

les mères veilleuses

Automne 2020



NAISSANCE
RENAISSANCE
Outaouais

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

Mot de la direction

Chères bénévoles,

Je vous présente la dernière édition de votre journal. Vous y trouverez des informations de notre organisme, des articles provenant des médias, de la formation continue et des témoignages.

Je profite de cette tribune pour vous remercier d'avoir continué à aider les parents de la région depuis la pandémie et le confinement. Vous avez vraiment faite une différence dans la vie de ces familles qui ont vécu beaucoup de stress additionnel pendant leur grossesse, leur accouchement et leur allaitement. Pour ma part, je suis très heureuse d'avoir le privilège de pouvoir de nouveau recevoir les familles au bureau depuis le 1er juin. J'ai aussi bien hâte de pouvoir les accueillir lors des cliniques que j'anime.

Nous sommes toujours ravies de recevoir vos photos d'allaitement, d'accouchement ou de vos familles, des liens de textes que vous voulez partager avec nous et des témoignages.

Sophie Richard
Sophie Richard
Coordonnatrice de Nourri-Lait

Sommaire

| | |
|---------------------------|----|
| Mot de la direction..... | 2 |
| Lait-z-infos | 3 |
| Clin d'oeil..... | 5 |
| Articles | 6 |
| Formations continues..... | 13 |
| Témoignages | 16 |

Collaboration au journal

Véronique Hatterer et Sophie Richard et Claudie-Anne Fortin

Graphisme et mise en page : Gabrielle Bégin



Lait-z-info

Formation de base de marraines

La prochaine formation de marraines sera donnée de façon virtuelle via ZOOM, aux dates suivantes :

Samedi 17 octobre, de 13h à 16h30

Dimanche le 25 octobre, de 13h à 16h30

Dimanche le 1 novembre, de 13h à 16h30

Samedi le 7 novembre, de 13h à 16h30

Dimanche le 15 novembre, de 12h30 à 16h30

Parlez-en à vos filleules et dans votre entourage !

Formations continues de marraines, accompagnantes et aides-mamans

La formation gratuite sur le quatrième trimestre, donnée par Ingrid Bayot est remise au printemps prochain, Nous avons préféré attendre de pouvoir la recevoir en présentiel au lieu d'à distance.

Formation continue sur les violences conjugales en collaboration avec La Maison Libère-Elles : mardi 27 octobre de 18h00 à 19h30, via la plateforme Zoom.

Une formation à distance vous sera également offerte à distance, via ZOOM sur l'allaitement de jumeaux. Elle sera donnée par Camille-Marcotte-Quijada, au mois de novembre.

Formation des accompagnantes à la naissance

Bienvenue à notre nouvelle cohorte d'accompagnantes à la naissance qui ont terminé leur formation à distance, pandémie oblige, au mois de mai 2020 : Marie-Pier Duchesne, Renée Fearrey, Claudie-Anne Fortin, Véronique Gibeault, Vanessa Legault, Cynthia St Laurent.

Reconnaissance des bénévoles

Nous remercions toutes nos marraines, mais nous aimerions souligner les marraines suivantes qui ont effectué le plus grand nombre de jumelages depuis le 1er avril 2020, même pendant la pandémie :

- Claudie-Anne Fortin : 8
- Marie-Pier Duchesne : 6
- Laurence Vaillancourt : 7
- Élodie Milette : 5
- Audrey Le Piouffle : 5
- Marie-Pier Jalbert : 4

Nous tenons également à remercier nos accompagnantes à la naissance qui ont accompagné les familles durant la pandémie : Claudie-Anne Fortin, Huguette Vermette, Marilyn Dionne, Maude Duchemin, Rachel Lacasse et Renée Fearrey.

Le service de relevailles était en pause et n'a repris que cet été. Merci à nos aides-mamans : Brigitte Bonneau, Elaine Landy, Linda Conroy, Nicole Farmer et Noémie Desaulniers.

Cours offerts par l'organisme

Atelier de Gestion de la Douleur

Cours prénatal virtuel, via la plateforme Zoom, animé par Lysane Lemire ou Marilyn Dionne, offert au couple dont le futur bébé a au moins 30 semaines de gestation.

Coût : 115,00 \$ par couple.

Cours de préparation à l'allaitement

Soirée d'informations, virtuelle, via la plateforme Zoom, pour se préparer à allaiter bébé, animé Camille Marcotte-Quijada ou Laurence Vaillancourt.

Coût : 50,00 \$ par couple.

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 toujours autant les parents.

Un atelier virtuels est programmé par mois.

Coût : 15,00 \$ par personne.

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 ? Emploi rémunéré au taux horaire de 16\$/heure.

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



Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM) du 1er au 7 octobre 2020

Nous offrirons des ateliers virtuels gratuits :

Jeudi 1er octobre de 10h à 11h30 :

Parler des risques du non-allaitement : une responsabilité éthique des professionnels de la santé (par Louise Dumas, Inf. MSN, PhD)

Vendredi 2 octobre de 13h à 14h30 :

L'allergie à la protéine du lait de vache et l'allaitement (par Sabrina P.Marseille, diététiste/nutritionniste)

Samedi 3 octobre de 10h à 13h :

Défi-allaitement virtuel provincial

Dimanche 4 octobre de 10h à 11h30 :

La dépression post-partum et l'allaitement (par Audrey Meilleur-Trudeau, travailleuse sociale)

Lundi 5 octobre de 10h à 11h30 :

le quatrième trimestre (par Camille Marcotte-Quijada, marraine d'allaitement)

Mardi 6 octobre de 10h à 11h :

Les impacts dans l'allaitement d'un sevrage ponctuel lors d'une intervention ou une chirurgie (par Laurence Vaillancourt, marraine d'allaitement)

Mercredi 7 octobre de 13h à 15h :

Clinique d'allaitement virtuel animée par Sophie Richard, consultante en lactation.

Aucune inscription ne sera nécessaire sauf pour le défi-allaitement.

Les liens se trouvent sur notre site et sur notre page Facebook



Clin d'oeil

MAQ, des ONG défendent l'allaitement alors que la désinformation autour de la COVID-19 s'impose

Extraits de l'article « NGOs defend breastfeeding as COVID-19 misinformation rages » paru le 9 juin 2020 sur le site Devex – a media platform for the global development community – Traduction libre par le MAQ, 25 juin 2020.

La désinformation à l'égard de l'aspect sécuritaire de l'allaitement maternel durant la pandémie du coronavirus a mené à une diminution de cette pratique par des femmes craignant nuire à leur enfant, avancent des ONG.

La lutte contre la désinformation sur l'allaitement – déjà présente dans certains pays avant la pandémie – est plus compliquée lorsque l'accès des mères à des hôpitaux, à des cliniques et à des visites à domicile a été restreint par des mesures de confinement.

L'Organisation mondiale de la Santé recommande l'allaitement exclusif lors des six premiers mois de vie d'un nourrisson – une recommandation qui n'a pas changé avec l'apparition de la COVID-19.

« Dans certains hôpitaux les taux d'allaitement ont chuté de 40 à 50 %, signale Alex Iellamo, conseiller mondial sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants en situation d'urgence à Save the Children UK. Il y a eu beaucoup de confusion pas seulement à l'échelle communautaire, mais aussi parmi les agences. »

(...)

La désinformation au profit des entreprises

Des ONG ont aussi observé des comportements évidents de fabricants de substituts maternels ayant tenté de tirer profit de la confusion autour de l'allaitement durant la pandémie afin de promouvoir leurs produits en tant qu'alternative sécuritaire.

