

Inflammation mammaire pendant l'allaitement : diagnostic, traitement

D'après : An update on the recognition and management of lactational breast inflammation. CM Betzold. *J Midwifery Womens Health* 2007 ; 52(6) : 595-605.

L'inflammation du sein, ou mastite, avec ou sans infection, se présente sous divers aspects qui vont du banal canal lactifère bouché à l'abcès sévère. Les mastites infectieuses peuvent être évidentes, mais ce n'est pas toujours le cas. Certaines femmes présentent des mastites récurrentes, pour une raison qui pourra ne jamais être découverte. Etant donné la fréquence du problème, il est important que les professionnels de santé qui suivent des mères allaitantes sachent dépister une mastite, en reconnaître la cause, et la traiter correctement.

plus qu'elle n'était pas infectieuse, un drainage régulier du sein pouvant parfaitement avoir suffi à éliminer le germe en cause. Dans certains cas, le caractère infectieux deviendra évident avec l'aggravation de la mastite, voire la survenue d'un abcès. Que la mastite soit ou non infectieuse, les signes cliniques au début peuvent être bénins ou d'emblée graves. On peut toutefois noter qu'une mastite est beaucoup plus susceptible d'être infectieuse si les manifestations cliniques générales durent plus de 24 heures, si la mastite est bilatérale, si la fièvre est élevée, et que la douleur est sévère.

Mastite : un terme générique

Il est très difficile de chiffrer avec exactitude la prévalence des mastites, terme générique pour les inflammations mammaires lactationnelles quelles qu'en soient la cause et la sévérité. Les études sur le sujet donnent des chiffres allant de 2 à 33%. Une des raisons en est qu'il n'existe pas de définition standardisée pour les mastites. Ensuite, la différenciation entre mastite infectieuse et mastite inflammatoire est difficile à faire. Les antibiotiques sont souvent prescrits à tort, des études faisant état d'une prise d'antibiotiques dans 15 à 97% des cas. Il est plus facile d'évaluer la prévalence des abcès du sein, mais là encore il existe d'importantes variations suivant les études. La prévalence des infections à *Candida* est, elle aussi, très difficile à évaluer. Les prélèvements et les cultures ne donnent pas des résultats fiables dans la mesure où on peut observer leur présence sans aucun signe d'inflammation.

Quand une femme consulte pour une inflammation mammaire, le praticien ne doit pas se limiter à envisager une cause liée à l'allaitement : une infection cutanée peut ressembler à une mastite, et certaines néoplasies peuvent également en prendre l'aspect. On admet généralement qu'il y a un continuum qui va de la stase à l'infection, en passant par divers stades d'inflammation, et il est donc difficile de savoir quand une mastite devient infectieuse. La présence de signes cliniques généraux (fièvre, syndrome grippal) n'est pas du tout un critère fiable de gravité : une simple stase lactée suffit à provoquer la production de cytokines inflammatoires, susceptibles d'induire les signes généraux. Ensuite, le lait n'est pas un liquide stérile, et même la présence de germes pathogènes à la culture bactériologique ne permet pas d'affirmer l'existence d'une mastite infectieuse. D'un autre côté, la présence d'un germe pathogène seulement en faible quantité n'infirme pas non plus l'existence d'une infection. Si une mastite guérit spontanément, cela ne signifie pas non

Facteurs favorisants

Tout facteur qui favorise une stase lactée est un facteur de risque de mastite : production lactée surabondante, soutien-gorge trop serré, canal lactifère bouché, espacement trop important entre deux tétées... Un autre facteur de risque reconnu est l'existence de lésions au niveau des mamelons, en particulier si ces lésions sont surinfectées. Une étude a constaté que plus de la moitié des femmes avaient du *Staphylocoque doré* (*S doré*) sur les mamelons pendant le premier mois post-partum, ce germe pouvant être hospitalier (contamination pendant le séjour en maternité), ou lié à un portage chronique chez la mère. Les facteurs de risque d'infection par un *S doré* résistant à la méthicilline sont la césarienne, la prise d'antibiotiques en période périnatale, et la grossesse multiple ; ce type d'infection est devenu un réel problème de santé publique. Bien que le rapport de cause à effet ne soit pas démontré, il semble que la fatigue, le stress, l'anémie, ou une alimentation de mauvaise qualité favorisent les mastites.

