

les mères veilleuses

Automne 2018



NAISSANCE
RENAISSANCE
Outaouais

www.nroutaouais.com
115, Boul. Sacré-Cœur – local 5
Gatineau Québec J8X 1C5

Mot de la direction

Chères bénévoles,

C'est avec plaisir que je vous présente la nouvelle édition de l'automne. Vous y trouverez encore cette fois de nombreux articles intéressants sur des sujets variés.

Nous aimerions beaucoup avoir vos commentaires sur le contenu de votre journal.

Nous sommes toujours à la recherche de témoignages d'accouchement, d'allaitement, de jumelage ou d'accompagnement que nous aimerions publier lors des prochaines éditions.

Sophie Richard
Coordonnatrice de Nourri-Lait

Sommaire

Mot de la direction.....	2
Lait-z-infos	3
Clin d'oeil.....	6
Articles	13
Témoignages	24
Formation continue	26

Collaboration au journal

Véronique Hatterer et Sophie Richard

Graphisme et mise en page : Gabrielle Bégin



Lait-z-info

Formation de base des marraines

La prochaine formation de marraines a eu lieu les 14, 21 et 28 octobre dernier. Nous souhaitons la bienvenue à douze nouvelles recrues : Marie-France Bouchard, Julie St-Aubin, Stéphanie Desbiens-Potvin, Danica Frappier, Anypier Guèvremont, Alicia Lacasse-brunet, Emma Lacombe, Kaitlyn Lavergne, Kim Pellerin, Véronik Poirier, Stéphanie Sabourin, Angie Séguin-Lunam.

Formation continue de marraines

Nous avons malheureusement annulé la matinée de formation du 10 novembre prochain, faute d'inscriptions suffisantes. Les deux sujets qui devaient être présentés le co-dodo et l'allaitement ainsi que la surproduction lactée seront donnés au printemps prochain lors d'une journée complète. Nous vous rappelons que ces formations complètent votre formation de marraines et vous aident à être à jour pour mieux aider vos filleules.

Nous recherchons toujours des marraines qui aimeraient approfondir un sujet et donner un bloc de formation. Communiquez avec nous si ce défi vous intéresse!

Semaine mondiale de l'allaitement maternel

Nous avons organisé cette année pour la semaine mondiale de l'allaitement maternel des ateliers pour les mamans. Quatre ateliers ont été offerts aux mamans de la région.

- Lundi le 1 octobre, le portage relié à l'allaitement et le peau-à-peau, donnée par Esther Beaudry, marraine.
- Mardi le 2 octobre, la banque de lait, donnée par Plasmavie.
- Mercredi 3 octobre, le manque de lait, donnée par Sophie Richard.
- Vendredi 5 octobre, Allaitement et retour au travail, conseils et droits de la mère, donnée par Marie-Ève Cormier, marraine.

Une trentaine de mamans se sont déplacées à l'une ou l'autre des formations. Nous en profitons pour remercier nos deux marraines pour ces formations.

Un atelier a été aussi offert en région à quelques mamans, à Masham le 1er octobre au CLSC en collaboration avec la Maison de la famille l'Étincelle, et à St-André-Avellin le 10 octobre au centre Whissell. Celles-ci ont été fort appréciées par les mamans présentes.

Le 1er octobre a eu lieu aussi, dans nos locaux, une soirée de formation continue pour souligner la semaine mondiale de l'allaitement. Une intervenante de Plasmavie, est venue présenter leur Banque de lait. Deux marraines se sont déplacées pour y assister.

Le jeudi 4 octobre a eu lieu un Flash Mob allaitement au Troquet.

Huit mamans se sont déplacées pour venir allaiter en public pour démontrer la normalité du geste. On peut ajouter une dizaine de mamans qui ne pouvaient pas être sur place pour midi, mais qui se sont regroupées après leur cours de danse et ont allaité en public à la Maison de la Culture de Gatineau. Nous remercions Éric Gaudreault, propriétaire du Troquet pour sa collaboration.



Reconnaissance des bénévoles

Nous tenons à remercier toutes nos marraines qui font des jumelages ou qui s'impliquent dans notre CA ou dans notre comité Nourri-Lait, mais nous souhaitons souligner les années d'ancienneté dans l'organisme des personnes suivantes :

- 5 ans : Dominique Brisson, Chantal Couture, Angélique Dérigny-Audet, Sylviana Goeffray, Tina Nadeau, Karine Parent, Laurence Vaillancourt.
- 10 ans à 19 ans : Anne-Marie Chapman, Céline Lussier, Marie-Andrée Marquis, Aline Morrissette, Jennifer Poulin, Lucie Robitaille, Josée Sabourin, Nadie St-Pierre.
- 20 ans et + : Elaine Landy

Nous aimerions également souligner les cinq marraines suivantes qui ont effectué le plus grand nombre de jumelages depuis avril 2018 :

- Esther Beaudry : 10
- Andréanne Deschamps-Lepage : 9
- Jessica Messier : 8
- Juliane Laliberté : 6
- Marie-Lou Boutin : 5
- Véronique Hatterer : 5
- Aline Morrissette : 5
- Cécile Ritchie : 5
- Émilie Desjardins : 4
- Jeanie Lemay : 4
- Zoé Lemieux : 4
- Andrée Lessard : 4
- Véronik Poirier : 4
- Lucie Robitaille : 4

Merci aux aides-mamans qui assurent le service de relevailles auprès de nos familles. Nous voudrions mettre à l'honneur 3 d'entre elles pour le plus grand nombre de services rendus depuis le mois d'avril 2018 :

- Elaine Landy : 14
- Myriam Charbonneau : 8
- Ariane Sénécal : 6

Merci également aux accompagnantes à la naissance qui donnent de leur temps à l'organisme pour accom-

pagner les familles dans ce merveilleux moment qu'est l'arrivée d'un nouveau bébé.

Nous tenons à souligner les 13 accompagnements offerts par Huguette Vermette depuis le mois d'avril 2018.

5 à 7 des accompagnantes à la naissance

Un 5 à 7 des accompagnantes à la naissance a eu lieu le 18 juin dernier. Soirée d'échanges intéressante qui a seulement réuni 4 personnes.

Parlez-en autour de vous et informez vos filleules !

À la recherche d'aides-mamans !

Le service de relevailles vise à prévenir l'épuisement parental et à favoriser les relations parents-enfants. Nous desservons tout l'Outaouais.

Vous avez un horaire flexible et de l'intérêt pour la relation d'aide ? Souhaiteriez-vous devenir aide-maman pour l'organisme ?

N'hésitez pas à communiquer avec Véronique au 819-561-4499. Toutes les nouvelles aides-mamans sont les bienvenues !

À la recherche d'accompagnantes à la naissance !

Si vous connaissez des accompagnantes à la naissance qui souhaiteraient donner de leur temps à NRO, nous serions heureuses de les accueillir.

Activités gratuites dans le cadre de la Grande semaine des Tout-Petits du 18 au 24 novembre 2018 :

- Lundi 19 novembre à 9h30 : portage débutant, animé par Esther Beaudry.
- Mercredi 21 novembre à 10h30 : danse maman/bébé avec Esther Caron.
- Jeudi 22 novembre à 10h30 : les étapes fondamentales du développement moteur de la naissance aux premiers pas, animé par Camille Pellerin-Forget – physiothérapeute programmes 0-18 mois – direction DI-DP-TSA – CISSS de l'Outaouais.
- Vendredi 23 novembre à 10h00 : yoga maman/bébé avec Christèle Pichet.

Cours offerts par l'organisme

Atelier de Gestion de la Douleur

Cours prénatal animé par Annick Chantal, axé sur le contrôle de la douleur lors de l'accouchement.

Cours de préparation à l'allaitement

Cette soirée d'informations peut aussi bien intéresser les futurs parents que les nouveaux parents.

Atelier RCR pour nouveaux parents

Cet atelier, animé par un instructeur certifié de la Croix-Rouge, s'adresse tout aussi bien aux futurs parents, nouveaux parents, grands-parents ou autre personne côtoyant de jeunes enfants. Aucun certificat ne sera émis, mais les participants partiront plus confiants, sachant quoi faire en situation d'urgence.

Coût : 35,00 \$ par personne.

Atelier sur l'introduction l'alimentation autonome (DME) et l'introduction des solides

C'est un sujet qui intéresse beaucoup les parents. Un atelier est programmé par mois.

Coût : 15,00 \$ par personne.

Ateliers de portage

Julie-Anne Piché anime des ateliers de portage débutant, intermédiaire et avancé pour porter bébé au dos seul(e) et de façon sécuritaire.

Coût : 25,00 \$ par personne.

Atelier de rééducation du périnée en postnatal

Animé par Marie-Ève Bérubé, physiothérapeute qualifiée de la clinique Pelvi-solutions, comprenant un volet éducatif ainsi qu'un volet pratique.

Le prochain atelier aura lieu le lundi 26 novembre 2018 à 10h00.

Coût : 15,00 \$ par personne.

Formation d'accompagnantes à la naissance

La prochaine formation, d'une durée de plus de 70 heures, sera donnée en 2019.

Coût : 650 \$. Un beau cadeau à offrir !



Clin d'oeil

Sages-femmes : accoucher dans l'eau à la maison, un choix de plus en plus populaire

La Presse, publié le jeudi 20 septembre 2018.

« *Les femmes aiment beaucoup accoucher dans l'eau. Je crois que ça détend. [...] L'eau favorise aussi la mobilité : on est plus légère, alors on peut bouger beaucoup plus facilement si on se retourne d'un côté ou de l'autre* », explique Marie-Ève St-Laurent, présidente de l'Ordre des sages-femmes du Québec, à propos de la demande grandissante que font les femmes enceintes de donner naissance en milieu aquatique, à domicile.

Le fait d'accoucher dans l'eau comporte de nombreux bénéfices pour la femme. Cette pratique permet notamment de ramollir les tissus et amoindrit les risques de déchirures périnéales. Pour accoucher dans l'eau, il est possible de se procurer de petites piscines gonflables conçues à cet effet, souligne Marie-Ève St-Laurent.

Lorsqu'une femme souhaite donner naissance en milieu aquatique, certains aspects techniques et sécuritaires doivent cependant être abordés avec la

sage-femme. C'est elle, entre autres, qui évalue la faisabilité d'une telle demande.

Une décision réfléchie

Vouloir accoucher à domicile, que ce soit dans l'eau ou non, n'est pas une décision qui se prend le jour de l'accouchement, souligne Marie-Ève St-Laurent. La sage-femme doit tout d'abord en discuter avec les futurs parents pendant la grossesse. Une visite doit aussi être effectuée à domicile aux alentours de la 36e semaine de grossesse afin de s'assurer que tout est sécuritaire pour l'arrivée du nouveau-né, notamment en cas de transfert ambulancier.

Au Québec, 3500 accouchements sont faits chaque année par les sages-femmes en maison de naissance, en milieu hospitalier ou à domicile.

L'allaitement sans lunettes roses

La Presse, Catherine Handfield, 2 avril 2018.

De prime à bord, l'allaitement peut sembler facile, simple comme bonjour. Or, dans les premières semaines, l'allaitement nécessite un apprentissage plus ou moins facile d'un duo maman-bébé à l'autre. Voici quatre choses à savoir et six conditions gagnantes pour mieux vivre son allaitement.

Une culture à développer

Jeune infirmière, Luisa Ciofani travaillait en périnatalité dans une réserve autochtone du Grand Nord. En trois ans, dit-elle, elle se souvient avoir vu une seule femme avec d'importantes gerçures aux mamelons. « Je me souviens d'elle parce que ce n'était tellement pas usuel », dit Mme Ciofani, infirmière certifiée en périnatalité et en lactation et gestionnaire en soins infirmiers au Centre universitaire de santé McGill. De retour à Montréal (à une époque où les Québécoises allaitaient moins qu'aujourd'hui), Luisa Ciofani a été surprise par le contraste : « Il y avait beaucoup, beaucoup de mères qui avaient de la misère à allaiter », dit-elle.

Son constat, partagé par de nombreux intervenants en lactation : le Québec n'a pas encore développé de culture de l'allaitement. « Les femmes qui accouchent maintenant n'ont pas vraiment de modèles autour d'elles pour savoir comment faire, dit-elle. Et on s'attend à ce que ce soit naturel, qu'il y ait de la belle musique de violon, qu'on va se sentir super... Quand je faisais de l'enseignement aux mamans, je leur disais que personne ne s'attendait à être capable de conduire une voiture pour la première fois sans préparation. Mais avec l'allaitement, on s'attend à ça. »

Pas toujours facile

Pour certaines femmes, oui, l'apprentissage se fait effectivement rapidement et sans obstacle. Mais pour d'autres, les premiers pas en allaitement sont difficiles. Les futurs parents « devraient s'attendre à ce que ce ne soit pas facile, les premières semaines » (qui comprennent l'allaitement, mais aussi le manque de sommeil, la remise de l'accouchement et toutes les autres adaptations inhérentes à leur nouveau rôle), souligne

Luisa Ciofani.

Même son de cloche du côté de Rosalie Sarasua, membre du conseil d'administration de l'Association des consultantes de lactation du Québec et diplômée portant le titre d'International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC). « Quand je donnais des cours prénatals, je ne disais jamais que ce serait facile », dit-elle. Comme n'importe quelle aptitude qu'on apprend, certains duos maman-bébé réussissent plus facilement que d'autres, dit-elle.

« Ça prend quatre à six semaines pour établir l'allaitement, pour que la production change, que les matières grasses dans le lait augmentent », note Luisa Ciofani. Mais après, ça devient facile, dit-elle. Et beaucoup plus pratique que de donner le biberon.

