prise en charge particulière peut être anticipée afin d'accueillir au mieux la grossesse et le futur bébé. Toute l'équipe soignante peut planifier la naissance et les jours suivants afin d'établir un lien mère-enfant le plus stable possible. Mais que se passe-t-il lorsque cette pathologie est ignorée du corps médical? Existe-t-il des risques pour l'enfant?

Le syndrome de Münchhausen par procuration est une forme de sévices à enfant qui prend place lorsqu'un parent, généralement la mère biologique, induit une maladie chez son enfant en créant des symptômes multiples et variés conduisant à la répétition d'explorations médicales. L'auteur de ces falsifications affirme ne pas connaître la cause de ces symptômes qui conduisent à des examens et traitements médicaux, contribuant eux-mêmes à la maltraitance ⁽¹⁾.

Définitions - épidémiologie

Ce syndrome est intimement lié au syndrome de Münchhausen dit « simple ». Ce dernier a été défini par Asher en 1951 pour les cas où le patient induit, intentionnellement, chez lui des signes physiques ou psychiques d'une maladie, dans le but d'assumer le rôle de malade.

C'est en 1977 que le syndrome de Münchhausen par procuration fut décrit pour la première fois par le pédiatre britannique Roy Meadow. Il tient son nom du baron de Münchhausen, mercenaire allemand du XVIII^e siècle. Celui-ci était mythomane, et devint célèbre en racontant ses péripéties guerrières tout aussi héroïques qu'affabulées.

Depuis, dans la littérature anglaise, ce syndrome a changé plusieurs fois de nom : « *Pediatric condition falsification* », « *Illness induction syndrome* », « *Munchausen syndrome by proxy* », « *Fabricated or induced illness* » et finalement « *Medical child abuse* »

Il est désormais classé dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, cinquième édition (DSM-5), en tant que « *Somatic Symptom and Related Disorders* » ⁽²⁾, avec comme critères diagnostiques de recherche, les éléments suivants :

- Une falsification de signes ou de symptômes physiques ou psychiques, ou une production de blessures ou de maladies, chez quelqu'un, associée à une tromperie identifiée.
- L'auteur présente un individu aux autres personnes comme étant malade, handicapé, ou blessé.
- Le comportement trompeur de l'auteur est évident même en l'absence de gains extérieurs.
- Le comportement de l'abuseur n'est pas expliqué par une autre maladie mentale telle qu'un trouble délirant ou tout autre trouble psychotique.

Aujourd'hui, ce syndrome est défini comme « *une forme de maltraitance apparaissant lorsqu'un enfant reçoit des soins médicaux inutiles voire potentiellement blessants à la suite d'allégations, de signes ou de symptômes induits par le parent* » ⁽¹⁾. Ce dernier est de façon classique la mère biologique de l'enfant. Celle-ci exerce bien souvent une profession en lien avec l'enfance ou le milieu médical : infirmière, éducatrice de jeunes enfants, travailleuse sociale, etc. Elle semble socialement isolée, le père étant souvent absent ou « transparent ». Cependant, elle est décrite comme une personne attentive, dévouée, très présente dans les soins. Elle est qualifiée par les professionnels de « mère admirable », mais il apparaît qu'elle soit peu inquiète et préoccupée par les douleurs subies par son enfant. Elle encourage les médecins aux explorations, et semble se complaire dans un univers médical qui d'habitude oppresse. De ce fait, une relation ambivalente de dépendance et d'hostilité se crée avec les soignants.

Aucun lien de cause à effet n'a pu être prouvé à ce jour, mais de fréquents antécédents d'événements traumatiques durant l'enfance ou la vie maritale (placement social, maltraitance, abus sexuel) sont retrouvés dans le profil des mères auteurs. De plus, les antécédents de troubles somatoformes sont un facteur de risque également retrouvé dans de telles situations ⁽³⁾.

Ce syndrome peut être retrouvé pour de très jeunes enfants et la mortalité pour les victimes de ce comportement est élevée : de 6 à 10 % allant jusqu'à 33 % dans les cas de suffocation et d'empoisonnement ^(4,5). Le syndrome de Münchhausen par procuration est assez rare, mais peut être sous-estimé. Le diagnostic est, en effet, très difficile à poser car il est compliqué d'apporter la preuve de la maltraitance. De ce fait, l'âge moyen de l'enfant lors du diagnostic se situe environ entre 14 mois et 2 ans et demi. Seulement 25 % des cas apparaissent pour des enfants âgés

de plus de 6 ans. De plus, bien souvent la fratrie de l'enfant victime est également abusée : existence de nombreuses maladies inexplicables, décès survenus dans des circonstances mal élucidées, troubles comportementaux ou problèmes émotionnels, etc. Tout ceci peut constituer des indices pour une éventuelle piste du syndrome de Münchhausen par procuration.

Difficultés diagnostiques du syndrome

Le syndrome de Münchhausen par procuration est une pathologie très difficile à diagnostiquer et cela pour plusieurs raisons.

Les signes et les symptômes sont souvent rapportés par le parent, et ne sont pas toujours présents lors de l'évaluation clinique. Ils ne sont pas forcément cohérents avec la physiologie normale de la maladie incriminée et peuvent se surajouter à une maladie authentique préexistante chez l'enfant. Dans certains cas, l'enfant croit même réellement être malade. Les symptômes créés par l'auteur peuvent alors se confondre avec de réels symptômes chez l'enfant. Il est alors difficile pour le soignant de les différencier et cela peut participer au retard diagnostique.

Le médecin doit alors se poser les trois questions suivantes dans l'évaluation d'un cas suspecté ⁽¹⁾ :

- L'histoire racontée, les signes et les symptômes de la maladie sont-ils crédibles ?
- L'enfant reçoit-il, inutilement, des soins blessants ou potentiellement blessants ?
- Si oui, qui suscite les évaluations et traitements ?

La plus grande difficulté est représentée par le nomadisme, qui existe bien souvent dans la prise en charge de l'enfant. Le professionnel de santé n'a donc pas forcément l'histoire médicale complète du patient, et il est donc plus compliqué de suspecter la pathologie précocement. En effet, le praticien recherche fréquemment une étiologie médicale aux symptômes, ce qui est tout à fait normal surtout lors de premières consultations, la suspicion du syndrome ne se faisant bien souvent qu'après de nombreuses explorations médicales vaines.

Par ailleurs, la victime de la maltraitance peut présenter de réelles pathologies qui se distinguent alors mal de celles feintes. Il est alors difficile pour le personnel de

traiter uniquement les « réelles » maladies sans être délétère en voulant traiter celles qui sont simulées par l'auteur de la tromperie. De plus, une des sornoiseries de ce syndrome est que, dans certains cas, l'abus prend place à la suite de l'existence d'une maladie authentique et que celle-ci n'empêche pas l'exagération ou la falsification d'autres symptômes.

Le syndrome de Münchhausen par procuration dans le milieu de l'obstétrique

Ces dernières années, les services de gynécologie et d'obstétrique sont de plus en plus concernés par le syndrome de Münchhausen par procuration. En effet, même si cette pathologie se rencontre peu dans ce domaine, et reste encore assez méconnue, il apparaît que le phénomène devient de plus en plus fréquent. Nous avons effectivement vu que les victimes de ce syndrome étaient très jeunes, mais dans certains cas, celles-ci ne sont même pas encore nées. Ainsi, la femme peut déjà simuler des problèmes médicaux pendant sa grossesse afin d'attirer l'attention.

Il se trouve que le travail est assez facile à feindre. Les symptômes les plus couramment simulés peuvent donc être : la rupture prématurée des membranes, la diminution des mouvements fœtaux actifs, l'hémorragie antepartum, la grossesse ectopique ou encore le travail prématuré ^(6,7). Il en résulte fréquemment des naissances prématurées, plus souvent dues à la décision des médecins qu'à la simulation des symptômes elle-même.

Plusieurs cas cliniques ont déjà été rapportés :

■ Une femme de 44 ans simulant de nombreux symptômes lors de ses grossesses.

Elle prenait notamment des suppositoires de prostaglandines afin de provoquer des contractions, elle rompait sa poche des eaux à l'aide de ses ongles, ou simulait encore des problèmes urologiques en s'introduisant un cintre dans l'urètre. Cela a eu pour conséquences des accouchements prématurés, des saignements induits entraînant des transfusions sanguines pour elle-même, des problèmes de paralysie cérébrale pour l'enfant né, ou encore le décès de l'enfant ⁽⁶⁾.

■ Une autre femme de 30 ans, sixième geste, falsifiait de faux rapports échographiques afin de faire croire à un problème de croissance fœtale. Elle changeait régulièrement de centre de soins : elle a donc consulté six hôpitaux dans trois états utilisant deux noms différents durant sa grossesse ⁽⁷⁾.

Les auteurs notent que le premier but recherché par les femmes est d'attirer l'attention des médecins sur elles. Elles veulent qu'on s'occupe plus d'elles durant la grossesse, que du futur enfant à naître.

Le diagnostic de syndrome de Münchhausen par procuration est très difficile à faire pour une femme enceinte. En effet, il est incompatible avec cette période de la vie décrite comme « *le meilleur moment de la vie d'une femme* ».

Les soignants s'imaginent qu'il est impensable de faire du mal à son enfant, surtout lorsque celui-ci est encore « en nous ». Cependant ce syndrome existe bien, et peut provoquer de terribles dégâts, aussi bien après, qu'avant la naissance. Il est donc très important pour les professionnels de santé prenant en charge des femmes enceintes d'être alertes par rapport à ce syndrome, notamment dans les cas d'antécédents inexplicables et répétés d'accouchements prématurés, de rupture prématurée des membranes, ou de fausses couches. En effet, il semblerait que le taux de récurrence, au fur et à mesure des grossesses, soit assez important. La vigilance de l'équipe soignante doit donc être élevée lors de la prise en charge d'une femme ayant des antécédents de syndrome de Münchhausen par procuration. Plusieurs articles soulèvent le fait que si elle existe, la fratrie de l'enfant est bien souvent également abusée. De nombreuses histoires de maladies similaires à la victime, des problèmes comportementaux ou émotionnels voire même de morts inexplicables sont retrouvées ^(1,2).

Importance de la connaissance du syndrome et caractéristiques de l'abuseur

Il n'existe pas de profil type d'auteurs souffrant du syndrome de Münchhausen par procuration, mais de nombreux articles décrivent les caractéristiques principales

le plus souvent retrouvées. L'abuseur est presque toujours la mère biologique de l'enfant. Dans certains cas, d'autres personnes comme les grands-parents, la mère adoptive ou encore le père peuvent être retrouvées comme étant les responsables de l'abus. Sheridan nous apprend, en plus, que si les mères abusent autant leurs garçons que leurs filles, ce n'est pas le cas des pères auteurs. En effet, ceux-ci ont tendance à victimiser préférentiellement leurs fils. Il souligne également le fait que même s'il reste rare que l'auteur soit quelqu'un d'autre que la mère, le père est de plus en plus incriminé dans cette pathologie⁽⁸⁾.

Ces mères auteurs sont souvent décrites comme étant très impliquées durant l'hospitalisation de leur enfant. Elles sont perçues comme des mères modèles, très fusionnelles avec leur enfant. Elles sont souvent directement en lien avec une profession médicale, ou possèdent un savoir dans ce domaine assez conséquent. Il apparaît qu'elles ont un besoin perpétuel d'attirer l'attention des médecins sur elles afin d'être reconnues comme un parent dévoué pour l'enfant malade. La place de « mères admirables » qu'elles obtiennent, leur offre alors un statut légitime dans la société. Elles ressentent le besoin de contrôler, de manipuler les figures d'autorités qu'elles perçoivent comme puissantes, et utilisent ainsi la simulation de symptômes. Il apparaît bien souvent que lorsque la mère est l'auteure, le père lui est absent de la vie de famille, ou du moins très peu impliqué. Il est alors représenté comme étant un père « transparent ».

Les mères responsables sont fréquemment décrites comme se complaisant dans un univers hospitalier qui oppresse normalement⁽⁹⁾. Elles paraissent étonnamment peu inquiètes des effets indésirables des traitements subis par l'enfant. Ces femmes ont souvent des antécédents de dépression, ou de troubles de la personnalité (personnalité dite *borderline*). Elles sont souvent elles-mêmes victimes de troubles somatoformes et peuvent avoir été abusées dans leur enfance. En effet, certains auteurs évoquent la possibilité de transmission transgénérationnelle de la maltraitance⁽²⁾. Selon Shaw, une histoire d'abus dans leur enfance, ou avec leur conjoint est retrouvée chez 22 % des mères souffrant de troubles somatoformes. La notion d'attachement insécure est éga-

lement retrouvée pour qualifier le profil des mères auteurs⁽⁷⁾.

Quelques fois, des histoires de violences conjugales peuvent être retrouvées, et d'une manière générale la relation avec leur mari est souvent décrite comme « pauvre ».

La prise en charge des personnes impliquées dans l'abus

L'important lors d'une telle situation est de planifier la prise en charge future de l'auteur, de l'enfant, de la fratrie si elle existe ainsi que du conjoint. En effet, l'enfant a besoin de quelqu'un qui lui explique les actions de l'auteur, et qui lui donne des raisons de la séparation d'avec celui-ci. Ils ont également besoin de soutien psychologique et affectif pour les aider dans la possible perte de relation avec le parent coupable. Ceci n'est évidemment possible que si l'enfant est en âge de parler.

La famille de la victime doit également être aidée dans cette étape difficile de sa vie. En effet, les frères et sœurs de l'enfant abusé ont souvent été négligés par le parent coupable, trop focalisé sur l'enfant « malade ». Ils se sentent souvent exclus ou énervés, surtout si l'auteur quitte la famille. Ils ont besoin de quelqu'un qui leur explique ce qu'il se passe, et qui les aide à surmonter cette souffrance afin de reconstruire une vie de famille sereine. Dans le cas où l'abuseur est la mère, il est également important de ne pas oublier d'aider le père. Il peut se sentir coupable de ne pas s'être rendu compte de l'abus, ou encore de son soutien à la mère. Il a besoin de soutien supplémentaire afin d'assumer le rôle de responsable principal de la famille, surtout s'il a été écarté par sa compagne de l'éducation de ses enfants durant des années⁽²⁾.

Enfin, il est primordial de traiter l'auteur de l'abus. En effet, après la découverte d'un tel syndrome, l'abuseur peut se sentir honteux, éprouver un sentiment de culpabilité si fort que parfois il ressent des envies de suicide. Lorsque ces émotions sont totalement absentes chez l'auteur, sa capacité à mentaliser les effets des blessures sur l'enfant doit être questionnée et explorée. Ainsi dans tous les cas, il est fortement recommandé que le responsable des falsifications suive une psychothérapie, afin d'éviter le taux de récidivisme^(2, 10, 5).

On en conclut que si le diagnostic n'est pas facile à apporter pour cette pathologie, la prise en charge des personnes impliquées et leurs traitements ne sont pas non plus évidents et restent complexes à définir. •

BIBLIOGRAPHIE

1. Flaherty EG, MacMillan HL, Neglect C on CAA. *Caregiver-Fabricated Illness in a Child: A Manifestation of Child Maltreatment*. Pediatrics. 2013. Sept; 132 (3): 5907.
2. Bass C, Glaser D. *Early recognition and management of fabricated or induced illness in children*. Lancet. 2014 Apr 25; 383 (9926): 141221.
3. Shaw RJ, Dayal S, Hartman JK, DeMaso DR. *Factitious disorder by proxy: pediatric condition falsification*. Harv Rev Psychiatry. 2008 Jul-Aug; 16 (4): 21524.
4. Shaw RJ, Dayal S, Hartman JK, DeMaso DR. *Factitious disorder by proxy: pediatric condition falsification*. Harv Rev Psychiatry. 2008 Jul-Aug; 16 (4): 21524.
5. Ferrara P, Vitelli O, Bottaro G, Gatto A, Liberatore P, Binetti P, et al. *Factitious disorders and Münchausen syndrome The tip of the iceberg*. J Child Health Care. 2013 Dec; 17 (4): 36674.
6. Feldman MD, Hamilton JC. *Serial factitious disorder and Munchausen by proxy in pregnancy*. Int J Clin Pract. 2006 Dec 1; 60 (12): 16758.
7. Jones TW, Delplanche ML, Davies NP, Rose CH. *Factitious Disorder by Proxy Simulating Fetal Growth Restriction*. Obstet Gynecol. 2015 Mar; 125 (3): 7324.
8. Sheridan MS. *The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy*. Child Abuse Negl. 2003 Apr; 27 (4): 43151.
9. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. *Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management*. Dtsch Arzteblatt Int. 2010 Apr; 107 (13): 23140.
10. Flaherty EG, MacMillan HL, Neglect C on CAA. *Caregiver-Fabricated Illness in a Child: A Manifestation of Child Maltreatment*. Pediatrics. 2013. Sept; 132 (3): 5907.

Nébilia®

L'équilibre nutritionnel de Bébé au quotidien

Moi, je veux un lait
sans huile de palme



Convient aussi en relais ou complément de l'allaitement maternel

Sans huile de palme

Enrichi en bifidus

Enrichi en oméga 3 / 6

Commandez tous nos produits
en quelques clics sur

www.nebilia.fr



DOSSIER

Allaitement et laits infantiles

La promotion de l'allaitement maternel reste un élément important de notre pratique. Et si l'information de ses bienfaits est bien transmise, l'accompagnement à sa mise en place ne semble pas encore optimum. D'autres femmes choisissent l'allaitement au biberon. La dialectique séparation-attachement reste la même. Et le conseil nutritionnel s'accompagne là en plus d'une nécessaire connaissance, chez les soignants, des laits infantiles pour éviter tout conflit d'intérêts.

SOMMAIRE DU DOSSIER

13
ALLAITEMENT : LISTE NON-
EXHAUSTIVE DES ENJEUX
POUR LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE

15
LA COMPOSITION
DU LAIT MATERNEL

17
LES LAITS INFANTILES
LEUR FABRICATION ET LE
MARCHÉ EN 2014

20
RECOMMANDATIONS
ET LÉGISLATION

23
MOOC ALLAITEMENT MATERNEL

27
LES DIFFÉRENTS TYPES DE
LAITS LES PLUS COURANTS

Allaitement → Liste non-exhaustive des enjeux pour la société française

Santé publique

L'allaitement, exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois puis associé à une diversification jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus, est aujourd'hui reconnu comme le mode d'alimentation optimal du nourrisson. Ces dernières décennies, nombre de travaux scientifiques ont conclu à un effet bénéfique de l'allaitement sur la santé de la mère et de l'enfant (Enquête ELFE, 2011).

Bienfaits de l'allaitement même dans les pays riches

Concernant la santé infantile ou maternelle à long terme (obésité, diabète, cancers, infections), les bienfaits de l'allaitement sont bien démontrés. La recherche scientifique récente (microbiote, construction du système immunitaire, maladies cardiovasculaires) renvoie de plus en plus à l'impact des premiers 1000 jours de la vie, et donc à l'allaitement. Des effets positifs à vie sont constatés également dans les pays riches et développés. (Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Victora CG et al, The Lancet 2016; 387: 475-90).

Bienfaits du lait maternel – notamment pour les bébés prématurés. En France, environ 60000 enfants naissent prématurément par an. Depuis 2005, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) recommande que tous les grands et très grands prématurés nés à < 32 semaines soient nourris avec du lait maternel exprimé pasteurisé. Toutefois, les pratiques des services de néonatalogie sont très variables. Et les constatations actuelles sur la morbidité et la mortalité des grands prématurés en néonatalogie sont globalement en faveur du don de lait maternel exprimé cru.

Taux d'allaitement

Parmi les 70 % de mères ayant initié un allaitement, la médiane de la durée totale d'allaitement était de 17 semaines et celle de l'allaitement prédominant était de 7 semaines. Seuls 19 % des enfants recevaient encore du lait maternel à 6 mois (Enquête ELFE, 2011). Les taux d'allaitement sont très faibles sur la durée en France.

Besoin de soutien

« *Primum non nocere* ». La première tâche est de protéger et de soutenir les allaitements en place. Le taux d'initiation se situe à quelque 70 %, mais beaucoup de femmes abandonnent l'allaitement, contre leur gré, faute de soutien et par manque d'informations correctes et pertinentes. Le meilleur soutien s'avère être le travail en réseau des professionnels formés à l'allaitement et le contact avec un groupe de mères.

Bonne théorie - faible transcription dans la pratique

La France dispose de bonnes recommandations en faveur de l'allaitement maternel (ANAES 2002, HAS 2006, Inpes 2009,

Rapport Turck 2010, PNNS 2011-15). Mais la transcription de ces textes dans la pratique sur le terrain est défectueuse. Les taux d'allaitement sur la durée montrent que ces préconisations de « bonne pratique » sont loin d'être suivies.

Cursus médical - formation insuffisante

Dans leur formation, les médecins n'ont guère plus de 2 heures de formation sur l'allaitement, généralement concentrée sur les aspects pathologiques (abcès) alors que l'allaitement est un processus physiologique, un sujet de bonne santé. Tous les professionnels de santé au contact avec la mère et son bébé devraient avoir des connaissances de base concernant l'allaitement du type cursus OMS de 18 heures.

Informations correctes - un impératif

Aussi bien les parents que tous les professionnels de santé méritent et nécessitent une information claire, complète, et non biaisée par des intérêts commerciaux. Le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981) est fondamental, le contrôle neutre des pratiques médicales s'impose. Les décisions concernant la santé en France ne devraient pas être influencées par des personnes ayant des conflits d'intérêts et des liens financiers avec l'industrie.

Choix ou décision?

Informé en toute transparence sur l'allaitement et la valeur du lait maternel est le premier devoir des professionnels de santé et des élus-décideurs. Une famille ne peut pas effectuer un « choix » si l'information est incomplète ou biaisée. Par ailleurs, ce n'est pas un « choix » d'allaiter comme on choisit un aliment ordinaire où le choix, la palette d'offres, existe aussi le lendemain et permet de choisir un autre produit, tous les jours. Allaiter, c'est une décision d'abord de la femme et du couple, mais aussi une orientation de la société.

Regard de la société

En avril, l'incident dans le Commissariat de Police du 2^e arrondissement a donné lieu à une réaction vive en faveur du droit d'allaiter en public. Fin mai, la photo de la sénatrice australienne Larissa Waters allaitant dans le Parlement a fait le tour du monde, ainsi que son souhait: « *Nous avons besoin de plus de femmes et de parents au Parlement* ». Un vœu aussi pour la France et son prochain gouvernement!

Écologie

Le lait maternel est une ressource naturelle, inépuisable, disponible de façon décentralisée, à bonne température et dans un emballage agréable. Sa composition est spécifique de

notre espèce et parfaitement adapté comme aliment exclusif jusqu'aux six mois du bébé, et reste un aliment précieux tout au long de la diversification. Pas de transport, pas de déchets, pas de gâchis d'eau et d'électricité, pas d'usines... – le lait maternel a la vertu, en plus de toutes les autres, d'être un produit écologique. La SMAM (Semaine mondiale de l'allaitement maternel) 2016 était d'ailleurs en parfaite harmonie avec la COP 21 de Paris: "L'allaitement : source de développement durable" et se concentrait sur les 17 objectifs de développement durable (ODD) que les gouvernements du monde entier ont convenu d'atteindre d'ici 2030.

Économie - meilleure santé à moindre coût

De nombreuses études mettent en évidence les économies pour les dépenses de santé lorsque le taux d'allaitement progresse. Il s'agit de se placer dans une perspective de santé préventive, pas seulement curative et réparatrice. La question se pose alors dans les termes suivants: quel est le coût du non-allaitement? « *Le non-allaitement est associé à des facultés intellectuelles moindres, et à une perte économique d'environ 302 milliards USD par an au niveau mondial.* » *Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?* Rollins Nigel A, et al. The Lancet 2016; 387: 491-504.