Lorsque la mastite est infectieuse, un *S doré* ou un *staphylocoque coagulase-négative* sont les germes le plus souvent en cause. Mais d'autres germes peuvent être retrouvés, et les co-infections ne sont pas rares. L'existence d'un *S doré* résistant à la méthicilline d'origine nosocomiale doit toujours être envisagée étant donné la prévalence croissante de ce germe, même chez les mères sans facteurs traditionnels de risque.

Traitement : prendre en compte la clinique

Le traitement inadéquat d'une mastite peut être à l'origine de mastites récurrentes. Toutefois, on sait peu de

choses sur l'étiologie de ce problème. Le point le plus important, lorsqu'une femme présente des mastites récurrentes, est de tenter de prévenir la survenue de nouveaux épisodes en essayant d'identifier la cause sous-jacente. Des anomalies anatomiques de la glande mammaire peuvent induire une stase chronique dans un secteur de la glande. Il faudra explorer en priorité toutes les causes connues de stase lactée. On envisagera ensuite une co-infection par plusieurs germes n'étant pas tous sensibles aux mêmes antibiotiques (infection bactérienne + candidose par exemple), et un portage chronique. Une infection bactérienne peut se chroniciser si le traitement initial n'a pas été suffisamment prolongé. La mère peut appliquer sur ses seins pour les soigner un produit qui s'avère contaminé et ne fait qu'entretenir le problème. Un traumatisme suite à des sévices physiques est également à rechercher. On a constaté que le lait des mères qui souffraient de mastites récurrentes avait un taux bas d'IgA. Mais quelle que soit l'étiologie, les mastites récurrentes nécessitent un traitement rapide et efficace, pour éviter la survenue d'une inflammation chronique, voire d'une abcédation susceptible d'induire des dégâts importants au niveau de la glande mammaire, qui compromettra la capacité à allaiter avec le sein touché.

La base du traitement des mastites est un drainage correct du sein touché. Ce drainage sera fait par des mises au sein régulières, ou par l'expression du lait. Afin de garantir un bon drainage, il sera indispensable de vérifier l'efficacité au sein du bébé. Ce dernier devra être mis au sein 8 à 12 fois par jour. Dans l'idéal, la mère commencera la tétée par le sein touché, le menton de l'enfant dirigé vers la zone touchée par la mastite. Si la tétée est très douloureuse, la mère pourra commencer la tétée par le sein non touché, et passer au sein touché dès que survient le réflexe d'éjection. Si l'enfant n'est pas efficace au sein, ou si la fréquence des tétées est trop basse, la mère devra tirer son lait régulièrement pour bien drainer les seins, si possible avec un tire-lait électrique automatique à double pompage. Un drainage insuffisant augmente le risque d'abcédation. On considère habituellement que la poursuite de l'allaitement ne présente pas de danger pour un bébé né à terme et en bonne santé, même en cas d'infection présumée par un *S. doré*. La mère aura besoin d'un soutien émotionnel actif pour l'encourager à poursuivre l'allaitement, ainsi que l'assurance que son lait ne posera pas de problème à son bébé, y compris en cas de traitement antibiotique. Si la mère décide de sevrer, le sevrage devra être progressif, et se faire après la guérison de l'infection. L'application de compresses chaudes ou froides pourra améliorer le confort de la mère, ainsi que des massages. Le repos, une alimentation de bonne qualité, une augmentation des apports hydriques pourront également être utiles. La prise d'analgésiques peut être envisagée.

Les mères chez qui les signes cliniques sont importants, en particulier les signes généraux, ou en présence de lésions surinfectées au niveau des mamelons, devraient être mises sous antibiothérapie. Si les signes cliniques sont modérés, on recommandera à la femme de mettre régulièrement son bébé au sein, et de veiller au bon drainage du sein, une antibiothérapie n'étant prescrite que si ces mesures simples ne permettent pas d'améliorer la situation, ou en cas d'aggravation. Dans certains cas, il sera utile de traiter également l'enfant. Certains prescrivent des produits homéopathiques (Hepar sulphur, Bellis perennis, Belladonna, Phytolacca). En Suède,