Un nouveau-né boit très souvent

La principale raison invoquée par les femmes qui cessent d'allaiter ? Le manque de lait maternel, peut-on lire dans l'article « Tendances de l'allaitement au Canada », sur le site internet de Statistique Canada. Pourtant, « l'insuffisance de lait maternel est un problème médical rare », ajoute-t-on.

Cette perception peut être causée par une mauvaise prise du sein par bébé (ce qui peut être réglé avec de l'aide) ou encore par l'introduction trop précoce d'autres aliments dans l'alimentation des bébés allaités (comme de la formule), ce qui peut effectivement réduire la production des mères en raison du manque de stimulation des seins, explique-t-on.

Au Canada, 90 % des femmes allaitent à la naissance de leur enfant (87 % au Québec).

Une Canadienne sur cinq ajoute un autre liquide dans l'alimentation de son bébé dans sa première semaine de vie.

Plus de deux Canadiennes sur trois allaitent leur bébé à l'âge de 3 mois, dont 52 % de façon exclusive.

Source : Breastfeeding Rates and Hospital Breastfeeding Practices

in Canada : À National Survey of Women, journal Birth, juin 2009 (données de 2006).

Selon Luisa Ciofani, les mamans sont parfois mal informées de la réalité des premiers jours : dans les 24 premières heures, la femme produit seulement 30 ml de colostrum en moyenne. Cette production augmentera graduellement à 500 ml de lait au cinquième jour grâce à la stimulation et au drainage des seins (toutes les deux, trois heures, parfois même toutes les heures).

« Une nouvelle maman est vulnérable, elle veut faire la meilleure chose pour son bébé, dit-elle. Alors elle se dit que son lait n'est pas assez riche. Et les gens autour d'elle lui demandent : "En as-tu assez ?" Ça peut être très émotionnel, allaiter un bébé ! »

Il peut y avoir de la douleur

Rosalie Sarasua et Luisa Ciofani s'entendent : des mères ont les seins très sensibles et peuvent ressentir une certaine douleur passagère dans les premiers jours. « L'étirement du mamelon dans la bouche du bébé peut être perçu comme de la douleur », explique Luisa Ciofani. De la littérature scientifique montre que cette irritation s'en va entre la cinquième et la septième journée, dit-elle.

Cela dit, si la femme a de la douleur durant toute la tétée, qu'elle est crispée, qu'elle a peur de mettre bébé au sein, « ce n'est pas normal », poursuit Mme Ciofani. « La douleur est souvent causée par une mauvaise prise du sein. Il faut alors montrer aux femmes ce qu'est une bonne prise, comment la bouche du bébé doit être », explique Rosalie Sarasua, qui souligne que la vaste majorité des problèmes peut être réglée avec de l'aide, de l'énergie et parfois du temps.

Selon la Dre Anjana Srinivasan, médecin de famille, consultante en lactation IBCLC et codirectrice médicale de la clinique d'allaitement Herzl-Goldfarb, toute forme de douleur devrait inciter les femmes à consulter un professionnel de la santé pour corriger le problème rapidement.

S'informer avant d'accoucher

« Le plus on est informé, le mieux c'est », résume la Dre Anjana Srinivasan. On peut lire des livres sur l'allaitement, aller aux cours prénatals, en parler à son médecin... Luisa Ciofani conseille aux femmes d'aller à la halte-allaitement de leur quartier avant même

d'accoucher « pour voir et apprendre ce qui est normal ».

Établir un réseau de soutien

On établit des contacts avec des femmes qui connaissent l'allaitement et qui pourront nous soutenir. Ça peut être un proche (sa mère, sa sœur, une amie) ou encore auprès d'un organisme communautaire comme Nouri-source (qui offre un service de jumelage) et la Ligue La Leche. Il demeure important de mettre son partenaire dans le coup (pour qu'il nous encourage le temps venu) et d'annoncer ses intentions à son entourage, indique Rosalie Sarasua.

Se reposer avant d'accoucher

Mieux vaut se reposer le plus possible avant l'accouchement, conseille Luisa Ciofani. « Les femmes travaillent souvent jusqu'au dernier moment pour avoir un congé de maternité plus long. Quand elles accouchent, elles sont déjà fatiguées. Quand on est fatiguée, on apprend moins bien. Notre tolérance à l'incertitude est moindre. »

Faire du peau à peau

Le peau à peau immédiatement après la naissance et pour une durée d'au moins deux heures favorise

l'allaitement. « Le bébé est à la bonne place pour essayer d'allaiter pour la première fois », indique la Dre Anjana Srinivasan. « Le plus précoce la tétée, le plus la mère va produire du lait, le plus bébé va en prendre... C'est un cercle », illustre Luisa Ciofani. Autre mot d'ordre : on allaite à la demande.

S'alléger la tâche

« Si la femme a du soutien autour d'elle – quelqu'un qui lui apporte un repas, qui lui permet de dormir pendant qu'il berce le bébé –, ça peut aider et ça peut faciliter la tâche de l'allaitement », note Luisa Ciofani. « Quand les femmes ont des gens dans leur entourage qui les encouragent, qui normalisent l'allaitement, ça fait toute la différence », ajoute Rosalie Sarasua.

Demander de l'aide rapidement

« S'il y a de la douleur, si bébé ne prend pas le sein ou ne gagne pas assez de poids, c'est important de consulter un professionnel très rapidement », indique la Dre Anjana Srinivasan. On peut aller voir son médecin, une infirmière du CLSC ou encore demander une consultation dans une clinique d'allaitement. Au privé, on peut se tourner vers une conseillère en lactation IBCLC, qui facture, à Montréal, entre 130 \$ et 170 \$ pour une consultation à domicile.



Banque de lait maternel

La Presse, un dossier d'Isabelle Audet, 15 mai 2018.

Grands dons pour petits bébés

Quatre ans après le lancement de la Banque publique de lait maternel, Héma-Québec estime qu'enfin, elle est tout près d'atteindre son objectif de 4000 L par an. Pour y arriver, il lui faut toutefois recruter 700 nouvelles donneuses chaque année. La Presse a eu un rare accès au laboratoire où l'on traite ce lait destiné à des bébés venus au monde beaucoup trop tôt.

Donner et recevoir

Bon an, mal an, environ 700 mères offrent une partie du lait qu'elles produisent à la banque pour grands prématurés d'Héma-Québec. Un geste lourd de signification pour celles qui donnent... et pour les familles des petits receveurs. Voici le récit de mères aux extrémités du processus.

Donner à ceux qui restent

La petite Bérénice est née en pleine santé le 9 juillet 2017. Environ une semaine après sa naissance, son état inquiète toutefois ses parents. À l'hôpital, on lui diagnostique une jaunisse suffisamment sévère pour qu'elle soit placée sans délai dans un incubateur.

« Ce n'était pas si grave, mais j'ai fait mon entrée dans l'univers de la néonatalogie. Ça m'a vraiment secouée, confie la mère de Bérénice, Caroline Dawson. Je venais de donner naissance à mon enfant et j'étais très émotive. De la voir toute petite, affaiblie, démunie... La seule chose que je pouvais faire, c'était de lui donner mon lait toutes les trois heures. »



Pendant l'hospitalisation de sa fille, Caroline a reçu la visite de son frère et d'une amie. Pour la soutenir, ils lui ont apporté à manger. « Eux aussi, tout ce qu'ils pouvaient faire, c'est me donner à manger, fait-elle remarquer. J'ai réalisé combien ce geste était important. C'est un peu quétaine, mais c'est vrai que c'est la base. »

Bérénice s'est remise rapidement, mais Caroline a été marquée par son passage à l'hôpital.

« Quand je suis repartie avec ma fille, j'ai balayé la pièce du regard, et en voyant les autres mamans, ça m'a brisé le cœur. La plupart des bébés qui étaient là l'avaient pas mal moins facile que ma fille. Une jaunisse, comparée aux grands prématurés, ce n'est rien! »

— Caroline Dawson

La mère de deux enfants s'est mise à réfléchir : comment venir en aide aux familles qui, elles, devaient rester à l'hôpital ? La réponse est venue d'elle-même, quelques jours plus tard, lorsqu'elle a vu une publicité d'Héma-Québec, à la recherche de donneuses pour sa banque publique de lait maternel. Une amie venait de lui donner un tire-lait, sa fille était en santé, l'allaitement se déroulait bien... « Tout était en place pour que je donne mon lait », affirme Caroline.

Après des vérifications d'Héma-Québec sur son état de santé et en prenant soin de suivre toutes les règles d'hygiène encadrant ses dons, elle s'est ajoutée à près de 700 donneuses de lait maternel au Québec. Si elle le souhaite, elle pourra participer au programme jusqu'au premier anniversaire de Bérénice. La composition du lait des mères de bébés de plus d'un an est moins appropriée aux besoins des bébés prématurés.

« Toutes les conditions sont là pour que j'aide ces bébés, résume Caroline. Quand je suis partie de l'hôpital, je me sentais presque mal d'avoir deux enfants en santé. J'ai eu un petit coup d'œil de ce qu'est la néonatalogie, et je me suis sentie démunie face à ce que vivaient les parents qui restaient là. Je peux les aider, alors pourquoi je ne le ferais pas ? »

Après le choc, la reconnaissance

William devait naître tout juste avant l'été. Sa mère, Sounithra Vongsaphay, éprouvait des problèmes avec

sa glande thyroïde, mais rien n'indiquait qu'elle allait accoucher prématurément. Néanmoins, le garçon est né après seulement 28 semaines de gestation, le 8 mars 2017.

« C'était une grosse surprise! La chambre du bébé n'était pas prête, et je n'avais même pas lu mes livres sur la maternité », raconte Sounithra. La jeune mère souhaite alors allaiter son bébé. Le lait maternel réduit notamment les risques pour son fils de développer une entérocologie nécrosante, une maladie intestinale qui touche 6 % des bébés prématurés.

Par contre, malgré tous ses efforts, Sounithra ne parvient à tirer que quelques millilitres de lait. « Mon mari allait à toute vitesse donner ces quelques gouttes quand j'arrivais à les tirer », raconte la jeune mère. Les infirmières en néonatalogie lui proposent alors de donner à William du lait maternel issu de la banque d'Héma-Québec.

« Je n'avais jamais entendu parler des dons de lait maternel avant d'accoucher. Pour être honnêtes, sur le coup, quand l'infirmière nous a fait cette proposition, mon mari et moi étions sceptiques », raconte la jeune mère.

« Le lait d'autres personnes ? On n'était pas sûrs. Quand on nous a expliqué les bienfaits du lait maternel, on s'est dit : "O.K., on a une chance de donner ce lait à William, il faut accepter." C'est la meilleure décision que l'on pouvait prendre. »

— Sounithra Vongsaphay

Le poupon a profité des dons de lait maternel les premiers jours de sa vie. Après une semaine, Sounithra a été en mesure de prendre le relais. Et à 14 mois, William « se développe bien » aujourd'hui. « De pouvoir lui donner du lait maternel quand je ne pouvais pas le faire, ça a fait toute une différence. Ça m'a enlevé un gros poids. Ça m'a permis de rester positive à travers tout cela. »

Qui peut donner ?

Voici les critères d'admissibilité pour les donneuses de la banque de lait d'Héma-Québec :

- Être en santé.
- Allaiter d'abord son enfant et n'offrir que sa surproduction à la banque.
- Répondre à un questionnaire sur ses habitudes de vie.
- Accepter de se soumettre à des prélèvements sanguins.
- Vivre dans un secteur desservi par la cueillette à domicile ou près d'un point de dépôt.

Le chemin du lait maternel

Au fil des ans, Héma-Québec a perfectionné le traitement des dons afin d'éviter les pertes liées à la contamination du lait. Voici en images le chemin que parcourent ces bouteilles remplies par près de 700 donneuses.

Quand Toyota s'en mêle

Si Héma-Québec souhaite recruter davantage de donneuses pour sa banque, ses équipes de laboratoire doivent être en mesure de traiter tout ce lait. Pour y arriver, l'organisation a fait appel à l'expertise d'une filiale du constructeur Toyota.

« L'idée, c'était de sauver des minutes et des secondes ici et là, à chaque étape. On a travaillé avec le personnel d'Héma-Québec et on a trouvé là où l'on pouvait améliorer les choses », explique Jamie Bonini, vice-président chez Toyota Production System Support Center. Résultat : l'équipe du laboratoire arrive aujourd'hui à traiter deux arrivages de lait par jour plutôt qu'un seul. « Dans le fond, le traitement du lait, c'est une ligne de production, mais avec un produit biologique et des normes très strictes à suivre, résume Laurent Paul Ménard, porte-parole d'Héma-Québec. On s'est dit dès le départ qu'une organisation qui gère des chaînes de montage impressionnantes pouvait certainement nous aider. En analysant chaque geste, c'est ce qu'ils sont arrivés à faire. »

M. Ménard ajoute que, grâce à ces améliorations, l'objectif de 4000 L de lait par an est réalisable dès cette année. Au total, environ 1000 bébés pourraient profiter de ces dons.



Les mères paient cher la naissance de leurs enfants

La presse, Congrès de l'ACFAS, Philippe Mercure

SAGUENAY — Avoir des enfants plombe solidement les revenus des mères canadiennes et québécoises... mais pas ceux des pères. Une étude montre que les mères canadiennes encaissent une baisse importante de revenus de 40 % à la naissance de leur premier enfant, et qu'il leur faut des années avant de retrouver le niveau de salaire d'avant la maternité.