« Avec la COVID, des compagnies utilisent ceci afin de renforcer les peurs et inquiétudes des mères en disant « On est ici pour vous. Nous savons que ça doit être stressant pour vous durant cette pandémie, etc., mais nous sommes ici. Nous nous assurons que nos substituts sont sécuritaires et disponibles. » Et ils recourent aussi à de vieilles tactiques – que nous avons réussi à vraiment freiner au cours des dernières années – comme celle de distribuer des substituts gratuits,



avance Clark. Nous avons plusieurs exemples qui nous ont été montrés par diverses régions du monde, où des compagnies sont en train d'agir de la sorte. »

Assurer l'allaitement en temps de crise

Dans des pays où des programmes de soutien à l'allaitement assurés dans des cliniques ou par l'intermédiaire de visites à domicile ont été restreints en raison de la distanciation sociale ou les exigences du confinement, des organismes ont essayé d'adapter leurs communications pour joindre de nouvelles mères et poursuivre la promotion de l'allaitement. Ils ont essayé des groupes WhatsApp, la télévision, la radio et les réseaux sociaux comme Facebook pour partager de l'information sur l'allaitement pendant la pandémie.

(...)

« Il y a tellement plus d'autres risques pour la santé d'un enfant envers lesquels l'allaitement protège, que c'est même un peu plus tragique que les gens cessent l'allaitement en raison d'un risque minime associé à la COVID-19 alors qu'il y a des risques importants de pneumonie, de diarrhée et autres maladies », a insisté le directeur en nutrition de l'organisme CARE, Tom Schaezel.

* Pour lire l'intégralité de l'article dans sa version originale : <https://www.devex.com/news/ngos-defend-breastfeeding-as-covid-19-misinformation-rages-97440>

Articles

Former une équipe-allaitement avec son partenaire

Cet article a été rédigé par le World Alliance Breastfeeding Action (WABA) à l'occasion de la Fête des pères 2020 – Traduction libre par le MAQ, le 21 juin 2020.

La volonté de promouvoir l'égalité des sexes a remodelé les rôles parentaux et les pères ne sont plus considérés comme les principaux soutiens financiers de leur famille ou de simples gardiens d'enfants. Les jeunes parents s'impliquent davantage dans le partage des responsabilités domestiques et des soins aux enfants. De plus en plus de pères voient les avantages à être impliqués dans les soins et le développement de leur enfant.

« Avoir des pères impliqués est bon pour l'égalité des sexes. C'est bon aussi pour la santé des femmes. Cela conduit à de meilleures relations au sein des couples et peut être liée à une réduction des taux de violence des hommes envers les femmes. Enfin, tout cela est bon pour les enfants. » ([State of the World's Fathers 2019, MenCare](#))

La formation d'une équipe parentale qui se partage de manière égale des responsabilités est essentielle pour parvenir à un monde plus égalitaire entre les sexes. Les deux parents pourront ainsi participer aux soins et au développement de leur enfant, tout en poursuivant leur carrière. L'évolution des politiques et des législations nationales en faveur du congé parental encourage un plus grand nombre de pères à participer de manière plus égale dans la vie de leurs enfants. Il est très encourageant de voir les nouveaux pères s'engager et jouer avec leur nouveau-né. Des études montrent que [les 1000 premiers jours de la vie](#) de l'enfant sont déterminants pour son avenir et que des pères engagés jouent un rôle important dans ce processus.

Chez Family Included, nous continuons à promouvoir la compréhension des manières importantes dont les pères influencent l'allaitement et comment le fait de les engager améliore considérablement l'allaitement. Encourager l'allaitement maternel en tant que travail d'équipe et soutenir le lien père-bébé sont deux stratégies gagnantes. ([Family Initiative](#))

Les pères ont également une profonde influence sur la prise de décision concernant l'alimentation du bébé. Le marketing de l'industrie des substituts du lait

maternel cible de plus en plus les pères. Il est essentiel de comprendre l'importance de l'allaitement maternel et comment on peut le soutenir en tant que père. Bien que l'allaitement soit principalement du ressort de la mère, un travail d'équipe dans le processus de l'allaitement s'avère efficace. Le père est un membre essentiel de l'équipe-allaitement et [il peut soutenir l'allaitement de nombreuses façons](#). Les professionnels de la santé peuvent soutenir l'équipe-allaitement en incluant les pères dans les services de soins prénataux, d'accouchement et de post-partum. Les pères peuvent être encouragés à rejoindre un groupe de soutien pour les pères afin de partager leurs expériences et d'apprendre d'autres membres de leur communauté.

« L'expérience de terrain de *Alive & Thrive* nous a appris que les actions des pères peuvent conduire à de réelles améliorations en ce qui concerne la nutrition. Les pères peuvent jouer un rôle important et ils sont désireux de participer s'ils sont engagés de manière significative. Par exemple, au Bangladesh, des pères ont réévalué le budget de leur ménage et ont acheté moins d'aliments malsains pour pouvoir se payer des aliments riches en nutriments. Ils ont aussi confié des tâches ménagères à d'autres membres de la famille afin que les mères aient plus de temps pour allaiter. Au Nigeria et à Madagascar, les pères se voient rappeler qu'un meilleur avenir économique attend les enfants qui ont accès à un début de vie plus en santé et encadré grâce à de meilleures pratiques d'alimentation. Il est nécessaire que l'on soutienne les programmes qui s'adressent de manière proactive aux pères afin qu'ils jouent un rôle actif dans l'amélioration des modes d'alimentation de leurs enfants. » ([Alive & Thrive](#))

La pandémie de la COVID-19 a eu des conséquences négatives sur de nombreuses familles, par exemple en engendrant une perte de revenus et du stress. Toutefois, des mesures préventives telles que le fait de rester à la maison et la distanciation sociale ont permis à de nouveaux parents de passer du temps à la maison avec leur nouveau-né. Pour les parents pouvant travailler de la maison et s'occuper de leur enfant, cela

peut améliorer l'expérience de l'allaitement maternel. [Les groupes liés à l'allaitement](#) dans le monde entier s'accordent pour dire que le soutien des pères est essentiel pour l'allaitement.

« Ce n'est pas une situation confortable pour les pères pendant la pandémie ; les revenus sont réduits et les emplois secondaires sont supprimés. Je sais que tout le monde dans la famille est stressé, mais en tant que père et mari, nous devrions essayer de les rendre plus heureux. Aider les mères à allaiter est un jeu d'enfant : faites-lui à manger, donnez-lui un massage ou jouez avec

le nouveau-né peut augmenter le niveau d'ocytocine. Ce sont des choses que l'on peut faire afin de nous assurer que toute la famille demeure sereine et en bonne santé. » ([AyahAsi Indonesia](#))

Les pères sont des membres importants de l'équipe-allaitement. Quand les pères soutiennent l'allaitement et sont impliqués dans les soins administrés aux bébés, l'expérience de l'allaitement s'améliore, la relation parentale devient meilleure et le bébé se développe plus rapidement.

L'influence des haltes-allaitement sur les objectifs en matière d'allaitement des mères

25 mai 2020, traduction libre par le MAQ.

Examiner le modèle du Baby Café* et ses effets sur la durée de l'allaitement chez les mères, l'atteinte de leurs objectifs et le maintien de l'exclusivité au lait maternel.

*Les Baby Cafés aux États-Unis sont une version des haltes-allaitement qu'on retrouve au Québec. (Extrait d'un article scientifique publié en mai 2020 par the Breastfeeding Medicine).

Résumé

Objectif

Un soutien communautaire en allaitement qui est accessible aux parents a un impact sur la réussite de l'allaitement en rendant disponible une intervention en temps opportun ainsi que des solutions, ce qui permettrait aux mères d'atteindre leurs objectifs en matière d'allaitement et d'améliorer le taux global d'allaitement.