les sages-femmes utilisent l'acupuncture. Aux Etats-Unis, on peut prescrire un spray d'ocytocine. Les mastites récurrentes doivent être traitées par antibiothérapie pendant au minimum 14 jours. Certains cas de portage chronique devront être traités par antibiotiques à doses filées pendant toute la durée de l'allaitement. Si une mère souffre chroniquement de mastites au niveau du même sein, elle pourra décider de cesser d'allaiter avec le côté atteint, et allaiter uniquement avec l'autre sein. En règle générale, toute femme qui présente plus de 2 à 3 épisodes de mastites dans la même zone du même sein devrait bénéficier d'une évaluation détaillée à la recherche d'une cause sous-jacente (l'échographie étant l'examen de première intention). Il pourra être utile de faire des prélèvements de lait, mais également des écouvillonnages de l'oropharynx chez la mère et l'enfant, pour étude bactériologique. En cas de découverte d'un *S. doré* résistant à la méthicilline, une recherche de ce germe chez les autres membres de la famille pourra être indiquée : le traitement de toutes les personnes porteuses du germe sera nécessaire pour éviter les recontaminations.

Autres causes d'inflammation mammaire

Si la plupart des abcès du sein sont évidents, certains pourront n'être détectés qu'à l'échographie. La mère qui présente un abcès du sein doit être référée en urgence à un chirurgien pour le drainage de l'abcès, chirurgical, ou par ponction à l'aiguille en fonction du volume de l'abcès (méthode à privilégier car interférant beaucoup moins avec l'allaitement). Il pourra être nécessaire de renouveler à plusieurs reprises un drainage par ponction, et une antibiothérapie parentérale pourra également être nécessaire. Il n'est pas nécessaire de suspendre l'allaitement si l'incision de drainage ne se trouve pas à un endroit où elle sera recouverte par la bouche du bébé quand il tète. Dans le cas contraire, ou si les tétées sont très douloureuses, il sera nécessaire d'exprimer le lait avec douceur.

Le canal lactifère bouché se manifeste habituellement par une masse sensible. Chez certaines mères, le bouchon semble fait de graisses, chez d'autres il semble d'origine plus minérale. Les canaux lactifères bouchés peuvent être la cause sous-jacente des mastites ; prévenir la stase lactée est important pour leur prévention. Le traitement comprend des massages, des compresses chaudes, la compression douce de la zone touchée. Leur survenue à répétition peut être prévenue par la prise de lécithine de soja ou d'huile de saumon, la limitation des graisses saturées dans l'alimentation, l'utilisation d'un soutien-gorge ample, ne comprimant pas le sein. Un galactocèle (kyste rempli de lait) peut se former suite à un canal lactifère bouché. Les ampoules sur le mamelon sont souvent associées aux canaux lactifères bouchés. On peut percer l'ampoule avec une aiguille stérilisée.

Une mère pourra souffrir d'une infection intracanalair. En pareil cas, elle n'aura pas de signes de mastite, mais souffrira de douleurs à type de sensation de brûlure, de coup de couteau à l'intérieur du sein, pendant et/ou entre les tétées, de douleur irradiant vers le dos ou l'épaule, ou d'un réflexe d'éjection très douloureux. Cela pourra s'accompagner de problèmes de mamelons (lésions éventuellement surinfectées).

Conduite à suivre en cas de mastite chronique ou récidivante

Rechercher une cause :

- **Mécanique** : traumatisme mammaire, soutien-gorge mal adapté, tire-lait de mauvaise qualité ou mal utilisé...
- **Production lactée surabondante**, ou mauvais drainage du sein
- **Source de contamination infectieuse** : pommade, tire-lait, mauvaise hygiène, crevasses persistantes
- **Eventuelle cause sous-jacente** : anémie, mauvaise alimentation, stress ou fatigue, canaux lactifères bouchés à répétition, déficit immunitaire...

Examens complémentaires

Demander un prélèvement du lait et au niveau du mamelon pour culture bactériologique, ainsi qu'un prélèvement au niveau du nasopharynx chez la mère et l'enfant pour recherche d'un S doré

Traitement

- Un traitement antibactérien et/ou antifongique sera institué en fonction du résultat de la bactériologie. Un traitement

au long cours à doses filées pourra être nécessaire en cas de portage chronique, ainsi que des mesures locales. Dans certains cas, tous les membres de la famille devront être traités.

- Encourager la mère à se reposer, à avoir une alimentation de bonne qualité, et à faire régulièrement de l'exercice. Envisager le don à la mère d'un complément vitaminique et minéral.
- En cas de récurrence unilatérale et toujours dans la même zone, une échographie mammaire pourra être utile. Il est possible d'envisager d'arrêter l'allaitement avec le sein touché si les récurrences sont dues à un problème anatomique localisé (conséquence d'une chirurgie, anomalie ductale...).
- Traiter le blocage s'il existe ; changer de soutien-gorge, presser doucement le bout de sein pour faire partir le bouchon. La prise de lécithine de soja ou d'huile de saumon semble utile en cas de problèmes de canaux lactifères bouchés à répétition.
- Veiller à garder le sein bien drainé. Traiter une éventuelle production lactée surabondante.