La Banque Mondiale

En des termes purement et basement économiques, l'allaitement maternel est l'investissement le plus efficace qu'un pays puisse faire, quel que soit le domaine et quelle que soit la raison! Keith Hansen (The World Bank), 2015.

Source: "The Power of Nutrition and the Power of Breastfeeding", Breastfeeding Medicine. October 2015, 10 (8): 385-388. (page 386)

Déclaration d'Innocenti signée par la France - 1990

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Il faudrait que d'ici 1995 chaque gouvernement ait:

- Désigné un coordonnateur national doté de pouvoirs appropriés et créé un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement maternel, composé de représentants des services gouvernementaux compétents, d'organisations non gouvernementales et d'associations professionnelles dans le domaine de la santé;
- Fait en sorte que chaque établissement assurant les prestations de maternité respecte pleinement les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel énoncées dans la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF intitulée "Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: le rôle spécial des services liés à la maternité";
- Pris des mesures pour mettre en œuvre intégralement les principes et l'objectif de tous les articles du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la santé.

Source: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>

En 2017, nous n'avons toujours pas de Comité national pour l'allaitement; les dix conditions ne sont pas affichées dans les

maternités; le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de 1981 n'est que partiellement transcrit dans la législation française. Tout cela mérite réflexion et appelle à une approche plus pragmatique de l'allaitement.

Comité des Droits de l'Enfant - 2016

Children's Rights Committee (CRC). Observations finales adressées à la France, 23 février 2016: Recommandations pour la France (p. 15/23).

Le Comité est préoccupé par le faible taux d'allaitement maternel exclusif et la mise en œuvre incomplète du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

Le Comité appelle l'attention de l'État partie (la France) sur son observation générale n° 15 (2013) concernant le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible [...] Il recommande également à l'État partie (la France) de mettre pleinement en œuvre le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et de promouvoir davantage l'allaitement maternel exclusif.

Communiqué des Nations Unies - 2016

L'allaitement, c'est une question des Droits de l'homme, disent les experts des Nations Unies, exigeant des mesures contre les laits artificiels

Genève, 22 novembre 2016 - L'allaitement est un enjeu des Droits de l'homme pour les bébés et les mères, et devrait être protégé et promu pour le bénéfice des deux, disent les experts dans une note d'information publiée aujourd'hui.

Les États devraient prendre des mesures urgentes pour stopper le marketing « *qui fait des allégations fausses, qui est agressif et inapproprié* » des substituts du lait maternel dans un secteur qui pèse plusieurs milliards de dollars, disent les rapporteurs spéciaux des Nations Unies, ensemble avec le Groupe de travail sur les discriminations contre les femmes, et le Comité des droits de l'enfant.

Ces pratiques de marketing influencent souvent les choix des femmes sur la façon de nourrir leurs enfants de la meilleure manière possible, et peuvent empêcher les bébés et les mères de profiter des nombreux bénéfices de l'allaitement, disent les experts. [...]

<http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20904&LangID=E>

Constatant que la France est à la traîne dans de nombreux domaines pour protéger et soutenir l'allaitement, et qu'il y a des pistes jusqu'ici négligées, nous pensons qu'il y a raison d'agir. Car l'allaitement apparaît comme une mesure phare qui peut vraiment faire la différence. •



+ D'INFO

<http://worldbreastfeedingtrends.org/>
<https://www.facebook.com/WBTIFrance/>

Articles extraits de la Thèse de Docteur en Pharmacie soutenue par Cécile Follain le 13 octobre 2015 (Université de Rouen - UFR de Médecine et de Pharmacie) "Les laits infantiles : analyse comparative et rôle du pharmacien". Avec son aimable autorisation.

La composition du lait maternel

→ **La composition du lait maternel varie au cours des semaines, de la journée et de la tétée. Dans les premiers jours après la naissance du nouveau-né, le lait est appelé colostrum. Il devient mature au bout de 4 à 5 jours après le début de l'allaitement. Il s'adapte en fonction des besoins du bébé.**

Lors d'une même tétée, la composition change. Le lait devient plus riche en graisses et en caséines.

→ Composition du colostrum

Le colostrum est produit durant les 3 à 4 premiers jours après l'accouchement. Il est épais, de couleur jaune et très riche en protéines, en anticorps et en oligosaccharides. Il est moins riche en lipides et en lactose que le lait mature. Sa densité énergétique est moins élevée.

Le colostrum est particulièrement riche en :

- **Immunoglobulines**, en particulier les IgAs, et en globules blancs qui servent à la protection contre les agents infectieux.
- **Sels minéraux** : ils retiennent l'eau dans l'organisme du nourrisson, cela évite la fuite hydrique.
- **Protéines** : principalement des protéines solubles. Le colostrum ne contient que très peu de caséine.
- **Enzymes** facilitant la digestion.
- **Facteurs de croissance**, dont certains servent à multiplier les bactéries de la flore intestinale.
- **Vitamine E** ⁽¹⁾.

Ce lait des premiers jours, qui a été longtemps considéré comme impropre à la consommation du nourrisson est aujourd'hui recommandé par toutes les institutions pédiatriques et gouvernementales. Ses propriétés protectrices contre les agents infectieux ont été démontrées par de nombreux chercheurs ⁽²⁾.

1. *Physiologie de la lactation* - cours.pdf [Internet]. [cité 18 nov. 2013]. Disponible sur : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/lactation/site/html/cours.pdf>
2. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S. *Promotion of breast-feeding intervention trial (PROBIT): randomized trial in the republic of Belarus*. 2001.
3. Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie. *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*. 2^e édition. Doin éditeurs; 2012.
4. Eugenia Bruzzese et al. *A formula containing galacto- and fructo-oligosaccharides prevents intestinal and extra-intestinal infections: An observational study*.
5. *Allaitement maternel : bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère* - main.pdf [Internet]. [cité 24 juillet 2014]. Disponible sur : <http://www.em-premium.com.ezproxy.unr-runn.fr/showarticlefile/798063/main.pdf>

Le lait des femmes qui accouchent prématurément est plus concentré en acides gras poly-insaturés nécessaires pour la maturation cérébrale du nouveau-né ⁽³⁾.

→ Composition du lait mature

Le lait mature est établi au bout de 3 à 4 jours. Sa composition variant au cours de la journée et de la tétée, il est difficile d'avoir des chiffres exacts quant à sa composition. Par rapport au colostrum, il est enrichi en graisses et en caséine ⁽³⁾.

L'eau

Le lait maternel est constitué d'environ 87 % d'eau. Il est donc inutile de donner un supplément d'eau au nourrisson tant que l'alimentation est exclusivement lactée sauf s'il y a un risque de déshydratation (grosse chaleur, diarrhée).

Les glucides

Le lait maternel en contient environ 7,5 g/100 ml divisés en deux grands groupes :

- **Une majorité de lactose** : environ 6,3 g/100 ml. Il est hydrolysé en glucose et galactose. Ces molécules ont un rôle dans le développement cérébral et musculaire.
- **Les oligosaccharides** : environ 1,2 g/100 ml. Ils sont constitués à partir de cinq sucres élémentaires : glucose, galactose, N-acétylglucosamine, fucose et acide sialique. Il en existe plus de 200 différents. Ce sont des sucres non digestibles qui se comportent comme des prébiotiques, c'est-à-dire qu'ils stimulent la production de bactéries bénéfiques au niveau de la flore intestinale, en particulier celle de *Bifidobacterium bifidum*. Leur effet bénéfique contre les infections gastro-intestinales est de plus en plus documenté ⁽⁴⁾. Ce sont eux qui sont responsables des selles grumeleuses de couleur jaune d'or et acides des enfants nourris au sein car ce sont avant tout des fibres.

Les lipides

Le lait maternel contient en moyenne 3,5 g/100 ml de lipides. Ce taux varie au cours de la tétée : il est faible au début et augmente au fur et à mesure. Ce taux est identique à celui du lait de vache mais le lait maternel contient une lipase stimulée par les sels biliaires qui sert à digérer les lipides et facilite leur absorption. Elle est détruite lors de la pasteurisation du lait.

Les principaux lipides du lait maternel sont :

- **Les triglycérides** : ils constituent 98 % des lipides. Ils sont principalement composés d'acide palmitique, d'acide stéarique, d'acide oléique et d'acide linoléique. Il y a autant d'acides gras saturés qu'insaturés. Le lait maternel est particulièrement riche en acides gras poly-insaturés, c'est-à-dire l'acide arachidonique et l'acide docosahexaénoïque. Ils jouent un rôle important dans la maturation cérébrale et rétinienne.
- **Le cholestérol** : le lait humain en contient beaucoup par rapport au lait de vache. C'est le constituant majeur des membranes cellulaires, il agit comme précurseur hormonal et participe au développement cérébral ⁽⁵⁾.

Les protéines

Leur taux dans le lait maternel est compris entre 0,8 et 1,0 g/100 ml. Elles sont constituées de 40 % de caséine et de 60 % de protéines solubles. Cette petite quantité de protéines est adaptée au rein immature du nourrisson. Les acides aminés présents dans le lait maternel sont en parfaite adéquation avec les besoins du nourrisson. Ce dernier ne possède pas toutes les enzymes nécessaires à la transformation des acides aminés, par exemple, pour la transformation de la cystéine en taurine. C'est pourquoi les acides aminés contenus dans le lait maternel n'ont pas besoin de transformation enzymatique⁽⁶⁾.

■ **Les caséines** sont sous forme de micelles dans le lait de vache et le lait maternel. Dans l'estomac, sous l'effet de l'acidité, elles forment un coagulat qui a pour but d'épaissir le bol alimentaire. Celui-ci donne une sensation de satiété au nourrisson. Les micelles de caséine du lait de femme étant beaucoup plus petites que celles du lait de vache, les coagulats sont donc plus fins. C'est pourquoi le lait maternel est plus facilement et rapidement digéré.

Les caséines donnent la couleur blanche au lait. On comprend mieux pourquoi le colostrum est de couleur plus jaunâtre.

■ **Les protéines solubles** ne précipitent pas avec les caséines. Parmi elles, on trouve :

- **Les immunoglobulines**, en particulier les immunoglobulines A : ces anticorps forment une barrière pour éviter que les agents pathogènes ne se lient aux cellules des muqueuses et de l'épiderme.
- **Les lactoferrines** : ce sont des glycoprotéines qui se lient au fer et qui ont des effets bactériostatiques et bactéricides.
- **Des facteurs de croissance** (G-CSF, EGF, IGF1), certains servent à multiplier les bactéries bénéfiques à la flore intestinale.
- **Des cytokines** : elles servent à établir la relation entre l'infection présente et les cellules du système immunitaire lorsque l'organisme est agressé.
- **Le lysosyme** : il détruit la paroi de certaines bactéries^(6,7).

Autres composants

Le lait de femme contient de nombreuses autres substances azotées telles que : des peptides, des acides aminés libres, de l'urée, de l'acide urique, des sucres et alcools aminés, des polyamines, des nucléotides, de la carnitine. Les nucléotides ont un effet immunologique démontré⁽⁸⁾.

6. Rapport-Version_Finale-GT-PNNS-Allaitement-Juin 2010 - Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf [Internet]. [cité 5 nov. 2013]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf

7. Allaitement maternel et lait maternel : quels bénéfices pour la santé de l'enfant - EM | Premium [Internet]. [cité 5 nov 2013]. Disponible sur : <http://www.em-premium.com.ezproxy.unr-runn.fr/article/175349/resultatrecherche/6>

8. Buck et al. and Schaller et al. *Study of nucleotides*. *Pediatr Res* ; 2004.

Les sels minéraux contenus dans le lait maternel sont en faible quantité. Ceci permet de limiter sa charge osmolaire et donc de maintenir un équilibre hydroélectrique en cas de perte hydrique excessive (diarrhée, transpiration).

Certains oligo-éléments contenus dans le lait maternel sont mieux absorbés par le nourrisson car ils sont liés à des molécules spécifiques. Par exemple, le fer et le zinc ont une meilleure biodisponibilité dans le lait maternel que dans le lait de vache⁽⁵⁾.

→ Comparaison avec le lait de vache

Pour 100 ml	Lait de vache	Lait de femme
Calories (kcal)	65	68
Protéines (g)	3,7	1,2
• Caséines (%)	80	40
• Protéines solubles (%)	20	60
Lipides (g)	3,5	3,5
• Acide linoléique (mg)	90	350
• Acide α -linoléique (mg)	traces	37
Glucides (g)	4,5	7,5
• Lactose (%)	100	85
• Autres sucres (g)	0	1,2
Sels minéraux (mg)	900	210
• Sodium (mg)	48	16
• Calcium (mg)	125	33
• Calcium/phosphore	1,25	2
• Fer (mg)	0,03	0,05

Tableau 1 : Comparaison des compositions du lait de femme et du lait de vache⁽⁶⁾

Ces valeurs montrent parfaitement que le lait de vache est inadapté à la consommation du nourrisson pour plusieurs raisons :

- Il est 3 fois plus riche en protéines que le lait maternel avec une proportion différente de caséines et de protéines solubles. Le fort taux de caséine induit une digestion plus difficile pour le nourrisson.
- La quantité de lipides est la même mais la qualité est différente.
- Les glucides sont présents en petite quantité dans le lait de vache et seulement sous forme de lactose.
- Les sels minéraux sont largement plus nombreux dans le lait de vache, ce qui lui procure une charge osmolaire importante.



En résumé, "le veau double son poids alors que le nouveau-né double son cerveau" (Pr Olivier Mouterde, CHU Rouen), c'est pourquoi ce sont deux laits bien différents l'un de l'autre et que le nourrisson doit être nourri avec celui qui est approprié. •

Les laits infantiles

Leur fabrication et le marché en 2014

→ La fabrication des laits infantiles

Dans un premier temps, le lait de vache est récolté chez l'agriculteur. Celui-ci est alors analysé, notamment pour vérifier l'absence d'antibiotiques et le taux de matières grasses.

Il est ensuite stocké dans des cuves à la laiterie où il subira de nouvelles analyses.

Il est ensuite pasteurisé, c'est-à-dire qu'il est chauffé pendant 15 secondes à une température de 72° puis refroidi. Ce procédé sert à éliminer les germes pathogènes ⁽¹⁾.

Il peut ensuite être décomposé suivant différents procédés :

■ **L'écémage**: le lait est centrifugé grâce à de multiples "assiettes" qui tournent. Il est alors séparé en crème riche en matière grasse et en lait écrémé (0 % de matière grasse). Celui-ci peut ensuite se voir rajouter de la crème pour donner du lait demi-écémé (1,5 à 1,8 % de matières grasses/litre) ou du lait entier (3,5 % de matières grasses/litre). Ce procédé permet de standardiser la teneur en matière grasse dans le lait car celle-ci n'est pas toujours la même au départ, suivant la saison et le mode d'alimentation des vaches ⁽²⁾.

■ **La coagulation suivie de l'égouttage**: elle se fait sous l'action de la présure (ou bactéries lactiques). On obtient alors du lactosérum (riche en lactose et protéines solubles) et du caillé (qui donnera du fromage).

Ces produits sont utilisés directement ou transformés en poudre pour entrer dans la composition d'autres produits.

Concernant la fabrication du lait infantile en lui-même, plusieurs procédés existent suivant les laboratoires.

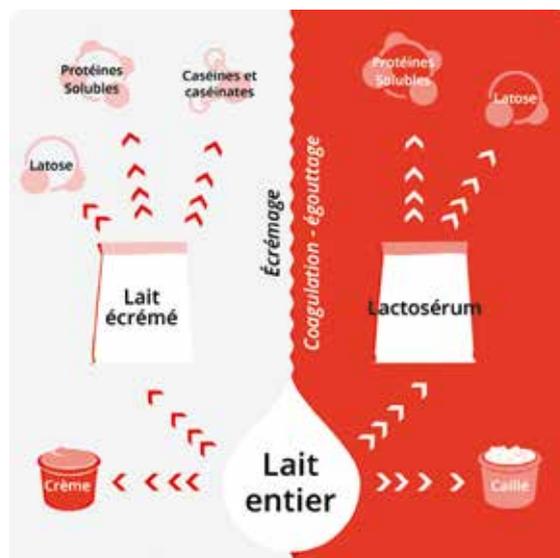
En voici un exemple ⁽³⁾

Les ingrédients secs (vitamines, minéraux, amidon, maltodextrines...) sont remis en suspension puis subissent une pasteurisation. Le lait écrémé est ensuite ajouté à ce mélange. Le tout est pasteurisé puis concentré par évaporation pour réduire la quantité d'eau. Il est ensuite réduit en poudre par atomisation des gouttes de lait dans une tour de séchage. Il subit enfin les derniers contrôles qualités puis est conditionné.

LL

La plupart des laits infantiles sont fabriqués à partir de lait écrémé avec ajout de lactosérum et/ou de lactose + protéines solubles.

77



Décomposition du lait entier d'après www.maison-du-lait.com

La plupart des laits infantiles sont fabriqués à partir de lait écrémé avec ajout de lactosérum et/ou de lactose + protéines solubles. La matière grasse est apportée par des huiles végétales et parfois par de la crème en supplément. Les vitamines, minéraux, amidon, maltodextrines et autres ingrédients facultatifs sont toujours ajoutés en supplément.

1. Poudre de lait - process-fabrication-poudres.pdf [Internet]. [cité 21 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.maison-du-lait.com/sites/default/files/medias/documents/process-fabrication-poudres.pdf>
2. Le lait, son circuit de fabrication [Internet]. Les produits laitiers. [cité 21 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.produits-laitiers.com/le-circuit-de-fabrication-du-lait/>
3. Laiterie de Montaigu => Accueil > Espace Professionnel > Nutrition Infantile > Outil de production > Process de fabrication [Internet]. [cité 21 sept 2015]. Disponible sur : <http://laiteriedemontaigu.zephyr.atester.fr/espace-professionnel/nutrition-infantile/outil-de-production/process-de-fabrication/>

→ Quelques chiffres en 2014

En France, 820 000 naissances ont eu lieu. 30,9 % des mères ont choisi dès la naissance de nourrir leur bébé exclusivement avec du lait artificiel. À l'âge d'un mois, 45,6 % des bébés sont nourris au lait artificiel.

Les laits infantiles représentent un **marché de 524 millions d'euros** en France soit 83 717 tonnes réparties comme suit :

- **11 128** tonnes pour les laits 1^{er} âge soit 13 %,
- **11 022** tonnes pour les laits 2^e âge 13 %,
- **5 960** tonnes pour les laits de croissance en poudre, soit 7 %,
- **55 607** tonnes pour les laits de croissance liquide, soit 66 %.

Sur le marché des laits, on retrouve **des grands acteurs** :

- Danone pour la production de Gallia et Blédilait,
- Nestlé pour la production de Guigoz et Nidal,
- Lactalis pour la production de Picot et Milumel,
- Sodilac pour la production de Modilac.

Les autres laits sont fournis par **des plus petites sociétés** telles que :

- Les laboratoires Gilbert pour Physiolac,
- Le laboratoire United Pharmaceutical pour Novalac.

En 2012, les pharmacies vendaient 25 % des laits du premier âge au lait de croissance et les grandes surfaces en vendaient 75 %.

En 2014, les ventes en pharmacie ont diminué et sont passées à 10 %. Ceci est dû principalement aux laits de croissance liquides dont les ventes ne cessent d'augmenter et qui ne sont commercialisés quasiment que par les grandes surfaces ^(4, 5).

Si l'on exclut les laits de croissance, 45 % des laits 1^{er} et 2^e âges sont vendus en pharmacie et 55 % en grandes et moyennes surfaces.

En France, 52 % des laits sont importés, parmi eux, 97 % proviennent de l'Union européenne.

LL

En France en 2014, 820 000 naissances ont eu lieu. 30,9 % des mères ont choisi dès la naissance de nourrir leur bébé exclusivement avec du lait artificiel. À l'âge d'un mois, 45,6 % des bébés sont nourris au lait artificiel.

77

Concernant la provenance des laits vendus en pharmacie

- Les laits Physiolac, Guigoz, Nidal, Picot et Milumel sont exclusivement fabriqués en France avec du lait de vache provenant des fermes alentours.
- Les laits Modilac sont produits en France (Normandie) et Espagne.
- Les laits Gallia sont produits en France, Irlande, Pays Bas et ponctuellement Allemagne et Belgique.
- Novalac produit des laits en France et Allemagne.

La France exporte plus de 124 000 tonnes de lait infantile, ses principaux acheteurs sont l'Algérie, la Chine et l'Italie. L'export vers la Chine a augmenté depuis le scandale des laits chinois en 2008 : ils étaient contaminés avec de la mélamine, ce qui a provoqué la mort officielle de quatre nourrissons chinois et plus de 300 000 enfants qui ont développé des calculs rénaux ⁽⁴⁾.

4. Chiffres-clés-aliments-enfance-2012 - Chiffres-clés-aliments-enfance-2012.pdf [Internet]. [cité 31 déc 2013]. Disponible sur : <http://www.syndicatdesalimentsdelenfance.com/wp-content/uploads/2011/08/Chiffres-cl%C3%A9s-aliments-enfance-2012.pdf>

5. Chiffres clés - SFAE [Internet]. Secteur Français des Aliments de l'Enfance. [cité 1 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.secteurfrancaisdesalimentsdelenfance.com/le-sfae/chiffres-clés/>

Allaitement et préparation pour nourrissons

L'Organisation mondiale de la Santé recommande de commencer à allaiter les nourrissons dans l'heure qui suit la naissance, de continuer à les nourrir exclusivement au sein pendant 6 mois et d'introduire en temps voulu des aliments complémentaires adéquats, sûrs et correctement dispensés tout en poursuivant l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus.

Quand il s'agit de se lancer dans cette grande et merveilleuse aventure, mieux vaut être bien entourée.

Grandir Nature s'engage à accompagner chaque maman tout au long de son projet d'allaitement.

LES MISSIONS de Grandir Nature

- Proposer une aide sur-mesure à toutes les mamans, chaque projet d'allaitement étant une aventure humaine unique.
- Être un soutien aux professionnels de santé et promouvoir l'allaitement maternel.

SES ENGAGEMENTS

- Fournir à toutes les mamans le matériel le plus adapté vendu ou loué au coût le plus bas en tenant compte de sa situation personnelle.
- Élaborer des outils pédagogiques sur l'allaitement à destination des professionnels de santé.
- Accompagner les associations qui s'engagent pour l'allaitement.

Introduire les préparations pour nourrissons dans l'alimentation du bébé est souvent couplé avec la reprise du travail.

Mais peut-on concilier allaitement et travail? Oui.

En pratique, la maman peut allaiter exclusivement jusqu'au jour de la reprise tout en s'entraînant à l'expression du lait avec un tire-lait.

Il est déconseillé de donner le biberon avec une tétine, cela peut influencer négativement l'allaitement. Le bébé peut préférer le débit et la facilité d'écoulement du lait du biberon. Pour diminuer les risques, il est préférable de donner le biberon à l'horizontal* ou d'utiliser des alternatives à la tétine – seringue, gobelet, cuillère, dispositif d'aide à la lactation (DAL)...

Un bébé allaité boit 20 %** de lait en moins qu'un bébé nourri aux préparations pour nourrissons et sa courbe de poids est différente. Le bébé allaité régule la fréquence et la durée des tétées en fonction de son appétit, ses repas ne sont pas forcément pris à heures fixes.