« La maternité a un impact négatif sur les trajectoires de revenus des mères, mais on ne s'attendait pas à ce que les pénalités, si on peut appeler ça ainsi, durent si longtemps », explique Marie Mélanie Fontaine, étudiante au doctorat en sciences économiques à l'Université du Québec à Montréal. La baisse des revenus s'atténue chaque année après la naissance du premier enfant, et les revenus des mères finissent par retrouver leur niveau d'avant la maternité.

Mais ici, le Québec fait office de société distincte. Ce temps de récupération est près de trois fois plus court au Québec — soit quatre ans après la naissance du premier enfant, contre onze ans dans le reste du Canada.

L'étudiante soupçonne que les politiques familiales plus avantageuses expliquent ce rattrapage plus rapide au Québec, mais elle veut maintenant le vérifier scientifiquement.

Des congés parentaux « plus avantageux »

« La prochaine étape est de regarder l'impact causal des politiques québécoises, notamment les garderies subventionnées et le régime québécois d'assurance parentale, qui offre des congés parentaux plus avantageux pour les parents au Québec », dit Mme Fontaine.

En épluchant les données de Statistique Canada, Mme Fontaine a fait un autre constat troublant : les revenus des pères ne sont pas touchés par la naissance des enfants. « C'est surprenant, convient la chercheuse. Toute la responsabilité des naissances sur le marché du travail repose sur les épaules des mères. » Mme Fontaine précise que les données étudiées vont de 1982 à 2013. « Une des prochaines étapes est de voir comment ça évolue dans le temps, explique la chercheuse. C'est sûr que certaines politiques sont arrivées pendant cette période. Quel impact ont-elles eu ? Ça va être intéressant de l'étudier. »

Allaiter un enfant de quatre ans n'est ni « bizarre » ni « anormal »

Ce blog, HuffPost britannique, Lucie Cox, traduit par Lison Hasse pour Fast for WordNon

Dans un contexte de sursexualisation des seins, ça peut sembler dérangent, mais l'allaitement prolongé est littéralement la chose la plus naturelle au monde.

Quand mon fils a eu quatre mois, on a commencé à me demander quand il passerait à la nourriture solide. À un an, quand je lui donnais le sein, on me demandait : « Tu vas bientôt arrêter, non ? » et ma réponse était toujours : « Il arrêtera quand il sera prêt. » Maintenant qu'il a trois ans, les gens semblent avoir accepté que Redford soit maître de cette décision et que ça me va très bien. Est-ce que ça veut dire qu'il me tète en public ? Pas vraiment. Qu'il ne mange pas de nourriture solide ? Non. Il a simplement accès au lait de sa mère quand il en a envie, à l'heure du coucher, s'il toque à la porte ou s'il a peur et qu'un câlin ne suffira pas à le calmer.

« Il arrêtera quand il sera prêt. »

Et, non, je ne m'inquiète pas qu'il veuille continuer jusqu'à ses 14 ans. Vous savez pourquoi. Personne ne tète éternellement. Autour de sept ans, on oublie même comment faire. Saviez-vous que nous sommes les seuls mammifères qui sèvent leurs petits prématurément ? Nous ne sommes pas dans Game of Thrones et, contrairement à la croyance populaire, un enfant allaité ne devient pas plus dépendant ou plus inséparable de sa mère. Bien au contraire, une relation forte dès les premières années pose les bases d'une confiance qui lui donne le courage d'explorer et le rend plus indépendant. Redford a même bien compris le concept d'espace personnel. Quand je ne suis pas d'humeur à lui donner le sein (oui, j'ai le choix), il pointe sa poitrine du doigt et dit : « Ça, c'est mon corps, et ça, c'est ton corps. »

Alors pourquoi l'allaitement après un an constitue-t-il un tel tabou en Occident ? En survolant les commentaires sur Tamara Ecclestone qui donne le sein à sa fille de quatre ans, on lit des choses comme « Ce n'est pas normal » et « C'est vraiment bizarre. » Mais il y a des femmes dans le monde entier qui allaitent leur enfant jusqu'à leur âge de sevrage naturel, entre quatre et six ans, et personne ne s'en préoccupe. Pour la simple

raison que c'est littéralement la chose la plus normale au monde. Nous marchons sur deux jambes depuis trois millions d'années et nous allaitons depuis encore plus longtemps. L'allaitement a toujours rempli son rôle : il assure l'alimentation, l'hydratation et le confort, en plus de toute une liste d'autres bienfaits que l'homme des cavernes ignorait. Le lait est toujours disponible, toujours nourrissant, toujours chaud. C'est vraiment une méthode de fainéant.

Que peut-on faire pour changer l'opinion des gens ? Normaliser l'allaitement et, tant qu'à faire, l'allaitement prolongé. Les gens ont peur de ce qu'ils ne comprennent pas. Mais si vous ne comprenez pas quelque chose, ça ne veut pas forcément dire que c'est une menace ou une erreur. Les enfants qui tètent ne développent pas une relation malsaine au sexe ou aux seins. Au risque de causer un scandale, c'est peut-être justement le fait d'être privé de la vue de seins au quotidien, une image parfaitement ordinaire avant la période victorienne, qui aurait de telles conséquences.

À une époque de sursexualisation des seins, tout ça peut paraître dérangent et il y aura toujours des gens pour être mal à l'aise à la vue enfant au sein. Mais il n'est pas trop tard pour la prochaine génération. Il faut qu'on puisse assister à cela, voir que c'est normal. Car qu'est-ce que la normalité ? Ce que nous avons l'habitude de voir. Il faut donc que nous montrions clairement aux enfants qu'il est normal de boire le lait de leur mère, comme le font les animaux, et ils trouveront ça normal en grandissant. Je ne m'attribue aucun mérite pour ce que je sais être et ressens comme le bon choix pour moi, parce que ma tendre mère a fait tout le travail en me donnant le sein malgré la résistance qu'elle a rencontrée dans les années 1990. Elle a fait tout le travail et maintenant, c'est tout naturel pour moi. J'espère que ce le sera aussi pour mes enfants.

Il faut faire confiance aux femmes, à nos corps, à nos enfants, soutenir les mères qui nourrissent (gratuitement) leur bébé. C'est la chose la plus naturelle au monde, au même titre que dormir ou manger, et j'espère que nous pourrons à l'avenir la considérer de la même manière.

Articles

Dossier - Silence, on accouche ! Déconstruire l'accouchement pour retrouver l'enfantement

Stéphanie St-amant

Stéphanie St-Amant (1974-2017) était sémiologue et militante pour le respect de l'autonomie des femmes durant la période périnatale. Elle est décédée prématurément en août 2017. Elle n'aura pas eu le temps d'écrire l'article qu'À bâbord! lui avait demandé pour ce dossier. Nous tenons à saluer sa mémoire et son important legs dans le domaine périnatal, notamment sur la question des violences obstétricales. Nous reprenons ici sous forme d'article une conférence qu'elle avait présentée, en 2016, au Regroupement Naissance-Renaissance à l'occasion de la Semaine mondiale pour l'accouchement respecté. Transcription et rédaction par Nesrine Bessaih. En retraçant l'historique de l'apparition et de la popularisation des interventions obstétricales et de la sémantique utilisée pour parler d'accouchement, Stéphanie St-Amant met en évidence la construction des conceptions actuelles de l'accouchement en Occident.

L'accouchement n'a pas toujours été entouré d'un halo de peur et d'une panoplie de technologies comme il nous apparaît aujourd'hui. Cette vision de la naissance s'est construite en Europe et en Amérique du Nord avec le développement de la profession d'accoucheur et a participé à désapproprier les femmes de leur corps et de l'enfantement.

16^e siècle : Apparition de l'homme dit « accoucheur » et de la césarienne

L'émergence de l'homme sage-femme dit « accoucheur » répond à une fantaisie de la noblesse et se distingue de ce qui se passe pour le peuple en général à la même époque. Les nobles et le clergé cherchaient sciemment à se distancer de l'animalité. Ils ne voulaient plus voir les femmes accoucher à quatre pattes comme des bêtes. Les rois appellent des chirurgiens au chevet de leur femme enceinte et tentent d'instaurer un semblant de décence en les faisant accoucher en bonnes chrétiennes : sur le dos et sans cri. Cela marque le début de ce que j'appelle « l'ère obstétrique » : ce moment où l'« enfantement » devient « accouchement » et où des hommes, avec leur

cadre de référence, en prennent progressivement le contrôle. C'est au cours de cette période que le verbe accoucher devient transitif : alors qu'une femme « s'accouchait » auparavant, dorénavant on dira « accoucher une femme ». D'ailleurs « obstétrique » veut dire « qui se tient debout devant celle qu'on a accouchée ».

La position couchée sur le dos est la plus anti-physiologique qui soit. Non seulement la gravité ne peut plus jouer son rôle, mais on retire près d'un pouce à l'ouverture du bassin. Il faudra attendre des siècles (les années 1960) pour que le corps médical reconnaisse que cette position est anti-physiologique et relativement inconfortable. Ces désavantages étaient largement compensés par sa commodité pour le praticien et par le maintien de « l'asepsie, c'est-à-dire le contrôle de l'environnement où se déroule l'accouchement afin d'éviter toute contamination microbienne.

C'est à cette époque aussi qu'apparaît la césarienne. On entend parfois dire aujourd'hui que bien que nous fassions un usage abusif de la césarienne, au départ elle aurait été inventée pour sauver la vie des femmes qui autrement mourraient en couche. Pourtant, la césarienne n'a pas été inventée pour sauver des vies, bien au contraire. Dans la seconde moitié du 16^e siècle, l'Europe est en pleine guerre de religion : le protestantisme fait son apparition et le catholicisme ne le laisse pas s'implanter. La césarienne a commencé, entre autres, par la pratique de François Rousset, protégé de Catherine de Médicis, reine catholique, qui va favoriser son projet. Rousset arpente les campagnes où on trouve des protestantes et pratique des césariennes systématiques. Dans son livre, il prétend frauduleusement que les césariennes valent mieux qu'un accouchement parce qu'on ne souffre pas et qu'on n'a pas besoin de recoudre parce que la cicatrice se referme seule. Dans les faits, François Rousset tuait des femmes protestantes en les opérant pour faire naître des bébés immédiatement baptisés en petits catholiques.

Les hommes obstétriciens s'imposent dans l'univers de la naissance par l'usage des instruments et de la force. Effectivement, en plus de la césarienne, les accoucheurs développent des outils (forceps, tenailles) pour sortir le bébé du ventre de sa mère. Ces outils et techniques

se transmettent dans le secret, d'homme à homme, de père en fils et s'accompagnent de l'injonction à sortir le bébé le plus rapidement possible. On disqualifie alors les sages-femmes sous prétexte qu'elles ne sont pas assez fortes pour manier les instruments.

18^e et 19^e siècles : La clinique

De nombreuses complications feront toutefois mettre en doute le bien-fondé de ces pratiques. Jusqu'en 1780 environ, en France, mais surtout en Angleterre, des sages-femmes et des médecins prennent la parole pour dénoncer l'usage des instruments, rapporter des perforations crâniennes ou s'offusquer de la brutalité et de la barbarie des accoucheurs. Ils et elles sont perçus-e-s comme des réactionnaires, comme des opposant-e-s au progrès et on va plutôt frapper des médailles à l'effigie des obstétriciens, vus comme étant à l'avant-garde dans le domaine.

Ainsi, en 1707, Philippe Hecquet, chirurgien et médecin des religieuses de Port-Royal, se porte à la défense des sages-femmes. Il considère que les accoucheurs ne sont pas à leur place parce qu'ils n'ont pas les connaissances appropriées. Pour lui, les sages-femmes disposent d'un savoir propre qui ne repose pas sur la force. Il conteste ainsi l'apport des hommes accoucheurs. Ce que Hecquet met en évidence, c'est la dégringolade des femmes dans l'échelle sociale et la privation de leurs prérogatives. Cela aboutira à la relégation des femmes à la sphère domestique et à des fonctions reproductrices. Alors qu'auparavant, les femmes et les hommes sont vus comme étant assez identiques, que leurs organes sont pressentis comme étant les mêmes, mais placés quelque peu différemment, la nouvelle obstétrique se bâtit sur l'idée de la défaillance, de la dégénérescence et de la faiblesse du corps des femmes. Le personnage de l'accoucheur s'impose alors dans

l'esprit populaire. Toutes les couches sociales, et non plus seulement la noblesse, valorisent l'accouchement avec un homme instrumenté.

Parallèlement, vers 1780, l'institution des maternités hospitalières fait son apparition. En France et en Angleterre, les hôpitaux sont alors des mouiroirs, et les femmes qui échouent dans les maternités sont pauvres, itinérantes et souvent mal en point. Le taux de mortalité maternelle y est très élevé et c'est de cette période que vient l'idée que l'on se fait de femmes qui mourraient fréquemment en couche. On attribue aujourd'hui ce taux de mortalité élevé à la fièvre puerpérale, une maladie nosocomiale qui, à cause de l'insalubrité, se transmettait aisément d'un cadavre à une parturiente.

Durant la même période, l'obstétrique opère un tournant épistémologique et cherche à établir sa scientificité en définissant des oppositions binaires censées démontrer sa supériorité face à la sage-femmerie. Cette tendance à établir des dichotomies n'est pas une nécessité, mais ce n'est ni la première ni la dernière fois que la pensée occidentale cherchera à faire reposer des principes organisationnels sur des oppositions binaires.