Critères de différenciation des causes d'inflammation mammaire

	Signes locaux	Signes généraux	Unilatéral ou bilatéral	Autres
Montée de lait	Le sein est ferme et lourd, parfois chaud ; pas d'érythème ni de rougeur, le lait coule facilement	Aucun	Habituellement bilatéral	Survient habituellement entre J3 et J5
Engorgement	Le sein est dur, volumineux, chaud, œdématisé, douloureux, parfois érythémateux, le lait coule difficilement	Eventuellement fièvre modérée	Habituellement bilatéral	Souvent confondu avec la montée de lait, ou lui faisant suite
Canal lactifère bouché	Souvent une masse palpable, localisée, sensible ou douloureuse, liée à la stase du lait ; au début, pas d'œdème ni de rougeur	Eventuellement fièvre modérée	Habituellement unilatéral	On peut éventuellement voir un « bouchon » sur le mamelon, ou une petite ampoule douloureuse
Mastite inflammatoire	Plaque érythémateuse, chaude et douloureuse, le plus souvent dans le quadrant supéro-externe	Fièvre pouvant être élevée et syndrome grippal, chez environ 50% des femmes	Habituellement unilatéral	
Mastite infectieuse	Plaque érythémateuse, chaude et douloureuse, le plus souvent dans le quadrant supéro-externe	Fièvre pouvant être élevée et syndrome grippal ; mais il peut n'y avoir aucun signe général	Habituellement unilatéral, mais parfois bilatéral	Très souvent, elle ne peut pas être distinguée de la mastite inflammatoire sur le plan clinique.
Abcès du sein	Masse très douloureuse, rouge violacée, chaude, avec œdème. La masse peut être ferme ou fluctuante. Si le sein est volumineux, elle peut être difficile à percevoir	Inconstants	Habituellement unilatéral, mais parfois bilatéral	S'il est négligé, il peut induire une nécrose cutanée pour se drainer à la peau

tées, mamelon croûteux ou qui desquame...). Le *Candida* et le *S doré* sont les pathogènes le plus souvent en cause. Malheureusement, il est presque impossible de différencier, à l'examen clinique, quelle est la part des causes mécaniques, bactériennes ou fongiques devant un problème de mamelons douloureux, les surinfections conjointes étant fréquentes. Si une infection bactérienne est suspectée ou constatée à l'examen bactériologique, une antibiothérapie locale et/ou générale sera débutée. Si une candidose est suspectée, la mère et l'enfant doivent être traités simultanément, et des précautions d'hygiène seront prises afin d'éviter une recontamination (stérilisation ou nettoyage soigneux de ce qui vient en contact avec la bouche de l'enfant, les mamelons et le lait).

Si la mère souhaite sevrer, il sera nécessaire de lui recommander d'attendre que le problème dont elle souffre soit résolu avant de sevrer, le sevrage étant susceptible de l'aggraver. Si elle ne veut plus mettre son bébé au sein, on pourra lui suggérer de tirer son lait, et d'abaisser graduellement la fréquence des séances d'expression. Un sevrage brutal est à proscrire dans toute la mesure du possible.

En conclusion

S'il n'est pas toujours possible de prévenir un engorgement ou une mastite, il est possible d'accélérer leur disparition et de prévenir leurs complications. Dans une enquête auprès de mères américaines, 64% des femmes ont dit que leur mastite avait été diagnostiquée au téléphone sans aucune consultation, et 86% avaient reçu une prescription d'antibiotiques. De nombreux professionnels de santé ignorent qu'un examen clinique de la mère et de l'enfant peut apporter des informations utiles en cas de mastite, et cela permettra également bien souvent d'éviter une prescription inutile d'antibiotiques (susceptibles entre autres de favoriser la survenue d'une candidose). De nombreuses questions restent toujours sans réponse sur le sujet des inflammations mammaires lactationnelles, et des études seraient nécessaires pour améliorer les méthodes de diagnostic et de traitement. Globalement, les principaux points à retenir en cas de mastite sont :

- Effectuer un examen clinique chez la mère ;
- Effectuer un examen clinique chez le bébé si possible (en particulier bouche et siège) ;
- Identifier les femmes qui ont un risque élevé d'infection par un *S doré* ;
- Demander un examen bactériologique du lait et des écouvillonnages des mamelons chez les mères qui ne répondent pas au traitement de première intention, ou qui souffrent de douleur à type de brûlure ;
- Veiller à ce que le sein soit régulièrement drainé ;
- Utiliser les antibiotiques à bon escient.