Bien que l'impact du soutien à l'allaitement ait été bien établi, il y a un manque de cohérence dans le développement et l'évaluation des modèles de soutien. Ce rapport examine deux populations différentes de participantes aux Baby Cafés. L'étude a évalué chez les mères l'atteinte de leurs objectifs personnels et des objectifs recommandés au niveau national en matière d'allaitement, la fréquence de leur participation à un Baby Café, et leur appréciation du programme comme moyen ou levier pour résoudre des problèmes d'allaitement.

Méthodes

Au total, 559 mères participant à deux Baby Cafés, l'un dans le Massachusetts et l'autre dans le sud du Texas, ont été interrogées une première fois lorsque leurs bébés avaient six mois et, de nouveau, lorsqu'ils étaient âgés de plus de 12 mois.

La durée réelle de l'allaitement a été comparée aux objectifs initialement fixés par les mères et aux objectifs recommandés par l'American Academy of Pediatrics (AAP), puis évaluée en fonction du nombre de cafés fréquentés. L'évaluation de l'influence du Café sur la mère a été mesurée à l'aide d'une échelle d'efficacité de 1 à 5.

Résultats

Les résultats montrent que les mères interrogées qui ont fréquenté l'un ou l'autre des cafés pour bébés – qui ont servi des populations nettement différentes – ont signalé des taux d'exclusivité de l'allaitement maternel plus élevés et des taux de durée de l'allaitement maternel de 12 mois plus élevés que les taux nationaux signalés par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Plus de 70 % de toutes les mères interrogées ont qualifié ces Baby Cafés comme plutôt efficaces.

Conclusions

Le modèle du Baby Café s'est avéré efficace pour aider les mères à atteindre leurs objectifs en matière d'allaitement maternel, indépendamment des différents emplacements géographiques du Café et des caractéristiques socioéconomiques des populations desservies.

Article de référence

Jenkins, L. A., Barnes, K., et coll. (2020).

« Examining the Baby Café Model and Mothers' Breastfeeding Duration, Meeting of Goals, and Exclusivity ». *Breastfeeding Medicine* 15(5) 331-334. <http://doi.org/10.1089/bfm.2019.0179>

Violences obstétricales : les cicatrices invisibles

La Châtelaine, Par Catherine Dubé, 2 juillet 2020

Elles passent presque inaperçues parce qu'elles se déroulent dans le bureau du médecin ou dans le feu de l'action de l'accouchement. Mais les violences obstétricales laissent des traces indélébiles chez bon nombre de femmes.

Un frisson me parcourt alors que j'assiste à un atelier sur les violences obstétricales et gynécologiques. Des images de mes deux accouchements, survenus 15 et 17 ans plus tôt, remontent à la surface. Je revois l'épidurale trop forte qui m'anesthésie jusqu'au menton, la césarienne d'urgence, mon bébé qu'on amène à l'incubateur avec des explications vagues...

J'ai eu l'impression qu'on m'avait volé mon bébé. Ce n'est que 15 heures plus tard que j'ai enfin pu tenir mon fils aîné contre moi.

Est-ce que j'aurais, sans le savoir, subi des violences obstétricales ? Autour de la table, sept autres femmes, des accompagnantes à la naissance et des militantes féministes, discutent de ce phénomène dont on parle encore peu sur la place publique. C'est précisément pour bien comprendre de quoi il s'agit que je suis ici.

La rencontre publique se termine. Heureusement, car j'ai la gorge serrée par l'émotion. L'animatrice, Lorraine Fontaine, coordonnatrice de l'organisme d'action communautaire Regroupement Naissances Respectées (RNR), s'en rend bien compte.

Le ton enflammé qu'a cette militante féministe dans la cinquantaine lorsqu'elle parle des droits des femmes s'adoucit soudain. Elle m'invite à éteindre mon enregistreuse et à raconter mon histoire... Ce que je fais, étonnée de ressentir avec autant d'intensité cette détresse ancienne.

Lors de mon deuxième accouchement, on m'a forcée à rester couchée sur le dos, l'une des pires positions pour supporter la douleur. Au moment de pousser, j'apprends que le médecin va faire une épisiotomie, une incision de mon périnée, pour éviter une déchirure. Pas moyen d'accoucher sans qu'on me découpe quelque part ?

Lorraine Fontaine écoute mon récit sans m'interrompre. « Ce qui me touche, ce sont les cicatrices invisibles, dit-elle en posant une main apaisante sur mon épaule. Nous voulons faire prendre conscience aux femmes de ce qu'elles ont vécu afin qu'elles puissent guérir. »

Claudine Jouny, enseignante en soins infirmiers au cégep du Vieux-Montréal, se joint à la conversation.

« C'est une violence insidieuse que les femmes ont intériorisée comme étant normale, puisque le personnel médical est en position de pouvoir », fait-elle valoir.

Les soignants abuseraient de ce pouvoir sans même s'en rendre compte, en imposant des interventions, en négligeant d'en faire d'autres, en omettant de demander aux patientes leur consentement avant de passer à l'action ou en leur manquant de respect. L'organisation de notre système de santé, où le personnel est débordé, augmenterait les risques d'abus.

Je ressors troublée de cet atelier. Ai-je vécu de la violence ou non ? A-t-on ici affaire à une violence genrée, comme le soutiennent ces militantes ?

La suite de #MoiAussi

Après #MoiAussi, ce mouvement de dénonciations d'agressions sexuelles porté par la fureur citoyenne il y a trois ans, les violences obstétricales et gynécologiques (VOG) s'ajoutent aux priorités des féministes. Le mouvement est mondial. En France, en 2014, le mot-clic #PayeTonUtérus a généré en moins de 24 heures plus de 7 000 dénonciations de propos sexistes et de violences sexuelles survenues pendant un accouchement ou dans le bureau du gynécologue lors d'un suivi annuel.

Résultat : le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes a mené une enquête et a conclu en 2018 que ce phénomène était répandu et qu'il fallait y mettre fin. En Belgique, la même année, la juriste Marie-Hélène Lahaye a publié l'essai *Accouchement: les femmes méritent mieux* (éditions Michalon), dans lequel elle dénonce une culture obstétricale misogyne. Au cours des 12 dernières années, le Venezuela, l'Argentine, plusieurs États du Mexique et un État du Brésil ont adopté des lois condamnant « l'appropriation du corps des femmes » par le personnel soignant.

Initiative locale

Au Québec, le Regroupement Naissances Respectées a lancé l'an dernier le site StopVOG.org, qui a recueilli à ce jour quelque 200 témoignages. Ces cris du cœur montrent bien que ces violences prennent de multiples formes, autant physiques que psychologiques.

Des exemples ? Un gynécologue qui effectue un toucher vaginal de façon brusque, sans avertissement. Un omnipraticien qui procède à un examen des seins alors que sa patiente le consulte pour une

infection urinaire. Des paroles dénigrantes pendant l'accouchement, telles que « Vous n'êtes pas capable de pousser mieux que ça ? ». Des menaces pour que la femme accepte l'utilisation du forceps : « Vous voulez que votre bébé meure ? ».