* Pour donner le biberon à l'horizontal, le bébé est le plus assis possible (et le biberon le plus à l'horizontal possible), la partie longue de la tétine est pleine de lait mais pas nécessairement la partie bombée. Pour ralentir l'écoulement du lait, le biberon est bu en 15 minutes minimum.

**Selon la CoFAM (Coordination française pour l'allaitement maternel). <http://www.coordination-allaitement.org/>



GRANDIR NATURE
aider les mamans

Recommandations et législation

→ Législation mondiale

Au niveau mondial, c'est le Code International de Commercialisation des Substituts du lait maternel qui émet des recommandations concernant les laits infantiles. Il a été accepté en 1981 par les membres de l'ONU et a pour but « *de contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement au sein et en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel* ».

Ce code n'est pas une loi mais il a pour but d'inciter les différents gouvernements à établir des textes législatifs ou réglementaires reprenant ces recommandations.

Il rappelle tout d'abord que l'allaitement maternel doit être privilégié par rapport à l'allaitement artificiel. Cependant, pour les femmes ne pouvant ou ne voulant allaiter, des laits adaptés doivent être mis à la portée des parents. Leur commercialisation et leur distribution ne doivent pas nuire à la protection et à la promotion de l'allaitement maternel.

Le substitut du lait maternel est défini comme « *tout aliment commercialisé ou présenté de toute autre manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il convienne ou non à cet usage* ».

Le texte est divisé en plusieurs articles concernant plusieurs thèmes :

■ **Information et éducation** > Les familles ainsi que les personnes ayant un rôle dans la nutrition infantile doivent avoir accès à une information objective et cohérente.

Concernant les documents remis aux parents à propos de la nutrition infantile, ils doivent mentionner les avantages et la supériorité de l'allaitement au sein, renseigner sur la nutrition maternelle, la façon de s'y préparer et de le poursuivre. Si nécessaire, ils doivent informer sur l'utilisation correcte des préparations pour nourrissons.

■ **Grand public et mères** > Il ne devrait y avoir aucune publicité, aucune distribution d'échantillon, aucune promotion sur les laits infantiles auprès du grand public et principalement les femmes enceintes ou les mères de nourrissons ou jeunes enfants.

■ **Systèmes de soins de santé** > Les gouvernements doivent prendre des mesures visant à encourager et protéger l'allaitement au sein.

Les établissements de soins ne doivent contenir des affiches présentant des laits infantiles. Ils ne doivent pas employer de personnel rémunéré par les fabricants ou les distributeurs.



Ce code rappelle tout d'abord que l'allaitement maternel doit être privilégié par rapport à l'allaitement artificiel.



■ **Agents de santé** > Ils doivent encourager, protéger l'allaitement maternel et ne pas donner l'impression que les substituts du lait maternel soient équivalents ou meilleurs que le lait maternel. Ils ne doivent pas recevoir, de la part des fabricants et des distributeurs, d'avantages financiers ou en nature, de même que des échantillons de préparations de lait infantile qu'ils pourraient donner aux mamans ou futures mamans.

■ **Personnel des fabricants et distributeurs** > Les primes données aux employés ne doivent pas prendre en compte les ventes de lait infantile. De plus, il ne doit pas y avoir de quota de vente pour ces produits.

■ **Étiquetage** > Il doit comporter les informations nécessaires pour une bonne utilisation du produit. Il ne doit pas décourager l'allaitement au sein. Sur les préparations pour nourrissons (c'est-à-dire celles utilisées jusqu'à quatre à six mois) il doit y être inscrit les mots « *Avis important* », puis une phrase qui mentionne la supériorité de l'allaitement au sein, une mention qui indique que le produit ne doit être utilisé que sur l'avis d'un professionnel de santé, des instructions pour la préparation du produit, des mises en garde et les risques éventuels si la préparation est inadéquate.

L'emballage ne doit pas comporter de représentations qui idéaliserait l'allaitement artificiel. Les mots « *humanisés* » ou « *maternisés* » ne doivent pas être mentionnés.

L'étiquette doit comporter : les ingrédients, la composition du produit, les conditions de stockage, le numéro de lot et la date limite de consommation.

■ **Qualité** > Elle doit être d'un haut niveau et les produits doivent répondre aux exigences du *Codex Alimentarius*.

■ **Mise en œuvre et contrôle** > Les gouvernements doivent prendre des mesures pour suivre ce code et contrôler s'il est bien respecté ⁽¹⁾.

1. Code_International_Commercialisation_Laits.pdf [Internet]. [cité 22 oct. 2013]. Disponible sur : http://www.laits.fr/Pdf/Code_International_Commercialisation_Laits.pdf

→ Recommandations de l'ESPGHAN, législations européenne et française concernant les préparations pour nourrissons

Les législations européennes et françaises sont basées sur les recommandations de l'ESPGHAN : *European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*. C'est un organisme constitué de multiples professionnels de santé et qui a pour but de diffuser les dernières avancées et les nouvelles pratiques de soins en Europe et au-delà ainsi que de faire de la recherche dans les domaines concernés.

Leurs dernières recommandations concernant les laits infantiles ont été émises en 2005 sur une demande du Comité du Codex sur la nutrition et les éléments diététiques ou de régime. Les anciennes recommandations dataient de 1981.

Leurs textes rappellent que l'allaitement maternel est la meilleure façon de nourrir son enfant, il doit donc être promu, protégé et soutenu. Les préparations pour nourrissons doivent être utilisées chez les enfants ne pouvant être nourris au sein pour diverses raisons. Elles ne doivent contenir que des composants ayant un but nutritionnel ou un autre avantage démontré. Une substance présente dans le lait maternel ne peut être ajoutée dans un lait infantile que si un bénéfice a été démontré.

Les législations européenne et française rappellent quelques définitions :

- « Les nourrissons sont les enfants âgés de moins de douze mois »,
- « Les enfants en bas âge sont ceux âgés de un à trois ans »,
- « Les préparations pour nourrissons sont destinées à l'alimentation des nourrissons pendant les premiers mois de leur vie et répondant à elles seules à leurs besoins nutritionnels jusqu'à l'introduction d'une alimentation complémentaire. » C'est ce que l'on appelle plus communément les laits premier âge.
- « Les préparations de suite sont utilisées en supplément d'une alimentation complémentaire appropriée et constituent le principal élément liquide de l'alimentation progressivement diversifiée. » Ce sont les laits deuxième âge.
- « Lorsque la préparation ne contient que des protéines de lait de vache, elle peut être appelée "Lait pour nourrisson" ou "Lait de suite" ».

Le tableau suivant reprend les valeurs minimales et maximales des composants des préparations pour nourrissons recommandées par l'ESPGHAN dans la première colonne ⁽²⁾, par la législation européenne dans la deuxième colonne ⁽³⁾ et enfin par la législation française dans la dernière colonne ⁽⁴⁾.

2. Global Standard for the composition of infant Formula : recommendations of an ESPGHAN coordinated international expert group.

3. Directive 2006/141/CE [Internet]. [cité 28 juillet 2014]. Disponible sur : <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32006L0141&from=FR>

4. Arrêté du 11 avril 2008 relatif aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite et modifiant l'arrêté du 20 septembre 2000 relatif aux aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales Legifrance. pdf.

Dans les textes législatifs, les valeurs sont exprimées pour 100 kcal (sauf pour la densité énergétique qui est exprimée pour 100 ml) alors qu'elles sont exprimées pour 100 ml de préparation reconstituée dans les dépliant des laboratoires de laits. Les valeurs présentées dans ce tableau ont donc été calculées pour 100 ml de préparation reconstituée par ces opérations :

- **pour les valeurs minimales**, le taux par 100 kcal est multiplié par 0,6 (puisque la densité énergétique minimale est de 60 kcal/100 ml),
- **pour les valeurs maximales**, le taux par 100 kcal est multiplié par 0,7 (la densité énergétique maximale étant de 70 kcal/100 ml).

Les lois européenne et française sont exactement les mêmes et reprennent globalement les recommandations de l'ESPGHAN. Les chiffres surlignés sont ceux qui diffèrent avec les recommandations de l'ESPGHAN.

	ESPGHAN	Loi française et européenne
Énergie (kcal)	60 - 70	60 - 70
Protéines (g)		
• de lait de vache (LV)	1,08 - 2,10	1,08 - 2,10
• d'isolat de soja	1,35 - 2,10	1,35 - 2,10
• de LV hydrolysé	1,08 - 2,10	1,08 - 2,10
Glucides (g)	5,42 - 9,80	5,42 - 9,80
• lactose		> 2,7
• amidon	< 2	< 2
Lipides (g)	2,65 - 4,20	2,65 - 4,20
• acide linoléique (mg)	180 - 840	180 - 840
• acide α -linoléique (mg)	> 30	> 30
• ac linoléique/ α -linoléique	5/1 - 15/1	5/1 - 15/1
• ARA	< 1 % des lipides	< 1 % des lipides
Fibres (g)		< 0,8
- GOS		90 %
- FOS		10 %
Minéraux		
• Sodium (mg)	12 - 42	12 - 42
• Potassium (mg)	36 - 112	36 - 112
• Chlore (mg)	30 - 112	30 - 112
• Calcium (mg)	30 - 98	30 - 98
• Phosphore (mg)	15 - 63*	15 - 63*
• Calcium/Phosphore	1 - 2	1 - 2
• Magnésium (mg)	3 - 10,5	3 - 10,5
• Fer (mg)	0,18 - 0,91*	0,18 - 0,91*
• Zinc (mg)	0,3 - 1,05	0,3 - 1,05
• Iode (μ g)	6 - 35	6 - 35
• Cuivre (μ g)	21 - 56	21 - 70
• Manganèse (μ g)	0,6 - 35	0,6 - 70

	ESPGHAN	Loi française et européenne
Minéraux (suite)		
• Sélénium (µg)	0,6 - 6,30	0,6 - 6,30
• Fluor (µg)	< 42	< 70
Vitamines		
• Vitamine A (µg)	36 - 126	36 - 126
• Vitamine B1 (µg)	36 - 210	36 - 210
• Vitamine B2 (µg)	48 - 280	48 - 280
• Vitamine B6 (µg)	21 - 122,5	21 - 122,5
• Vitamine B12 (µg)	0,06 - 0,35	0,06 - 0,35
• Vitamine C (mg)	4,8 - 21	6 - 21
• Vitamine D3 (µg)	0,6 - 1,75	0,6 - 1,75
• Vitamine E (mg)	0,3 - 3,5	0,3 - 3,5
• Vitamine K1 (µg)	2,4 - 17,50	2,4 - 17,50
• Niacine (mg)	180 - 1050	180 - 1050
• Acide pantothénique (mg)	240 - 1400	240 - 1400
• Acide folique (µg)	6 - 35	6 - 35
• Biotine (µg)	0,9 - 5,25	0,9 - 5,25
Autres		
• Choline (mg)	4,2 - 35	4,2 - 35
• Inositol (mg)	2,4 - 28	2,4 - 28
• Taurine (mg)	< 8,4	< 8,4
• L-carnithine (mg)	> 0,72	> 0,72
• Nucléotides (mg)	< 3,50	< 3,50

Tableau 1 : Lois et recommandations des préparations pour nourrissons

* Dans les préparations à base de protéines de soja, le phosphore doit être compris entre 18 et 70 mg/100 ml et le fer doit être compris entre 0,27 et 1,4 mg/100 ml

Revenons sur quelques points du tableau ⁽⁴⁾ :

- La densité énergétique a été diminuée de 5 à 10 % par rapport aux anciennes recommandations.
- Les seules protéines ayant fait l'objet d'études sont les protéines de lait de vache, protéines de soja et les protéines de lait de vache hydrolysées. L'emploi d'autres sources protéiques doit être documenté au cas par cas.
- **Lipides** : une trop forte concentration en acide linoléique (> 1200 mg/100 kcal) peut induire des effets négatifs sur le métabolisme des lipoprotéines, sur la fonction immunitaire et le stress oxydatif.
L'acide α -linoléique, précurseur de l'acide docosahexaénoïque peut être responsable de la rancification du lait s'il est à un taux trop élevé (34).
- **Glucides** : ils sont une source essentielle d'énergie pour le nourrisson. Ceux qui peuvent être utilisés dans les préparations pour nourrissons sont : le lactose, le maltose, le glucose,

les malto-dextrines, le sirop de glucose déshydraté ou non, l'amidon précuit ou gélifié.

Le lactose est le sucre dominant dans le lait maternel, il doit toujours être présent.

Le saccharose et le glucose ne devraient être ajoutés qu'aux préparations à base d'hydrolysats de protéines.

Le glucose n'est présent qu'en petite quantité dans le lait maternel. Ajouté dans une préparation de lait infantile, il peut provoquer une réaction de Maillard lors du chauffage de la formule, ce qui serait délétère au point de vue de la conservation, du goût et de la couleur du produit. De plus, il augmente fortement l'osmolalité de la préparation. Il n'est donc pas recommandé d'en ajouter dans les préparations pour nourrissons ⁽²⁾.

Le saccharose et le fructose ne doivent pas être ajoutés dans les préparations pour nourrissons compte tenu de la gravité des symptômes présentés lors d'une intolérance au fructose (hypoglycémie, des vomissements, voire une cirrhose du foie pouvant conduire au décès).

Les amidons précuits ou gélifiés peuvent être ajoutés aux formules puisque les nourrissons ont la capacité de le digérer.

- **Les vitamines liposolubles** sont stockées dans les tissus adipeux. Un apport trop élevé peut conduire à une accumulation et donc à des effets indésirables.
- **Les vitamines hydrosolubles** : les teneurs minimums exigées dans les préparations sont celles qui permettent à l'enfant d'avoir une bonne croissance et un bon développement. Il est recommandé de ne pas dépasser 5 fois la teneur minimale.
- **Les oligo-éléments et minéraux** : de nombreuses études ont été réalisées sur l'absorption du fer et les taux à apporter dans les préparations. Elles ont montré des résultats différents selon les populations. L'ESPGHAN a fixé des normes mais les autorités peuvent modifier ces taux suivant le risque de carence en fer de la population.
Le calcium a une faible biodisponibilité. Il faut donc une forte teneur dans les préparations.
Le phosphore a une biodisponibilité d'environ 80 % pour les formules à base de protéines de lait de vache et 70 % pour les formules à base de protéines de soja.
- Les vitamines et les minéraux ne peuvent être ajoutés que sous certaines formes citées à l'annexe III de l'arrêté du 11 avril 2008 ⁽⁴⁾.
- **La choline** : le seuil maximal a été revu à la hausse car certaines préparations contiennent des phospholipides qui sont principalement ajoutés sous forme de phosphatidylcholine.
- **La L-carnitine** : il n'y a pas de taux maximal fixé compte tenu de l'absence d'effets indésirables chez les nourrissons ayant reçu des apports élevés.
- Certains nucléotides peuvent être ajoutés : le monophosphate 5' de cytidine, d'uridine, d'adénosine, de guanosine et d'inosine. •

MOOC Allaitement maternel

→ Si chaque enfant était mis au sein dans l'heure qui suit la naissance et si on ne lui donnait que du lait maternel pendant les six premiers mois, on sauverait près de 800 000 vies d'enfants chaque année dans le monde et on préviendrait 20 000 cancers du sein. Et lorsque l'on prend conscience que le manque d'accompagnement est la première cause de sevrage précoce, la formation des professionnels en matière d'allaitement maternel prend tout son sens. Se former pour mieux informer et accompagner ces couples mères enfants, c'est s'investir dans la prévention de la santé. En effet l'allaitement maternel réduit la morbidité infantile (infection respiratoire, gastro-entérite...), permet un développement neurosensoriel optimal et prévient la survenue de pathologie du programming telles que l'hypertension, le diabète et l'obésité à l'âge adulte. Il protège la femme qui allaite contre le cancer du sein, est le moyen idéal d'apporter aux nourrissons tous les nutriments dont ils ont besoin pour grandir et se développer en bonne santé. Pratiquement toutes les mères peuvent allaiter, les contre-indications sont en effet exceptionnelles et si ces dernières trouvaient tout au long de leur parcours d'allaitement des conseils appropriés, une alternative pourrait être trouvée en cas de traitement contre-indiqué et plus aucune mère n'interrompt son allaitement pour une grippe, une mastite, un abcès du sein et beaucoup prolongeraient leur allaitement avec la reprise du travail.

Et, pourtant en France, la situation ne fait que s'aggraver et l'écart se creuse avec nos voisins européens. La dernière enquête de périnatalité montre que le taux d'allaitement en maternité est passé de 60 % en 2010 à 52 % en 2016. En 2013, seulement 40 % des nourrissons sont encore allaités à 11 semaines, 30 % à 4 mois et 18 % à 6 mois. Les méconnaissances sur le rythme et les besoins des nouveau-nés entraînent des pratiques inappropriées; de plus, la conduite à tenir en cas de douleurs et d'hyperthermie est encore mal connue, et conduit régulièrement à l'arrêt de l'allaitement.

Ces éléments parmi beaucoup d'autres ont justifié que des experts du Groupe d'Étude en Néonatalogie Ile-de-France (GEN-IF) décident de réaliser un **MOOC sur l'allaitement**, à destination des professionnels et du grand public.

En effet, les MOOCs constituent un format pédagogique adapté à ces publics et à ces types d'enjeux, d'où la volonté de mettre en place cet enseignement en ligne avec l'association Pédagogie Numérique en Santé (Faculté Paris Descartes).

→ OBJECTIFS

Cet enseignement est destiné aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge et l'accompagnement des femmes allaitantes. Il leur fournira de nombreuses données leur permettant de comprendre les modalités pratiques, les bénéfices, et les évolutions récentes liées à l'allaitement maternel.

Notre objectif est également de réaliser des cours suffisamment clairs et accessibles pour permettre aux personnes sans qualifications médicales (femmes enceintes, leur famille, etc.) d'y trouver aisément un certain nombre de renseignements profitables.

→ PRÉREQUIS - A QUI S'ADRESSE CE COURS ?

Accessibles à tout public, les cours s'adressent aux sages-femmes, infirmiers, puéricultrices, pédiatres, pharmaciens, médecins généralistes et gynécologues-obstétriciens, ainsi qu'aux étudiants, en bref, à tous les professionnels de la santé pouvant accompagner l'allaitement maternel.

→ MODALITÉS

Le MOOC consacré à l'allaitement a été mis en ligne à la mi-octobre 2017, sur le site de l'UPNS (unité de pédagogie numérique en santé): <http://www.upns.fr>

Le MOOC a été publié au rythme d'une session par semaine (contenant de deux à quatre vidéos chacune), pour un total de cinq sessions. Chacune de ces sessions traite d'une thématique différente liée à l'allaitement maternel. Les titres des sessions sont les suivants:

1. Allaitement maternel: actualité scientifique
2. L'environnement de la femme allaitante en 2017
3. Allaitement en pratique en néonatalogie
4. Soutenir pour prolonger l'allaitement
5. Que faire en cas de problèmes d'allaitement

Au terme de chaque session, un questionnaire en ligne permettra de valider la progression des participants au MOOC.

Le MOOC est accessible à tous : il suffit de s'inscrire, en donnant son nom, prénom, adresse mail, et activité professionnelle (à titre informatif). **L'inscription ne prend pas plus d'une à deux minute, et est totalement gratuite.**

Les enseignements s'étendent sur six semaines.

Au cours de chaque session hebdomadaire, **il existe quatre périodes :**

- 1 L'introduction, rédigée par le responsable pédagogique de la session.
- 2 Une première séance de cours, composée de vidéos, de diaporamas commentés et sonorisés, de PDF, de quiz ainsi que de ressources complémentaires proposées par le Centre de Ressources Documentaires sur l'Allaitement Maternel (CERDAM) de l'association Information Pour l'Allaitement (IPA). Chaque participant est également invité à partager des contributions avec le groupe d'apprenants.
- 3 Une seconde séance de cours.
- 4 La conclusion, portant sur les enseignements et sur les échanges entre participants, rédigé par le responsable pédagogique de la session.

Le temps de travail par semaine (vidéo + quizz et exercices demandés) est estimé à une à deux heures.

L'attestation d'assiduité sera téléchargeable sur votre tableau de bord à la fin du MOOC.

→ PLAN DU COURS

SESSION 1 ► L'allaitement maternel : actualités

1. Données françaises et internationales

- Données épidémiologiques françaises et internationales
- Données internationales

2. Qualité du lait

- Facteurs biologiques du lait de femme
- Épigénétique et allaitement maternel
- Régime maternel et qualité du lait de femme

SESSION 2 ► L'environnement de la femme allaitante

1. Toxiques et allaitement

- Polluants et allaitement
- Addiction et allaitement

2. Xénobiotiques et allaitement

- Médicaments et allaitement

SESSION 3 ► Accompagner un allaitement maternel

1. Préparer les futures mamans

- Comment se préparer à allaiter ?
- Rôle de la préparation à la naissance

2. Après la naissance

- Pourquoi et comment pratiquer les tétées précoces ?

- Cohabitation du nouveau-né avec sa mère 24/24
- Place du père

3. Les bons gestes pour la tétée

- Les bons gestes pour la tétée

SESSION 4 ► L'allaitement en pratique en néonatalogie

1. Risques infectieux

- Bactériologie du lait de femme
- Risque Virologique

2. Nutrition et allaitement

- Recommandations nutritionnelles
- Vitamines et allaitement
- L'immunothérapie buccale

SESSION 5 ► Soutenir pour prolonger l'allaitement

1. Les Pharmaciens

2. Les associations

- SOS allaitement 75
- ÉcouteVal d'Oise: impact sur l'allaitement maternel

3. Cas cliniques

- Cas cliniques

SESSION 6 ► Que faire en cas de problème d'allaitement ?

1. Prise en charge d'un abcès

- Abcès: de la physiologie à la prévention
- Prise en charge en cas d'un abcès
- Continuer à allaiter en cas d'abcès

2. Allaitement et plastie mammaire

- Chirurgie et allaitement: Le point de vue du chirurgien
- Chirurgie et allaitement: Le point de vue de la sage-femme
- Les anomalies de la succion

→ RÉSUMÉ DES DIFFÉRENTES SESSIONS

SESSION 1 ► ALLAITEMENT ET BIENFAITS

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) précise que le lait maternel, à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, assure un développement optimal au nouveau-né puis au nourrisson. Les études les plus récentes soulignent les avantages reconnus en termes de réduction de la fréquence des infections chez le nourrisson mais aussi son rôle de prévention de l'obésité, l'hypertension... L'enjeu terme de santé publique est énorme mais souvent sous-estimé. Le taux d'allaitement maternel (AM) en France, bien qu'actuellement en progression, reste pour autant l'un des plus bas d'Europe. En 2015, 65 % des parturientes ont allaité leur bébé, mais à 3 semaines 10 % seulement des petits Français seraient encore allaités par leur mère. Avec les sorties précoces de maternité beaucoup de femmes qui allaitent se trouvent

déseparées face à d'inévitables petites difficultés et le défaut d'accompagnement devient alors la première cause de sevrage. Les centres ressources (maternités, centre de PMI, lactariums, association de soutien...) ont donc un rôle à part entière de soutien pour l'initiation et la poursuite de l'allaitement maternel. L'amélioration de la formation du personnel soignant qui gravite autour de ces couples mère-enfant pendant la grossesse et après l'accouchement est la première étape des recommandations de l'OMS/UNICEF pour favoriser l'allaitement maternel. La démarche qualité autour du soutien de l'allaitement maternel, comme souligné par le guide de la Haute Autorité de Santé (2006), concerne tous les professionnels de santé impliqués en périnatalité (pédiatres, gynécologues-obstétriciens, généralistes, sages femmes, infirmières, auxiliaires de puériculture).