La première dichotomie est celle qui est créée entre la mère et le bébé. Les obstétriciens avancent qu'ils prennent en charge la mère et le bébé. Cette distinction n'a aucun sens puisque dans la pratique sage-femme, la mère et le bébé constituent une seule et même entité. Mais cette dichotomie prévaut encore aujourd'hui et continue de mettre en opposition les intérêts de la mère et ceux de son enfant durant l'accouchement.

La dichotomie la plus fondamentale qu'ils cherchent à établir est celle qui distinguerait un accouchement dit «naturel» d'un accouchement «super naturel»,



c'est-à-dire hors de la normalité. L'obstétrique est encore aujourd'hui aux prises avec cette distinction alors que les accoucheurs n'ont jamais réussi à définir ce fameux critère qui ferait basculer du normal à l'anormal. Il s'agit d'un aveu « de l'incapacité de cette discipline à s'établir comme une science puisqu'elle n'a jamais réussi à identifier la caractéristique qui devait la rendre scientifique.

La théorie de la faiblesse et de la dégénérescence du corps féminin va servir la résistance des médecins à accepter leur responsabilité directe dans la propagation de la fièvre puerpérale.

Il reste qu'une fois compris l'importance de l'hygiène et des mesures d'asepsie dans le cadre de l'accouchement, ces arguments seront utilisés contre l'accouchement à domicile. On prétend alors que les mesures nécessaires ne peuvent être instaurées à la maison et que toutes les femmes devraient accoucher à l'hôpital. Les médecins n'ont jamais reconnu leur responsabilité historique dans la transmission de ces fièvres et accusent plutôt le sexe féminin d'être sale. On prétend que les femmes s'autocontaminent pendant l'accouchement. Il faut donc les attacher, les badigeonner d'antiseptique et garantir que l'hôpital offre un environnement sans infection.

À toutes les époques, on déplore la dégénérescence du corps féminin. Il n'y a pourtant aucune démonstration démographique ou biologique que le corps des femmes ait changé, mais depuis le 17^e siècle, l'argument sera régulièrement utilisé pour justifier les interventions abusives.

1920 : Épisiotomie et opération prophylactique au forceps

Au début du 20^e siècle, la pratique de l'obstétrique est répandue, mais elle n'est pas bien vue. Joseph DeLee, un obstétricien américain, se donne pour mission de conférer «une dignité pathologique à l'accouchement». La passivité des femmes deviendra totale : des accouchements seront pratiqués sur des femmes littéralement non conscientes.

La théorie de DeLee repose sur l'idée que le bébé risque d'être asphyxié par les parties molles («soft parts») du canal de naissance de la mère. Encore aujourd'hui, ce mythe du manque d'oxygène se maintient alors qu'il n'est soutenu par aucune donnée anatomique ou physiologique sur la façon dont l'oxygène parvient au bébé. En effet, l'oxygénation du fœtus passe par le cordon ombilical et n'a rien à voir avec la respiration,

les poumons ou le passage dans le vagin. La méthode que DeLee cherche à universaliser repose sur une succession rituelle de gestes :

- endormir la femme avec un mélange de morphine, de scopolamine et d'éther (ce qu'on appellera le «twilight sleep»). On la plonge en fait dans une narcose amnésiante, où elle sent probablement tout, mais ne s'en souvient pas par la suite. Les femmes sont alors attachées avec des camisoles de force, car leur corps réagit très fortement à l'intervention;
- pratiquer une épisiotomie : couper les muscles du périnée de façon transversale sous prétexte de faciliter le passage du bébé;
- tirer avec des forceps;
- exercer une forte pression sur le ventre de la femme (expression abdominale ou méthode Kristeller);
- reconstruire le périnée;
- réadministrer le cocktail anesthésiant.

Cette méthode se généralise et devient de routine jusque dans les années 1960. Pourtant, elle cause de nombreuses complications, dont l'absence de réflexe respiratoire chez le bébé et des déficiences intellectuelles. D'ailleurs, c'est là qu'apparaît la fameuse claque sur les fesses parce qu'on cherchait à stimuler le réflexe respiratoire du bébé.

En ce qui concerne l'épisiotomie, on dispose d'une banque de données de milliers d'articles sur sa nocivité. Elle reste une des interventions les plus pratiquées et, par sa fréquence différenciée, on peut déduire qu'il s'agit d'une pratique culturelle. En effet, en Amérique du Nord et en Amérique latine, jusqu'à 92 % des accouchements comportent une épisiotomie, alors qu'au Royaume-Uni, c'est le cas pour seulement 13 % des naissances et en Suède, 6 %. Marc Girard, pharmaco-épidémiologiste, souligne que l'épisiotomie est une aberration à peu près unique en chirurgie. Il est complètement inusité et contre-indiqué de couper un muscle transversalement.

1960 : Gestion active du travail, syntocine et monitoring foetal

Dans les années 1960, la gestion active du travail fait son apparition : d'abord en Irlande, puis à travers le monde. J'appelle ça «le contrôle presque parfait et la transformation de l'accouchement en épreuve». Cette nouvelle approche est rendue possible par la



découverte et l'exploitation de la syntocine, une hormone de synthèse qui ressemble à l'ocytocine. La pituitrine, comme on l'appelait à l'époque, doit sa disponibilité commerciale à la centralisation de l'industrie de l'abattage. La chaîne de production industrielle va ainsi participer à l'émergence d'une obstétrique à la chaîne. La syntocine induit des accouchements qui ne connaissent pas les arrêts des contractions pourtant salutaires pour reprendre des forces. Même DeLee s'est opposé à son utilisation en arguant qu'un accouchement sans pause est aussi sécuritaire qu'un parachute qui va en ligne droite !

La gestion active du travail s'est aussi établie sur l'usage des partogrammes. Dans les années 1950, Emmanuel Friedman observe près de 500 accouchements et constate que le col se dilate d'environ un centimètre à l'heure. Cette moyenne deviendra une norme universelle quand Kieran O'Driscoll, alors gestionnaire en chef du National Maternity Hospital à Dublin, récupère ces observations et les intègre à une gestion active du travail. Il établit librement que la durée sera le fameux critère qui fait basculer un accouchement de la normale à l'anormal. Il crée la notion de «travail prolongé» prétendument pathologique et associé à un accouchement de plus de 12 h. Il impose l'usage de la syntocine pour accélérer le travail si la dilatation ne suit pas la courbe d'un centimètre à l'heure ou si la fréquence des contractions passe sous les 5 à 7 contractions par 15 minutes. O'Driscoll pensait aussi que la gestion active du travail allait permettre la réduction du taux de césariennes qui était alors de 4 %. Cette méthode l'a fait passer à 9 %, mais on ne renonce pas à la prémisse pour autant et on tient à des accouchements plus rapides pour éviter la supposée pathologie du «travail prolongé».

Or, la dilatation du col peut s'accélérer dans la phase active du travail et il est erroné de chercher une progression régulière. Avant sept centimètres de dilatation, il est fréquent qu'il n'y ait pas de changements perceptibles pendant plus de deux heures. Cela ne signifie pas qu'aucun travail ne se fait. On observe d'ailleurs

dans les nouveaux partogrammes que la dilatation en phase active peut aller jusqu'à trois centimètres, voire cinq centimètres à l'heure. Mais peu importe les nouvelles données, on ne change pas l'ancien modèle.

Dans les années 1950, on considère que la durée normale d'un accouchement est de 36 h. Dans les années 1960, on tombe à 24 h. En 1969, avec O'Driscoll, on passe à 12 h, en 1980 à 10 h. En 2004, on en était à 8 h. Si la progression du travail est considérée trop lente, on l'attribue sans équivoque à une action utérine inefficace. La pression est ainsi mise sur la capacité des cols à dilater et la capacité des femmes à accoucher.

Un autre élément qui a eu un impact majeur, c'est l'introduction de la surveillance de la fréquence cardiaque fœtale (monitoring fœtal). S'il y a eu un temps où le monitoring était utilisé de temps en temps, il est aujourd'hui un passage quasi obligatoire. Par contre, on sait que le monitoring est directement lié à la hausse fulgurante des césariennes parce qu'il donne une interprétation alarmiste des contractions. Des médecins ont même écrit sur leur déception d'avoir pratiqué une césarienne en se basant sur un signalement de décélération grave du cœur fœtal pour finalement se rendre compte, une fois que le bébé est né, qu'il n'était aucunement en détresse.

En somme, dans le cadre de notre vision mécaniste du corps et de son fonctionnement, à quoi ressemble la majorité des accouchements aujourd'hui? À l'hôpital, le déclenchement est aujourd'hui généralisé (50 %). Le monitoring a créé un modèle où la contraction n'est jamais suffisante. L'équipe soignante regarde la machine, les contractions n'apparaissent pas assez vigoureuses. On injecte alors de la syntocine. Cette hormone de synthèse change radicalement l'expérience des femmes en épreuve de force : des contractions, des contractions, des contractions, etc. Pas de pause, pas de répit. Même si on sait que la vigueur et la fréquence des contractions sont relatives et ne sont pas indicatives de leur efficacité. On atteint souvent la dose maximale recommandée de syntocine. Les parturientes tolèrent les contractions intensifiées. Et puis, si ça s'éternise, les contractions sont de plus en plus fortes et on ne les tolère plus ou le moniteur indique que le bébé est en souffrance, et là, il faut aller en césarienne.

Ces interventions et instruments n'ont jamais démontré leur pertinence avant d'être adoptés. Ils ont été intégrés à une pratique obstétricale qui a cherché à démontrer sa scientificité et sa modernité en les mettant de l'avant.

L'allaitement au sein du couple homosexuel féminin

WWW.leblogallaitement.com, Valérie Fuchs, juin 2018.

Au cours des trois dernières décennies, on a pu observer de nombreux changements dans la sphère familiale : multiplication des familles « recomposées », monoparentales, adoptives, procréations médicalement assistées. Le couple homosexuel qui n'a pas la capacité de procréer peut néanmoins souhaiter vivre une parentalité qui se rapproche de celle des couples hétérosexuels.

Un certain nombre d'**homoparents** préfèrent rester discrets et vivent dans le non-dit, voire le secret. La peur du regard des « normaux » les pousse à dissimuler leur situation familiale. « À l'extérieur, évoque Annie, nous ne parlons pas de notre vie privée. Cela ne regarde personne. Au travail par exemple, je parle de " mon amie ", mais je ne précise pas que c'est une femme ». D'ailleurs, la manière dont les lesbiennes vont se faire appeler par leur enfant illustre bien le souhait de s'inscrire dans une famille. Soit elles sont appelées toutes les deux « maman » suivi du prénom, « maman Nathalie » par exemple, soit un des membres du couple, celui qui est le parent légal, est appelé maman, et la partenaire est appelée par un autre terme comme « tante » ou « marraine ». Ces appellations traduisent une volonté de consolider des rôles et des statuts.

Les raisons invoquées dans le choix du mode de procréation d'un couple homosexuel féminin et les conséquences sur les places de chacun (place du donneur, de la mère, de la conjointe) sont autant de questions qui vont amener les professionnels qui les accompagnent à les interroger sur le mode de concep-

tion de leur enfant pour évaluer le statut hormonal et le degré de fertilité de la mère gestationnelle, car cela peut avoir un impact sur sa capacité à produire suffisamment de lait.

En plus de ces questions de fond se pose donc la question de l'alimentation du nouveau-né. Le choix du projet d'allaitement appartient au couple. C'est une décision qu'il est bon de mûrir à deux. Dans le cas d'un couple homosexuel féminin, il n'est pas nécessaire d'être la mère biologique pour avoir du lait et a fortiori d'allaiter. Les deux mères ont la possibilité d'allaiter l'enfant : on parle dans ce cas de **co-allaitement**. Alors que la mère gestationnelle produira naturellement du lait, sa partenaire ne bénéficiera pas des hormones de la grossesse pour démarrer la production de lait. Elle peut toutefois choisir de nourrir le bébé avec son propre lait en suivant un protocole de stimulation : on parle dans ce cas de lactation induite. Ce processus est également possible dans le cas d'une adoption.

Précisons que les chances d'induire une lactation sont généralement meilleures quand le protocole a débuté six mois avant la naissance du bébé. La stimulation par des médicaments et/ou tisanes est une option qui peut être discutée avec le médecin. Le mode d'administration du lait dépendra de plusieurs facteurs parmi lesquels la qualité de succion du bébé, son âge, le mode de stimulation de la lactation. Reste que réguler et maintenir deux productions lactées peut s'avérer un sacré défi.



Le soutien des partenaires est alors essentiel pour la réussite de l'allaitement; il l'est d'ailleurs pour tous les couples, quels qu'ils soient. Et cela va être un véritable travail d'équipe. Le bébé peut notamment développer une préférence pour l'une ou l'autre dès le départ et/ou au cours de l'allaitement. L'allaitement partagé peut signifier que la production de chacune baisse pour s'adapter à la fréquence choisie. Si la lactation vient à trop diminuer, des tétées plus fréquentes permettront de la relancer.

Toutes ces options posent de nombreuses questions : qui, quand, combien de temps ?

Si la maman gestationnelle ne veut pas allaiter, acceptera-t-elle volontiers que sa partenaire donne le sein ? Comment prendre en compte les sentiments de l'une et de l'autre quand une seule mère allaite et que l'autre se sent exclue ? Il se peut qu'elle développe un sentiment de jalousie. Les pères expriment facilement que l'allaitement leur donne le sentiment d'être à l'écart d'une relation unique. Ce peut être le cas aussi pour une mère lesbienne.