Jusqu'à récemment, les associations médicales semblaient douter de l'ampleur de ce problème au Québec. En 2019, un gynécologue a été radié deux ans par le Collège des médecins pour avoir tenu des propos à caractère sexuel à une patiente enceinte. La présidente de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, la Dre Diane Francoeur, a alors affirmé qu'il s'agissait d'un « cas isolé ». Un an plus tard, le corps médical reconnaît que ces cas sont plus fréquents et diversifiés qu'on le pensait. Et qu'il faut agir. Le président du Collège des médecins du Québec, le Dr Mauril Gaudreault, souhaite d'ailleurs rencontrer les groupes de défense des droits des femmes pour en discuter. « On n'est pas dans une tour d'ivoire ici, même si ça a l'air de ça », lance-t-il avec un sourire, en faisant référence aux bureaux du Collège, au carrelage d'un blanc immaculé, situés au 35^e étage d'une tour du centre-ville de Montréal.

Le Collège réprovoque toute forme de violence gynécologique et obstétricale, plaide son président. « J'ai pratiqué comme médecin de famille pendant 45 ans, je suis sensible à cela et très empathique à l'égard de ce que peuvent vivre des femmes dans de telles situations. Et le Collège va prendre ses responsabilités. » Le Dr Gaudreault cite en exemple l'examen gynécologique. « On doit expliquer ce qu'on va faire, obtenir le consentement de la patiente, lui dire qu'elle peut nous demander d'arrêter à tout moment », indique-t-il.

Nous ne sommes pas seules

On n'a, pour l'instant, pas la moindre idée de l'ampleur du phénomène des violences obstétricales et gynécologiques au Québec. Des pionnières, comme la chercheuse en périnatalité Hélène Vadeboncoeur, aujourd'hui à la retraite, ont étudié ces agressions dès les années 2000 pour en cerner la nature. Elles ne les ont par contre jamais quantifiées. Il est aujourd'hui prioritaire d'en mesurer l'étendue, d'après la chercheuse Audrey Ferron Parayre.

La professeure de droit à l'Université d'Ottawa prévoit d'ailleurs s'atteler à cette tâche avec sa consœur de l'UQÀM Sylvie Lévesque, spécialiste de la violence à l'égard des femmes. « Certains comportements sont très graves. D'autres le sont moins, mais peuvent tout de même agresser les femmes, surtout lorsqu'ils

s'additionnent », dit Audrey Ferron Parayre. Les soignants devraient garder en tête qu'une femme sur trois a déjà vécu de la violence sexuelle en dehors du contexte obstétrical. Se retrouver nue et en position de vulnérabilité peut raviver ce traumatisme.

La façon dont la femme perçoit la situation a aussi son importance. « Nous pouvons faire un parallèle avec les comportements sexuels dans notre vie de tous les jours, ajoute la professeure. Une personne peut se sentir agressée par un regard, tandis qu'une autre va être flattée. On ne doit pas non plus tomber dans l'autre extrême et victimiser des femmes qui ne se sentent pas agressées. »

Emmanuelle Quiviger, accompagnante à la naissance, est catégorique : quand une femme accouche seule ou qu'elle ne parle pas bien le français, le risque d'abus augmente. « Comme par magie, lorsque nous sommes présentes dans la salle d'accouchement, il y a beaucoup plus d'informations qui se donnent », note-t-elle.

Coordonnatrice de l'organisme Alternative Naissance, qui offre des services d'accompagnement dans la région montréalaise, Emmanuelle Quiviger est soucieuse de soutenir les femmes immigrantes ou vulnérables. Les accompagnantes lui rapportent souvent des cas pénibles. Un exemple parmi tant d'autres : un médecin qui s'adresse à son résident devant la nouvelle maman comme si elle n'était pas là : « Bon, elle est déchirée de bord en bord. » Un manque flagrant de délicatesse qui peut avoir un impact psychologique sur la patiente.

Avant de devenir accompagnante, Emmanuelle Quiviger, une grande brune à la carrure athlétique et au sourire chaleureux, a elle-même vécu un accouchement difficile en 2001 en raison du manque de considération de l'infirmière qui était à son chevet. « Préparez-vous à un accouchement de 48 heures, ça n'avance pas. Vous avez l'air de tellement souffrir maintenant, qu'est-ce que ça va être plus tard ! » lui a-t-elle lancé. Elle lui a aussi intimé l'ordre de laisser dormir son conjoint sur le lit d'appoint, afin qu'il soit en forme pour la longue journée du lendemain. Seule toute la nuit, Emmanuelle a subi de très fortes contractions sans que personne ne se soucie d'elle. Puis, au petit matin, elle a senti que c'était le temps de pousser. « Je l'ai dit aux infirmières, mais personne ne me croyait. » L'une d'elles a fini par vérifier – la tête du bébé était déjà là – et elle a appelé le médecin d'urgence. « J'ai passé la nuit à me dénigrer en me répétant : "Moi qui me pensais forte, je suis une mauviette !" » s'exclame-t-elle.

Les femmes ont tendance à passer l'éponge dans de telles situations. « Le personnel médical nous dit qu'on

a un beau bébé en santé. Mais il ne faut pas sous-estimer l'effet d'un accouchement qui se passe mal sur la suite des choses, poursuit-elle. Dans mon cas, l'allaitement a été très difficile au début. J'avais été tellement rabaissée que j'avais perdu confiance en moi. »

Les conséquences à long terme peuvent donc être importantes, que ce soit en lien avec l'attachement mère-enfant ou la santé psychologique de la femme, sa vie sexuelle, etc. Le personnel médical n'en a pas conscience puisqu'il n'a pas de contact avec ces nouvelles mamans une fois qu'elles sont à la maison. Mais les accompagnantes le constatent lors des suivis postnataux. Plus de la moitié des femmes ayant vécu de la violence verbale ou physique au moment de leur accouchement souffrent par la suite de dépression post-partum, selon une étude brésilienne publiée en 2017.

L'horreur à l'accouchement

Jacinthe Laporte a vécu un cauchemar lors de son premier accouchement, il y a 18 ans. Heureusement, d'autres naissances ont effacé le traumatisme de ce premier enfantement – elle est aussi mère de trois fillettes de 6, 4 et 2 ans. Une journée horrible, qu'elle me relate dans la cuisine baignée de soleil de sa maison de Notre-Dame-de-Grâce à Montréal, aux murs tapissés de dessins d'enfants.

Après plusieurs heures de contractions, elle demande une péridurale, qui ne donne pas le résultat escompté. « L'anesthésiste m'a manquée. J'avais encore mal, mais personne ne me croyait », confie la femme de 43 ans avec autant d'émotion que si c'était arrivé la veille. Elle se met alors à faire de la fièvre. Au bout de 22 ou 23 heures, le médecin se rend compte que le bébé a les épaules mal engagées.

« Il n'est pas de bonne humeur, il me dit d'arrêter de crier, mais c'est vraiment douloureux. On me donne une autre dose d'anesthésique dans le même cathéter mal installé (on le comprendra plus tard), par conséquent, ça ne fonctionne pas plus. La fièvre augmente, le bébé est en détresse cardiaque. Le médecin, qui a deux ou trois résidents autour de lui, décide d'aller chercher le bébé avec une ventouse. J'ai beau hurler que j'ai mal, rien n'y fait », raconte-t-elle d'une voix tremblante.

Suivent l'épisiotomie et la ventouse. Jacinthe, elle, bascule dans l'horreur. « Il y avait quatre hommes au pied du lit. L'un a coupé, un autre a tenu l'ouverture, alors qu'un troisième a entré sa main en moi pour tourner les épaules du bébé. C'était une boucherie ! J'ai eu l'impression d'un viol collectif. » Sa voix se brise. Elle réprime un sanglot.