SESSION 2 ► ALLAITEMENT ET ENVIRONNEMENT

Une exposition anténatale est souvent à l'origine des effets indésirables des xénobiotiques mais la femme allaitante et l'enfant allaité sont aussi une population cible à risque. Bien que les données soient encore contradictoires, une liste de 17 polluants de l'environnement susceptibles de se retrouver dans le lait maternel a été établie et a permis d'établir une classification du risque en cas d'allaitement maternel. À ce jour, l'allaitement maternel doit être favorisé malgré un environnement pollué et le risque de contamination car il apporte en plus de sa qualité nutritionnelle unique, un effet "protecteur" sur l'enfant via ses propriétés biologiques spécifiques. En revanche, il est essentiel de donner des conseils de prévention aux femmes allaitantes, sur leur alimentation et leur environnement proche. Ceci devrait être complété par une politique de santé publique active visant à limiter l'émission de xénobiotiques dans l'environnement et à une formation des professionnels sur le sujet.

SESSION 3 ► ACCOMPAGNER UN ALLAITEMENT MATERNEL

L'arrivée prochaine du nouveau-né ainsi que les toutes premières semaines après la naissance sont des périodes qui, chez les parents, suscitent beaucoup de joies, d'attentes, et parfois aussi, beaucoup d'appréhensions... Les mères et les pères peuvent se poser de nombreuses questions sur la manière d'allaiter, et sur les gestes les plus appropriés : position du bébé, fréquences "optimales" des tétées, pertinence ou non d'acheter des accessoires afin de faciliter l'allaitement (tire-lait, crème pour les seins, etc.). Le rôle des professionnels de la santé pour accompagner, et surtout rassurer les parents, est alors tout à fait pertinent, d'autant plus que, dans de nombreux cas, la question soulevée appelle une réponse simple et rassurante.

On a pu ainsi confirmer l'intérêt de la tétée précoce pour le lien mère-enfant : de cette manière, le bébé peut inscrire dans sa jeune mémoire les premiers réflexes de recherche du sein maternel ainsi que les bonnes positions pour téter. De même, la tétée précoce lui permet de bénéficier au plus tôt des propriétés anti-infectieuses du colostrum. D'autres pratiques

(co-rooming pour les tétées nocturnes...) sont également à encourager, comme vous le constaterez. La place du père est également bien plus importante que beaucoup le pensent pour un allaitement réussi, et il peut soutenir la mère allaitante de nombreuses manières.

SESSION 4 ► L'ALLAITEMENT EN PRATIQUE EN NÉONATOLOGIE

La qualité de la nutrition conditionne la survie et le devenir des prématurés mais son optimisation dépend de nombreux facteurs. La nutrition optimale est celle qui permet, d'une part, de limiter les conséquences de l'interruption d'apports continus de nutriments par le placenta et, d'autre part, d'assurer une croissance la plus proche de celle du fœtus au même terme. Pour cela, deux grands principes devront être respectés : optimiser précocement la nutrition parentérale et introduire le plus tôt possible une nutrition entérale adéquate. Il y a actuellement de plus en plus d'arguments contre cette introduction tardive de l'alimentation entérale : cette attitude n'a aucun bénéfice sur l'incidence des entérocolites ulcéro-nécrosantes, mais entraîne des effets délétères sur le tube digestif tels qu'une atrophie villositaire et un retard dans la mise en route des fonctions intestinales. Le lait maternel reste le lait de référence pour nourrir les nouveau-nés prématurés jusqu'à 1700 g et 34 SA. À défaut de disponibilité en lait de femme, des préparations pour nouveau-nés de faible poids de naissance sont recommandées mais uniquement lorsque le terme dépasse 32 SA et le poids 1500 g. Pour rappel, les hydrolysats de protéines n'ont pas d'indication de principe et ne doivent pas être utilisés. Les lactariums collectent, pasteurisent, qualifient et distribuent du lait de femme pour pallier le manque de lait de la propre mère. La pasteurisation du lait de mère destiné à nourrir son propre enfant est aussi recommandée si la mère est séropositive pour le cytomégalovirus et ceci jusqu'au terme de 32 SA afin de prévenir les infections postnatales. L'immunothérapie buccale (administration du colostrum non pasteurisé de J0 à J3 inclus au moyen d'un écouvillon buccal) prend toute sa place dans la prise en charge des extrêmes prématurés. En plus d'obliger la maman à stimuler précocement sa production lactée d'administrer les premières gouttes de colostrum en valorisant la stimulation de l'oralité.

SESSION 5 ► SOUTENIR POUR PROLONGER L'ALLAITEMENT

Dans les sociétés industrialisées les mères ont rarement vu d'autres mamans allaiter avant de le faire elles-mêmes (« transmission gestuelle de l'allaitement »). Avec les sorties précoces de maternité, beaucoup de femmes se trouvent déseparées face à **d'inévitables petites difficultés**. Les centres ressources (PMI, sages femmes au domicile, HAD, consultants en lactation, lactariums, association de soutien...) vont alors avoir un rôle à part entière de soutien pour l'initiation et la poursuite de l'allaitement maternel. Cependant les conseils souvent contradictoires de l'entourage des mamans comme des professionnels de santé peuvent constituer un obstacle majeur au bon déroulement de l'allaitement. Améliorer

L'information précoce des mamans pendant la grossesse et à l'occasion des cours de préparation à la naissance est l'une des recommandations de l'OMS/UNICEF et les dernières études nationales ELFE/EPIPHANE ont démontré que c'était un facteur de promotion de l'initiation et de la prolongation de l'allaitement maternel. Les résultats de l'enquête nationale périnatale 2016, chute du taux d'allaitement exclusif en maternité de 60 à 50 % entre 2010 et 2016 suggèrent bien qu'il est certainement trop tard et que le temps imparti est certainement trop court en maternité pour que toutes des informations passent. Il vaut mieux anticiper... Des professionnels se mobilisent comme les pharmaciens du réseau Ombrelle, des spécialistes en matière d'allaitement maternel du réseau de santé périnatal parisien ont créé l'écoute téléphonique **"SOS allaitement"** (numéro vert gratuit 0 800 400 412).

SESSION 6 ► QUE FAIRE EN CAS DE PROBLÈME D'ALLAITEMENT ?

Les problèmes côté maman et côté bébé durant l'allaitement peuvent être multiples et prendre différents profils : d'apparition précoce, comme une crevasse ou tardif, difficultés de sevrage, un simple questionnement sur l'aspect des selles du bébé ou une complication infectieuse comme un abcès nécessitant l'intervention de professionnels. Même les plus minimes sont sources d'arrêt de l'allaitement maternel, favorisé par un manque d'écoute des mères et encore plus les complications graves rimant avec sevrage pour les professionnels sans fondement scientifique. L'abcès, qui concerne jusqu'à 1 % des femmes allaitantes, en est un exemple typique trop souvent pris tardivement en charge. L'antibiothérapie est souvent inadaptée, la ponction est rarement proposée et l'arrêt de l'allaitement maternel est encore trop souvent proposé. En cas de chirurgie mammaire, majoritairement proposée à des femmes en âge de procréer, il est rarement abordé le risque de complication en cas d'allaitement et pourtant, 64 % des mères porteuses d'implants ont une sécrétion lactée insuffisante, contre 7 % des mères du groupe témoin, particulièrement lorsque l'implant avait été posé par une incision péri-aréolaire. Plusieurs autres situations seront abordées dans le MOOC sous forme de cas cliniques. •

RESPONSABLES PÉDAGOGIQUES

- **Dr Virginie Rigourd**, pédiatre en néonatalogie, médecin responsable du lactarium régional d'Île-de-France, CH Necker Enfants-Malades, Paris, AP-HP.
- **Pr Jean-Charles Picaud**, pédiatre, chef de service de néonatalogie et de réanimation néonatale, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon.

RÉFÉRENCES

1. Wagner S. *Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance*. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011 Breastfeeding duration in France according to parents and birth characteristics. Results from the ELFE longitudinal French study, 2011, <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>
2. Melnik BC, Schmitz G. *Milk's Role as an Epigenetic Regulator in Health and Disease*. *Diseases*. 2017 Mar 15; 5 (1).
3. Mazurier E, Rigourd V, Perez P, Buffin R, Couedelo L, Vaysse C, Belcadi W, Sitta R, Nacka F, Lamireau D, Cambonie G, Picaud JC, Billeaud C. *Effects of Maternal Supplementation With Omega-3 Precursors on Human Milk Composition*. *J Hum Lact*. 2017 May; 33 (2): 319-328.
4. Solomon GM, Weiss PM. *Chemical contaminants in breast milk: time trends and regional variability*. *Environ Health Perspect*. 2002 Jun; 110 (6): A339-47.
5. Anderson PO. *Medication Information Sources for Breastfeeding Mothers*. *Breastfeed Med*. 2017 Sep; 12 (7): 396-397.
6. Picaud JC, Buffin R. *Human Milk-Treatment and Quality of Banked Human Milk*. *Clin Perinatol*. 2017 Mar; 44 (1): 95-119.
7. Pletsch D, Ulrich C, Angelini M, Fernandes G, Lee DS. *Mothers' "liquid gold": a quality improvement initiative to support early colostrum delivery via oral immune therapy (OIT) to premature and critically ill newborns*. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*. 2013; 26 Spec No 2013: 34-42
8. Rigo J, Hascoët JM, Billeaud C, Picaud JC, Mosca F, Rubio A, Saliba E, Radkë M, Simeoni U, Guillois B, de Halleux V, Jaeger J, Ameye L, Hays NP, Spalinger J. *Growth and Nutritional Biomarkers of Preterm Infants Fed a New Powdered Human Milk Fortifier: A Randomized Trial*. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017 Oct; 65 (4): e83-e93
9. Nguyen MT, Snow G, Wheeler H, Owens T. *Clinical Question: In post-partum first-time mothers, what interventions are successful for helping women sustain exclusive breast feeding for one month or more?* *J Okla State Med Assoc*. 2016 Nov; 109 (11): 521-524.
10. Manoogian ENC, Panda S. *Circadian rhythms, time-restricted feeding, and healthy aging*. *Ageing Res Rev*. 2017 Oct; 39: 59-67
11. Debord MP, Poirier E, Delgado H, Charlot M, Colin C, Raudrant D, Golfier F, Dupuis O. *Lactational breast abscesses: Do we still need surgery?* *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2016 Mar; 45 (3): 307-14.
12. Hurst N *Breastfeeding after breast augmentation*. *J Hum Lact*. 2003 Feb; 19 (1): 70-1.



<http://www.upns.fr>

Les différents types de laits les plus courants

→ Les laits en relais de l'allaitement

→ Ils sont indiqués en relais ou en complément de l'allaitement maternel.

Aujourd'hui quasiment toutes les marques proposent un lait spécifique en relais de l'allaitement maternel sauf Modilac et Nidal qui proposent un lait commun avec le premier âge classique.

Comme pour les laits classiques, il n'y a pas de différence significative concernant le nombre de calories, les taux de protéines, les glucides, lipides, minéraux et vitamines. De plus, ces taux sont semblables à ceux retrouvés dans les laits classiques. Les différences se font au niveau des éléments ajoutés facultativement et à quelques subtilités liées à chaque gamme (cf. tableau 1).

Revenons sur chaque gamme pour voir ce qui diffère du lait premier âge classique et ce que chacune revendique.

► GALLIA

- « Ajout d'oligosaccharides pour une flore intestinale équilibrée et une immunité intestinale » : ils sont en quantité moins élevée que dans le premier âge Gallia.
- « Ajout d'AGPI-CL pour une croissance harmonieuse » : ils sont aussi en quantité moins élevée que dans le Gallia classique.
- De même pour les nucléotides.

- Le lait relais contient en plus des probiotiques, absents dans le lait premier âge classique.

► GUIGOZ

- « Taux de protéines adapté » : ce taux est identique au premier âge.
- « Apport de protéines solubles ajusté » : ce taux est identique au premier âge.
- Il contient des GOS et de FOS absent dans le lait premier âge classique, mais ne contient pas d'AGPI-CL et de nucléotides contrairement au premier âge classique.

MILUMEL

- « Ajout de *L. fermentum* : souche isolée du lait maternel » : c'est identique au lait premier âge.
- « Ajout de GOS et FOS qui prolongent les bénéfices du lait maternel ». C'est un peu flou mais on ne les retrouve pas dans le premier âge classique, ce qui donne un plus à ce lait.

NOVALAC

- « Prébiotiques (GOS) permettent une bonne digestibilité et un renforcement des défenses naturelles ».
- « Les nucléotides renforcent l'immunité ».
- « Les AGPI-CL permettent le développement du système nerveux : rétinien et cérébral ».

Ces trois produits sont en effet ajoutés au Novalac Relia par rapport au Novalac classique ce qui les différencie.

- « Le rapport protéines solubles/caséine est proche du lait maternel » : c'est le même que le premier âge classique.

► PHYSIOLAC

- GOS et FOS : ils sont présents aussi dans le lait premier âge classique (bio).
- Les autres composants sont identiques.

► PICOT

- « Composition au plus proche du lait maternel : aminogramme, lipidogramme, un apport naturel d'acide gras à chaîne courte pour une meilleure mise à disposition de l'énergie »
- « Contribue au développement cérébral et rétinien : rapport acide linoléique/α-linolénique = 6, un mélange lipidique favorisant la synthèse naturelle de DHA » : il n'y a donc pas de DHA directement ajoutés mais ils seraient synthétisés indirectement, ce qui le différencierait du premier âge classique.

En conclusion, les laits proposés en relais de l'allaitement sont plutôt des laits « marketing » puisqu'il n'y a que très peu de différences avec les laits classiques. Certains sont même moins complets qu'un lait classique.

Il n'y a pas de recommandations quant à la durée préconisée d'utilisation de ces laits. Il en existe jusqu'à 12 mois.

→ Les laits bio

→ Il n'en existe pas beaucoup en pharmacie mais plutôt en grandes surfaces.

Pour être un aliment qualifié de bio, il doit contenir au moins 95 % de produits d'origine biologique. Ces laits infantiles sont produits à partir de lait bio et d'huiles végétales bio. Les autres composants (minéraux et vitamines) ne sont pas biologiques.

Un lait est qualifié bio lorsqu'il provient d'animaux nés sur l'exploitation ou qui proviennent d'une exploitation bio. Ceux-ci doivent être nourris avec des aliments biologiques produits sur l'exploitation ou en coopération avec des

Tableau 1 ► Composition en éléments facultatifs des laits relais de l'allaitement

	ARA/DHA	GOS/FOS	Nucléotides	Probiotiques
Gallia Calisma 1	12,6 / 6,3	0,18	2,5	<i>Bifidobactéries</i> <i>Ferments lactiques</i>
Guigoz Evolia relais 1		0,4		<i>Lactobacillus reuteri</i>
Milumel Relais 1		0,8		<i>Lactobacillus fermentum</i>
Novalac relia 1	11 / 11	0,3	3,2	
Physiolac relais 1		0,28		
Picot relais 1				

Tableau 2 > Composition des laits bio

/100 ml de poudre reconstituée		Modilac Bio 1	Physiolac Bio 1	Picot Bio 1	Moyenne lait classique
Énergie (kcal)		68	68	68	67
Protéines	Caséine (g)	0,57	0,63	0,9	0,48
	Protéines solubles (g)	0,85	0,77	0,6	0,85
Glucides	Lactose (g)	6,1	5,94	4,8	6,53
	Maltodextrines (g)	1,9	1,97	2,6	1,55
Autres					

> opérateurs de la région. Les veaux doivent être nourris au lait maternel ou naturel mais pas de poudre. L'usage des médicaments est très limité, l'homéopathie et la phytothérapie doivent être privilégiées. Les trois acteurs des laits infantiles bio disponibles en pharmacie sont: Picot, Physiolac, Milumel et plus récemment Modilac. Ils proposent tous les trois des laits 1^{er} et 2^e âge. Quant au lait de croissance, seul Picot n'en fournit pas. Depuis peu, Physiolac propose un lait AR bio à base de caroube et d'amidon.

Ces laits ont une composition semblable aux laits 1^{er} âge classique. Aucun ne possède de probiotiques, prébiotiques, nucléotides ou acides gras poly-insaturés à chaîne longue. Ces laits sont donc assez simples d'un point de vue de leur composition.

Ces laits vendus en pharmacie ne contiennent pas d'huile de palme. Certains vendus en GMS en contiennent. De plus, certains ne contiennent pas de taurine plutôt pour un effet marketing que pour un réel bienfait pour le nourrisson.

Les autres acteurs dans le domaine du bio sont HIPPI, Babybio, Prémibio, Evernat que l'on trouve exclusivement en GMS ou magasins bio.

→ Les laits anti-coliques

→ Les laits dits « anti-coliques » sont nombreux sur le marché. Mais qu'est-ce que sont vraiment les coliques ?

Selon les pédiatres, « le terme "colique du nourrisson" fait usuellement référence à une entité clinique caractérisée par la survenue paroxystique chez un nourrisson de moins de 3 mois de pleurs prolongés

et de phases d'agitation dont la cause est présumée être d'origine intestinale. »⁽¹⁾

Chez les bébés, les coliques sont souvent perçues par les parents par des pleurs prolongés sans cause apparente, des tortillements parfois accompagnés de gaz. Le principal responsable pouvant être le lactose qui est assimilé au niveau de l'intestin par la lactase. Le nourrisson jusqu'à 3 mois n'est pas encore capable d'hydrolyser beaucoup de lactose car l'enzyme peut être en quantité insuffisante et dans ce cas, le lactose non métabolisé est transformé en acide lactique, ce qui peut provoquer ces symptômes.

Mais attention à ne pas confondre ces coliques avec le cycle physiologique du

bébé. En effet, si ces symptômes surviennent seulement en fin de journée, ceci est normal. Dans ce cas, il faut conseiller le portage et les massages.

Voir dans le tableau 3 les laits qui peuvent être proposés pour remédier à ces coliques.

Ils sont nombreux mais deux d'entre eux se démarquent: le Gallia Action Colique et le Guigoz Action-colique. Ils ne possèdent que très peu de lactose (à la limite inférieure autorisée) et sont assimilés aux aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales. On les trouve uniquement en pharmacie.

Parmi les autres laits, ils ont tous en commun un faible taux de lactose: inférieur à 4,7 g/100 ml alors qu'un lait 1^{er} âge classique en contient en moyenne 6,53 g/100 ml.

Les taux de caséine et de protéines solubles sont en moyenne identiques aux laits classiques 1^{er} âge sauf pour Gallia et Guigoz qui ne contiennent pas de caséine. Cela permet une meilleure digestion mais il se peut que le bébé ne soit pas suffisamment rassasié. C'est pourquoi Gallia a ajouté de l'amidon dans sa composition.

Le lait Guigoz est aussi hypoallergénique: la totalité de ses protéines solubles est partiellement hydrolysée et des études

Tableau 3 > Composition des laits anti-coliques

/100 ml de poudre reconstituée		Gallia AC	Guigoz AC	Galliagent premium 1	Guigoz Pelargon 1
Protéines	Caséine (g)	0	0	0,7	0,4
	Protéines solubles (g)	1,3	1,5	0,7	0,9
Glucides	Lactose (g)	2,7	2,7	4,7	4,7
	Amidon (g)	1,5	0	1,7	1,3
Autres		GOS/FOS ARA/DHA	<i>L. reuteri</i> Nucléotides	<i>B. breve</i> <i>S. thermophilus</i>	<i>L. reuteri</i> <i>S. thermophilus</i>

/ 100 ml de poudre reconstituée		Modilac Oéba 1	Novalac AC 1	Picot Picoba 1	Moyenne lait 1 ^{er} âge classique
Protéines	Caséine (g)	0,6	0,56	0,4	0,48
	Protéines solubles (g)	0,8	0,84	1,1	0,85
Glucides	Lactose (g)	4,4	3,15	3,7	6,53
	Amidon (g)	1,6	0	1,5	
Autres		<i>L. rhamnosus</i> <i>B. infantis</i> Nucléotides		<i>L. fermentum</i>	

1. Les JTA [Internet]. [cité 28 sept 2015]. Disponible sur: http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=643

Tableau 4 > Composition des laits satiété

/100 ml de poudre reconstituée		Milumel Lémiel 1	Novalac S1	Physiolac Gd appétit 1	Picot bébé gourmand 1	Moyenne lait 1 ^{er} âge classique
Protéines	Caséine (g)	1,2	1,12	0,72	0,6	0,48
	Protéines solubles (g)	0,3	0,28	0,72	0,9	0,85
Glucides	Lactose (g)	5,4	3,2	3,31	3,4	6,53
	Amidon (g)	1	1,6	1,71	1,1	
Autres		Nucléotides		GOS/FOS		

Tableau 5 > Composition des laits contre la constipation

/100 ml de poudre reconstituée		Galliagest premium 1	Gallia Lactofidus 1	Guigoz Perlagon 1	Milumel premium + 1
Indications		Petits rejets, coliques, ballonnements, constipation	Constipation	Petits troubles digestifs	Troubles digestifs mineurs
Protéines	Caséine (g)	0,7	1	0,4	0,4
	Protéines solubles (g)	0,7	0,7	0,9	0,9
Glucides	Lactose (g)	4,7	4,1	4,7	5,5
	Amidon (g)	1,7		1,3	1,3
Probiotiques		Bifidobactéries	Bifidobactéries	<i>L. reuteri</i>	<i>L. fermentum</i>
Fibres			Fibres		
AGPI-CL			ARA/DHA		
Autres		Ferments lactiques	Ferments lactiques	<i>S. thermophilus</i>	

/100 ml de poudre reconstituée		Modilac Transit +	Nidal Plus 1	Novalac Transit +	Picot Picoba 1	Moyenne lait 1 ^{er} âge classique
Indications		Constipation, transit ralenti	Troubles digestifs mineurs hauts et bas Constipation	Constipation	Coliques, ballonnements constipation	
Protéines	Caséine (g)	0,6	0,37	0,7	0,4	0,48
	Protéines solubles (g)	0,9	0,87	1	1,1	0,85
Glucides	Lactose (g)	7,8	5,2	8,2	3,7	6,53
	Amidon (g)		2		1,5	
Probiotiques			<i>B. lactis</i>		<i>L. fermentum</i>	
Fibres			GOS/FOS			
AGPI-CL		ARA/DHA				
Autres		Ferments lactiques Nucléotides				

cliniques ont été réalisées sur ces protéines. Le lait Gallia Action-Colique contient lui aussi des protéines totalement hydrolysées mais après interrogation

du laboratoire, celui-ci conseille de ne pas l'utiliser pour les enfants ayant des risques allergiques car ils n'ont pas fait les études nécessaires.

Ces laits ne sont pas indiqués seulement en cas de coliques mais pour certains, ils le sont aussi en cas de petits rejets de lait après le biberon (d'où la présence d'amidon), de gaz et ballonnement et parfois de constipation, ce qui peut paraître anormal puisqu'un taux de lactose bas peut induire de la constipation, or c'est l'ajout de probiotiques qui permettrait de ramollir les selles et d'avoir une action sur les gaz.

→ Les laits à effet de satiété

→ Quatre marques proposent ces laits: Milumel Lémiel, Novalac S, Physiolac grand Appétit, Picot bébé gourmand. Ils sont tous un apport protéique supérieur aux laits classiques; il est en moyenne de 1,46 dans ces laits alors qu'il est de 1,32 dans les laits classiques.

Le taux de caséine est augmenté, c'est lui qui provoque l'effet de satiété. Les protéines solubles sont diminuées sauf pour le Picot bébé gourmand qui veut garder un rapport caséine/protéines soluble proche du lait maternel.