Les termes utilisés dans les publications traduisent souvent le fait que le couple est, par définition, hétérosexuel alors que notre société va dans le sens

d'une acceptation du couple homosexuel et d'une reconnaissance de leur droit à la parentalité.

Ainsi, les professionnels de santé doivent veiller à ne pas blesser la sensibilité de chacun et se doivent d'utiliser un langage non sexiste. Il est bon de veiller à faire abstraction des idées reçues et éventuelles conclusions hâtives.

On l'a vu, l'allaitement n'est pas seulement réservé aux couples hétérosexuels. Quelques aménagements et un accompagnement spécialisé peuvent permettre aux couples de lesbiennes qui le souhaitent de réussir leur projet.

Références :

Counseling the nursing mother 6th edition Judith Lauwers & Anna Swisher,

https://www.asklenore.info/breastfeeding/induced_lactation/gn_potocols.shtml

Dubreuil E. Des parents de même sexe. Paris, Odile Jacob, 1998.

Leroy-Forgeot F. Les enfants du Pacs. Réalités de l'homoparentalité. Paris, L'Atelier de l'Archer, 1999

[Auteure] : Françoise Coudray

[Biographie] : Françoise Coudray, consultante en lactation IBCLC, formatrice et conférencière, elle est également la présidente fondatrice de l'A.D.J.+

Allaiter un enfant adopté

WWW.leblogallaitement.com, Valérie Fuchs, 15 février 2018

Les mamans qui adoptent un bébé expriment parfois le désir de l'allaiter. Démarrer un allaitement en dehors d'une grossesse, on l'imagine, n'est pas une entreprise aisée. Le projet n'est d'ailleurs pas couronné de succès à tous les coups. Pourtant, certaines réussissent et nous avons étudié les publications scientifiques relatives à ce sujet afin d'en tirer les grandes lignes et de donner quelques clés aux femmes qui envisageraient de s'investir dans cette belle aventure.

Pourquoi allaiter un bébé adopté ?

Parmi les motivations qui poussent les mères à allaiter un enfant qu'elles vont adopter, on retrouve bien sûr la volonté de le « nourrir » avec un lait dont les effets bénéfiques ne sont plus à démontrer. Il ressort également très souvent des études que les mamans souhaitent développer une solide interaction avec le bébé qu'elles n'ont pu porter : l'allaitement procure un contact physique soutenu avec l'enfant et il contribue aussi à développer le lien d'attachement mère-enfant.

Que nous dit la littérature scientifique ?

Peu de travaux ont été publiés sur ce sujet, mais il semble que l'allaitement exclusif soit plus difficile à atteindre : produire du lait en quantité significative est par contre très souvent possible et c'est déjà une belle réussite pour les mamans. Deux publications assez récentes parues dans « Journal of Human Lactation » font référence à deux cas concrets qu'il est intéressant de présenter.

Une étude américaine¹ expose l'expérience d'une femme de 33 ans qui a déjà mené une grossesse (mais pas à terme), et qui décide, à la suite de problèmes de stérilité, d'adopter un enfant. Ce sont des jumeaux nouveau-nés qu'elle va alors adopter. Plusieurs mois avant la naissance des jumeaux et après de nombreuses discussions avec des consultantes en lactation, la future mère exprime son désir d'allaiter et de tout mettre en œuvre pour y parvenir.

On lui propose alors un programme qui comprend la prise de dompéridone accompagnée d'un traitement hormonal (pendant dix semaines) et la stimulation au tire-lait électrique (double recueil) toutes les trois heures (sur une durée de 20 minutes) dès l'arrêt du traitement hormonal. Elle produit du lait au bout de deux semaines. À la naissance des jumeaux à 34 semaines d'aménorrhée (poids de 1,96 et 1,85 kg), elle



parvient à les allaiter alors qu'ils sont accueillis dans une unité de néonatalogie. La prise du sein par les bébés est immédiatement efficace, mais en raison de leur faible poids de naissance, on décide de les compléter. À l'âge de deux mois, les jumeaux sont allaités exclusivement par leur mère adoptive.

L'étude² d'une équipe espagnole date de 2017 et présente le cas d'une jeune femme de 37 ans qui devient stérile à la suite d'une fausse-couche survenue à 22 SA. Elle décide alors d'adopter un enfant et de l'allaiter. Six mois avant l'arrivée du bébé, elle démarre un protocole de stimulation en prenant de la dompéridone pendant un mois (sans traitement hormonal préalable), en utilisant un tire-lait à double recueil en combinaison avec une expression manuelle du lait (durée 45 minutes). La fréquence de la stimulation est intense : toutes les deux heures excepté la nuit où la future maman s'accorde une pause de six heures. Trois semaines après le début de la stimulation, elle exprime ses premières gouttes de lait et la quantité obtenue augmente très rapidement.

Le résultat est à la hauteur de ses efforts puisqu'elle réussit à allaiter de façon exclusive pendant six mois et elle associe des aliments solides au lait maternel au sein jusqu'aux deux ans de son enfant.

Discussion et principales conclusions

Ces deux cas concrets publiés dans la littérature sont très encourageants pour les mamans qui souhaitent allaiter un enfant adopté. Les auteurs soulignent qu'il est plus facile d'induire la lactation en dehors d'une grossesse lorsque la maman a déjà allaité au préalable ou lorsqu'elle a déjà été enceinte.

Les auteurs indiquent également qu'il n'y a pas de protocole spécifique, mais parmi les facteurs facilitant la réussite d'une lactation induite, les plus importants sont : la forte motivation, le soutien de la famille, du conjoint et des professionnels de santé dans l'entourage de la future maman et également la qualité et la fréquence de la stimulation. En ce qui concerne la prise de substances galactogènes (médicaments ou plantes), le consensus scientifique n'est pas établi sur leur réelle efficacité pour induire la lactation.

Les conseils doivent donc se centrer autour des techniques de tirage du lait, et sur la valorisation des efforts de la mère. Quelle que soit la production obtenue, c'est une belle réussite dont profiteront les deux protagonistes.

La recherche scientifique dans ce domaine mérite d'être poursuivie afin d'accumuler plus de résultats et d'accroître les connaissances des mécanismes mis en jeu lors de la lactation induite. Des conseils encore plus ciblés et efficaces permettraient alors de mieux aider les mamans.

Références :

[1] Szucs K. et al., « Induced Lactation and Exclusive Breast Milk Feeding of Adopted Premature Twins », *Journal of Human Lactation*, Vol. 26(3), 2010

[2] B. Flores-Anton et al., « An Adoptive Mother Who Became a Human Milk Donor », *Journal of Human Lactation*, Vol. 33(2), 2017

[Auteure] : Pascale Baugé

[Biographie] : De formation scientifique (docteur-ingénieur en génie des procédés), Pascale est très investie dans le monde des sciences en général.



S.O.S., bébés vulnérables

La Presse, un dossier d'Isabelle Morin, 21 août 2018.

L'état de santé des tout-petits s'améliore globalement, mais beaucoup reste à faire pour favoriser le développement optimal des petits Québécois. Parmi tous les bébés nés durant les derniers mois d'été, période qui enregistre le plus de naissances au Québec, beaucoup évolueront dans des conditions de grande vulnérabilité, comme en témoignent des intervenants en périnatalité et des mamans. Rencontres.

Agir tôt pour changer une vie

Un bébé ne naît pas toujours dans des conditions heureuses. Violence conjugale, pauvreté, toxicomanie et problèmes de santé mentale sont autant de facteurs qui mettent en péril un avenir autrement prometteur. Entourées de ressources qui les encadrent et les aident, certaines femmes saisissent toutefois la perche qui leur est tendue pour offrir le meilleur d'elles-mêmes à leur petit.

Mélissa Émond-Denis bénéficie du programme de soutien nutritionnel OLO. Enceinte de son troisième enfant, cette maman de 27 ans reçoit l'équivalent de 1 L de lait, un œuf, 125 ml de jus d'orange et une multivitamine prénatale par jour pour assurer le bon développement de son bébé tout au long de sa grossesse. Elle est aussi suivie par une nutritionniste et participe à des rencontres de groupe afin de développer les outils pour planifier ses repas, faire de meilleurs choix alimentaires et optimiser son budget.

En rencontre mensuelle avec son intervenante, Mélissa revient sur les objectifs qu'elle s'était fixés au rendez-vous précédent. « J'essaie d'éloigner la friture et la malbouffe. Je mange moins au resto », confie-t-elle à la nutritionniste Hélène Hénault. Car la jeune maman l'avoue : elle pourrait manger de la poutine italienne tous les jours. « Pour le budget, on ne peut pas faire de dépenses folles, mais ça va », dit-elle. En appartement depuis l'âge de 16 ans, Mélissa a appris à s'organiser. Elle va bien.

Hélène Hénault note ses progrès et l'encourage. Depuis 10 ans, la nutritionniste travaille au CLSC

d'Hochelaga-Maisonneuve avec des femmes qui sont dans des situations de vulnérabilité parfois extrême. Certaines mamans ont à peine 12 ans. Pour cette clientèle défavorisée, l'insécurité alimentaire est un enjeu central.

« L'alimentation n'est pas une priorité dans ces conditions. Quand tu veux te gâter, tu ne vas pas t'acheter une pomme ou une banane. Tu vas chez McDo. » Par ailleurs, note-t-elle, plusieurs n'ont pas appris à cuisiner. « Si tu n'as jamais vu ça, cuisiner un repas et manger en famille, l'apprentissage exige un effort. Dès que le désir d'apprendre est là, on le nourrit. »

1 bébé sur 6 naît dans un contexte d'insécurité alimentaire au Québec.

Source : Fondation OLO

Avec le temps, elle a adopté la « théorie des petits pas ». Chaque petit changement dans la bonne direction est une victoire. « Je me dis que ce que je fais là, c'est bon à vie. Pour la mère, l'enfant et la famille, mais aussi pour la famille élargie. Quand on peut influencer une personne, ça rayonne autour. »

Un tournant

Le fait de vivre dans un milieu socioéconomique défavorisé est associé à un taux de naissances prématurées élevé et à des taux d'allaitement moindres, démontre les chiffres du plus récent portrait dressé par l'Observatoire des tout-petits. Des interventions sur le terrain auprès de femmes et de familles en difficulté montrent toutefois des effets concrets.

Dans bien des cas, la grossesse est l'occasion de faire un virage. Les résultats ne sont pas toujours mirobolants, mais l'attachement de la mère à son bébé est fort, notent les intervenants.

Nancy Raymond avait 18 ans lorsqu'elle a eu son premier enfant. Puis il y a eu un autre « accident de parcours ». Ses deux premiers enfants ont été placés

en famille d'accueil par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) : le premier à un an et demi, le deuxième à la naissance. Aujourd'hui, à 33 ans, elle ne veut pas manquer sa chance avec sa petite Kescy, née le 19 janvier dernier.

« Y'a certaines choses que je n'ai pas eues. Mais ma fille, elle va ne manquer de rien. »

— Nancy Raymond, maman de la petite Kescy, 7 mois

Une équipe entoure cette maman en lui offrant un soutien postnatal individuel sur le plan nutritionnel, grâce au projet 1000 jours pour savourer la vie de la Fondation OLO. Elle est aussi soutenue par le Service intégré pour la petite enfance (SIPPE), lequel assure un suivi par l'entremise de différents intervenants, dont une psychoéducatrice, une infirmière et une travailleuse sociale.

Nancy n'a pas son diplôme de 5e secondaire. Elle est atteinte d'une maladie du système nerveux qui la rend inapte au travail. Sa situation financière est précaire. L'équipe qui l'entoure l'aide avec son couple, la soutient psychologiquement, répond à ses questions. « Sans cette aide, je ne sais pas si ma fille serait encore avec moi aujourd'hui. J'ai beaucoup travaillé sur moi-même », souligne-t-elle.

« Nancy va A1. Elle est vraiment motivée », observe Emmanuelle Lefebvre, qui la suit depuis sa 20e semaine de grossesse. La nutritionniste fait de même avec une cinquantaine de mamans qu'elle rencontre à domicile chaque mois. « Quand ils nous ouvrent leur porte, nécessairement, il y a un respect qu'on leur doit. Ils nous voient comme étant moins menaçants. »

Cette approche permet aussi de détecter d'autres difficultés et de trouver des pistes pour aider. « On a des antennes. Dans un contexte de vulnérabilité, les enfants peuvent avoir des lacunes sur le plan du développement ou des carences sur le plan affectif. Parfois, on a besoin de travailler en psychologie pour créer un lien d'attachement. »

(Re)trouver une famille et une maison

Aucune méthode de référencement ne permet de trouver les femmes enceintes dans le besoin. Dans bien des cas, les médecins sont la porte d'entrée pour déterminer le contexte de vulnérabilité et diriger les mères vers les ressources existantes. Certaines tombent entre les mailles du système de santé, mais d'autres,

sur une base volontaire, obtiendront du soutien, que ce soit au CLSC, à domicile ou dans des organismes indépendants, comme La Maison Bleue, qui présente un modèle de soutien périnatal innovant.

La Dre Vania Jimenez, qui est à l'origine de ce projet, a derrière elle une longue pratique d'accouchements et de suivi postnatal. Frustrée d'accoucher des bébés et d'en perdre ensuite la trace, elle a mis sur pied, avec sa fille Amélie Sigouin, le concept de La Maison Bleue, où une équipe interdisciplinaire, composée de médecins, de sages-femmes, d'infirmières, de travailleuses sociales, d'éducatrices et de psychoéducatrices, entoure la famille et le petit être en développement jusqu'à ses 5 ans.