Ce n'est qu'en portant son deuxième enfant, il y a six ans, qu'elle a pris la pleine mesure du traumatisme vécu. « Je ne voulais pas accoucher », se remémore-t-elle. Cette naissance, par césarienne, se passe un peu mieux. Mais le surlendemain de l'intervention, le personnel médical ignore encore une fois ses inquiétudes. Elle se plaint de chutes de pression et montre à l'infirmière les hématomes bleus foncé qui grandissent autour de sa plaie. Comme le médecin a déjà autorisé le congé de l'hôpital, l'infirmière refuse de le faire revenir à la chambre. Jacinthe insiste, mais personne ne veut rien entendre.

Une fois chez elle, elle perd connaissance. Le bleu des hématomes s'étend jusqu'à ses hanches. Elle retourne à l'hôpital, certaine que quelque chose ne va pas. Elle a une hémorragie interne. La plaie, mal cousue, s'est ouverte sous la pression du sang. Devant les dégâts, impossible de simplement recoudre. Elle en a pour deux mois à laver chaque jour cette lésion avant la guérison.

Enceinte de son troisième bébé, il y a cinq ans, Jacinthe comprend ce qui lui est arrivé. C'est une obstétricienne de l'hôpital de LaSalle qui met des mots sur sa détresse. « Tu as vécu des violences obstétricales, lui dit-elle. Et je pense que la seule chose qui peut t'en guérir, c'est d'accoucher avec une sage-femme. » Ce que Jacinthe fait.

Dans une ambiance zen et en pleine possession de ses moyens, elle met au monde sa fille à l'hôpital, mais sans aucune intervention médicale. « Ça m'a raccommodée... » dit-elle doucement. Un massage du périnée effectué par la sage-femme pendant l'accouchement a aussi empêché toute déchirure. Quand on accouche dans un endroit calme et une atmosphère sereine, on sécrète des endorphines, ces hormones de bien-être qui aident à supporter la douleur des contractions. « Ça a été 23 heures de pur bonheur. Je me sentais en sécurité, accompagnée », raconte Jacinthe. Pour la petite dernière, elle accouche en maison de naissance en à peine deux heures.

Peut-on choisir ?

Bien sûr, comme n'importe quel soignant, les sages-femmes ne sont pas à l'abri de commettre des violences obstétricales. Laisser une patiente se déshydrater ou attendre trop longtemps avant de la transférer de la maison de naissance vers l'hôpital en cas de pépin, c'est aussi de la violence.

Lorraine Fontaine en est tout à fait consciente. « On ne veut pas que la campagne de dénonciations soit perçue comme une guerre entre sages-femmes et médecins », affirme-t-elle. Un accouchement très médicalisé peut

en effet être exempt de violence si la femme consent à chacune des interventions en toute connaissance de cause et qu'elle se sent respectée.

Près des trois quarts des femmes affirment en effet qu'il est primordial à leurs yeux de prendre elles-mêmes les décisions au sujet de leur accouchement, révèlent une récente étude de l'Université de la Colombie-Britannique menée auprès de 2 000 nouvelles mamans. La moitié d'entre elles ont indiqué compter sur leur sage-femme ou leur médecin pour les guider dans leur choix.

Or, les femmes suivies par une sage-femme avaient senti un plus grand respect envers leurs décisions. Celles qui avaient été suivies par un médecin étaient plus nombreuses à avoir subi de la pression pour accepter une intervention, et il était plus fréquent que leur professionnel de la santé n'ait pas répondu à toutes leurs questions, faute de temps. Ce manque de considération ne survient pas seulement pendant l'accouchement, mais tout au long de la vie des femmes, lors des rendez-vous gynécologiques de routine. Un simple appel à tous lancé aux membres et sympathisantes du RNR a inondé ma boîte de courriels de récits troublants.

Comme celui de Jeanne, 26 ans, à laquelle plusieurs médecins ont prescrit des anovulants, même si les hormones la rendent dépressive. Elle a dû se battre pour obtenir un stérilet. Ou celui d'Anne, 64 ans, à qui le médecin ne voulait plus prescrire d'hormones parce qu'il estimait qu'elle les prenait depuis trop longtemps, alors que les symptômes de sa ménopause étaient si handicapants qu'elle ne pouvait plus travailler. Quant à Myriam, son obstétricien s'inquiétait qu'elle ait cessé de prendre du poids en fin de grossesse. Il a donc décidé, au moment où il avait les doigts dans son vagin pour un examen de suivi, de décoller le placenta pour provoquer l'accouchement, deux semaines avant la date prévue de la naissance. Sans l'avertir ni obtenir son consentement. Une intervention douloureuse qui a précipité l'accouchement sans que Myriam y soit prête.

Marie-Pier Landry, étudiante au doctorat en travail social, a-t-elle aussi une collection d'histoires aberrantes à raconter, après avoir recueilli les témoignages d'une dizaine de femmes. « À une certaine époque, la société a pris conscience de la violence conjugale et a décidé qu'il fallait sortir la violence de la "chambre à coucher". Il est maintenant temps de la faire sortir de la "chambre à accoucher" », lance-t-elle.

Sensibiliser les médecins

L'obstétricienne Marie-Josée Bédard, qui pratique depuis 30 ans, se remet elle-même en question. « J'ai probablement déjà fait des violences obstétricales de façon non intentionnelle », concède-t-elle. Élégante dans son tailleur noir, assise à son bureau de l'Université de Montréal, elle confie y réfléchir depuis qu'elle a entendu cette expression pour la première fois, il y a environ deux ans.

Un exemple ? Elle a déjà refusé à des patientes une épidurale parce qu'elles étaient sur le point d'être prêtes à pousser. « Je les faisais attendre un peu, en leur disant : "Tu es presque rendue". Peut-être que c'était de la violence... » À son avis, la forme la plus fréquente de violence obstétricale est l'absence de consentement éclairé. Un médecin annoncera ainsi à sa patiente : « On va déclencher votre accouchement », alors qu'il devrait plutôt dire pourquoi il pense qu'un déclenchement serait préférable et expliquer les risques en cas de refus. Les médecins veulent tellement sauver le bébé que, parfois, ils sont culpabilisants, estime la Dre Bédard, du CHUM. « Si la mère refuse une intervention, c'est son choix. Comme médecin, c'est difficile, parce que tu veux sauver des vies. Mais c'est comme ça », dit-elle.

Au cours de la dernière année, elle a beaucoup lu sur la question des violences obstétricales et gynécologiques. Il y a quelques mois, elle a présenté un atelier à ses collègues de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec pour les sensibiliser au phénomène. Car les médecins qui risquent le plus d'en commettre sont évidemment ceux qui n'en ont jamais entendu parler et qui ne se remettent pas du tout en question ! « Il faut qu'on sache ce qu'est la violence et qu'on en parle, précise la Dre Bédard. On doit aussi vivre avec des zones grises. Ce qui était correct il y a 10 ans ne l'est peut-être plus maintenant. On n'abolira sans doute pas la violence obstétricale à 100%, mais si on en parle et qu'on travaille ensemble, on va la diminuer. »

Cette rencontre avec une obstétricienne est l'occasion de poser des questions sur mes accouchements. J'ai donc apporté mon dossier médical pour le lui montrer. Peut-elle m'expliquer pourquoi mon bébé est resté aussi longtemps dans l'incubateur ? « Tachypnée transitoire, déchiffre-t-elle dans les quelques notes du médecin. Le bébé respirait trop vite. » Un peu trop vite ou beaucoup ? Combien de temps ? Mystère. Le dossier ne dévoile rien d'autre. Et il y a 15 ans, les femmes qui

subissaient une césarienne devaient passer par la salle de réveil avant de pouvoir prendre leur bébé, que ce dernier aille bien ou pas.

Si j'accouchais par césarienne au CHUM aujourd'hui, je pourrais probablement avoir mon nouveau-né sur moi quelques minutes avant qu'on ne l'emmène à l'incubateur. C'est ce qu'elle me dit, rassurante.