Les glucides sont décomposés en sucres rapides (disaccharides et lactose) et sucres lents (amidon, maltodextrine) pour donner un effet de satiété qui dure dans le temps. Autrefois, le Lémiel 1 contenait du miel parmi ses glucides, d'où son nom. Aujourd'hui, il n'est plus recommandé de donner du miel aux nourrissons car celui-ci peut contenir des spores de *Clostridium botulinum* provoquant le botulisme chez les enfants⁽²⁾. Seul le Lémiel 2^e âge en contient toujours dans le but de donner un goût sucré.

Ces laits ne sont pas plus caloriques qu'un lait classique, le bébé ne va pas grossir plus.

Le pharmacien peut proposer ces laits pour les bébés qui mangent trop. Le pharmacien peut utiliser la règle d'Appert pour estimer la quantité de lait en millilitre que devrait boire le nourrisson (1/10 du poids du bébé (en grammes) + 250).

Il faut éviter de recommander les farines (diastase, céréales...) chez les enfants de moins de 4 mois, ceci provoquant une prise de poids et un risque d'obésité par la suite.

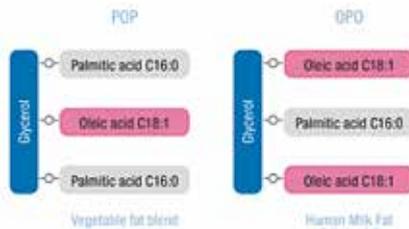
2. Caroubier – Wikipédia [Internet]. [cité 23 fév. 2015]. Disponible sur: <http://fr.wikipedia.org/wiki/Caroubier>

→ Les laits contre la constipation

→ Ils ont en général d'autres indications que la constipation: petits rejets, coliques, ballonnements.

Il y a plusieurs façons de jouer sur la constipation:

- Augmenter le taux de lactose,
- Ajouter des probiotiques,
- Ajouter des fibres,
- Ajouter des ferments lactiques pour donner de la caséine acidifiée,
- Restructurer les lipides: par exemple l'acide palmitique en position β (aussi appelé Betapol®) entraîne des selles plus molles (Modilac® et Picot®). Dans les graisses végétales, l'acide palmitique est placé en position α et γ sur le glycérol. Dans le lait maternel, il est placé en position β et est entouré de deux acides oléiques⁽³⁾



- Augmenter le taux de magnésium (Novalac),
- Avoir un rapport calcium/phosphore proche de 2 (Novalac).

Les laits indiqués seulement dans le cas d'une constipation ont un taux de lactose plus élevé et qui représente la totalité des glucides. Les autres laits ont un taux de lactose inférieur aux laits 1^{er} âge classiques car ils sont souvent indiqués aussi contre les coliques, ce qui peut paraître paradoxal. L'action contre la constipation se fait alors par les autres moyens vus précédemment.

Les taux de caséine et de protéines solubles ne diffèrent peu d'une formule classique.

Ils sont souvent additionnés d'un faible taux d'amidon, car ils ont aussi pour indication les petits rejets de laits physiologiques.

Tableau 6 > Composition des laits épaissis

/100 ml de poudre reconstituée		Galliagost premium 1	Guigoz Pelargon 1	Guigoz FE 1	Milumel premium + 1	Modilac Oéba 1
Indications		Petits rejets, coliques, ballonnements, constipation	Petits troubles digestifs	Petits rejets	Troubles digestifs mineurs	Coliques, gaz, ballonnements, rejets
Protéines	Caséine (g)	0,7	0,4	0,37	0,4	0,6
	Protéines solubles (g)	0,7	0,9	0,86	0,9	0,8
Glucides	Lactose (g)	4,7	4,7	6	5,5	4,4
	Amidon (g)	1,7	1,3	2	1,3	1,6
Probiotiques		Bifidobactéries	<i>L. reuteri</i>	<i>L. reuteri</i>	<i>L. fermentum</i>	<i>L. rhamnosus</i> <i>B. lactis</i>
Autres		Ferments lactiques	<i>S. thermophilus</i>			Nucléotides

/100 ml de poudre reconstituée		Nidal Plus 1	Novalac AR 1	Picot Picoba 1	Picot épaillis 1	Moyenne lait 1 ^{er} âge classique
Indications		Troubles digestifs mineurs hauts et bas	Régurgitations simples et rejets physiologiques	Coliques, ballonnements constipation	Petits rejets	
Protéines	Caséine (g)	0,37	1,36	0,4	0,6	0,48
	Protéines solubles (g)	0,87	0,34	1,1	0,9	0,85
Glucides	Lactose (g)	5,2	5,6	3,7	5,1	6,53
	Amidon (g)	2	1,9	1,5	1,9	
Probiotiques		<i>B. lactis</i>		<i>L. fermentum</i>	<i>L. fermentum</i>	
Autres		GOS/FOS				

→ Les laits épaissis

→ Ces laits ont tous un point commun: ils contiennent uniquement de l'amidon comme épaississant.

Certains ont comme indication seulement les petits rejets de lait et d'autres sont aussi anti-coliques ou contre les troubles digestifs mineurs. Les premiers ont un taux d'amidon plus élevé que les autres. Ils contiennent tous des probiotiques, sauf Novalac.

Novalac est le seul à avoir un rapport caséines/protéines solubles inversé: il est de 80/20 alors que les autres sont entre 30/70 et 50/50. En effet, la caséine est connue pour diminuer la vidange gastrique car elle forme des flocculats, ce qui n'est pas

recherché dans un lait contre les remontées acides puisque l'on veut accélérer la vidange gastrique pour éviter que cela ne remonte. Or, le fait de former des flocculats épaissit le bol alimentaire et limite donc les remontées, cette action étant similaire à celle de l'amidon. Il s'appelait Novalac FE il y a un an puis a changé de nom car l'"AR" parle plus aux mamans mais vu son taux d'amidon faible, il reste plutôt comme un lait dit "épaissi". •

3. What makes infant formulas that contain Betapol® the best alternative to breast milk? | Betapol [Internet]. [cité 23 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.betapol.com/en/why-is-betapol-the-best-alternative>

LA DÉCLARATION DE NAISSANCE HORS DÉLAI

RAPPEL DE L'ARTICLE 55 DU CODE CIVIL

« Les déclarations de naissance sont faites dans les cinq jours de l'accouchement, à l'officier de l'état civil du lieu.

Par dérogation, ce délai est porté à huit jours lorsque l'éloignement entre le lieu de naissance et le lieu où se situe l'officier de l'état civil le justifie. Un décret en Conseil d'État détermine les communes où le présent alinéa s'applique.

Lorsqu'une naissance n'a pas été déclarée dans le délai légal, l'officier de l'état civil ne peut la relater sur ses registres qu'en vertu d'un jugement rendu par le tribunal de l'arrondissement dans lequel est né l'enfant, et mention sommaire en est faite en marge à la date de la naissance. Si le lieu de la naissance est inconnu, le tribunal compétent est celui du domicile du requérant. Le nom de l'enfant est déterminé en application des règles énoncées aux articles 311-21 et 311-23.

En pays étranger, les déclarations aux agents diplomatiques ou consulaires sont faites dans les quinze jours de l'accouchement. Toutefois, ce délai peut être prolongé par décret dans certaines circonscriptions consulaires. »^[1]

Depuis la loi du 18 novembre 2016 sur la modernisation de la justice du XXI^e siècle, les parents disposent de 5 jours pour faire la déclaration de naissance^[1].

Il est intéressant de noter que dans certains cas ce délai est un peu plus long. Par exemple dans certaines communes de Guyane, le délai est de 8 jours^[2]. De même, lorsque les enfants naissent à l'étranger, le délai est de 15 jours voire plus si un décret le permet^[1].

Cette déclaration est obligatoire. Ainsi le délai dépassé, une régularisation par voie judiciaire est nécessaire^[1]. De plus, les parents engagent leur responsabilité

civile à l'égard de l'enfant et ils risquent une amende (3 750 €) et une peine d'emprisonnement (6 mois).

Lorsque l'enfant est déclaré dans les délais, l'officier de l'état civil peut enregistrer l'enfant sur les registres. Or, une fois ce délai passé, il ne le peut plus. Il a l'obligation de refuser. En effet, selon l'article 55, alinéa 2 du Code Civil: « **Lorsqu'une naissance n'a pas été déclarée dans le délai légal, l'officier de l'état civil ne peut la relater sur ses registres qu'en vertu d'un jugement rendu par le tribunal de l'arrondissement dans lequel est né l'enfant, et mention sommaire en est faite en marge à la date de la naissance. Si le lieu de la naissance est inconnu, le tribunal compétent est celui du domicile du requérant.** »^[1].

Pour régulariser la situation, il faut alors une déclaration judiciaire de naissance. Pour cela, il faut tout d'abord avoir recours à un avocat. Ensuite, il faudra se présenter au tribunal de grande instance dont dépend la ville où est né l'enfant^[1]. Deux cas particuliers peuvent arriver:

- Lorsque le lieu de naissance est inconnu (en France), le tribunal compétent sera celui du domicile du demandeur^[1].
- Lorsque la naissance a eu lieu à l'étranger, il peut y avoir plusieurs façons de déclarer:
 - soit les lois locales permettent les déclarations tardives,
 - soit les parents peuvent faire un jugement déclaratif dans le pays étranger,
 - soit les parents peuvent faire ce jugement en France:
 - si les parents vivent en France, ils pourront déclarer dans le tribunal de leur domicile,
 - si les parents vivent à l'étranger, c'est le tribunal de grande instance de Paris qui est compétent.

Comme pour une déclaration dans les délais, il faudra amener le certificat de naissance, la déclaration pour le choix du nom de famille, l'acte de reconnaissance si les parents ne sont pas mariés, le livret de famille si les parents en ont déjà un et leurs cartes d'identité. Une fois le jugement rendu, les parents pourront aller à la mairie et effectuer la déclaration.

Enfin, il est intéressant de rappeler qu'une situation en salle de naissances peut permettre de différer la déclaration de naissance. Il s'agit du cas où l'enfant présente des anomalies de la différenciation sexuelle. Dans ce cas, l'hôpital doit adresser un certificat au Procureur de la République pour surseoir à la déclaration. Ce certificat a une durée de 3 mois. Cependant, la déclaration devra également passer en jugement déclaratif en cas de délai dépassé.

Pour conclure, il faut bien rappeler aux parents que c'est très important de déclarer dans les délais car le parcours hors délai peut être très long et des sanctions pénales peuvent avoir lieu. De plus, sans état civil, l'enfant ne pourra pas être rattaché au numéro de sécurité sociale de ses parents, il ne sera donc pas couvert. Et les parents ne pourront pas bénéficier des allocations familiales ou prendre de congés postnataux. •

BIBLIOGRAPHIE

1. Article 55 du Code Civil, modifié par la Loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle^[1] (J.O. 19 novembre 2016).
2. Décret n° 2017-278 du 2 mars 2017 relatif au délai de déclaration de naissance (J.O. 4 mars 2017).

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 10 DÉCEMBRE 2017

LA SOCIÉTÉ LACTALIS RAPPELLE UNE PARTIE DE SES LAITS INFANTILES

Une alerte de suspicion de contamination de trois laits infantiles a amené la société LNS (Lactalis Nutrition Santé) à procéder le 2 décembre 2017 à un premier rappel de produits. Des investigations ont ensuite été menées en coopération avec la DDCSPP de la Mayenne et la DGCCRF. Ces analyses ont donné lieu à un prélèvement positif et conduisent aujourd'hui la société LNS à faire un nouveau rappel d'une partie de ses laits infantiles produits depuis le 15 février 2017. La société LNS est sincèrement désolée de l'inquiétude générée par la situation et exprime sa compassion et son soutien aux familles dont les enfants sont tombés malades.

Depuis le 1^{er} décembre, les autorités sanitaires ont porté à notre connaissance une contamination en Salmonelle Agona, ayant rendu malades 26 nourrissons. Les cas recensés concernent les produits de laits infantiles **Picot SL**, **Pepti Junior 1** et **Milumel Bio 1**, ayant fait l'objet d'une procédure de retrait / rappel à compter du 2 décembre 2017 ainsi que **Picot Riz 1^{er} âge**.

Les informations transmises par les autorités de santé et le bilan de nos investigations menées depuis une semaine nous ont permis d'identifier une cause probable de contamination survenue sur une de nos tours de séchage dans la période du 1^{er} au 6 mai 2017.

Par précaution et suite à la notification par arrêté ministériel, nous procédons à un rappel plus large de l'ensemble des produits fabriqués depuis le 15 février 2017, produits dont les références sont indiquées ci-après.

Ces lots font l'objet d'une suspicion de présence de Salmonelle et d'un retrait du marché à titre de précaution.

Il est donc recommandé aux familles qui détiendraient des produits appartenant aux lots décrits ci-après **de ne pas les consommer, de les détruire ou de les rapporter au magasin avec demande de remboursement et de les remplacer par un produit de substitution.**

Par ailleurs, en accord avec les autorités sanitaires, nous avons immédiatement pris la décision de procéder à la mise en place d'un arrêté technique de nos installations afin d'y engager des mesures de nettoyage et de désinfection additionnelles et renforcées.

LNS renouvelle ses profonds regrets à l'ensemble des parents dont les enfants auraient pu tomber malades suite à la consommation de certains laits infantiles issus de son unité, et ses souhaits de prompt rétablissement aux jeunes enfants.

Nous comprenons l'inquiétude des parents et répondons à leurs questions au numéro vert **0 800 120 120**, ouvert de 9h00 à 20h00, ainsi que sur nos sites internet www.picot.fr et www.milumel.fr.

De son côté la **Direction générale de la santé** a mis en place le numéro d'information suivant : **0 800 636 636**.

Liste des produits :

Milumel Bio 1^{er}, 2^e, 3^e âge - Milumel Relais 1^{er}, 2^e âge - Milumel Premigest 1^{er}, 2^e, 3^e âge.

Picot Nutrition Quotidienne 1^{er} âge - Picot Bébé Gourmand 1^{er}, 2^e âge - Picot Bio 1^{er}, 2^e, 3^e âge - Picot Picogest 1^{er} 2^e, 3^e âge

Picot Pepti-Junior 1^{er}, 2^e, 3^e âge - Picot Riz 1^{er}, 2^e âge - Picot HA 1^{er}, 2^e âge - Picot SL (sans lactose) - Picot AR 1^{er}, 2^e âge

Picot Action Coliques 1^{er}, 2^e âge - Picot Action Transit 1^{er}, 2^e âge

Milumel Premigest 1^{er}, 2^e âge - Milumel Anti Régurgitations 1^{er}, 2^e âge - Milumel HA - Pré Milumel - Milumel Expert 2

Se reporter au site Lactalis pour la liste des lots des produits concernés.



<http://www.lactalis.fr/>

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 10 DÉCEMBRE 2017

RECOMMANDATIONS de la Société Française de Pédiatrie (SFP) concernant le remplacement des préparations infantiles du groupe Lactalis Nutrition Santé (LNS)



• Alternatives au lait Picot 1^{er} âge (uniquement vendu en pharmacie)

Il s'agit d'un lait 1^{er} âge standard utilisé chez les nourrissons bien portants entre la naissance et 4-6 mois. Il peut être remplacé par n'importe quel autre lait 1^{er} âge standard. Prenez conseil auprès de votre médecin ou votre pharmacien.

• Alternatives au lait Carrefour 1^{er} âge

Il s'agit d'un lait 1^{er} âge standard utilisé chez les nourrissons bien portants entre la naissance et 4-6 mois. Il peut être remplacé par n'importe quel autre lait 1^{er} âge standard. Prenez conseil auprès de votre médecin ou votre pharmacien.

• Alternatives au lait Carrefour 2^e âge

Il s'agit d'un lait standard 2^e âge utilisé chez les nourrissons bien portants entre 4-6 mois et 10-12 mois. Il peut être remplacé par n'importe quel autre lait 2^e âge standard. Prenez conseil auprès de votre médecin ou votre pharmacien.

• Alternatives au lait Picot Relais 1 (uniquement vendu en pharmacie)

Il s'agit d'un lait 1^{er} âge sans huile de palme indiqué en relais de l'allaitement maternel avant 6 mois. Il peut être remplacé par n'importe quel autre lait 1^{er} âge standard (dont ceux sans huile de palme précédemment mentionnés) ou un autre lait relais 1^{er} âge (qui contiennent tous de l'huile de palme, sauf Optima Relais 1):

- Gallia Calisma Relais 1
- Guigoz Evolia Relais 1
- Novalac Relia 1
- Optima 1 Relais
- Physiolic Relais 1

La SFP rappelle que l'huile de palme ne présente aucun danger chez l'enfant.

• Alternatives au lait Milumel Relais 1^{er} âge

Il s'agit d'un lait 1^{er} âge sans huile de palme indiqué en relais de l'allaitement maternel avant 6 mois. Il peut être remplacé par n'importe quel autre lait 1^{er} âge standard (dont ceux sans huile de palme précédemment mentionnés) ou un autre lait

relais 1^{er} âge (qui contiennent tous de l'huile de palme, sauf Optima Relais 1):

- Gallia Calisma Relais 1
- Guigoz Evolia Relais 1
- Novalac Relia 1
- Optima 1 Relais
- Physiolic Relais 1

La SFP rappelle que l'huile de palme ne présente aucun danger chez l'enfant.

• Alternatives au lait Milumel Relais 2^e âge

Il s'agit d'un lait 2^e âge sans huile de palme indiqué en relais de l'allaitement maternel après 6 mois. Il peut être remplacé par n'importe quel autre lait 2^e âge standard (dont ceux sans huile de palme précédemment mentionnés) ou un autre lait relais 2^e âge (qui contiennent tous de l'huile de palme):

- Gallia Calisma Relais 2
- Guigoz Evolia Relais 2
- Novalac Relia 2
- Physiolic Relais 2

La SFP rappelle que l'huile de palme ne présente aucun danger chez l'enfant.

• Alternatives au lait Picot Bio 1 (uniquement vendu en pharmacie)

La particularité de ce lait 1^{er} âge, indiqué de la naissance à 4-6 mois, est d'être Bio et de ne pas contenir d'huile de palme. Les autres laits 1^{er} âge qui ont ces 2 particularités (Bio et sans huile de palme) sont les suivants:

- Guigoz Bio 1
- Modilac Bio 1
- Optima 1
- Physiolic Bio 1
- Prémibio 1
- Priméa 1

• Alternatives au lait Picot Bio 2 (uniquement vendu en pharmacie)

La particularité de ce lait 2^e âge, indiqué entre 4-6 mois et 10-12 mois, est d'être Bio et de ne pas contenir d'huile de palme. Les autres laits 2^e âge qui ont ces 2 particularités (Bio et sans huile de palme) sont les suivants:

- Guigoz Bio 2
- Modilac Bio 2
- Optima 2
- Physiolic Bio 2
- Prémibio 2
- Priméa 2



Les tire-laits personnels Medela :

Les alliés des Mamans pour prolonger la durée de l'allaitement

Avec la gamme de tire-laits à l'achat Medela, concilier allaitement et reprise d'activités devient un jeu d'enfant ! Que ce soit pour stimuler la production de lait, reprendre une activité professionnelle ou impliquer le Papa dans l'allaitement maternel, ces produits répondent à tous les besoins des Mamans.



Harmony™

Tire-lait manuel



Swing™

Tire-laits électriques



Swing Maxi™



Freestyle®

Ces tire-laits intègrent la **technologie 2-Phase Expression®**, qui imite le rythme naturel de succion du bébé, pour permettre aux mères d'exprimer davantage de lait en moins de temps.



Grâce au **double pompage**, les Mamans peuvent exprimer jusqu'à 18 % de lait en plus, par rapport à l'utilisation d'un tire-lait simple¹.



Medela France

Mai 2017

1. Prime DK, Garbin CP, Hartmann PE and Kent JC. A comparison of simultaneous and sequential breast expression in women. Présentation effectuée lors de la 15e conférence internationale de l'International Society for Research in Human Milk and Lactation. Lima, Pérou ; Oct. 8-11, 2010 (soumis pour publication)

Ces produits sont des dispositifs médicaux de classe IIa, CE0123 Lire attentivement la notice et demandez conseil à un professionnel de santé.
Régime de remboursement : Achat d'un tire-lait personnel simple pompage 1155064 ou double pompage 1183534.

Medela France
14 rue de la Butte Cordière
91150 Etampes
info@medela.fr
www.medela.fr

> Suite de la page 32

• **Alternatives au lait Picot Bio 3 (uniquement vendu en pharmacie)**

La particularité de ce lait de croissance, indiqué à partir de 10-12 mois, est d'être Bio et de ne pas contenir d'huile de palme. Les autres laits de croissance qui ont ces 2 particularités (Bio et sans huile de palme) sont les suivants :

- Babybio Croissance
- Candia Baby Croissance Bio
- Modilac Bio 3
- Physiolac Bio Croissance
- Prémibio 3

• **Alternatives au lait Milumel Bio 1**

La particularité de ce lait 1^{er} âge, indiqué de la naissance à 4-6 mois, est d'être Bio et de ne pas contenir d'huile de palme. Les autres laits 1^{er} âge qui ont ces 2 particularités (Bio et sans huile de palme) sont les suivants :

- Guigoz Bio 1
- Modilac Bio 1
- Optima 1
- Physiolac Bio 1
- Prémibio 1
- Priméa 1

• **Alternatives au lait Milumel Bio 2**

La particularité de ce lait 2^e âge, indiqué entre 4-6 mois et 10-12 mois, est d'être Bio et de ne pas contenir d'huile de palme. Les autres laits 2^e âge qui ont ces 2 particularités (Bio et sans huile de palme) sont les suivants :

- Guigoz Bio 2
- Modilac Bio 2
- Optima 2
- Physiolac Bio 2
- Prémibio 2
- Priméa 2

• **Alternatives au lait Milumel Bio 3**

La particularité de ce lait de croissance, indiqué à partir de 10-12 mois, est d'être Bio et de ne pas contenir d'huile de palme. Les autres laits de croissance qui ont ces 2 particularités (Bio et sans huile de palme) sont les suivants :

- Babybio Croissance
- Candia Baby Croissance Bio
- Modilac Bio 3
- Physiolac Bio Croissance
- Prémibio 3

• **Alternatives au lait Pré-Milumel (uniquement vendu en pharmacie)**

Ce lait est destiné aux enfants prématurés et de faible poids de naissance. Les autres laits équivalents sont les suivants :

- Modilac Pré expert
- Novalac Pré
- Pré Guigoz étape 2
- Pré Nidal

• **Alternatives aux laits Picogest 1, 2 et 3 (uniquement vendu en pharmacie)**

Ces laits ont la particularité d'être légèrement pré-épaissis avec de l'amidon et de contenir des probiotiques et des prébiotiques. Ils sont prescrits en cas de troubles digestifs mineurs. Ils n'ont pas vraiment d'équivalents sur le marché. Ils peuvent être remplacés par un lait standard adapté à l'âge (1^{er} âge, 2^e âge ou de croissance) en attendant de revoir votre médecin ou votre pharmacien qui pourra prescrire un autre lait selon les troubles digestifs de votre enfant.

• **Alternatives aux laits Milumel Premigest 1, 2 et 3**

Ces laits ont la particularité d'être sans huile de palme, légèrement pré-épaissis avec de

l'amidon et de contenir des probiotiques et des prébiotiques. Ils sont prescrits en cas de troubles digestifs mineurs.

Ils n'ont pas vraiment d'équivalents sur le marché. Ils peuvent être remplacés par un lait standard adapté à l'âge (1^{er} âge, 2^e âge ou de croissance) en attendant de revoir votre médecin ou votre pharmacien qui pourra prescrire un autre lait selon les troubles digestifs de votre enfant.