« On ne peut pas le faire tout seuls, nous, les médecins. On a besoin d'une équipe pour donner le meilleur à ce bébé », soutient la médecin. La force de ce système passe par le groupe : celui formé par les intervenants, mais aussi par les mamans. « On aide ces femmes et ces familles à se rebâtir un réseau, parce qu'il y a beaucoup d'isolement qui vient avec la vulnérabilité. »

« Je veux que ma fille puisse se dire que sa mère a connu des difficultés dans sa vie, mais qu'elle s'en est sortie. »

— Christine René, maman d'un bébé de 3 mois

La première Maison Bleue a vu le jour dans Côte-des-Neiges il y a 10 ans. Deux autres se sont ajoutées depuis, et des projets sont en cours dans des quartiers où les besoins sont criants.

Dans ces ports d'attache sécurisants et chaleureux, des mères vont et viennent avec leur petit comme on le ferait chez soi. La Maison Bleue est souvent le premier endroit où elles viennent présenter leur nouveau-né. C'est dans cet établissement que Christine René a trouvé une seconde famille, elle dont le clan est dispersé entre l'Ontario, les États-Unis et Haïti, d'où elle a émigré à 14 ans.

En plein burnout lorsqu'elle est tombée enceinte à 30 ans, Christine René a été dirigée vers l'organisme de Côte-des-Neiges, qu'elle fréquente maintenant chaque semaine avec sa fille de 3 mois. « Quand on se sent désemparée, on a besoin de se ressourcer, de se sentir entourée, soutient-elle. C'était la meilleure chose qui pouvait m'arriver. Je me suis retrouvée avec d'autres femmes qui traversaient des périodes difficiles. Je n'étais pas seule. »

Dans ce cri à l'aide que chacune lance à sa façon, il y a des femmes courageuses, à la découverte d'elles-mêmes, relève-t-elle. Cette porte qui leur est ouverte est une voie qui leur permet de rêver de mieux. D'acquérir les outils afin de voler de leurs propres ailes aussi. Même si c'est à contrevent.

Des effets concrets

« Comme société, on a intérêt à mettre en place les meilleures conditions pour que les mamans puissent vivre leur grossesse dans les circonstances les plus favorables au développement de leur enfant », affirme la directrice de l'Observatoire des petits, Fannie Dagenais.

Avec un coût de 543 \$ par bébé, la Fondation OLO permet notamment d'économiser de 600 à 700 \$ en coûts d'hospitalisation dus à des problèmes de santé liés au faible poids, démontre une étude du département des sciences économiques de l'UQAM menée par Catherine Haeck et Pierre Lefebvre.

Selon les données du rapport sur les impacts de La Maison Bleue, les enfants qui ont bénéficié des services de l'organisme ont des indicateurs de santé supérieurs à la moyenne montréalaise alors qu'ils évoluent dans des contextes de vulnérabilité. La proportion de bébés de petit poids à la naissance y est de 3,9 %, alors que Montréal affiche un taux de 5,6 %. Les naissances prématurées et le taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital sont de 5,7 % et 94,9 %, comparativement à 6,7 % et 79,3 % pour Montréal.

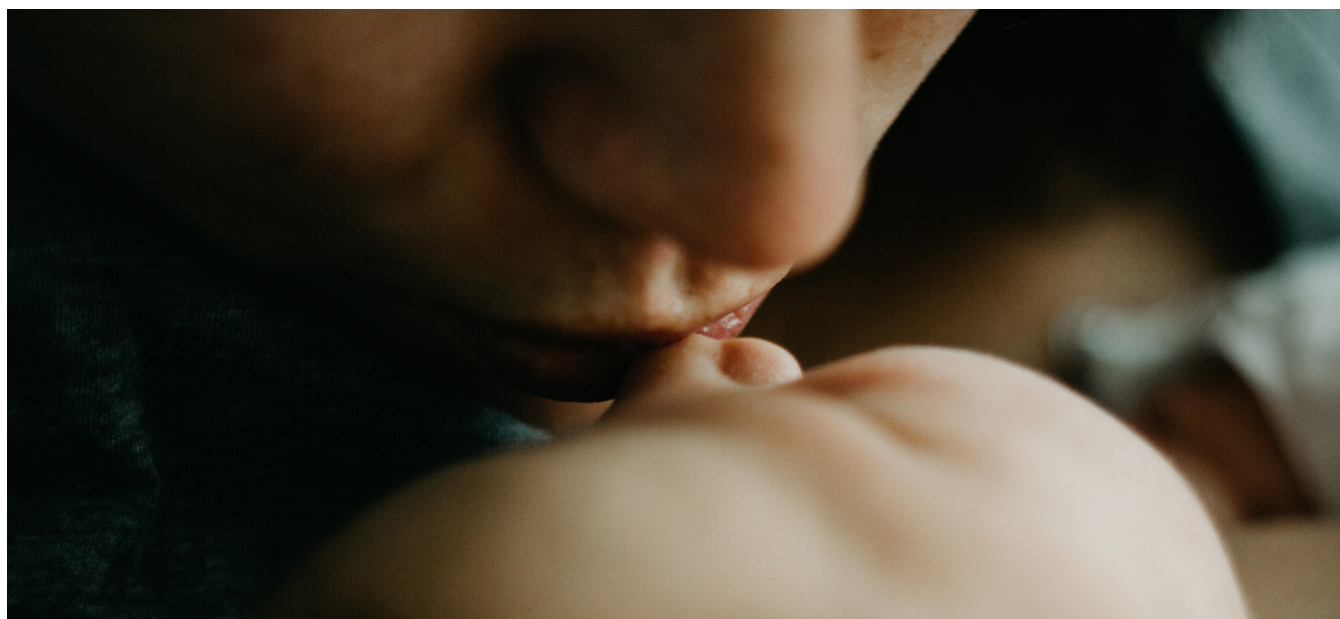
Les tout-petits en chiffres :

- **12,3 %** des enfants de 0 à 5 ans vivent dans une famille à faible revenu (2015)
- **8,7 %** des bébés québécois sont nés avec un retard de croissance (2011-2013)
- **7,3 %** des bébés sont nés prématurément (2011-2013)
- **5,9 %** des bébés sont nés avec un faible poids (moins de 5,5 lb) (2011-2013)
- Les tout-petits représentent **6,4 %** de la population québécoise (2016)

Source : Portrait de l'Observatoire des tout-petits

Des ressources :

- La Maison Bleue
- La Fondation OLO – 1000 jours pour savourer la vie
- Le Dispensaire diététique : l'organisme intervient par la nutrition sociale auprès de femmes enceintes en situation de vulnérabilité
- Réseau des centres de ressources périnatales du Québec
- Programme SIPPE, par l'entremise des CLSC et intervenants en santé



Témoignages

Accoucher en confiance, Récit d'une jouissante naissance

Blog de Annick Bourbonnais, Publié le 25 mai 2018

J'accompagne des naissances depuis quelques années. Des naissances respectées et des parents confiants, c'est selon moi la clé pour un contexte le plus favorable à l'allaitement.

J'aimerais vous raconter cette histoire qui en est un bel exemple.

C'était la 41^e semaine lors du Nst. On y effectue un moniteur pour évaluer le cœur et le nombre de mouvements fœtaux. Puis une échographie afin de mesurer la quantité de liquide amniotique. Le cœur et la quantité de liquide étaient parfait, mais pas suffisamment de mouvements fœtaux malgré la clochette pour réveiller le bébé. Maman savait que ce n'était pas son heure la plus active, son bébé étant toujours bien calme à cette heure de la journée.

Le message est clair et sans équivoque. Nous déclenchons le travail aujourd'hui. Vous ne pouvez pas quitter l'hôpital!

L'infirmière est déjà à son bras pour lui installer un soluté! Elle regrette d'être venue seule à ce fameux rendez-vous! Mais saisie par l'absurdité de la situation, elle dit non... NON! Je refuse le déclenchement! Tout le monde fige! Sans réfléchir, elle tente de leur expliquer ses observations et affirme qu'elle n'est pas du tout inquiète pour son bébé!

C'est donc sur un stripping non annoncé et un fond de « vous êtes bien consciente des risques de mortinai-sance et d'asphyxie si l'on ne déclenche pas immédiatement l'accouchement??? » Qu'elle a signé un refus de traitement et une décharge de responsabilité pour ensuite quitter le département d'obstétrique...

Sur le coup, elle était en colère, elle se sentait tellement jugée! Ils ont tout fait pour lui faire peur... Mais au fond de son cœur, elle savait que c'était ce dont elle et bébé avaient besoin. Un couple plein de confiance en leur capacité de donner naissance avec du recul sur la situation et la fameuse date « prévue » d'accouchement, pourta nt si abstraite! Lorsqu'à ses heures habituelles, bébé

a gigoté vivement, une sensation de chaleur a envahi tout son corps de maman! Elle s'est sentie si forte et si confiante!

Toutes les vives émotions de la journée ont été soudainement dissipées par ce sentiment de confiance si puissant! Elle a réussi à rester libre et sereine heure après heure les jours qui ont suivi!

Il aura fallu 2 jours à ce bébé pour se décider! Les contractions ont débuté spontanément le matin! La naissance fut simple et rapide. L'arrivée à l'hôpital et le ton du personnel étaient sympathiques! J'adore lorsque tout le monde se présente les uns aux autres! Nous ferons tous équipe ensemble auprès de cette famille! J'ai été heureuse de savoir que nous étions bien disponibles à leur faire confiance!

Avec un plan de naissance bien façonné sur des requêtes et attentes réalistes et respectueuses, mais précises et claires, l'équipe n'avait d'autres choix que de s'incliner devant tant de responsabilités assumées et de savoir faire!

Chaque instant à leur côté a été du pur bonheur! Papa sachant exactement où mettre ses mains et comment bouger avec elle! Il démontrait une confiance si touchante en elle alors que Maman utilisait sa voix pour chanter chacune de ses contractions! Une sorte de mantra divin nous laissant entendre que son bébé est de plus en plus près!

La rupture de la poche des eaux s'est faite de façon spontanée alors qu'elle était debout à côté du lit. Elle s'est mise à pousser de plus en plus, suivant son réflexe, à chaque contraction. Une ou deux de plus, puis elle grimpa sur le lit d'elle même pour s'y installer à genoux le haut du corps en appui sur la tête de lit. Elle a terminé la poussée comme elle l'avait commencée, à son rythme sans personnes pour lui dire quand respirer ni comment pousser, bref comme elle l'avait décidée! Puis, soudainement, juste avant la sortie de la tête, elle s'est mise à utiliser activement sa main sur sa vulve, ses sons ont graduellement changés en de minuscules cris de plus en plus aigus sortant de sa bouche « Viens! Viens! Viens! » beaucoup plus près d'une jouissance, une jouissante naissance!

Papa debout à ses côtés, en tête-à-tête, lui caressait tendrement le dos...

Malgré toute la splendeur de cette scène mon regard se déplace pour aller capter mentalement l'image de l'équipe soignante immobile, gantée dans leur blouse bleue... la bouche grande ouverte!

La tête apparut, puis le corps du bébé se déposa doucement sur le lit, maman, pivota sur son dos et prit son bébé contre elle! Peau à peau spontané et personne ne toucha au bébé.

Le silence enveloppe la scène où seuls quelques pleurs de bébé sont venus se mêler aux exclamations de joie de ses parents!

Ils ont attendu 4 min avant le clampage du cordon, aucune traction pour le placenta ni massage brutal sur le ventre de maman. Point sur lequel elle avait clairement insisté dans le plan de naissance et à son arrivée! Docteur à donc demander à maman, à un moment précis, de faire le massage elle-même, ce qu'elle fit!

Un seul point de suture pour une petite abrasion.. Et docteur qui ajoute « accoucher dans cette position est vraiment excellent pour préserver le périnée et éviter les déchirures! »

À peine, à quelques minutes de vie et bébé démontrait déjà l'envie d'aller au sein! Il s'étirait, la bouche grande ouverte, en tirant la langue. Il était déjà tout près du sein! Que quelques frénétiques mouvements, et il s'accrocha avec assurance de façon tellement innée! Aucune blessure, aucun stress, aucun souci dans les jours suivants pour son poids!

Bref, accoucher en Centre Hospitalier et être respecté dans ses choix et ses demandes c'est possible! Le défi est la capacité de détachement des futurs parents avec la peur véhiculée de façon criante et/ou sournoise, car elle peut s'installer et germer dans nos pensées sans que l'on en soit conscient (es)...

Si d'instinct nous savons comment concevoir nos bébés, nous savons certainement d'instinct comment leur donner la vie dans la confiance et la simplicité!



Formations continues

Le point sur la confusion sein-tétine

Paru dans les Dossiers de l'allaitement, n° 119, février 2017,
D'après : Clarifying nipple confusion. Zimmerman E,
Thompson K. J Perinatol 2015 ; 35(11) : 895-9.

La confusion sein-tétine est un problème au sujet duquel il n'existe guère de consensus, que ce soit pour sa définition, sa cause ou ses manifestations. La définition la plus souvent citée est celle de Neifert et al, qui présentent deux sortes de confusion sein-tétine; le type A est le fait que le bébé n'arrive plus à téter efficacement de façon à extraire le lait correctement du sein après avoir été exposé à la tétine d'un biberon, tandis que le type B est rencontré chez un enfant plus âgé pour qui l'allaitement est bien établi, et qui se met à refuser le sein et à préférer le biberon. D'autres auteurs définissent la confusion sein-tétine comme la réponse à la différence de sensations et du flot de lait entre la prise d'un biberon et la prise du sein, l'enfant préférant un type de sensation à un autre (Dowling & Thanattherakul). Au vu de ces définitions, on pourrait globalement définir la confusion sein-tétine comme étant la préférence d'un enfant pour le mécanisme de succion sur une tétine, ou sa difficulté à téter au sein après avoir été exposé à une tétine.