Et mon épisiotomie ? Cette intervention n'est plus recommandée depuis 20 ans, explique-t-elle. Sauf si le médecin utilise le forceps ou la ventouse, une situation moins claire. C'était mon cas. Je tombe donc dans la zone grise... « Ces interventions pourraient se faire davantage dans le calme, même quand il y a urgence. Je vois parfois des équipes où les collègues crient. Ça peut causer un choc post-traumatique à la mère. La communication doit se faire de façon efficace, mais tranquille... »

C'est un baume de l'entendre. Une chose est sûre, si j'accouchais aujourd'hui, je poserais beaucoup plus de questions. Et cela se passerait mieux. J'en suis convaincue.

Une violence multiple

Les violences obstétricales et gynécologiques couvrent un très large spectre de réalités – des paroles blessantes de l'infirmière surchargée de travail aux touchers vaginaux non consentis commis par un gynécologue abusif. Audrey Ferron Parayre, professeure de droit à l'Université d'Ottawa, dresse un parallèle avec les agressions sexuelles, dont la définition se limitait auparavant au viol et aux attaques physiques. « Cette définition s'est élargie et inclut désormais le harcèlement et des paroles qui, jusqu'à récemment, étaient considérées comme anodines. Aujourd'hui, ça ne passe plus », dit la professeure.

Ces agressions se situent entre la violence envers les femmes et ce qu'on pourrait appeler la « violence médicale ».

Un médecin qui ne prend pas le temps d'expliquer les avantages et les inconvénients d'un traitement avant de

l'imposer à son patient, ça peut aussi bien arriver à un homme qui a un cancer qu'à une femme en train d'accoucher.

« Quand ça survient dans un contexte obstétrical, on parle de violence obstétricale, tout simplement », précise Audrey Ferron Parayre. Le phénomène se confond aussi avec la violence raciale, comme l'a démontré le sondage Giving Voice to Mothers mené aux États-Unis auprès de 2 700 mères. Alors qu'une femme sur six rapportait avoir été victime de mauvais traitements, cette proportion augmentait à une sur quatre pour les femmes noires ou d'origine latine et à une sur trois pour les autochtones.

Des siècles de brutalité

Les violences gynécologiques et obstétricales trouvent leur source dans l'histoire même de cette spécialité de la médecine, jugent de nombreuses militantes féministes. L'inventeur du spéculum moderne, le médecin américain James Sims, n'a pas hésité à tester cet instrument métallique sur des esclaves noires, au milieu du 19^e siècle. Il a aussi mis au point plusieurs techniques de chirurgie vaginale en opérant ses sujets sans anesthésie.

Au cours du siècle suivant, les médecins ont proposé de plus en plus d'interventions obstétricales, sous le couvert du progrès. Au Québec, dans les années 1950, l'anesthésie générale et l'épisiotomie étaient monnaie courante et les femmes n'avaient pas voix au chapitre, comme le relate l'historienne Andrée Rivard dans Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne (Éditions du remue-ménage, 2014).

Le Canada est le triste champion des déchirures profondes du périnée, selon le Panorama de la santé 2019 de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Parmi les Canadiennes qui accouchent avec ventouse ou forceps, plus de 16% subissent un tel traumatisme, soit trois fois plus qu'en Espagne et presque cinq fois plus qu'en Belgique. Ces déchirures profondes peuvent mener à des douleurs persistantes ou à l'incontinence.

Formation continue

L'accompagnement virtuel (résumé de la formation donnée aux accompagnantes à la naissance en mai 2020 par Annick Chantal)

ACCOMPAGNER, c'est :

- un soutien,
- une écoute attentive,
- un SAVOIR-ÊTRE,
- un suivi avant, pendant et après l'accouchement,
- une approche rassurante et chaleureuse,
- un lien étroit avec le bébé et les parents,
- le moyen pour les parents de faire des choix éclairés,
- une personne disponible 24h/24 (c'est l'accompagnante qui est appelée en premier),
- une source de connaissances (connaître les variétés de chaque endroit),
- un minimum d'interventions médicales,
- UNE PRÉSENCE (effort de concentration: être attentive au moindre changement ; geste-attitude) : créer la bulle, être complètement là, tout faire pour créer le lien.

Situation actuelle liée au covid-19

- Répondre à davantage de questions
- Besoin pour la mère, le couple, d'être davantage rassuré : rassurer, créer la bulle comme si l'accompagnante était sur place
- Possibilité réduite de mouvement (pas de possibilité de prendre les escaliers si confinés dans la chambre)
- Augmentation du stress et de l'anxiété d'où court-circuit des hormones
- Importance accrue de l'accompagnante : respect du plan de naissance

Ça devrait demeurer le plus beau moment de leur vie.

Rôles et responsabilités

Rôle :

- disponibilité,
- présence,
- soutien (réexpliquer des éléments davantage, surtout quand la femme est seule au RV de suivi),
- préparation : besoin de conjoints qui s'impliquent, mettre plus d'emphasis sur leur rôle.

Responsabilités :

- techniques,
- pratique : se pratiquer sur ordi/tablette !! Se préparer à l'avance (tester avant).
- wi-fi !! (il n'y en a pas dans tous les lieux de naissance)
- respect des souhaits du couple.

Couples : leur responsabilité est de chercher de l'information auprès du personnel (qu'est-ce qui est possible actuellement ?)

Fonctionnements et outils

Fonctionnements :

- contact visuel en continu recommandé,
- pratique avant et souvent
- établir un plan de communication

Outils :

- Facebook,
- Zoom,
- Tablette ou caméra de surveillance.

Important : Incrire dans le plan de naissance : Présence de mon accompagnante

Allaitement et allergies alimentaires : des recommandations à l'étape de la petite enfance

30 avril 2020, Traduction d'un article publié en mars 2019, par l'American Academy of Pediatrics. Traduction libre pour le MAQ.

Interventions alimentaires pour prévenir une maladie atopique : des recommandations actualisées

Les recommandations pour prévenir des allergies par des interventions alimentaires à l'étape de la petite enfance continuent d'évoluer.

Un récent rapport clinique de l'American Academy of Pediatrics (AAP) du Comité de nutrition et de la Section sur les allergies et l'immunologie fournissent de nouvelles recommandations basées sur l'analyse de lignes directrices d'experts, des analyses systématiques, des méta-analyses et des études publiées depuis que le rapport de l'AAP en 2008 fut émis.

L'évolution des recommandations

En l'an 2000, une politique de l'AAP suggérait que l'approche pour prévenir les allergies chez les nourrissons ayant un risque élevé de développer une allergie – selon leur historique familial de maladie atopique – pouvait inclure le recours à des laits hydrolysés pour nourrissons ; l'évitement de la mère à

consommer des arachides et autres aliments allergènes ; et l'introduction tardive de l'enfant au-delà de sa première année au lait, aux œufs, aux arachides, aux noix et aux poissons.

Ces recommandations étaient fondées sur des données limitées. Lors des huit années subséquentes, des preuves grandissantes suggéraient que le fait de retarder l'introduction de substances allergènes n'était pas une approche préventive.

Le rapport clinique de 2008 a remplacé les recommandations précédentes avec davantage de remarques préliminaires sur les effets des laits hydrolysés et n'a formulé aucune recommandation sur le fait de limiter les aliments allergènes du régime alimentaire maternel pendant la grossesse ou l'allaitement.