• **Alternatives aux laits Picot AT 1 et 2 (uniquement vendu en pharmacie)**

Ces laits ont la particularité de contenir 100 % de lactose. Ils sont indiqués en cas de constipation. Les autres laits contenant 100 % de lactose sont les suivants :

- Modilac Expert Transit 1 et 2
- Novalac Transit 1 et 2

• **Alternatives aux laits Picot bébé Gourmand 1 et 2 (uniquement vendu en pharmacie)**

Ces laits sont prescrits en cas de satiété insuffisante. Ils se caractérisent par un enrichissement en caséines. Ils peuvent être remplacés par un lait standard adapté à l'âge (1^{er} âge ou 2^e âge) ou par l'autre lait du marché ayant des caractéristiques proches (après avis de votre médecin ou de votre pharmacien) :

- Novalac S 1 et 2

• **Alternatives aux laits Picot HA et Milumel HA (uniquement vendu en pharmacie)**

Ces laits contiennent des protéines du lait de vache partiellement hydrolysées. Ils sont indiqués dans la prévention du risque allergique chez les nourrissons ayant des antécédents familiaux d'allergie. Ils peuvent être remplacés par les autres laits HA disponibles :

- Bébé Expert Gallia HA
- Guigoz HA
- Modilac Expert HA
- Novalac HA
- Nutriben HA
- Physiolac HA

Attention : ces laits HA ne conviennent pas aux nourrissons ayant une allergie avérée aux protéines du lait de vache. Ils ne peuvent donc pas remplacer le lait Pepti-Junior.

• **Alternatives aux laits Picot AC 1 et 2 (uniquement vendu en pharmacie)**

Ces laits ont la particularité d'avoir des protéines partiellement hydrolysées, des acides gras structurés et un probiotique. Ils sont prescrits chez les nourrissons souffrant de coliques (pleurs). Ils peuvent être remplacés par un lait standard adapté à l'âge (1^{er} âge ou 2^e âge) ou un autre lait indiqué en cas de coliques (après avis de votre médecin ou de votre pharmacien) :

- Gallia Action Coliques
- Guigoz Expert AC
- Novalac AC 1 et 2

• **Alternatives aux laits Picot AR 1 et 2 (uniquement vendu en pharmacie)**

Ces laits ont la particularité d'être pré-épaissis avec de la caroube. Ils sont indiqués chez les nourrissons qui régurgitent. Les autres laits AR pré-épaissis avec uniquement de la caroube sont les suivants :

- Blédilait AR 1 et 2
- France Lait AR
- Gallia Bébé Expert AR 1 et 2
- Nutriben AR 1 et 2

Remarque : il existe aussi d'autres laits AR pré-épaissis avec de l'amidon au lieu de la caroube ou avec les 2 épaississants réunis.

• **Alternatives aux laits Milumel AR 1 et 2 (uniquement vendu en pharmacie)**

Ces laits ont la particularité d'être pré-épaissis avec de la caroube. Ils sont indiqués chez les nourrissons qui régurgitent. Les autres laits AR pré-épaissis avec uniquement de la caroube sont les suivants :

- Blédilait AR 1 et 2
- France Lait AR
- Gallia Bébé Expert AR 1 et 2
- Nutriben AR 1 et 2

Remarque : il existe aussi d'autres laits AR pré-épaissis avec de l'amidon au lieu de la caroube ou avec les 2 épaississants réunis.

• **Alternatives au lait Picot SL (uniquement vendu en pharmacie)**

Ce lait a la particularité d'être sans lactose. Il est indiqué au décours d'une diarrhée sévère ou traînante pendant une durée limitée. Les autres laits sans lactose disponibles sont les suivants :

- Bébé Expert Diargal
- Guigoz AD
- Modilac Expert SL
- Novalac Diarivova
- Nutriben Sans Lactose
- Physiolac Episodes Diarrhéiques

Remarque : ces laits sont également indiqués chez les enfants souffrant de galactosémie congénitale, une maladie rare prise en charge dans des centres spécialisés. Prenez contact avec votre pédiatre pour remplacer Picot SL dans cette indication.

• **Alternatives au lait Pepti-Junior (uniquement vendu en pharmacie)**

Cette préparation est un hydrolysate poussé de protéines solubles du lait de vache. Son indication principale est l'allergie aux protéines du lait de vache. Il en existe 2 autres sur le marché :

- Althéra
- Galligène ou Pepticate (changement récent d'appellation)

Si ces deux derniers laits ne sont pas disponibles, il est possible de les remplacer par des hydrolysates poussés de caséines du lait de vache, les cas d'enfants allergiques aux protéines du lait de vache tolérant les hydrolysates poussés de protéines solubles mais pas ceux de caséines étant tout à fait exceptionnels. Les hydrolysates poussés de caséines disponibles sont les suivants :

- Novalac Allernova
- Nutramigen LGG
- Nutriben APLV
- Prégestimil

• **Alternatives à la préparation Picot Riz 1 et 2 (uniquement vendu en pharmacie)**

Cette préparation à base de protéines de riz ne contient pas de lait de vache. Sa composition est conforme à la réglementation européenne qui régit les préparations pour nourrissons. Elle est indiquée en cas d'allergie aux protéines du lait de vache ou pour les familles ayant une aversion pour le lait ou les produits d'origine animale. Ses alternatives sont les suivantes :

- Bébé Mandorle Riz 1 et 2
- Modilac Riz 1 et 2
- Novalac Riz
- Prémiriz 1 et 2

Attention : toutes les autres boissons à base de riz ou d'autres végétaux (amande, avoine, châtaigne, épeautre, noisette, quinoa, soja) ne sont pas adaptées aux nourrissons. Leur utilisation à cet âge est susceptible d'entraîner des carences nutritionnelles graves. Elles ne peuvent donc pas constituer une alternative.

Mais qui est la mère ?

● Catherine MALLAVAL,
Mathieu NOCENT

« La gestation pour autrui a toujours existé. Déjà dans la Bible ! La révolution, c'est d'avoir su prélever un ovocyte pour le féconder in vitro et l'implanter chez une autre. »

Monique Bydlowski psychiatre-psychanalyste

Dans les dix ans à venir, il n'y aura quasiment plus d'enfants à adopter. Le nombre des infertilités médicales ou sociales (couples gays) va exploser et ouvrir un champ considérable à la GPA, interdite en France depuis 1994.

Partout dans le monde, des femmes sont prêtes à porter, gratuitement ou contre paiement, les bébés de ces couples infertiles. Une pratique universelle aujourd'hui interdite ou limitée, tolérée, laissée dans le flou ou livrée au commerce. Mais un jour, un accord international l'encadrera.

Un défi extraordinaire se pose à l'humanité. Qui est la mère de l'enfant ainsi conçu ? Celle qui accouche, celle qui l'adopte et va l'élever ? L'enfant d'un couple gay peut-il tout ignorer de sa génitrice ? La GPA questionne avec acuité la maternité et la famille du troisième millénaire.

En interrogeant des gestatrices, des parents ayant eu recours à une GPA, des enfants ainsi nés, mais aussi des médecins gynécologues, des juristes et sociologues aux opinions divergentes, Mais qui est la mère ? offre tous les éléments d'une réflexion inéluctable et passionnante.

Aujourd'hui, tout le monde connaît un enfant né par FIV. Demain, tout le monde connaîtra un enfant né par GPA.

Catherine Mallaval est journaliste à Libération depuis 1989, en charge des questions de société et plus particulièrement de la famille.

Mathieu Nocent est journaliste indépendant, spécialiste santé, LGBT et famille. Défenseur des droits des couples de même sexe lors des débats sur le mariage pour tous.

Éditions Les arènes
20 € - 300 pages
ISBN : 9782352046820

Format : 145 x 220 mm
Parution : 18 octobre 2017
<http://www.aren.es.fr>



Le livre noir de la gynécologie

Maltraitements gynécologiques et obstétricaux, l'enquête

● Mélanie DÉCHALOTTE

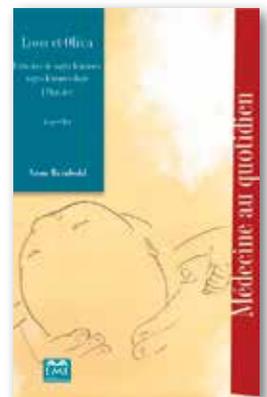
Tout au long de leur vie, les femmes mettent leur corps entre les mains des gynécologues. Paternalisme, sexisme, examens brutaux, paroles déplacées ou culpabilisantes, humiliations, absence de consentement, épisiotomies superflues, déclenchements abusifs... Si elles ont longtemps ignoré ou tu la maltraitance médicale, perçue comme inhérente à la condition féminine, les femmes osent désormais dénoncer la violence verbale ou physique de certains praticiens.

Après son documentaire sur *France Culture* consacré à ce thème, Mélanie Déchalotte a rencontré des femmes qui témoignent, dans cette enquête, de leur expérience douloureuse. En révélant les traumatismes et les séquelles psychiques et physiques liés aux mauvais traitements en gynécologie et obstétrique, chaque récit, intime, bouleversant et révoltant, illustre une réalité à laquelle toute patiente peut un jour être confrontée.

Ce livre participe à la nouvelle réflexion féministe sur la réappropriation par les femmes de leur corps tout au long de leur vie sexuelle (puberté, contraception, avortement, grossesse, accouchement, ménopause, etc.). Il nous éclaire sur les droits de la parturiente et invite les professionnels à mener une réflexion éthique et humaniste sur les violences du soin en général et des actes gynécologiques et obstétricaux en particulier, afin que ces pratiques cessent.

First Éditions
18,95 € - 488 pages
ISBN : 9782754090285

Parution : 5 octobre 2017
www.editionsfirst.fr



Lison et Oliva. Histoires de sages-femmes

Nouvelles

● Anne REINBOLD

Ce recueil de quatre nouvelles nous fait découvrir, à travers des petits récits de vie quotidienne, ce que furent les défis à relever par ces femmes passeuses de vie au sein de l'Inquisition, pendant les luttes ouvrières du XIX^e siècle, dans l'après-mai 68 et en ce début du XXI^e siècle. A-t-on encore besoin des sages-femmes ?

Infirmière, sage-femme, licenciée en sciences médico-sociales et hospitalières. Anne Reinbold a travaillé en maternité en Suisse, en République démocratique du Congo et en Belgique. Elle a également professé en écoles d'infirmières et de sages-femmes avant de diriger une école d'infirmières.

EME Éditions
13,78 € - 136 pages
Version numérique : 10,99 €
ISBN : 9782806636164
Format : 13,5 x 21,5 cm
<http://www.eme-editions.be>

Extraits de son Mémoire de Master 2 "Santé publique et Environnement - Spécialité Périnatalité : Management et Pédagogie" - Université de Bourgogne. Avec son aimable autorisation.

La collaboration interprofessionnelle

CADRE GÉNÉRAL

La notion d'équipe est évoquée en 1985 par L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui en donne une définition générale. Elle définit une équipe de santé comme « *un groupe de personnes partageant des objectifs de santé communs déterminés par les besoins de la communauté, envers quoi les membres de l'équipe contribuent de manière coordonnée en tenant compte des compétences et des fonctions de chacun* » ⁽¹⁾.

En 2010, l'OMS fait évoluer cette définition en introduisant la notion de pratique collaborative. La pratique en collaboration dans les soins de santé se produit lorsque plusieurs travailleurs de la santé provenant de différents milieux professionnels offrent des services complets en travaillant avec les patients, leurs familles, les soignants et les collectivités à offrir la meilleure qualité des soins dans tous les milieux ⁽²⁾.

Cette définition encourage les intervenants de différentes disciplines à travailler ensemble.

Les chercheurs canadiens ont beaucoup travaillé sur le sujet du travail d'équipe et de la collaboration. Les auteurs D'Amour, Sicotte et Lévy proposent de définir la collaboration interprofessionnelle comme un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun et de partager leurs connaissances, leur expertise et leur expérience pour les mettre au service des patients ⁽³⁾.

Le *Canadian Interprofessional Health Collaborative* précise cette définition en introduisant le caractère partenarial de la relation soignant-soigné. Il définit la collaboration interprofessionnelle comme un partenariat entre une équipe de soins et un client qui s'effectue selon une approche de processus décisionnel qui est participative, collaborative et coordonnée ⁽⁴⁾.



Un groupe de personnes partageant des objectifs de santé communs déterminés par les besoins de la communauté, envers quoi les membres de l'équipe contribuent de manière coordonnée en tenant compte des compétences et des fonctions de chacun.



Cette définition permet de mettre l'accent sur les interactions et les relations qui lient les différents professionnels dans le phénomène de collaboration.

LOGIQUE DE LA PROFESSIONNALISATION À LA COLLABORATION

D'Amour et ses collaborateurs identifient deux logiques antagonistes : la logique de la professionnalisation et la logique de la collaboration (*Figure 1*) ⁽⁵⁾. Il s'agit de deux pôles entre lesquels les professionnels de santé oscillent au cours de leur exercice. Pour accéder à la pratique collaborative, il s'agirait de tendre vers la logique de la collaboration. En effet, la collaboration interprofessionnelle est un processus

évolutif et dynamique dont l'intensité s'ajuste selon la complexité des besoins de la personne et de ses proches. Les patients sont au centre des besoins et au centre de la collaboration puisqu'ils constituent la raison principale à l'interdépendance des professionnels. Les patients sont en même temps des membres actifs de l'équipe et les bénéficiaires des soins de l'équipe ^(5, 6).

LES DÉTERMINANTS DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

La pratique en collaboration interprofessionnelle est influencée par des éléments externes à l'organisation (facteurs macro), des éléments propres à l'organisation (facteurs méso) et des éléments propres

Logique de la professionnalisation	Logique de la collaboration
Vision mécaniste de la personne	Vision humaniste de la personne
La personne est perçue comme un ensemble de la partie. La situation est objectivée	La personne est perçue comme un être biopsychosocial en interaction avec son milieu
La personne est non participante	Reconnaissance du droit à l'autodétermination de la clientèle
On privilégie le pouvoir, l'autorité, l'expertise, la spécialisation	On privilégie le partage et l'intégration des savoirs et des pratiques
Taxonomie rigide du savoir	Intégration des savoirs, reconnaissance de la complexité
Approche centrée autour des territoires professionnels	Approche centrée sur la clientèle
Les frontières sont étanches	Partage de zones d'intervention
Relations entre professionnels sont parallèles, cumulatives et non interactives	Partenariat interactif. Intersubjectivité permet une meilleure compréhension
On vise le contrôle, régulation d'un marché pour des services techniques	On vise l'approche globale et participative

Figure 1 : Comparaison entre une logique de la professionnalisation et une logique de la collaboration interprofessionnelle selon D'Amour ⁽⁵⁾



Figure 2 : Pratique collaborative: Processus et résultats ⁽⁵⁾

aux relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe (facteurs micro). Ceci en fait un concept complexe. Ces déterminants peuvent être définis comme des éléments clés du développement et du renforcement de la collaboration au sein des équipes (Figure 2) ⁽⁵⁾.

Les déterminants de la collaboration interprofessionnelle peuvent être regroupés en deux grandes catégories: les facteurs organisationnels et les facteurs interactionnels ⁽⁵⁾.

Les facteurs organisationnels contribuent au développement d'un environnement propice à la collaboration interprofessionnelle. Les études soulignent l'importance de la structure, de la technologie, de la taille et de la composition du groupe, du design de la tâche et de l'environnement organisationnel. Un des facteurs organisationnels déterminant de la collaboration est l'appui institutionnel au fonctionnement d'équipe. Le temps de rencontre et de partage est aussi un facteur qui influence la collaboration interprofessionnelle. La collaboration interprofessionnelle est favorisée par des systèmes de communication et d'information efficaces ^(5, 6).

Les facteurs interactionnels dépendent des relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe. Ils traduisent les comportements et les attitudes des membres de l'équipe et les relations au sein de l'équipe.

Ce sont les plus étudiés dans la littérature. Ils regroupent des variables comme la communication, l'engagement envers le groupe, l'autonomie, le sentiment de responsabilité, le soutien mutuel, la cohésion. Les principaux facteurs interactionnels retrouvés sont présentés et décrits ci-après ^(3, 7, 8).

La communication formelle et informelle entre soignants ainsi qu'entre professionnels, patients et familles est essentielle aux soins collaboratifs centrés sur le patient. Une communication efficace implique que l'information soit bien transmise et bien réceptionnée. Selon les données de la HAS, 27 % des événements indésirables associés aux soins sont dus à des facteurs liés à l'équipe. Les problèmes de communication sont retrouvés dans 37 % des cas ⁽⁹⁾. Une mauvaise communication désorganise le travail et la coordination de l'équipe. Les causes des erreurs les plus fréquentes ont également été étudiées par l'équipe du Dr Phillips aux États-Unis, qui estime la part des erreurs liées à un problème de communication autour de 15 % ⁽¹⁰⁾.

Selon l'étude qualitative de Suther et ses collaborateurs, menée auprès de 60 professionnels de santé, la communication et la compréhension des rôles et des responsabilités de chacun sont les deux principales composantes de la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient ⁽¹¹⁾.



L'engagement affectif est la forme d'engagement la plus étudiée et présentant le plus grand intérêt pratique. Elle renvoie à un attachement fondé sur l'adhésion aux objectifs et aux valeurs de l'organisation.



L'engagement organisationnel est défini comme le lien construit entre un employé et son organisation. Les recherches ont montré son rôle positif au niveau des performances, du bien-être organisationnel et des comportements bénéfiques pour le groupe et l'organisation ⁽¹²⁾. L'engagement affectif est la forme d'engagement la plus étudiée et présentant le plus grand intérêt pratique. Elle renvoie à un attachement fondé sur l'adhésion aux objectifs et aux valeurs de l'organisation. C'est une clé de motivation personnelle qui va guider les comportements individuels au service de l'équipe ⁽¹³⁾.

Le soutien social perçu décrit l'aide dont peut bénéficier le salarié, de la part de ses supérieurs hiérarchiques ou de ses collègues. Il comprend le soutien organisationnel perçu correspondant aux croyances générales concernant le degré selon lequel l'organisation valorise la contribution des salariés et se soucie de leur bien-être. Il comprend également le soutien mutuel, celui des membres de l'équipe. La perception d'un soutien organisationnel élevé a des effets majeurs sur l'organisation en termes de performance et d'intérêt porté à la tâche ⁽¹⁴⁾.

Le sentiment d'auto-efficacité constitue la croyance qu'a un individu en sa capacité de réaliser une tâche ⁽¹⁵⁾.

Dans un contexte de santé, Le Blanc et ses co-auteurs ont montré que, bien que médiatisé par l'engagement de l'équipe, plus les infirmières se sentaient compétentes, plus elles perçoivent la pratique collaborative dans leur unité de soins ⁽¹⁶⁾.

La connaissance des rôles et des responsabilités de chacun est, comme certains auteurs le font valoir, un pré-requis important pour que la collaboration se produise. Il est important, pour une meilleure collaboration, de reconnaître et de respecter l'expertise de tous les professionnels pour le bénéfice du patient ⁽¹¹⁾.

Les rôles et les activités professionnelles peuvent être abordés sous l'angle du travail prescrit et du travail réel. Le travail prescrit correspond à ce qui est attendu du professionnel, ce qui correspond à son cœur de métier. Le travail réel renvoie au travail « vraiment » réalisé au quotidien sur le terrain. Les études montrent que les écarts entre travail prescrit et travail réel en service hospitalier impactent le travail collectif qui vient réguler ces écarts ⁽¹⁷⁾.

La latitude décisionnelle dont dispose le salarié désigne la possibilité de contrôle que l'individu peut exercer sur son travail. Elle recouvre l'autonomie dans l'organisation de ses tâches, la participation aux décisions et l'utilisation de ses compétences (possibilité d'utiliser ses qualifications, capacité à développer des nouvelles compétences). L'autonomie est la capacité de déterminer les règles d'action auxquelles il se soumet, de fixer les modalités précises de son activité, sans que quelqu'un d'autre lui impose ses normes ⁽¹⁸⁾. En d'autres termes, cette dimension concerne les possibilités d'intervention, de décision et de contrôle que le salarié peut avoir sur les contraintes professionnelles ⁽¹⁹⁾.

La reconnaissance professionnelle est une réaction constructive qui consiste

en un jugement sur la contribution de la personne à la fois sur la pratique du travail, l'investissement personnel et la mobilisation ⁽²⁰⁾.

Au niveau personnel, il est important que les individus aient la volonté de s'engager dans une pratique de collaboration, qu'ils partagent des valeurs communes, qu'ils soient présents et actifs dans leur travail avec les autres.

LES AVANTAGES DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Selon la revue de littérature effectuée par Danielle D'Amour et ses associés, la collaboration interprofessionnelle présente un impact à la fois sur les organisations de santé, les patients mais également sur les professionnels de santé ⁽⁶⁾. Plusieurs auteurs ont identifié les effets de la collaboration en santé ^(6, 21). Les effets attendus sur le système de santé sont une réduction des coûts et une meilleure réactivité.

Les effets sur les patients sont observés en termes de résultats cliniques en réduisant le risque d'erreurs et la morbidité tout en procurant une meilleure satisfaction au patient ^(6, 21).

Concernant les professionnels, la collaboration interprofessionnelle permet de diminuer la charge de travail, de remédier à des problèmes de confiance et de communication entre professionnels et de faire face à des problèmes qui dépassent plusieurs professions. Elle permet également d'encourager l'esprit d'équipe, d'identifier et de valoriser les rôles respectifs tout en favorisant le changement dans la pratique. La satisfaction et le bien-être au travail des professionnels sont affectés positivement par la collaboration interprofessionnelle ^(22, 23, 7).



La collaboration interprofessionnelle présente un impact à la fois sur les organisations de santé, les patients mais également sur les professionnels de santé.



À ce titre, le concept de satisfaction professionnelle sera également pris en compte dans le cadre de ce travail.

Selon une revue de la littérature effectuée en 2011 par le CCECQA ⁽²⁴⁾ et s'appuyant sur les travaux de Meysonnier et Roger ⁽²⁵⁾, la satisfaction au travail peut être appréhendée selon trois approches :

- un « état émotionnel » qui peut se définir comme une réponse émotionnelle positive face à une expérience de travail. La perception positive de l'expérience de travail est instable car elle évolue en fonction des expériences et des attentes du salarié.
- une « évaluation » dans laquelle l'individu appréhende l'écart perçu entre ce qu'il attendait de son emploi et de ce qu'il est réellement et
- une « dynamique » dans laquelle « l'individu est en constante adaptation afin de maintenir le niveau de satisfaction qui lui convient ».

Tout comme pour la collaboration, il existe un lien entre satisfaction au travail et qualité des soins. Il a été montré que la satisfaction des soignants est positivement liée à une issue favorable pour le patient et une meilleure perception de la qualité des soins ⁽²⁴⁾.

Les travaux présentés dans la revue de littérature du CCECQA mettent en évidence que le travail d'équipe et la collaboration sont positivement corrélés à la satisfaction professionnelle ⁽²⁴⁾. L'efficacité d'une équipe interprofessionnelle influence positivement la satisfaction des professionnels au travail, la reconnaissance de la contribution au travail et leur santé ^(22, 23, 24, 25).



La collaboration interprofessionnelle permet de diminuer la charge de travail, de remédier à des problèmes de confiance et de communication entre professionnels et de faire face à des problèmes qui dépassent plusieurs professions.