Références

- Amir L, Forester D, McLachlan H, Lumley J. Incidence of breast abscess in lactating women : Report from an Australian cohort. *BJOG*. 2004 ; 111 : 1378-1381.
- Amir L. Breastfeeding and *Staphylococcus aureus* : Three case reports. *Breastfeed Re*. 2002 ; 10 : 15-18.
- Amir L. *Candida* : What's new?. *ABM News and View*. 2002 ; 8 : 32.
- Amir LH, Garland SM, Dennerstein L, Farish SJ. *Candida albicans* : Is it associated with nipple pain in lactating women ? *Gynecol Obstet Inves*. 1996 ; 41 : 30-4.
- Amir LH, Pakula S. Nipple pain, mastalgia and candidiasis in the lactating breast. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1991 ; 31 (4) ; 378-80.
- Barbosa-Cesnik C, Schwartz K, Foxman B. Lactation mastitis. *JAMA* 2003 ; 289 : 1609-12.
- Behari P, Englund J, Alcasid G, Garcia-Houchins S, Weber S. Transmission of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* to preterm infants through breast milk. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2004 ; 25 : 778-80.
- Betzold CM. Infections of the mammary ducts in the breastfeeding mother. *J Nurs Pract* 2005 ; 1 : 15-21.
- Chetwynd EM, Ives TJ, Payne PM, Edens-Bartholomew ND. Fluconazole for postpartum candidal mastitis and infant thrush. *J Hum Lact* 2002 ; 18 : 168-71.
- De Wet P, Rode H, van Dyk A, Millar A. Perianal candidosis -- A comparative study with mupirocin and nystatin. *Int J Dermatol* 1999 ; 38 : 618-22.
- Eglash A. Recurrent mastitis. *ABM News and Views*. 2000 ; 6 : 4.
- Fetherston C, Lai C, Hartmann P. Relationships between symptoms and changes in breast physiology during lactation mastitis. *Breastfeed Med* 2006 ; 1 : 136-45.
- Fetherston C. Management of lactation mastitis in a Western Australian cohort. *Breastfeed Rev* 1997 ; 5 : 13-19.
- Fetherston C. Mastitis in lactating women : Physiology or pathology ? *Breastfeed Rev* 2001 ; 9 : 5-12.
- Filteau SM, Leitz G, Mulokozi G, Bilotta S, Henry CJK, Tomkins AM. Milk cytokines and subclinical breast inflammation in Tanzanian women : Effects of dietary red palm oil or sunflower oil supplementation. *Immunology* 1999 ; 97 : 595-600.
- Filteau SM, Rive AM, Ball JJ, Chakraborty J, Stoltzfus R, de Francisco A. Breastmilk immune factors in Bangladeshi women supplemented postpartum with retinol or B-carotene. *Am J Clin Nutr* 1999 ; 69 : 953-58.
- Foxman B, D'Arcy H, Gillespie B, Bobo J, Schwartz K. Lactation mastitis : Occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. *Am J Epidemiol* 2002 ; 155 : 103-14.
- Francis-Morrill J, Heinig MJ, Pappagianis D, Dewey K. Diagnostic value of signs and symptoms of mammary candidosis among lactating women. *J Hum Lact* 2004 ; 20 : 288-95.
- Gastelum DT, Dassey D, Mascola L, Yasuda LM. Transmission of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* from breast milk in the neonatal intensive care unit. *Pediatr Infect Dis J* 2005 ; 24 : 1122-4.
- Heinig M, Morrill J, Pappagianis D. Mammary candidosis in lactating women. *J Hum Lact*. 1999 ; 15 : 281-8.
- Kvist LJ, Hall-Lord ML, Larsson BW. A descriptive study of Swedish women with symptoms of breast inflammation during lactation and their perceptions of the quality of the care given at a breastfeeding clinic. *Int Breastfeed J* 2007 ; 2 : 2.
- Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding : A guide for the medical profession*. 6th ed. St. Louis, MO : Mosby ; 2005.
- Livingstone V, Stringer LJ. The treatment of *Staphylococcus aureus* infected sore nipples : A randomized comparative study. *J Hum Lact* 1999 ; 15 : 241-46.
- Marchant DJ. Inflammation of the breast. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2002 ; 29 : 89-102.
- Morel A, Wu F, Dell-Latta P, Cronquist A, Rubenstein D, Saiman L. Nosocomial transmission of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* from a mother to her preterm quadruplet infants. *Am J Infect Control* 2002 ; 30 : 170-73.
- Morrill JF, Pappagianis D, Heinig MJ, Lönnerdal B, Dewey K. Detecting *Candida albicans* in human milk. *J Clin Microbiol* 2003 ; 41 : 475-8.