Parmi les 10 Conditions pour le succès de l'allaitement que doivent appliquer les services de maternité ayant le label Hôpital Ami des Bébés, la 9e stipule de réserver, pour les enfants allaités, l'usage des biberons et des sucettes aux situations particulières. Ce point a été largement débattu, d'autant que certaines organisations (comme l'Académie Américaine de Pédiatrie) recommandent l'utilisation de sucettes lorsque l'allaitement est mis en place, pour limiter le risque de mort subite inexpliquée du nourrisson. Les parents ne sont pas les seuls à se poser des questions devant ces recommandations contradictoires. C'est également le cas des professionnels de santé, qui sont par ailleurs peu convaincus par l'existence de la confusion sein-tétine.

Une étude dans laquelle on a demandé à des professionnels de santé travaillant en maternité et en néonatalogie s'ils pensaient que le don régulier de biberons aux nouveau-nés était susceptible d'induire une confusion sein-tétine a constaté que 15 % des infirmières en maternité, 44 % des infirmières en

néonatalogie et 56 % des pédiatres estimaient que c'était le cas; et respectivement 2,4 %, 17,4 % et 6,2 % estimaient que c'était possible si le nouveau-né recevait un seul biberon (Al-Sahab). Une autre étude constatait que de nombreux professionnels de santé croyaient à l'existence de la confusion sein-tétine, en dépit des données limitées sur le sujet, ou préféraient « ne pas prendre de risque » (Cloherty); par exemple, parmi les 20 sages-femmes et puéricultrices interrogées, 15 ont dit déconseiller les biberons pour cette raison.

Un certain nombre d'études ont pourtant évalué l'impact des biberons et tétines sur l'allaitement (durée, succès, succion de l'enfant). Les auteurs ont effectué une recherche sur le sujet, et ont retrouvé au total 19 études, qu'ils ont analysées sur le plan de leur méthodologie. Ils ont retenu uniquement les études de qualité moyenne à bonne, soit 14 études, évaluant le risque de confusion sein-tétine lié au don de biberons, ou lié à l'utilisation d'une sucette. 6 études portaient sur l'impact des biberons de compléments. 2 d'entre elles ne trouvaient aucun signe permettant de supposer la possibilité d'une confusion sein-tétine, tandis que 4 en constataient des signes. Une étude transversale a évalué la succion chez des enfants de 3 à 4 semaines et de 3 à 5 mois exclusivement allaités, partiellement allaités et exclusivement nourris au biberon (Moral). Les auteurs constataient des différences dans la succion entre des enfants exclusivement allaités et des enfants exclusivement nourris avec une formule lactée commerciale, mais les enfants qui étaient partiellement allaités modifiaient leur mode de succion suivant qu'ils étaient au sein ou au biberon, ce qui montrait qu'ils s'adaptaient.

Toutefois, les auteurs n'ont pas inclus des enfants plus jeunes. Une étude a randomisé des enfants qui, pendant les 5 premiers jours, n'ont pas reçu de biberons ni de sucette, et des enfants qui en ont reçu, tous les enfants étant par ailleurs allaités (Shubiger). La prévalence de l'allaitement et la fréquence des tétées étaient similaires dans les 2 groupes pendant

les 6 premiers mois. Une étude a fait état d'une durée plus courte d'allaitement chez des mères qui avaient introduit une formule lactée commerciale avant 6 mois (Hla). Toutefois, les femmes qui avaient des problèmes d'allaitement étaient également les plus enclines à sevrer.

Une autre étude a constaté que les enfants qui recevaient des biberons avaient un risque 26 fois plus élevé de sevrage que ceux qui étaient exclusivement nourris au sein, mais les auteurs donnaient peu d'informations permettant d'établir la possibilité d'une confusion sein-tétine comme cause du sevrage (Molmaz). 2 autres études ont constaté que les enfants qui recevaient des biberons étaient moins souvent. L'une d'entre elles concluait que les enfants qui avaient du mal à prendre le sein étaient plus nombreux à être sevrés s'ils recevaient rapidement des biberons de suppléments (Righard). Cela permet de penser que le don de suppléments au biberon aggrave les problèmes d'allaitement préexistants. L'autre étude portait sur des prématurés, et concluait que ceux qui recevaient les suppléments via une sonde naso-gastrique étaient plus souvent allaités pendant les 6 premiers mois que ceux qui les recevaient au biberon (Kliethermes). Les auteurs estimaient que le nourrisson s'habituaient aux biberons, mais aucune donnée expérimentale n'était présentée pour le confirmer. Certains pensent également que le bébé qui prend un biberon est immédiatement récompensé par l'écoulement de lait tandis que le bébé au sein doit attendre le réflexe d'éjection pour en recevoir (Fisher).

10 études évaluaient l'impact de l'utilisation d'une sucette sur l'allaitement; 4 concluait à la présence d'un impact, tandis que les 6 autres n'en retrouvaient aucun. Une étude constatait que les enfants qui recevaient une sucette à 1 mois étaient trois fois plus nombreux à être sevrés avant 6 mois (Barros). Une autre étude arrivait à une conclusion similaire, avec un taux de sevrage quatre fois plus élevé à 6 mois (Victoria). Il faut noter toutefois que si la sucette avait un impact négatif chez les mères qui avaient des problèmes d'allaitement, cela ne semblait pas être le cas lorsque l'allaitement était gratifiant pour la mère, et la sucette pourrait donc être un facteur contribuant au sevrage, mais non sa cause directe. Une étude transversale constatait un taux plus élevé d'introduction des biberons de compléments chez les bébés qui recevaient une sucette (do Nascimento).

Une étude randomisée a suivi des enfants allaités qui recevaient également soit des biberons et une sucette dès les premiers jours, soit un biberon et une sucette introduite après 5 semaines post-partum, soit



les mêmes catégories pour la sucette, les suppléments étant donnés à la tasse et non au biberon (Howard). Les enfants qui avaient reçu une sucette dès les premiers jours étaient moins nombreux à être exclusivement allaités à 4 semaines, mais le moment d'introduction de la sucette n'avait pas d'impact sur la durée totale d'allaitement pendant les six premiers mois. Globalement, ces études ne permettent pas de savoir si la sucette cause une confusion sein-tétine, ou si elle est le marqueur de difficultés d'allaitement.

3 études ont évalué l'impact de la suppression ou de la restriction de l'utilisation de sucettes. Contrairement aux attentes des auteurs, la première a constaté que la suppression des sucettes en maternité était corrélée à un taux plus bas d'allaitements exclusifs et à un taux plus élevé d'allaitement partiel et de don exclusif d'une formule lactée commerciale (Kair). Une autre étude randomisée constatait un taux plus élevé de sevrage en cas d'utilisation d'une sucette, mais après prise en compte de toutes les variables, cet impact disparaissait totalement (Kramer). Là encore, les auteurs concluait que la sucette semblait plutôt être un marqueur de problèmes d'allaitement ou d'une faible motivation maternelle. Une étude citée plus haut (Shubiger) ne

constatait aucun impact pour l'utilisation d'une sucette pendant les 5 premiers jours sur le taux d'allaitement pendant les six premiers mois.

Une étude a recherché l'impact de la sucette chez les prématurés (Collins), chez des enfants randomisés pour recevoir les suppléments au gobelet ou au biberon et pour recevoir ou non une sucette. Cette dernière n'avait aucun impact significatif sur le taux d'allaitement complet ou le taux d'allaitement 3 et 6 mois après la sortie de néonatalogie. Toutefois, le niveau maternel de respect des consignes données était faible, de nombreuses mères ayant donné une sucette à leur bébé dans le groupe sans sucette. Une étude sur la physiologie de la succion non nutritive réfute l'hypothèse de la confusion sein-tétine dans la mesure où elle a constaté que le nourrisson modifiait sa succion en fonction des caractéristiques mécaniques de la sucette (Zimmerman); une sucette très ferme avait un impact négatif sur la succion de l'enfant. Cette dernière étude permet de penser que le nourrisson a la capacité de moduler sa succion en réponse aux variations de la stimulation orale. Toutefois, cette étude n'a pas évalué la capacité de l'enfant à moduler sa succion non nutritive suivant qu'il était au sein ou qu'il avait une tétine.

Globalement, les données actuelles sont plutôt en faveur de l'existence d'une confusion sein-tétine en cas d'utilisation d'un biberon, elles sont plutôt en défaveur de son existence en cas d'utilisation d'une sucette. Toutefois, la principale limite des études sur le sujet est l'impossibilité de déterminer le rapport de cause à effet, et la confusion sein-tétine pourrait être en rapport avec d'autres problèmes d'allaitement, liés à la mère (faible production lactée, mamelons difficiles à prendre par l'enfant...) ou au nourrisson (prématurité, hypoglycémie, problème de succion...). Par exemple, un enfant qui ne prend pas correctement le sein et qui n'obtient donc pas assez de lait en recevra plus facilement avec un biberon, ce qui l'amènera à préférer le biberon. Au vu des connaissances actuelles, il reste impossible d'affirmer que la confusion sein-tétine est un problème d'allaitement en soi, et qu'elles en sont exactement les causes. D'autres études sur le sujet sont nécessaires.

Références :

- Al-Sahab B et al. Which method of breastfeeding supplementation is best? The beliefs and practices of paediatricians and nurses. *Paediatr Child Health* 2010 ; 15(7) : 427-31.
- American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death S. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005 ; 116(5) : 1245-55.
- Barros FC et al. Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. *Pediatrics* 1995 ; 95(4) : 497.
- Cloherty M et al. The cup-versus-bottle debate : a theme from an ethnographic study of the supplementation of breastfed infants in hospital in the United Kingdom. *J Hum Lact* 2005 ; 21 : 151-62.
- Collins CT et al. Effect of bottles, cups, and dummies on breast feeding in preterm infants : a randomised controlled trial. *BMJ* 2004 ; 329(7459) : 193-8.
- do Nascimento MBR et al. Exclusive breastfeeding in southern Brazil : prevalence and associated factors. *Breastfeed Med* 2010 ; 5(2) : 79-85.
- Fisher C, Inch S. Nipple confusion - who is confused ? *J Pediatr* 1996 ; 129(1) : 174-9.
- Grant MS, Jenkins LS. Communication education for pre-licensure nursing students : literature review 2002-2013. *Nurse Educ Today* 2014 ; 13 : 1375-81.
- Hla MM et al. Early weaning among Japanese women in Hawaii. *J Biosoc Sci* 2003 ; 35(2) : 227-41.
- Howard CR et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003 ; 111(3) : 511-8.
- Kair LR et al. Pacifier restriction and exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2013 ; 131(4) : e1101-7.
- Kliethermes P et al. Transitioning preterm infants with nasogastric tube supplementation : increased likelihood of breastfeeding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998 ; 28(3) : 264-73.
- Kramer MS et al. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior : a randomized controlled trial. *J Am Med Assoc* 2001 ; 286(3) : 322-6.
- Kverno KS et al. Research on treating neuro-psychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: a systematic literature review. *Int Psychogeriatr* 2009 ; 21(5) : 825-43.
- Moimaz SA et al. Association between breast-feeding practices and sucking habits : a cross-sectional study of children in their first year of life. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2008 ; 26 : 102-6.
- Moral A et al. Mechanics of sucking : comparison between bottle feeding and breastfeeding. *BMC Pediatr* 2010 ; 10 : 6.
- Neifert M et al. Nipple confusion : toward a formal definition. *J Pediatr* 1995 ; 126(6) : 125-9.
- Newhouse R et al. The Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Rating Scale. The Johns Hopkins Hospital, Baltimore, MD, USA, 2005.
- Righard L. Are breastfeeding problems related to incorrect breast-feeding technique and the use of pacifiers and bottles ? *Birth* 1998 ; 25(1) : 40-4.
- Schubiger G et al. UNICEF/WHO baby-friendly hospital initiative : does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding ? *Eur J Pediatr* 1997 ; 156 : 874-7.
- Victora CG et al. Pacifier use and short breastfeeding duration : cause, consequence, or coincidence ? *Pediatrics* 1997 ; 99(3) : 445-53.
- Zimmerman E, Barlow SM. Pacifier stiffness alters the dynamics of the suck central pattern generator. *J Neonatal Nurs* 2008 ; 14(3) : 79-86.

L'utilisation du poids à 24 heures comme référence pour le calcul de la perte de poids réduit la supplémentation et favorise l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons nés par césarienne

MAQ, 27 juin 2018

Résumé d'un article de Deng Xiaomeng et McLaren Margaret, publié dans *Breastfeeding Medicine*, Vol. 13, No. 2. <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.0124>

Contexte et objectifs

Pour promouvoir l'allaitement maternel exclusif, les suppléments ne sont pas recommandés sans indications médicales telles que des signes cliniques de déshydratation. Une perte du poids de naissance de 10 % et plus entraîne souvent l'administration de supplément, par crainte de déshydratation. Des études ont démontré que le passage de liquides par voie intraveineuse pour l'anesthésie de la mère par le placenta pouvait faire augmenter le poids de naissance. Les chercheurs ont proposé d'utiliser le poids de 24 heures du nouveau-né comme référence privilégiée pour le calcul de la perte de poids. L'unité mère-enfant de l'hôpital Hartford, un hôpital Ami des bébés (IHAB), a mis cette recommandation en pratique. Cette étude a été menée pour évaluer l'innocuité de ce changement de pratique et son efficacité dans la diminution de la supplémentation.