BIBLIOGRAPHIE

- World Health Organisation. *Health manpower requirements for the achievement of health for all by the year 2000 through primary health care: report of a WHO expert committee*. Technical Report Series, N° 717. [Internet]. 1985. [consulté le 15 avril 2017]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39110/1/WHO_TRS_717.pdf
- Gilbert JHV, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *J Allied Health*. 2010; 39 Suppl 1: 196 – 7. [consulté le 15 avril 2017]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf
- D'Amour D, Sicotte C, Lévy R. *L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé*. Sciences sociales et santé. 1999; 17 (3), 67-94.
- A National Interprofessional Competency Framework. *Canadian Interprofessional Health Collaborative; Health Canada 2010*. [Internet]. [consulté le 15 avril 2017]. Disponible sur: https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
- D'Amour D, Oandasan I. *Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept*. *J Interprof Care*. 2005 May; 19 Suppl 1:8 – 20
- D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu M-D. *The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks*. *J Interprof Care*. 2005 May; 19 Suppl 1: 116 – 31.
- Oandasan I, Baker GR, Baker K, et al. *Le travail en équipe dans les services de santé: Promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada*. Recommandations et synthèse pour politique. 2006. [Internet]. [consulté le 15 avril 2017]. Disponible sur: http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/teamwork-synthese-report_f.pdf
- Careau E. *Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux: proposition d'une grille d'observation des rencontres d'équipe interdisciplinaires*. [Thèse de doctorat, Université Laval]. Québec; 2013
- Haute Autorité de Santé. *Analyse des causes profondes des événements indésirables associés aux soins (EIAS)* issus de la base de retour d'expérience du dispositif d'accréditation [Internet]. [consulté le 20 avril 2017]. Disponible sur: https://webzine.has-sante.fr/portail/jcms/c_2039719/fr/analyse-des-causes-profondes-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias-issus-de-la-base-de-retour-d-experience-du-dispositif-d-accreditation?cid=c_1770196
- Haute Autorité de Santé. *Revue de littérature sur qualité de vie au travail et qualité des soins* [Internet]. [consulté le 20 avril 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2610262/fr/revue-de-litterature-sur-qualite-de-vie-au-travail-et-qualite-des-soins
- Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S. *Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice*. *J Interprof Care*. 2009 Jan; 23 (1): 41 – 51.
- Vandenbergh C, Landry G, Panaccio AJ. Engagement organisationnel. In: Rojot J, Roussel P, Vandenbergh C. *Comportement organisationnel, volume 3: Théories des organisations, motivation au travail, engagement organisationnel*. Bruxelles: De Boeck; 2009. p. 207-228.
- Meyer JP, Allen NJ. A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*. 1991 Mar 1; 1 (1): 61 – 89.
- Rhoades L, Eisenberger R. *Perceived organizational support: a review of the literature*. *J Appl Psychol*. 2002 Aug; 87 (4): 698 – 714.
- Bandura A. *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change*. *Psychological Review*. 1997; 84: 191-215.
- Le Blanc PM, Schaufeli WB, Salanova M, Llorens S, Nap RE. (2010). *Efficacy beliefs predict collaborative practice among intensive care unit nurses*. *Journal of advanced nursing*. 2010; 66 (3): 583-594.
- Garcia F. *Formes et dynamiques du travail collectif réel. Analyse et développement à partir des notions d'activité et de régulation*. [Thèse de doctorat]. Lille: Université Lille2 Faculté de Médecine H Warembourg; 2009
- Desrumaux P. *Comment favoriser les comportements citoyens et prosociaux au travail*. In: Bernaud J L, Desrumaux P, Guédon D. *Psychologie de la bientraitance professionnelle: Concepts, modèles et dispositifs*. Dunod; 2016. p17
- Karasek RA. *Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign*. *Administrative Science Quarterly*. 1979; 24 (2): 285 – 308.
- Saint Hilaire F. *Développer la reconnaissance au travail*. In: Bernaud J L, Desrumaux P, Guédon D. *Psychologie de la bientraitance professionnelle: Concepts, modèles et dispositifs*. Dunod; 2016. p. 247-250
- Borrill C, West M, Shapiro D, Rees A. *Team working and effectiveness in health care*. *British Journal of Healthcare Management*. 2000; 6 (8): 364-371.
- Zwarenstein M, Reeves S, Perrier L. *Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure collaborative interventions*. *J Interprof Care*. 2005 May; 19 Suppl 1: 148 – 65.
- Sexton JB, Holzmueller CG, Pronovost PJ, Thomas EJ, McFerran S, Nunes J, et al. *Variation in caregiver perceptions of teamwork climate in labor and delivery units*. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*. 2006Aug; 26 (8): 463 – 70.
- Randon S. *Actualisation 2011 de la revue de littérature sur la satisfaction au travail conduite par le CCECQA en 2000*. [Internet]. 2010. [consulté le 15 avril 2017]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/hal-00748863/document>
- Meyssonnier R, Roger A. *L'impact du cocooning organisationnel et des opportunités d'emploi sur le lien entre satisfaction au travail et intention de quitter*. XVII^e Congrès de l'AGRH; 2006; Reims, France.

Le triomphe du jour ou/et de la nuit

dans *La Légende dorée* de Jacques de Voragine

On aurait tort de ne pas s'intéresser à la chose littéraire lorsqu'on étudie l'histoire de l'obstétrique pour deux raisons : d'une part, pour le plaisir de lire et d'autre part, parce qu'elle est porteuse d'un intérêt immédiat pour son étude et ce n'est pas un mince avantage. On y trouve de nombreuses représentations, parfois des clichés, qui disent la richesse de ce moyen d'expression comme « grand témoin » de l'évolution de la science obstétricale. Ainsi, *La Légende dorée*, ouvrage médiéval du XIII^e siècle de Jacques de Voragine (1228-1298), dont les bases de l'apport à l'histoire de l'obstétrique ont été jetées dans les précédents numéros des *Dossiers de l'Obstétrique*¹, constitue un ensemble riche d'enseignement. Nous avons voulu dans ce numéro observer le thème de la naissance dans ce récit qui contient la genèse de nombre de représentations actuelles.

NAÎTRE SOUS LA CONSTELLATION DE SATURNE : QUELQUES PRÉCISIONS

Tout en rédigeant la vie des saints, le dominicain italien Jacques de Voragine, raconte sans masque la grossesse puis vient le moment de l'épreuve et du soulagement. L'enfant va sortir de l'ombre et sa mère, prête à accoucher², est mise à l'épreuve, comme le souligne Jacques de Voragine. Le thème de l'enfantement³ nourrit une grande partie de *La Légende dorée*. Fidèle aux prescriptions de son époque, Jacques de Voragine y évoque l'influence des astres sur le futur être le jour de la naissance. L'examen de l'épisode suivant apporte une opinion sur le devenir de celles et ceux qui sont nés sous la constellation de Saturne⁴.

Dans la vie de saint Clément, Jacques de Voragine fait dire à un vieillard : « *Et quand le débat sur la Providence fut épuisé, le vieillard dit : "Je serais tout prêt à admettre la réalité d'une Providence, si je n'avais eu dans ma vie la preuve manifeste du hasard aveugle qui dirige les choses. Sachez donc que ma femme, née sous la constellation de Vénus et de Saturne, se trouvait par-là prédestinée à commettre l'adultère, à s'éprendre d'un esclave et à être esclave" [...]* »

Nous retrouvons cette « superstition » dans le *Centiloquium* du pseudo-ptolémaïque Haly. Par ailleurs Raymond Klibanski écrivait dans *Saturne et la mélancolie* : « *L'affinité avec les choses sales est déjà soulignée : "Les hommes nés sous Saturne comptent parmi les créatures les plus méprisables et les plus misérables qui soient. À cette catégorie appartiennent les habitués fossoyeurs, les nettoyeurs de latrines et les hommes qui assignent en justice"* »

1. *Les Dossiers de l'Obstétrique* 446, 447, 449, 450 et 464.

2. La seule mention de ce moment qui précède l'accouchement se trouve dans le chapitre consacré à saint Michel. « *Le même lieu fut témoin d'un autre miracle mémorable. Il y a là une montagne que la mer entoure de toutes parts ; mais le jour de la fête de saint Michel, un passage s'y ouvre pour le peuple. Or, un jour qu'une grande foule s'y pressait vers l'église, une femme s'y trouvait mêlée qui était enceinte et près d'accoucher. Et voici que, tout à coup, les vagues affluèrent d'un grand élan, et toute la foule épouvantée s'enfuit sur le rivage, à l'exception de la femme enceinte qui, ne pouvant fuir fut prise par les flots. Mais l'archange saint Michel la garda de tout mal. Au milieu des flots, elle enfanta un fils, qu'elle allaita de son sein ; puis la mer lui livra, et on la vit sortir avec son enfant.* »

3. L'extrait précédemment cité, issu du chapitre consacré à saint Michel, offre la première mention trouvée du terme « enfanter ». Plus loin dans *La Translation de saint Rémy* nous lisons : « *Plus tard, elle conçut de nouveau et enfanta un autre fils qu'elle parvint également à faire baptiser. Et, de nouveau, l'enfant tomba malade au point qu'on désespérait de sa vie. Et Clovis dit à sa*

femme : "Quand même tu enfanterais mille fils, ils périraient tous si tu les baptisais !" Pourtant ce second enfant guérit ; et ce fut lui qui, dans la suite, succéda à Clovis. »

Le terme est utilisé dans la vie de saint Brice : « *A la mort de saint Martin, Brice fut élu évêque de Tours. [...] Quant à sa chasteté, jamais il ne l'avait entamée ni ne devait l'entamer. Cependant la trentième année de son épiscopat, une religieuse qui lui lavait ses vêtements fut séduite et enfanta un fils.* »

Enfin on lit dans le chapitre sur saint Moïse : « *Un vieillard malade voulait se rendre en Égypte pour ne pas être trop à charge aux frères. Moïse lui dit : "Ne t'en va pas, car tu commettrais le péché de chair !" Et le vieillard : "Comment peux-tu me dire cela, à moi qui ne suis plus qu'un cadavre ?" Il partit donc, et une jeune fille le soigna par dévouement ; et quand il fut convalescent, il la viola. Lorsqu'elle eut enfanté un fils, le vieillard prit l'enfant dans ses langes [...].* »

4. Lire James Dauphine, *Le soleil, la lune et les étoiles*. Aix-en-Provence, Presses universitaires de Provence, 1983, 470 p et Anna Caiozzo, *Images du ciel d'Orient au Moyen-Âge*. Paris, Presses Paris Sorbonne, 2003, 485 p.



Saint Cyprien,
sainte Justine
et le Démon selon
La Légende dorée.

Photo : Wikipedia

L'examen de l'épisode de *La Légende dorée* dans lequel Jacques de Voragine évoque l'enfantement avant terme se trouve dans la vie de sainte Marie Madeleine⁵. Rappelons à ce propos que les accouchements prématurés n'étaient pas exceptionnels au XIII^e siècle. En effet, Isabelle d'Aragon (1247-1271)⁶, alors enceinte, accoucha prématurément durant l'hiver 1271 alors qu'elle se rendait en Italie. Ayant souffert des conditions atmosphériques et de la longueur d'un voyage, elle fut victime d'une chute de cheval qui provoqua un accouchement prématuré. Elle ne se remit pas de ses couches et mourut peu après à Consenza, aujourd'hui, une ville située dans la région de Calabre⁷.

LA FEMME « ENFANTE EN TRESGRANT DOULEUR » ÉCRIT BARTHÉLÉMI L'ANGLAIS SANS DE PROPRIETATIBUS RERUM (XIII^e SIÈCLE)

Parvenus à ce stade, il faut à présent considérer les descriptions des enfantements avec et sans douleurs⁸.

D'une part, voici ce qu'écrivit Jacques de Voragine dans deux passages sur l'accouchement dans la douleur. Le premier se trouve dans la vie de saint Pierre : « *Mais Néron : 'Faites en sorte que je conçoive un enfant dans mon sein, afin que je puisse me*

rendre compte de ce que ma mère a souffert en m'enfantant ! » Ensuite, le second paraît dans la vie de saint Léonard : « *Or, un jour, comme le roi était venu chasser dans la forêt, et, que la reine, par amour pour lui, l'y avait suivi, celle-ci éprouva soudain les douleurs de l'enfantement. Le roi et toute sa cour s'affligeaient fort du danger où ils la voyaient, et Léonard, qui passait par là, entendit leurs gémissements. Ému de pitié, il aborda le roi, qui, en apprenant qu'il était disciple de saint Rémi, s'empressa de le conduire auprès de la reine afin qu'il priât pour elle et pour l'enfant qui allait naître. Léonard se mit en prière et obtint aussitôt ce qu'il demandait à Dieu.* »

Le médecin français Bernard de Gordon (1270-1330) évoqua aussi les douleurs de l'accouchement dans le *Lilium Medicinae*. Il les comparait aux coliques néphrétiques.

D'autre part, un son tout à fait différent se fait entendre dans la vie de sainte Marguerite. « Ce que voyant, cinq mille

personnes se convertissent et furent punies de mort pour le nom du Christ. Enfin, le préfet redoutant d'autres conversions, ordonna qu'elle fut au plus vite décapitée. Mais elle après avoir obtenu la permission de faire une prière, pria pour elle-même et pour ses persécuteurs et aussi pour ceux qui, par la suite, invoqueraient son nom. Elle demanda en particulier que toutes les fois qu'une femme en couches invoquerait son nom, l'enfant pût naître sans aucun mal. »

« Mais Néron :
Faites en sorte que je
conçoive un enfant
dans mon sein, afin
que je puisse me
rendre compte de ce
que ma mère a souffert
en m'enfantant ! »

personnes se convertissent et furent punies de mort pour le nom du Christ. Enfin, le préfet redoutant d'autres conversions, ordonna qu'elle fut au plus vite décapitée. Mais elle après avoir obtenu la permission de faire une prière, pria pour elle-même et pour ses persécuteurs et aussi pour ceux qui, par la suite, invoqueraient son nom. Elle

demanda en particulier que toutes les fois qu'une femme en couches invoquerait son nom, l'enfant pût naître sans aucun mal. »

Des femmes étaient présentes pour aider lors d'un accouchement⁹. Jacques de Voragine juge bon d'évoquer la présence de Marie au côté d'Élisabeth dans la Nativité de saint Jean-Baptiste¹⁰ et l'action de Marie-Madeleine en tant que sage-femme, sainte qui maîtrisait l'ensemble du processus de la génération.

QUELQUES REALIA ?

Il nous reste à éclaircir les évocations de la venue au monde de l'enfant. Jacques de Voragine laisse entrevoir, au lendemain de « *de la renaissance de la pensée médicale au XII^e siècle* »¹¹, à

5. « *Alors, le chef résolu de se rendre auprès de Pierre pour savoir de lui si ce que Madeleine disait du Christ était vrai. Et sa femme lui dit: "Eh! quoi, mon ami, penses-tu donc partir sans moi?" Et lui: "Je ne puis songer à te prendre avec moi, car tu es enceinte, et les dangers de la mer sont grands!" Mais elle insista si fort, comme savent faire les femmes, et se jeta à ses pieds avec tant de larmes, qu'elle finit par obtenir ce qu'elle demandait [...]. Or, après un jour et une nuit de voyage, la mer se leva, la tempête souffla; et la femme du chef, accablée de frayeur et toute secouée par l'orage, enfanta un fils vivant avant le terme naturel, et, l'ayant enfanté, mourut. Quant à l'enfant nouveau-né, il tremblait de faim, cherchait vainement le sein maternel et poussait des cris lamentables.* »

6. Isabelle d'Aragon, la fille de Jacques I^{er} d'Aragon et de Yolande de Hongrie, épousa à 19 ans Philippe III le Hardi le 28 mai 1262 à Clermont en Auvergne. Mère du futur Philippe Le Bel et de Charles de Valois, elle mourut en Italie le mercredi 28 janvier 1271.

7. Le Clerc d'Arras Robert, *Les vers de la mort*, Paris, Droz, 2009. Lire Silvère Menegaldo, « *Robert le Clerc d'Arras, Les Vers de la mort* ». Cahiers de Recherches Médiévales et Humanistes, 2009.

8. Lire *L'enfant au Moyen-Âge*. Aix-en-Provence, Presses universitaires de Provence, 1980, 462 p.

9. Sylvie Laurent, *Naître au Moyen-Âge*. Paris, Éditions du Léopard d'Or, 1989.

10. C'est dans La Nativité de saint Jean-Baptiste qu'est cité le rôle de Marie dans l'accouchement d'Élisabeth : « *Puis la sainte Vierge resta trois mois avec sa parente, la soignant dans sa grossesse; et ce fut elle qui, de ses saintes mains, reçut l'enfant nouveau-né, et remplit, en quelque sorte, pour lui, l'office de sage-femme.* »

11. Céline Ménager, « *Dans la chambre de l'accouchée: quelques éclairages sur le déroulement d'une naissance au Moyen-Âge* ». *Questes*, 2014, 27, pp. 35-45.

dix reprises la naissance d'un garçon. Les exemples les plus significatifs se trouvent dans les chapitres consacrés à saint Jean-Baptiste ¹² né au I^{er} siècle, saint Rémy (437-533), aux

Au XII^e siècle, Thomas Becket (1120-1170) dans les *Miracula* cite des recettes pour deviner le sexe de l'enfant.

saissance de fille et cela dans le chapitre consacré à saint Clément (I^{er} siècle). Ce relevé nous permet de constater que la naissance d'une fille est un événement malheureux pour le père. Notez qu'au XII^e siècle, Thomas Becket (1120-1170) dans les *Miracula* cite des recettes pour deviner le sexe de l'enfant.

Jacques de Voragine fait aussi apparaître qu'il est préférable pour ne pas priver le couple de son enfant qu'il naisse vivant ¹⁴ et qu'il naisse purifié du péché originel comme indiqué dans le chapitre consacré aux saints Innocents. « *Heureux l'Homme à qui le Seigneur n'impute pas son péché!* » lit-on dans l'*Épître de saint Paul aux Romains* (4, 1-8). On sait que Jacques de Voragine écrit sa *Légende dorée* au moment où les Croisés partent pour le salut de leur âme et qu'ils se voient accorder par le pape l'indulgence plénière qui absout les péchés et qui assure le salut éternel.

Il égrène le danger que court l'enfant mort-né ou décédé avant qu'il n'ait été baptisé c'est-à-dire avant qu'il n'ait le statut de chrétien.

Le passage le plus important figure dans la vie de saint Michel (Archange). « *Tout homme a près de lui deux anges, un mauvais pour l'éprouver et un bon pour le garder. Notre bon ange nous garde dès le sein de notre mère, c'est lui qui nous empêche, sitôt nés de mourir avant de recevoir le baptême [...].* »

Le second se trouve dans la Translation de saint Rémy : « *Rémy convertit au Christ le roi et toute la nation des Francs. Le roi avait une femme nommée Clotilde ¹⁵ qui, très fervente chrétienne, s'efforçait en vain de convertir son mari à sa foi. Or, Clotilde ayant mis au monde un fils, obtint du roi, à force d'instances de le faire baptiser. Mais l'enfant, dès qu'il fut baptisé, mourut. Et le roi Clovis lui dit : "Tu vois toi-même maintenant quel misérable Dieu est ton Christ, puisqu'il ne peut même pas garder en vie un enfant qui lui ayant été consacré, aurait plus tard imposé son culte à tout le royaume". Mais Clotilde : "Au contraire, je vois là une grande preuve d'amour de la part de mon Dieu, qui, recueillant*

le premier fruit de mon ventre, a daigné lui accorder son royaume infini, bien supérieur au tien!" Plus tard, elle conçut de nouveau et enfanta un autre fils qu'elle parvint également à faire baptiser. Et, de nouveau, l'enfant tomba malade au point qu'on désespérait de sa vie. Et Clovis dit à sa femme : "Quand même tu enfanterais mille fils, ils périraient tous, si tu les baptisais!" Pourtant ce second enfant guérit ; et ce fut lui qui, dans la suite, succéda à Clovis. » Au XIII^e siècle, le sacrement du baptême était encore assuré par des clercs qui ne connaissaient pas bien ni le *Notre Père* ni la formule du baptême. C'est en 1698 qu'un édit du Parlement de Paris régla le sacrement du baptême et imposa qu'il soit pratiqué dans les 24 heures qui suivent la naissance.

Jacques de Voragine brosse un tableau effrayant des assassinats de nouveau-nés comme nous pouvons le lire dans l'*Ancien Testament* dans les chapitres consacrés aux saints Innocents, à saint Sylvestre, à saint Mathias, à saint Jacques le Mineur et aux saints Barlaam et Josephat.

Jacques de Voragine se plaît aussi à mettre en avant les familles nombreuses qui ont eu 10 enfants (cf. vie de saint Étienne), 7 ¹⁶ enfants (cf. vie de saint Bernard ¹⁷), 6 enfants (cf. chapitre consacré aux saints Innocents) et 4 enfants (cf. vie de saint François).

Les nombres sont une signification importante. Le dix fait référence à loi qui renferme les dix commandements. Le sept fait référence aux sept offrandes du Saint-Esprit à savoir la sagesse, l'intelligence, le conseil, la force, la science, la piété et la crainte de Dieu. À notre grande surprise aucune femme ne donne la vie à huit enfants dans *La Légende dorée* car le huit, selon saint Augustin, assure à chacun sa récompense dans la vie future.

« UN MOMENT DE LUMIÈRE » ¹⁸ (MICHELET)

À la naissance, le bébé est nu. « *L'Homme naît nu et meurt de même* » lit-on dans la vie de saint Jean Apôtre. C'est le signe de la pureté originelle. Ce qui vient du ventre est couvert de sang

précise Jacques de Voragine dans la vie de saint Pierre.

Ciborée rêve que le diable lui donne un fils monstrueux, cela signifie qu'il souhaite mettre fin à sa filiation.

Nous allons trouver dans *La Légende dorée*, des nouveau-nés au corps monstrueux ou mi-humain, mi-animal. Elle se fait alors bestiaire. D'abord dans la vie de sainte Christine, une allusion à une naissance

diabolique est citée. En somme, le fruit est maudit. Puis, dans les vies de saint Mathias et de saint Pélage se sont des êtres monstrueux qui naissent. Dans la première, Ciborée rêve que le

12. Cf. l'Épître de Jean 15, 11 et 17, 13.

13. Cf. Évangile de Matthieu.

14. Cf. chapitre consacré aux saints Saturnin, Perpétue et Félicité.

Les études consacrées aux mort-nés sont sans cesse renouvelées. Ainsi, le site d'Argentomagus dans le village de Saint-Marcel dans l'Indre qui présente une partie de la nécropole du « Champ de l'Image » dans lequel furent inhumés trente-trois nouveau-nés dans les dernières décennies de

l'Antiquité, amène des interprétations nouvelles sur la mort du nouveau-né.

15. Clotilde (474-545) est une princesse burgonde et reine des Francs.

16. Le « sept » a valeur de symbole, il marque la plénitude et la perfection.

17. On trouvera ailleurs l'exemple de sainte Symphorose qui eut sept enfants.

18. La phrase complète de Michelet est : « *Le berceau est pour la plupart des enfants un petit moment de lumière entre la nuit et la nuit* » (1859).

diabole lui donne un fils monstrueux, cela signifie qu'il souhaite mettre fin à sa filiation. Dans le second, on lit : « À Henri IV succéda Henri V qui s'empara du pape et des cardinaux, et ne les

Naître aveugle dans la conception médiévale interdisait tout rapport au monde, c'était une sorte de castration qui dépossédait le nouvel être de la vue.

remet en liberté qu'en échange du droit d'investir les évêques et les abbés. C'est sous son règne que saint Bernard, avec ses frères entra au monastère de Cîteaux¹⁹. Dans la paroisse de Liège, une truie enfanta un pourceau qui avait un visage d'homme²⁰; ailleurs naquit un poulet avec quatre pattes. À Henri V succéda Lothaire. Sous

son règne naquit en Espagne un monstre qui avait deux corps et deux visages, à moitié homme, à moitié chien. »

Jacques de Voragine fait référence dans la vie de sainte Marie-Madeleine à l'aveugle-né guérit par Jésus. Naître aveugle dans la conception médiévale interdisait tout rapport au monde, c'était une sorte de castration qui dépossédait le nouvel être de la vue.