- Newman J, Pitman T. *Dr. Jack Newman's guide to breastfeeding. Revised edition. Toronto, Ontario, Canada : HarperCollins Publishers Ltd ; 2003.*
- Noble W. *Skin bacteriology and the role of Staphylococcus aureus in infection. Br J Dermatol 1998 ; 139(suppl 53) : 9-12.*
- Powers N. *Burning pain is not always yeast!. ABM News and Views 2000 ; 6 : 12-3.*
- Riordan J. *Breastfeeding and human lactation. 3rd ed. Sudbury, MA : Jones and Bartlett Publishers, 2005.*
- Saiman L, O'Keefe M, Graham PL, Wu F, Saïd-Salim B, Kreiswirth B, et al.. *Hospital transmission of community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus among postpartum women. Clin Infect Dis 2003 ; 37 : 1313-9.*
- *The Academy of Breastfeeding Medicine Website. Protocole clinique n°4 : Mastite. Téléchargeable sur le site de LLL France :*

www.lllfrance.org/allaitement-information/doc/abm_pclinique4_mastite.htm

- Thomasson P, Johansson VA, Wassberg C, Petrini B. *Breastfeeding, pain and infection. Gynecol Obstet Invest 1998 ; 46 : 73-4.*
- Tillet R, Saxby R, Stone C, Morgan M. *Group A streptococcal necrotising fasciitis masquerading as mastitis. Lancet 2006 ; 368 : 174.*
- Wamback KA. *Lactation mastitis : A descriptive study of the experience. J Hum Lact 2003 ; 19 : 24-34.*
- Wiener S. *Diagnosis and management of candida of the nipple and breast. J Midwifery Womens Health 2006 ; 51 : 125-8.*
- WHO 2000 Website. *Mastitis : Causes and management. Geneva, Switzerland : Department of Child and Adolescent Health and Development ; 2000.*



Allaitement Maternel Formation

Un organisme de formation en allaitement au service des professionnels de santé.

Nous vous proposons :

- ➔ des formations complètes et modulables
- ➔ des journées de suivi
- ➔ des congrès
- ➔ des conférences à thèmes
- ➔ un accompagnement pour l'obtention du label IHAB (Initiative Hôpitaux Amis des Bébés)

**Vous souhaitez actualiser vos connaissances, élaborer un projet de service
ou tout simplement obtenir plus d'informations ...**

Contactez-nous : ✉ **AM-F** – La Cruzette – 73360 ST Pierre de Genebroz
☎ 01 47 37 41 46 – ✉ secretariat-formation@lllfrance.org

Organisme de Formation Continue n° 11 78 011 46 78

Un département de La Leche League France



Séminaire de formation sur l'Initiative Hôpital Ami des Bébés en France

La CoFAM organise

deux séminaires en 2009

16 et 17 mars

24 et 25 septembre

18 inscrits maximum par session

Lieu de formation :

Institut de Puériculture

26 boulevard Brune

75014 PARIS

Tarif : 395 €

(hébergement non compris)

Intervenants : Christine Chalandard, Gisèle Grémmo-Féger, Claire Laurent, Marie-Claude Marchand, Gisèle Laviolle, Marc Pilliot, Nadine Sargiacomo.

Thèmes passés en revue : démarches et conditions ; les 10 Conditions, argumentaire scientifique et critères des règles mondiales ; méthodologie du changement ; le Code OMS ; la procédure d'évaluation. Travail en ateliers sur les conditions de l'Initiative Hôpital Ami des Bébés.

Renseignements – Inscriptions :

CoFAM – Secrétariat

12 rue Parmentier – 33520 ANDERNOS LES BAINS

Tél/Fax : 05 56 26 00 84

Courriel : ihab@coordination-allaitement.org

Site Internet : coordination-allaitement.org