Le rapport présentait une analyse approfondie sur le régime du nourrisson, incluant l'allaitement et l'âge de la diversification alimentaire, et ses conséquences sur de nombreuses conditions atopiques, notamment l'asthme, la dermatite atopique et les allergies



alimentaires. Depuis, l'accumulation de preuves a permis de mieux informer le personnel médical, ce qui a mené aux nouvelles conclusions et recommandations qui suivent.

Restrictions alimentaires chez la mère

Il y a un manque de données probantes pour avancer que les restrictions alimentaires chez la mère durant la grossesse ou l'allaitement pourraient réduire les risques chez l'enfant de développer des maladies atopiques. Le rapport indique qu'une étude systématique aurait décelé qu'un régime chez la mère riche en fruits, en légumes, en poissons et en aliments contenant de la vitamine D ainsi qu'un régime inspiré d'habitudes alimentaires méditerranéennes étaient associés à des taux plus bas de maladies atopiques chez les enfants.

Allaitement

Le tableau ci-dessous résume les preuves du rôle de l'allaitement sur les maladies atopiques et les effets du lait maternisé hydrolysé si l'allaitement n'est pas possible. L'impact bénéfique de l'allaitement est évident. Plusieurs conclusions diffèrent de celles présentées en 2008, en raison de nouvelles études et méta-analyses les intégrant. Parmi celles-ci, on peut citer :

- Toute durée d'allaitement supérieure à trois ou quatre mois protège contre la respiration sifflante pendant les deux premières années.
- Certaines données révèlent qu'un allaitement plus long protège contre l'asthme, même après l'âge de 5 ans.

Introduction précoce aux arachides

Un changement important dans les recommandations concerne le moment de l'introduction des arachides. Si le nouveau rapport clinique conclut encore qu'il n'y a pas de preuve liée au fait que de retarder l'introduction d'allergènes au-delà de l'âge de 4 à 6 mois prévienne les maladies atopiques, il existe des preuves qui soutiennent l'introduction précoce à des formes d'arachide sans danger pour les nourrissons.

L'AAP a approuvé un rapport d'un groupe d'experts du National Institute of Allergy and Infectious Diseases qui a formulé des recommandations largement basées sur l'essai d'allergie du Learning Early About Peanut (LEAP) et d'autres études. (<https://www.aappublications.org/news/2017/01/05/PeanutAllergy010517>).

Ces recommandations se concentrent sur une population à risque élevé – les nourrissons souffrant de dermatite atopique grave ou d'allergie aux œufs – à qui il est conseillé d'introduire des formes d'arachides sans danger pour les nourrissons dès l'âge de 4 à 6 mois, selon des quantités déterminées, tout en envisageant des tests préalables pour exclure toute allergie. Les lignes directrices recommandent que les nourrissons souffrant d'eczéma léger à modéré soient introduits à des aliments contenant des formes d'arachides sans danger pour le nourrisson dès l'âge de 6 mois, et que ceux qui ne présentent pas d'allergies alimentaires ou de facteurs de risque soient introduits à l'âge approprié et en fonction des préférences familiales, c'est-à-dire après l'âge de 6 mois s'ils sont nourris exclusivement par l'allaitement.

La théorie est que la peau eczémateuse peut être un portail d'exposition qui déclenche des réponses allergiques ; en revanche, l'exposition orale induit une tolérance. Par conséquent, l'ingestion retardée d'arachides peut entraîner, pour ces nourrissons, une augmentation des risques de sensibilisation avec le temps. Des détails supplémentaires à propos de l'introduction précoce aux arachides sont disponibles sur le site : <https://www.niaid.nih.gov/sites/default/files/peanut-allergy-prevention-guidelines-clinician-summary.pdf> et dans le rapport clinique.

D'autres données sont nécessaires pour comprendre les effets possibles liés au moment de l'introduction d'autres aliments tels que les œufs sur les résultats de l'allergie alimentaire puisque les données limitées sont moins claires comparativement à celles liées aux arachides.

Références

Texte original

Sicherer S. H., Greer, R. R. (2019). Dietary interventions to prevent atopic disease: Updated recommendations. AAP News. <https://www.aappublications.org/news/2019/03/18/atopy031819>

Article scientifique de référence

The Effects of Early Nutritional Interventions on the Development of Atopic Disease in Infants and Children: The Role of Maternal Dietary Restriction, Breastfeeding, Hydrolyzed Formulas, and Timing of Introduction of Allergenic Complementary Foods. *Pediatrics* 143(4), e20190281. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0281>

Témoignages

Témoignage de Marie-Pier Laroche, une maman qui a été jumelée à une marraine d'allaitement pendant la pandémie

Mon nom est Marie-Pier Laroche. Je vous écris afin de vous informer que j'ai envoyé le formulaire de sondage en lien avec ma satisfaction concernant le jumelage avec ma marraine d'allaitement par la poste cette semaine. De plus, je vous avise que j'ai fait un don de 100\$ en ligne et je lui ai remis un petit cadeau.

Je tiens sincèrement à remercier Claudie-Anne et votre organisme pour tout le soutien. Sans vous, j'aurais abandonné l'allaitement au jour 1 et mille et une fois après. Claudie-Anne a tout simplement été merveilleuse, disponible, patiente et d'un soutien énorme même en temps de pandémie. Vous êtes des anges.

Je profite de l'occasion également pour vous dire que j'ai déjà référé votre organisme à une collègue et je n'hésiterai pas à continuer. J'ai suivi le cours d'allaitement ainsi que le cours de RCR pour nourrisson avec vous. Vous m'avez aidée à bien partir ma vie de maman et à m'outiller pour le bien de ma petite fille.

Je suis maintenant à 4 mois d'allaitement et je suis en confiance pour continuer encore pour les mois à venir.

Encore une fois merci, sincèrement, Marie-Pier Laroche

Elle a aussi écrit :

Je vous confirme que, malgré la pandémie, vous êtes d'un support énorme. Ma collègue en question m'a confirmée que sa marraine lui a donné un super soutien dès jour 1. Elle a donné naissance à sa petite fille le 24 juillet.

Votre organisme est un vrai cadeau pour les mamans. Tous les cours sont très éducatifs et extrêmement utiles. Les enseignants/bénévoles sont gentils et extrêmement dévoués. Comme j'ai dit, vous êtes des anges dans la maternité/paternité.

Je détiens un baccalauréat en sciences sociales. La

grande majorité de mes cours ont été en psychologie. J'ai étudié la psychologie de l'enfance, de l'adolescence et adulte. Il était donc important pour moi de m'outiller le plus possible de connaissances avant d'avoir mon bébé puisque je connais la valeur des soins donnés à un enfant tout au long de sa vie.

J'ai bien l'intention de suivre encore plusieurs cours avec vous, comme celui à l'introduction des solides. Si je peux aider votre mission d'une façon ou d'une autre, laissez-moi savoir.

Sincèrement, Marie-Pier

Voici notre petite Adriana Selena Forero



Témoignage de Claudie-Anne Fortin, une de nos accompagnantes à la naissance pendant la pandémie

J'ai décidé de devenir accompagnante en décembre 2019 et fait le cours d'hiver 2020. Quand nous avons commencé les cours, l'idée d'être à distance pour un accouchement était hors de question.

À mi-parcours, la bombe Covid est tombée. Nos cours ont été annulés pour un bon mois. Durant ce temps, notre formidable enseignante a eu la chance d'accompagner à distance. Convaincues par la capacité de se connecter entre nous et avec elle (plus profondément qu'avec une connexion internet), nous avons terminé notre formation à distance, avec la thématique du Covid en trame de fond, prêtes à toute éventualité.

Mon premier accompagnement a eu lieu le mois suivant. À ce moment, les hôpitaux ne permettaient encore qu'une seule personne en plus de la femme qui accouche. Ma cliente était seule, je viendrai à coup sûr à l'accouchement.