À la naissance le bébé est baigné, comme l'évoque Jacques de Voragine dans la vie de saint Nicolas. Cette représentation préfigure le baptême. Puis le nouveau-né est frotté avec de la myrrhe pour que ses membres soient consolidés (cf. chapitre consacré à L'Épiphanie). Le bébé est langé (cf. vie de saint Moïse), placé dans un berceau (cf. vie de saint Paul) et bercé (cf. vie de sainte Christine). Les premiers langes étaient offerts par le parrain en même temps qu'un cierge.

La mère qui a conçu son bébé l'allait, comme le détaillent les vies de saint Nicolas, saint Rémy, saint Théodore et saint Michel. C'est la marque d'une part de la transmission des vertus (cf. vie de saint Bernard) et d'autre part de la jeunesse du petit être qui ne peut suivre un raisonnement sur ce qui est juste²¹.



Sainte Anne et les trois Marie, enluminure par Jean Fouquet du Livre d'heures d'Étienne Chevalier, inspirée par La Légende dorée.

Photo : Wikipedia

Après l'accouchement, la femme doit être purifiée. La clef de la vision de la Purification, tant pour la naissance d'un garçon que d'une fille, est proposée dans le chapitre intitulé *La Purification de la Vierge*.

CONCLUSION

Si la première lecture de *La Légende dorée* de Jacques de Voragine entraîne naturellement le lecteur dans la vie des saints et des saintes, une seconde lecture peut être guidée par des projets plus scientifiques car l'exploration de façon pratique de ses contenus trop méconnus peut aiguillonner de nombreux domaines. Cette étude aura apporté, nous le souhaitons, quelques éléments manquants aux pages de l'histoire de l'obstétrique. •

19. L'abbaye est située dans la commune de Saint-Nicolas-lès-Cîteaux en Côte d'Or.

20. Cf. chapitre consacré aux saints Saturnin, Perpétue et Félicité.

21. Georges Chapouthier écrit que : « Dans l'œuvre de Plutarque, on trouve une conversation entre Ulysse, la magicienne Circé et Gryllus, un compagnon d'Ulysse, que Circé a transformé en porc. Ulysse souhaite voir ce dernier retrouver sa forme humaine, et Circé propose d'interroger Gryllus pour

connaître ses souhaits. Ce dernier affirme qu'il souhaite vivement rester un porc et décrit dans le détail toute une série de vertus animales qui suggèrent selon lui, que les animaux sont meilleurs que les hommes! » in « Le statut de l'animal : ni homme ni objet », Pour la Science, mai 2000, 271, p. 10.

22. Lire dans le chapitre consacré à sainte Marie-Madeleine le cas de la femme décédée qui allaitait son bébé.

05/06

FEV. 2018

PALAIS DES CONGRES
ISSY LES MOULINEAUX

16^e Journées du Collège National des Sages-Femmes de France



CNSF
Collège National
des Sages-Femmes
de France

PROGRAMME *

Lundi 5 février

- 9 : 00 Ouverture des journées**
**VIOLENCES OBSTÉTRICALES :
SUR LE CHEMIN DE LA BIENTRAITANCE**
Modérateurs : S. GUILLAUME - Intervenant CIANE
- De quoi parle t-on ? M. DECHALOTTE
 - Qu'observe t-on dans les pratiques médicales - P. MILLET
 - Améliorer l'accueil du nouveau-né : bénéfices des stimulations multimodales - L. VAIVRE-DOURET
- 10 : 30 Pause et visite des stands**
- 11 : 00** *Modérateur : S. PAYSANT*
- Questionnaire sur le vécu de l'accouchement - M-J. GUITTIER
 - Présentation de l'étude EOLE - C. BARASINSKI
- 12 : 30 Déjeuner libre**
- 14 : 00** *Modérateur : A. WEBER*
- Présentation des prix du CNSF et de la fondation Mustela
 - Enquête Périnatal 2016 : les principaux indicateurs - B. BLONDEL
 - Rapport sur la mortalité maternelle - C. DENEUX-THARAUX
 - Où en est la recherche en maïeutique en France ? S. GOYET
- 15 : 30 Pause et visite des stands**
- 16 : 00** *Modérateur : Anne BATTUT*
- Actualité sur la rééducation pelvi - périnéale : les nouvelles recommandations internationales de l'ICS : de l'anténatal au postnatal - F. HAAB - A. BOURCIER
 - Périnée - sport et rééducation périnéale - C. MAITRE
- 17 : 30 Fin de la journée**

Mardi 6 février

- 9 : 00 ACCOUCHEMENT NORMAL OU PHYSIOLOGIQUE,
RECOMMANDATIONS HAS - 1^{ère} Partie**
Modérateurs : S. GUILLAUME - J. LAVILLONIERES - B. HEDON
- Définitions : accouchement normal, accouchement physiologique - K. PETITPREZ
 - Prise en charge des phases de latence et de dilatation - C. LE RAY
 - Prise en charge des phases de descente, d'expulsion et du post-partum - V. LEJEUNE
 - Surveillance de la mère et du fœtus pendant le travail M. NADJAFIZADEH
- 10 : 30 Pause et visite des stands**
- 11 : 00 2^{ème} Partie**
- Prise en charge médicamenteuse de la douleur - A-S. DUCLOY
 - Prise en charge non médicamenteuse de la douleur - C. SCHANTZ
 - Bien - être maternel au cours du travail - F. PIZZAGALLI
 - L'information des patientes - C. BERNARD - F. ARTZNER
- 12 : 30 Déjeuner libre**
- 14 : 00 PROJET TRAJECTOIRES PRECARITE SANTE
MATERNELLE ET PERINATALITE**
Modérateur : V. TESSIER
- Précarité maternelle et suivi prénatal sous optimal - E. AZRIA
 - Soins de la grossesse : une véritable (en)quête des femmes R. RICO-BERROCAL
 - Soins différenciés aux africaines : le cas de l'HTA pendant la grossesse - P. SAUVEGRAIN
- 15 : 30 Pause et visite des stands**
- 16 : 00** *Modérateur : F. TEURNIER*
- RPC sur la prise en charge de l'Herpes au cours de la grossesse M-V. SENAT
 - L'actualité sur l'infection congénitale à CMV - Y. SELLIER - M. LERUEZ
- 17 : 00 Clôture des journées**

* Sous réserve de modification

Lundi 5 février de 12h30 à 14h00
SYMPOSIUM A VENIR

Mardi 6 février de 12h30 à 14h00
SYMPOSIUM A VENIR

Des ateliers en sessions parallèles vous seront proposés
Plus de détails sur www.cerc-congres.com

Renseignements et inscriptions : Cerc-Congrès
17 rue Souham - 19000 TULLE | Tél. 05 55 26 18 87 | Mail : inscription@cerc-congres.com
N° De formation du CNSF : 1194062794

AGENDA EN BREF

● **13 JANVIER 2018**
PARIS 16°
25^e Journée Scientifique
du Collège de Gynécologie
Médicale de Paris Ile-de-
France
✉ secretariat@cgmpif.org

● **19-20 JANVIER 2018**
MONTRouGE (92)
Congrès National de
la SFCPCV (Société
Française de Colposcopie
et de Pathologie Cervico-
Vaginale)
www.societe-colposcopie.com

● **5-6 FÉVRIER 2018**
ISSY-LES-MOULINEAUX (92)
16^e Journées du Collège
National des Sages-
Femmes de France
cerc-congres.com

● **17 MARS 2018**
NANTES - 44 (WESTOTEL
LA CHAPELLE-SUR-ERDRE)
Assemblée générale et
Colloque de l'ANSFL
<http://ansfl.org/>

● **15-18 MARS 2018**
MARSEILLE (13)
11^{es} Assises Françaises
de Sexologie et de Santé
Sexuelle
<http://www.assises-sexologie.com/>

● **23-24 MARS 2018**
STRASBOURG (67)
Séminaire annuel
Association Française
des Sages-Femmes
Acupuncteurs
Thème 2018 : 10 ans de
l'AFSFA : de la naissance à
la reconnaissance
cerc-congres.com

● **22-23-24-25 MAI 2018**
MARSEILLE
46^{es} Assises Nationales
des Sages-Femmes
cerc-congres.com

● **31 MAI AU 2 JUIN 2018**
HÔTEL FAIRMONT
MONTE CARLO
Gyn Monaco 2018
<http://www.gyn-monaco.com/>

● **4 JUIN 2018**
PARIS 7°
Journée à thème du
Collège National des
Sages-Femmes de France
cerc-congres.com

● **27-28 SEPTEMBRE 2018**
PARIS 3°
Forum Sein 2018
www.eska.fr

Association Nationale Natation & Maternité



PIONNIÈRE DEPUIS 1977

Programme et inscription

6, Allée de la Tournelle
91370 Verrières le Buisson
Message : 01 69 30 98 01
Courriel : infos@annm.fr
Site internet : <http://annm.fr>

N° d'agr. Formation continue: 11 92 119 4292

PRÉPARATION À LA NAISSANCE ET ACTIVITÉS PRÉ ET POSTNATALES EN MILIEU AQUATIQUE

Formations bi-annuelles

PROCHAINES FORMATIONS

- ▶ Clamart (92)
- Stage prénatal : 23, 24, 25 avril 2018
- Stage postnatal : 26 avril 2018

▶ Tarifs préférentiels pour adhérents et étudiants sages-femmes

OUI À LA BIEN-ÊTRE OBSTÉTRICALE

Volet obstétrique*

Réponses manuelles aux maux de
Cycle I : La grossesse, l'accouchement et le post-partum
Cycle II : La mère et le bébé

Dates Paris	Dates Agen
Cycle I : 19 au 21 fév 2018	Cycle I : 11 au 13 avril 2018
Cycle II : 22 au 24 fév 2018	Cycle II : 21 au 23 nov 2018

* D. Jacquin D.O.

Volet uro-gynécologique**

Rééducation manuelle par voie externe
Modelages : Bassin, organes pelviens & périnée

Dates Paris	Dates Agen
19 au 21 mars 2018	07 au 09 fév 2018

** Francine Augère S.F.

Contact et intervenant
Dominique Jacquin, OSTÉOPATHE D.O.
Tél. : 05 62 28 39 94
www.nferaido.com

Formations en haptonomie

CIRDH FRANS VELDMAN

Le Centre International de Recherche et de Développement de l'Haptonomie, créé par Frans Veldman, fondateur de l'haptonomie, et animé par un collège de professionnels de la santé

Propose des formations qui s'adressent aux professionnels de la santé

- **Accompagnement haptonomique pré et post-natal**
Il favorise la maturation de la relation triangulaire affective entre la mère, le père et l'enfant. Il permet de faire découvrir aux parents une manière d'être favorable au bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance. Il accompagne le développement psychomoteur et affectif de l'enfant jusqu'à la marche acquise.
Cette formation est accessible aux sages-femmes, obstétriciens, médecins généralistes, pédiatres et aux psychologues cliniciens travaillant en périnatalité.
L'hapto-obstétrique® est orientée sur la naissance haptonomique, accessible aux sages-femmes et aux obstétriciens.
- **D'autres formations sont orientées vers les divers secteurs de la santé (l'accès est déterminé en fonction de la profession exercée) :**
Haptopsychothérapie, haptosynésie, haptopédagogie, haptopuériculture®.

TOUT CURSUS DE FORMATION DÉBUTE PAR UN STAGE DE TRONC COMMUN.

RENSEIGNEMENTS - INSCRIPTIONS
Tél. : 01 42 01 68 20
Mail : cirdhfv@haptonomie.org
www.haptonomie.org



FORMATIONS ANSFL 2018

Organisme de formation enregistré
sous le n° 53 35 08377 35

TARIFS, DATES, ADHÉSION www.ansfl.org

TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ"

ÉCHOGRAPHIE ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE NORMALE
Intervenantes : Évelyne Rigaut (SF-Écho)
Lorraine Guénédal (Biologiste)
Date : 7-8 juin 2018
Lieu : Lyon (groupe constitué)

LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION ET DE GYNÉCOLOGIE DE PRÉVENTION
Intervenante : Annie Sirven (SF)
Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon)
• Session I : **Date : site www.ansfl.org**
• Session II : **Date : 20-21-22 mars 2018**
(Pré-requis : session I)

L'INSTALLATION EN LIBÉRAL
Intervenante : Laurence Platel (SF)
Date : 16 fév 2018 - Lieu : Paris 15^e

LA PRATIQUE LIBÉRALE : CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS
Intervenante : Laurence Platel (SF)
Date : 5 avril 2018 - Lieu : Paris 15^e

INITIATION À LA PENSÉE CRITIQUE LES SAGES-FEMMES
Intervenante : Amélie Battaglia (SF)
Date : 5-6 juin 2018 - Lieu : Paris 17^e

LES CONSULTATIONS DE GROSSESSES À BAS RISQUES
Intervenante : Amélie Battaglia (SF)
Date : 2^e sem 2018 - Lieu : Paris

LA SEXOLOGIE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE NOS PATIENTES ET DE LEURS CONJONTS
Intervenante : Nicole Andrieu (SF)
• Session I
Date : 27-28 mars 2018
Lieu : Crest (26) (groupe constitué)

EUTONIE : RÉÉDUCATION EN POSTNATAL
Intervenante : Martine Gies (SF)
Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon)
• Session I : Découverte
Date : 5-6 avril 2018
• Session II : Les pathologies urinaires
Date : 21-22 juin 2018 (Pré requis : session I)
• Session III : Retrouver la mobilité et le dynamisme
Date : 27-28 sept 2018 (Pré requis : session II)
• Session IV : Analyse du mouvement. Respect de soi, de l'autre
Date : 28-29 nov 2018 (Pré requis : session III)

ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE ET LA PARENTALITÉ
Intervenante : Odile Tagawa (SF)
• Session I : Prénatal
Date : 2^e sem 2018 - Lieu : Marseille
• Session II : Postnatal

Toutes nos formations : FIF-PL

Contact Formation ANSFL : Martine Chayrouse
formation@ansfl.org - Tél. : 07 82 19 11 59



<http://ansfl.org/>

COLLOQUE DE L'ANSFL

SAMEDI 17 MARS 2018 DE 9 H À 17 H, À NANTES

TOUT SEUL ON VA PLUS VITE, ENSEMBLE ON VA PLUS LOIN

PRÉ-PROGRAMME À CONFIRMER

CE QUI NOUS RELIE

Exercer en maison de santé pluridisciplinaire
Laurence Cassé

Réseaux de périnatalité : apports dans les relations interprofessionnelles
Rozenn Collin

Du côté des réseaux sociaux
Mylène Beaudron-Tortajada

TABLE RONDE INTERPROFESSIONNELLE

Partenaires particulières cherchent partenaires particuliers...
Micheline Boivineau (sage-femme territoriale),
Catherine Le Biavan (sage-femme hospitalière),
Dr Teddy Linet (gynécologue-obstétricien),
Hélène Morin (sage-femme libérale),
Dr Philippe Marissal (médecin généraliste)...

Ce colloque sera précédé de l'AG de l'ANSFL, le vendredi 16 mars à 14 h.

Pratiquer dès le lendemain du séminaire



Institut Naissance & Formations



Calendrier 2018

Connaissance & Maîtrise du Périnée

de Dominique Trinh Dinh
Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

PROGRAMME EN 3 ÉTAPES

- 1^{re} et 2^e étapes présentiels (dates indiquées ci-après)
- 3^e étape non présentielle

Niveau 1

- **St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse**
Formatrice : Sylvie Nicot-Catherine
- du 15 au 18/01/18 et du 12 au 15/02/18
- du 5 au 8/03/18 et du 3 au 6/04/18
- **Nanterre (92) - Espace Chevreul**
Formatrice : Anne-Françoise Sachet
- du 22 au 25/01/18 et du 19 au 22/02/18
- du 28 au 31/05/18 et du 25 au 28/06/18
- **Vergèze (30) - La Clé des Chants**
Formatrice : Corinne Roques
- du 13 au 16/03/18 et du 10 au 13/04/18

Niveau 2

- **Nanterre (92) - Espace Chevreul**
Formatrice : Anne-Françoise Sachet
- du 12 au 15/03/18 et du 9 au 12/04/18
- **Vergèze (30) - La Clé des Chants**
Formatrice : Corinne Roques
- du 15 au 18/05/18 et du 12 au 15/06/18

Travail Corporel en Rééducation Périnéale

- Durée : 4 jours
- Pré requis : activité en rééducation périnéale
- **Vergèze (30) - La clé des chants**
Formatrice : Corinne Roques
- prochaines dates à venir
Programmation en région possible. Nous contacter.

Sexualité et Rééducation Périnéale Féminine

- Durée : 3 jours
- Pré requis : activité en rééducation périnéale
- **Nanterre (92) - Espace Chevreul**
Formatrice : Anne-Françoise Sachet
- du 16 au 18 avril 2018

Renseignements auprès de Jocelyne Dallem

☎ 03 89 62 94 21 - ✉ cmp.info@free.fr

Institut Naissance & Formations - 2a rue du Paradis - 68190 Ungersheim

🌐 www.institutnaissanceetformations.fr

Prises en charge possibles : DPC - FIF-PL



Charte éthique de bonne pratique

Unité d'enseignement Hypnose médicale et périnatalité

Aucun pré-requis

- Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 1 5 jours / 35 H
- Hypnose conversationnelle à l'usage de la sage-femme 3 jours / 21 H
- Autohypnose pour la prévention des douleurs, de l'anxiété et du stress 4 jours / 28 H

Pré-requis : Module Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 1

- Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 2 5 jours / 35 H
- Analgésie, anxiolyse, confort et situations d'urgence 3 jours / 21 H
- Hypnose de groupe et préparation à la naissance 4 jours / 28 H
- Hypnose Outils d'accompagnement du couple et de la parentalité 3 jours / 21 H
- Hypnose Développer l'utilisation du sensoriel 2 jours / 14 H
- Quickstart en hypnose 3 jours / 21 H
Clés et leviers pour un usage facile de l'hypnose

Pré-requis : Module Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 2

- Hypnose médicale et périnatalité - Praticien 5 jours / 35 H



**CERTIFICATION TECHNICIEN
EN HYPNOSE MÉDICALE ET PÉRINATALITÉ**

98 HEURES DE FORMATION



**CERTIFICATION PRATICIEN
EN HYPNOSE MÉDICALE ET PÉRINATALITÉ**

Au total 203 HEURES DE FORMATION
comprenant la certification Technicien

Retrouvez toutes nos formations , lieux & dates sur www.medicformation.fr



contact@medicformation.fr



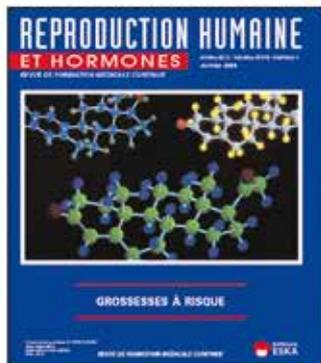
01 40 92 72 33

Medic Formation - 79 rue de Sévres, 92100 BOULOGNE BILLANCOURT

N° de déclaration d'activité : 11 95 04903 95 - Agréé ANDPC 1251 - Agréé DOKELIO / Intercart-crest Rét: OF-11646

LA MÉDECINE AUX ÉDITIONS ESKA

LES REVUES MÉDICALES



REPRODUCTION HUMAINE ET HORMONES (RHH)
4 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE
11 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



CANCERS AU FÉMININ
4 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



JOURNAL INTERNATIONAL DES CENTRES DES MALADIES DU SEIN
INTERNATIONAL JOURNAL OF BREAST DISEASE CENTERS
4 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



ANGÉIOLOGIE
4 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



JOURNAL DE GESTION ET D'ÉCONOMIE MÉDICALES
8 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr

CFEE

Des revues éditées par les Editions ESKA

ESKA-CFEE : N° 11753436775
Inscription à adressée à la CFEE
aux Editions ESKA CONGRES :
Serge KEBABTCHIEFF
Fanny GASMAN
Olivier PAUL-JOSEPH
12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35

E-mail : inscriptions et renseignements :
congres@eska.fr
Site : www.eska.fr

LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

TARIF D'ABONNEMENT 11 NUMÉROS PAR AN

Abonnement Particulier	Plein tarif	Étudiant(e)s* Retraité(e)s*
FRANCE	79,00 €	43,00 €
D.O.M.	84,00 €	53,00 €
EUROPE OCCIDENTALE	92,00 €	55,00 €
T.O.M./ÉTRANGER	94,00 €	58,00 €

* Joindre attestation.

Abonnement collectif de service 156,00 €

En cas de règlement incomplet, l'abonnement sera réduit proportionnellement.

ABONNEMENT 2018

VOS COORDONNÉES

M^{me} M^{lle} M. (en lettres capitales)

Nom Prénom

Adresse

Code postal [][][][][] Ville

Pays Téléphone

E-mail

Exercice professionnel (Libéral, PMI, Public, Privé, Autre)

s'abonne aux **Dossiers de l'Obstétrique**

Éditions ESKA, 12 rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris

Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35 - Email : adv@eska.fr

Renvoyer le coupon à : Dossiers de l'Obstétrique - Éditions ESKA - 12 rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris - Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35



Grand Prix evian. *des Sages Femmes*

***Les sages-femmes :
toujours au cœur des préoccupations
et des engagements d'evian***

*Dès 1948 evian proposait aux sages-femmes
une eau minérale naturelle dont la pureté,
issue des Alpes, ne nécessitait pas de la faire bouillir,
la rendant idéale pour la préparation des biberons
ainsi que pour l'hydratation des mères allaitant leur bébé.*

*Depuis 1992, evian est à l'écoute des sages-femmes
et œuvre au quotidien pour valoriser ce merveilleux métier,
et ceci dès la formation.*

*En 25 ans d'existence, le Grand Prix evian
des Écoles de Sages-Femmes a récompensé
et promu plus de 200 mémoires de fin d'études.*

L'EAU DES MAMANS ET DES BÉBÉS DEPUIS PLUS DE 50 ANS





GRANDIR NATURE

Votre partenaire de confiance pour accompagner les mamans allaitantes

Numéro dédié aux professionnels : 03 88 50 07 99



Grandir Nature est devenu en 10 ans la référence pour la location de tire-lait et le soutien aux mamans allaitantes.

Nos 10 modèles¹ hospitaliers et compacts sont à un tarif unique de 12,07² € par semaine et sont livrés dans toute la France sous 48 h.



Valérie, notre consultante en lactation et son équipe de conseillères sont à votre service pour toute question concernant l'allaitement ou l'utilisation du matériel :

Consultante-lactation@grandir-nature.com



NUMÉRO DÉDIÉ AUX MAMANS
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

N° Vert 0 800 622 833

DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H15 À 19H00



GRANDIR NATURE

aider les mamans



leblogallaitement.com

www.grandir-nature.com

¹ Tous nos tire-lait électriques sont des dispositifs médicaux de classe IIa qui portent au titre de cette réglementation le marquage CE.

² L.PFR : code 1105712 (12,07€) pour la location hebdomadaire ; code 1140252 (6,04€) pour le set de pompage simple. Grandir Nature est un prestataire conventionné N° FINISS 672656030