Résultats

Le taux global de supplémentation a diminué, passant de 43,6 % à 27,4 %. Chez les primipares, ce taux est passé de 51,9 % à 31,0 %. Chez les nourrissons perdant 10 % et plus de leur poids de naissance, le taux de supplémentation a diminué de 63,9 % à 26,2 %.

Conclusion

Utiliser le poids à 24 h au lieu du poids de naissance dans le calcul de la perte de poids des nouveau-nés permet de réduire le taux de supplémentation, et ce, sans incidence négative durant le séjour hospitalier.

D'après : Troubled sleep – Night waking, breastfeeding and parent-offspring conflict

Article paru dans le n° 108 des Dossiers de l'allaitement, mars 2016, Haig D. *Evol Med Public Health* 2014 ; 1 : 32-9.

En bref : Et si les réveils nocturnes avaient pour but d'augmenter la durée de l'aménorrhée lactationnelle, et ainsi minimiser la possibilité de survenue rapide d'une nouvelle grossesse ?

Les réveils nocturnes sont l'une des choses dont les nouveaux parents se plaignent le plus souvent. Ils ne seront guère aidés par les avis contradictoires qu'ils pourront entendre, entre les spécialistes qui estiment qu'il faut « entraîner » le bébé à dormir toute la nuit dans son berceau pour le rendre indépendant, et ceux qui estiment que le sommeil partagé est la norme pour notre espèce, et qu'il favorise l'allaitement ainsi que l'attachement entre l'enfant et ses parents.

Dans ce domaine, les besoins du bébé (proximité, nourriture) entrent en conflit avec les besoins des parents (une bonne nuit de sommeil). Dans la mesure où les réveils nocturnes surviennent chez quasiment tous les bébés, on peut estimer que ce comportement est

normal, et on peut donc se poser la question de son éventuel intérêt sur le plan de notre biologie. Des études ont constaté qu'un certain intervalle entre deux grossesses était nécessaire pour maximiser les chances de survie des enfants, en particulier dans les pays en voie de développement. Dans cet article, l'auteur analyse l'hypothèse selon laquelle les réveils nocturnes ont pour but d'augmenter la durée de l'aménorrhée lactationnelle, et de minimiser la possibilité de survenue rapide d'une nouvelle grossesse, afin de prolonger l'investissement maternel auprès de l'enfant, et donc d'augmenter ses chances de survie.

Les jeunes enfants demandent en effet un investissement maternel important, et une mère qui a rapidement un nouvel enfant aura moins de temps à lui consacrer, ainsi qu'à son aîné. Ce sera tout particulièrement le cas si la mère a un nouvel enfant dans les douze mois suivant la naissance précédente. La durée de l'aménorrhée du post-partum joue un rôle majeur

dans la fertilité à l'échelle mondiale. Cette aménorrhée est d'autant plus longue que les tétées sont fréquentes, en particulier la nuit. Il semble donc compréhensible que la sélection naturelle ait encouragé les réveils nocturnes chez le bébé, afin de retarder la survenue d'une nouvelle grossesse.

La fatigue maternelle liée aux réveils nocturnes joue également un rôle, en limitant la fréquence des rapports sexuels. De ce point de vue, il est intéressant de constater que de nombreux bébés se réveillent plus souvent la nuit après 6 mois (période pendant laquelle la fertilité maternelle peut recommencer à augmenter). Ces réveils nocturnes seront particulièrement malvenus pour les mères qui n'allaitent pas ou qui ont sevré rapidement. On a constaté que les bébés non allaités se réveillaient moins, et il est donc possible que le bébé fasse la distinction entre l'allaitement et l'alimentation avec une formule lactée commerciale.

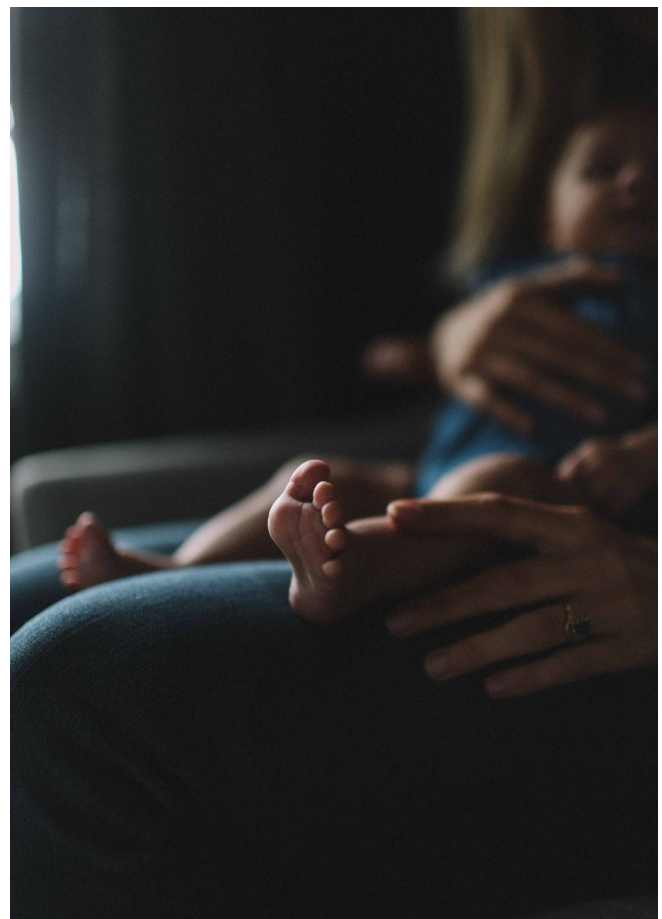
Le syndrome de Prader-Willi (SPW) et le syndrome d'Angelman (SA) sont tous les deux en rapport avec une anomalie génétique du chromosome 15, mais cette anomalie est transmise par le chromosome paternel dans le SPW, et par le chromosome maternel dans le SA. Or, les enfants souffrant de SPW dorment beaucoup, tandis que ceux souffrant de SA se réveillent souvent la nuit. Cela permet de penser que les gènes d'origine paternelle et maternelle ont un impact différent sur le sommeil, les gènes d'origine paternelle favorisant les réveils nocturnes, et donc un espacement plus important des naissances.

Le lait humain est un liquide complexe, dont la composition est censée correspondre de façon optimale aux besoins du petit. Si le bébé humain est génétiquement programmé pour se réveiller souvent la nuit, cela devrait se refléter au niveau de la composition du lait humain. Or, on sait que celui-ci est rapidement digéré (nettement plus rapidement que le lait de vache).

La médecine évolutionnaire part du principe que certaines pathologies physiques, psychologiques et psychosociales sont en rapport avec l'incompatibilité entre le mode de vie et l'environnement actuels, et nos besoins biologiques. Des anthropologues ont souligné les discordances entre les pratiques occidentales actuelles de soins aux jeunes enfants, et les besoins biologiques des enfants. C'est le cas en particulier pour ce qui est considéré chez nous comme un sommeil infantile « normal », dont les caractéristiques sont

déterminées par la médecine pédiatrique. Certes, nombre de besoins biologiques étaient parfaitement adaptés aux époques ancestrales, mais les bébés occidentaux vivent actuellement dans un environnement où la mortalité infantile est très basse. Dans un tel contexte, on peut estimer que les réveils nocturnes n'ont plus vraiment d'intérêt.

Toutefois, il reste nécessaire de se demander dans quelle mesure les recommandations actuelles dans nos pays sur le sommeil des enfants ne sont pas susceptibles d'avoir des conséquences néfastes sur leur santé, et d'effectuer des études épidémiologiques pour l'évaluer. La sélection naturelle favorise l'adaptabilité à la fois chez les parents et chez les enfants, afin d'optimiser l'efficacité de l'adaptation à l'environnement. Ce qui est le mieux pour l'enfant n'est pas obligatoirement le mieux pour la mère, et vice versa. Les conflits génétiques au sein de la famille font partie de notre héritage biologique.



Selles non fréquentes chez les bébés exclusivement allaités

Dossiers de l'allaitement n° 103 (avril, — mai-juin 2015), In-frequent stools in exclusively breastfed infants. Courdent M, Beghin L, Akré J, Turck D. Breastfeed Med 2014 ; 9(9) : 442-5.

En bref : Étude sur la prévalence des selles non fréquentes chez des enfants exclusivement allaités

Les bébés exclusivement allaités ont habituellement des selles plus liquides et plus fréquentes que les bébés nourris avec une formule lactée commerciale.

Lorsqu'un bébé de moins de 4 à 6 semaines a moins de 3 selles quotidiennes, cela pourra être le signe d'une absorption insuffisante de lait. Par la suite, la fréquence des selles diminue, et certains bébés peuvent ne pas avoir de selles pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines, ce qui pourra être pris pour de la constipation, et amener à faire subir à l'enfant divers examens plus ou moins invasifs.

Il existe très peu de données sur la fréquence des selles chez les bébés allaités en bonne santé. L'objectif de cette étude française était d'évaluer la prévalence des selles non fréquentes chez des enfants exclusivement allaités en bonne santé, d'en définir les caractéristiques, et de noter les réactions des mères et des professionnels de santé.

Elle a été menée en deux phases. Pour la première, des mères recrutées dans les réunions de La Leche League ont répondu à un questionnaire sur les selles de leur bébé. Pour la seconde, des mères dont l'enfant avait présenté au moins un épisode de selles non fréquentes pendant le mois précédent ont répondu à un questionnaire structuré; les enfants devaient avoir entre 10 jours et 8 mois, être exclusivement allaités depuis la naissance, et avoir une croissance normale (évaluée à partir des standards de croissance de l'OMS). Les mères ont entre autres évalué leur niveau d'anxiété, ainsi que le niveau d'inconfort de leur enfant.

Parmi les 198 enfants inclus dans la première phase, 74 (37 %) avaient présenté au moins 1 épisode de selles non fréquentes, survenu avant 1 mois chez 14 enfants (19 %). Les mères de 72 d'entre eux ont fourni les données demandées. 48 mères connaissaient la possibilité de selles non fréquentes; 40 d'entre elles ne se sentaient pas inquiètes et ont attendu que l'épisode se termine. 24 mères ne connaissaient pas la possibilité de selles non fréquentes; 19 d'entre elles ont recherché des informations sur le sujet (documentation, appel à une association d'aide aux mères allaitantes ou à un professionnel de santé).

Pour la seconde phase, les données portaient sur 85 enfants. Leur âge médian était de 16 semaines. L'âge médian au moment du premier épisode de selles non fréquentes était de 6 semaines (de 1 à 22 semaines). Avant cet épisode, l'enfant avait 1 à 8 selles quotidiennes. La durée médiane du premier épisode de selles non fréquentes était de 4 jours (1 à 10 jours), tandis que celle des épisodes suivants était de 6 jours (2 à 28 jours). La durée combinée de tous les épisodes de selles non fréquentes était de 10 semaines (1 à 34 semaines). Lorsque les selles réapparaissaient, elles étaient habituellement molles, jaunes et abondantes; aucun enfant n'a eu de selles dures. Rien n'a été fait pour faire cesser l'épisode chez 52 enfants.



Crédit photo : Mini Zoom Photographie

Chez les 33 autres enfants, les actions entreprises étaient essentiellement les massages abdominaux (79 % des enfants), les suppositoires, la stimulation anale et/ou un lavement (64 %), la consommation maternelle ou le don à l'enfant de jus de fruits et/ou d'une eau minérale riche en magnésium (33 %). Le score moyen d'anxiété maternelle pendant l'épisode était de 2 (sur une échelle de 1 à 6), et le score d'inconfort manifesté par l'enfant était de 1 (1 à 6). Le score maternel d'anxiété était plus élevé chez les mères qui ont tenté diverses actions pour faire cesser l'épisode de selles non fréquentes, et le score d'inconfort était plus élevé chez les enfants chez qui ce type d'action a été tenté.

Cette étude permet de constater que plus du tiers des bébés exclusivement allaités présentent des épisodes de selles non fréquentes, pouvant survenir dès la seconde semaine de vie. Le fait pour la mère de savoir que c'était possible était corrélé à un niveau plus bas d'anxiété et d'interventionnisme. Il serait donc nécessaire que les mères et les professionnels de santé sachent qu'il est relativement fréquent qu'un bébé ait des selles peu fréquentes, le problème étant habituel-

lement bien toléré par l'enfant, dont la croissance est normale, ainsi que l'examen clinique. Ce phénomène étant bénin, il est important d'éviter de nuire, et donc d'éviter les procédures invasives. En l'absence de tout autre signe inquiétant, la stratégie à privilégier est « attendre et voir venir », tout en gardant à l'esprit la possibilité d'une maladie de Hirschsprung dont les manifestations deviendront plus importantes lors du sevrage.

Il reste cependant nécessaire d'informer les parents que, pour un enfant né à terme et pendant le premier mois, 5 à 6 couches trempées d'urine et au moins 3 selles de la taille d'une cuillère à soupe, associées à une prise de poids supérieure à 30 g/jour, indiquent que le bébé reçoit suffisamment de lait. Si l'enfant sort de ce schéma, il est nécessaire de faire le point avec un professionnel de santé formé en allaitement. Si un enfant exclusivement allaité commence un épisode de selles non fréquentes avant l'âge d'un mois, il faut s'assurer, avant de banaliser, que sa croissance est excellente, et que les urines et les selles (quand ces dernières surviennent) sont abondantes. Ce sera alors l'exception qui confirme la règle.