Nos rencontres prénatales se sont toutes faites en vidéo et au téléphone. C'était une maman plusieurs fois, elle connaissait son corps. Le jour de l'accouchement, je l'ai rejointe à l'hôpital. Un peu comme une « blind date » on s'est retrouvé dans sa salle d'accouchement. Arrivée un peu avant moi, elle était déjà en jaquette. J'aurais voulu être avec elle au début du travail, mais elle n'en a pas ressenti le besoin, et c'est bien ainsi.

J'avoue qu'après avoir passé les multiples points de contrôle, rendue dans la chambre, c'était un peu comme dans un cocon. Les infirmières venaient prendre leurs mesures, masquées, en respectant les demandes de la maman. Malgré l'expérience, elle avait tout de même le trac.

J'ai été impressionnée par la force et la beauté du processus d'accouchement, vu de l'extérieur.

J'ai fait ma mission : accompagner. Ma cliente a fait sa mission : accoucher.

Le bébé est né en santé, né dans un cocon-Covid, d'une maman forte et indépendante.

Les bébés et les mamans naitront, Covid ou pas Covid.

Ce premier accompagnement est clairement le premier

de plusieurs dans ma carrière d'accompagnement. Le Covid n'a qu'ajouté des défis à cette vocation passionnante.

Ce qui est particulier, c'est de rentrer dans l'intimité de quelqu'un qu'on ne connaît qu'en vidéo, et l'encourager à suivre le flots de contraction et de faire confiance au processus, alors qu'on se connaît si peu.

Durant l'accouchement, mis à part les masques des infirmières, rien nous rappelait le Covid. Elle était en isolement depuis 14 jours et moi aussi, donc je n'ai pas porté de masque pour l'accompagner.

Je l'ai accompagnée en l'aidant à prendre différentes positions, faisant des points de pression aux mains, et en la ramenant dans sa méditation.

Étant la seule personne à l'accompagner, j'ai été témoin de cette naissance particulière en plein Covid. D'être la mémoire de cette naissance.

Claudie-Anne Fortin



MAQ Des avantages du confinement selon une marraine d'allaitement

Rédigé par Karina Sanchez, 17 juin 2020

Le confinement est une expérience qui peut être positive et sereine à plusieurs égards, notamment pour les parents d'un enfant allaité ou en position de le devenir, fait remarquer Gabrielle Gauvin, marraine d'allaitement pour l'organisme Entre-mères et monitrice de portage.

À l'heure du déconfinement graduel à l'échelle du Québec, Gabrielle Gauvin expose certains avantages liés au confinement qu'on ne devrait pas oublier de sitôt. Elle n'hésite pas non plus à encourager de courtes périodes de confinement volontaires et ponctuelles qui pourraient être bénéfiques à des familles avec des nourrissons, même après la COVID.

Ralentir pour mieux se rapprocher

Le ralentissement de la société en temps de pandémie a permis à plusieurs de revoir leur liste de priorités. La diminution importante d'activités extérieures de la maison, telles que le travail et les sorties, a représenté pour certains une opportunité de renforcer les liens familiaux et « de se créer un cocon chaleureux ». Ces facteurs semblaient ainsi être au rendez-vous pour les parents qui souhaitaient entamer, poursuivre ou réintroduire leur enfant à l'allaitement, estime Mme Gauvin.

« L'allaitement, c'est une relation intime qui nécessite de prendre son temps. Où le bébé a besoin d'être beaucoup en contact physique avec sa mère, de faire beaucoup de peau à peau. »

D'autant plus que dans un contexte de crise sanitaire, « ce n'est pas le temps d'arrêter [d'allaiter] » étant donné la présence d'anticorps dans le lait maternel.

Une pratique bien répandue, notamment dans les maisons de naissances et dans nombreux hôpitaux, qui favorise l'allaitement est le peau à peau. Il contribue entre autres à stimuler la production du lait chez la mère, à calmer le bébé, à réguler sa température corporelle et son rythme cardiaque, en plus de favoriser la production d'hormones de bien-être autant chez la mère que chez l'enfant.

Le confinement peut ainsi renforcer le lien entre la mère et son bébé de manière supérieure qu'en temps normal, insiste-t-elle. « Il n'y a pas lieu de visites à l'improviste pouvant interrompre une tétée. Et une mère n'a pas à gérer les demandes de faire passer son nourrisson dans les bras des visiteurs sur de longues périodes ». Le confinement peut aussi donner le temps nécessaire aux parents pour passer du tire-lait vers l'allaitement au sein, ajoute-t-elle.



Le portage, un prolongement du peau à peau

Le déconfinement, quant à lui, signifie un retour à un horaire plus chargé et peut amener son lot de défis pour maintenir ce lien de proximité.

Gabrielle Gauvin qui a embrassé le concept du portage, avant même la naissance de son enfant, avance que c'est « la chose la plus logique à faire » parce qu'il incarne un moyen de répondre autant aux besoins de la mère que ceux de son enfant, et ce, en temps opportun.

« C'est un outil qui a contribué à ma santé mentale. Ça dissipe le sentiment d'être tiraillée par le fait d'avoir à choisir entre faire quelque chose pour soi ou pour son bébé. Et en pouvant répondre aux besoins de chacun, cela donne beaucoup de liberté. »

Et la variété des loisirs pour lesquels on peut opter – en allant de la couture au tricot, de la cuisine à la couture, de faire des marches à faire l'épicerie, etc., – tout en portant son bébé facilite grandement les déplacements et l'exécution des activités, relate-t-elle.

Entretenir le lien de proximité est d'ailleurs déterminant sur l'attitude que développera l'enfant envers l'allaitement, raconte Mme Gauvin. Une étude suédoise menée auprès de plus d'une centaine de nouveaux-nés pendant six ans a conclu que le peau à peau est une approche efficace qui encourage les bébés les plus réticents à prendre le sein. Tout simplement en les calmant – ce qui supprime les blocages internes de l'enfant qui l'empêchaient d'aller à la recherche du mamelon. (Source : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23497501/>)

Les besoins sociaux d'un bébé

S'il est naturel pour de nouveaux parents émus de vouloir présenter promptement leur progéniture à leur entourage, le confinement peut représenter aussi un moment unique pour créer de bases solides pour son enfant.

Gabrielle qui a poursuivi ses activités en tant que marraine d'allaitement durant la crise de la COVID-19 a constaté une crainte qui avait tendance à revenir chez des parents, soit que le confinement puisse avoir un effet négatif sur leur enfant en le rendant moins sociable, voire asocial.

Si l'isolement social découlant de la crise sanitaire affectent plusieurs, Gabrielle s'est toutefois empressée de déconstruire cette croyance et rassurer les parents. « Le confinement n'est pas un problème pour le nouveau-né : un bébé, n'a pas besoin de socialiser. Il a besoin avant tout de recevoir l'affection et l'amour de ses parents ce qui va lui permettre d'explorer (avec assurance) le monde plus tard. »

D'ailleurs, une exposition sociale moins fréquente permet de protéger les jeunes bébés non seulement de la COVID-19, mais de tout virus en général, rappelle Mme Gauvin. Cela représente ainsi une approche préventive que devraient privilégier les nouveaux parents – même en période post-COVID – dans la mesure du possible, selon elle.

Gabrielle Gauvin est marraine d'allaitement et monitrice de portage auprès des familles. Elle aussi est membre de l'Institut National du Portage des Enfants (INPE) et responsable aux affaires internes du MAQ. À titre d'information, voici sa page FB : <https://www.facebook.com/gabrielle.portage/>