

les mères veilleuses

Printemps 2019



NAISSANCE
RENAISSANCE
Outaouais

www.nroutaouais.ca
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 votre journal. 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. Vous pouvez aussi nous envoyer des photos de votre grossesse, accouchement ou allaitement. Nous aimons beaucoup agrémente le journal avec vos beaux souvenirs...

Bonne lecture !

Sophie Richard
Coordonnatrice de Nourri-Lait

Sommaire

Mot de la direction.....	2
Lait-z-infos	3
Clin d'oeil.....	5
Articles	11
Témoignages	17
Formation continue	18

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 aura lieu le 27 avril, 11 mai et 1 juin.

Nous accueillons seize nouvelles recrues. Ce nouveau groupe de marraines viendra combler un réel besoin d'augmenter nos ressources pour permettre d'aider les mamans de la région plus rapidement.

Formation continue de marraines

Le 23 mars dernier avait lieu la journée de formation continue des marraines du printemps. Trois sujets ont été présentés :

- Le co-dodo et l'allaitement par Andréane Deschamps Lepage, marraine.
- La lactation provoquée et relactation par Eveline Breton, marraine et un partage de Victoria et Annie.
- La surproduction lactée par Sophie Richard, consultante en lactation.

Un gros merci aux marraines qui ont préparé et présenté un sujet et au couple qui a partagé leur vécu avec nous.

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

La prochaine formation continue aura lieu dimanche le 24 novembre prochain. Nous recevrons Louise Dumas qui viendra nous présenter cette fois deux sujets qui la passionnent, le peau-à-peau et son importance dans l'allaitement ainsi que les risques de la formule lactée. Deux marraines nous y présenterons également deux sujets : Camille Marcotte-Quijada (l'allaitement de jumeaux) et Marie-Ève Héту (médicaments et allaitement).

Nous vous rappelons que ces formations complètent votre formation de marraines et vous aident à être à jour pour mieux aider vos filleules.

Formation des accompagnantes à la naissance

La formation d'accompagnantes d'une durée de 80 heures a eu lieu du 2 février au 5 mai 2019. Nous souhaitons la bienvenue à la nouvelle cohorte d'accompagnantes à la naissance : Antoinette Aide-Akhibi, Maude Duchemin, Nathalie Beaulieu, Myriam Charbonneau, Rachel Lacasse, Isabelle Mercier et Anastasia Mercier Mckenna.

Formation continue des accompagnantes à la naissance

5 accompagnantes à la naissance se sont jointes à la formation d'accompagnantes à la naissance le samedi 2 mars 2019 pour participer au bloc offert par Danielle Charron, infirmière, sur les pratiques hospitalières.

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 ? Souhaitez-vous devenir aide-maman pour l'organisme ? Emploi rémunéré. N'hésitez pas à communiquer avec Véronique au 819-561-4499. Toutes les nouvelles aides-mamans sont les bienvenues !

Cours offerts par l'organisme :

Atelier de Gestion de la Douleur

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

Coût : 115,00 \$ par couple.

Cours de préparation à l'allaitement

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

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 beaucoup les parents. Un à deux ateliers sont programmés par mois.

Coût : 15,00 \$ par personne.

Ateliers de portage

Julie-Anne Piché anime des ateliers de portage débutant et avancé pour porter bébé de façon sécuritaire.

Coût : 25,00 \$ par personne.

Parlez-en autour de vous et informez vos filleules !



Clin d'oeil

Un bébé allaité a moins de risque de devenir obèse

La Presse, 30 avril 2019

L'OMS recommande un allaitement exclusif au sein jusqu'à l'âge de six mois puis la poursuite de l'allaitement « de six mois à deux ans, voire plus », complété par une autre alimentation.

Les bébés allaités ont moins de risque de devenir obèses que ceux nourris au lait en poudre, en particulier si l'allaitement dure au moins six mois, montre une étude de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publiée mardi, qui porte sur 16 pays européens.

« Les enfants qui n'ont jamais été allaités ont 22 % de probabilité en plus d'être obèses » par rapport à ceux qui ont été nourris au moins en partie au lait maternel pendant six mois ou plus, constate l'OMS à partir de l'analyse d'un échantillon d'environ 30 000 enfants âgés de 6 à 9 ans.

L'étude, coordonnée par l'Institut national de santé Ricardo Jorge (INSA), du Portugal, établit un lien entre la durée de l'allaitement et son caractère protecteur contre l'obésité, puisque les enfants allaités moins de 6 mois présentent 12 % de risque en plus d'être obèses à l'âge de 6 à 9 ans que ceux ayant bénéficié d'un allaitement prolongé.

Cette différence statistique, établie sur la moyenne des 16 pays étudiés, se retrouve de façon nette dans certains pays, mais pas tous, soulignent les auteurs, à l'occasion du Congrès européen sur l'obésité, qui se tient à Glasgow jusqu'à mercredi.

Ainsi, en Italie, 21,2 % des enfants de 6 à 9 ans n'ayant jamais été allaités sont obèses, contre 16,8 % pour la moyenne de cette tranche d'âge. De même, en Espagne, ces proportions sont de 21 % et 17,7 % respectivement.

En revanche, en France, l'écart est peu significatif, avec autour de 7 % d'enfants obèses quel que soit leur mode d'alimentation au début de leur vie.

Ces résultats devraient inciter les autorités de santé à « encourager l'allaitement » dans le cadre de leurs politiques de prévention de l'obésité, avec une meilleure formation des professionnels de santé, un encadrement

plus strict du marketing des fabricants de lait en poudre et une législation plus protectrice pour les mères allaitantes, estiment les auteurs de l'étude.

Dans une autre étude publiée à l'occasion du congrès, l'OMS souligne que de nombreux pays européens peinent à faire reculer le niveau de l'obésité infantile, en dépit des politiques de prévention actuellement déployées.

L'OMS recommande un allaitement exclusif au sein jusqu'à l'âge de six mois puis la poursuite de l'allaitement « de six mois à deux ans, voire plus », complété par une autre alimentation. L'organisme international a fixé pour objectif d'atteindre « au moins 50 % » d'enfants en allaitement exclusif les six premiers mois d'ici 2025.

En France, cette proportion est de seulement un quart (26,4 %) en prenant en compte l'allaitement exclusif et l'allaitement mixte (bébés nourris pour partie au lait maternel et pour partie au lait en poudre).

Seules l'Irlande (22,6 %) et Malte (24,6 %) ont des résultats inférieurs parmi les 22 pays étudiés.



Mettons les bébés au sol !

Apprendre-reviser-memoriser.fr, Caroline 21 avril 2019

Lien entre mouvements au sol et renforcement des muscles du cou

On ne le répétera jamais assez, le bébé construit ses références visuelles et spatiales en changeant de position, en bougeant, en se déplaçant autour des objets et des meubles, en manipulant une variété d'objets. Un bébé ne doit pas rester assis dans un siège rigide pendant des heures. – Isabelle Babington (ergo thérapeute spécialisée en intégration neurosensorielle)

Dans son livre *L'enfant extraordinaire*, Isabelle Babington rappelle de mettre les bébés au sol dès que possible, sur un tapis d'éveil ou une couverture, et sur le ventre de préférence car cette position renforce, entre autres, les muscles extenseurs de la tête et du cou, et la stabilité de la tête est nécessaire à la stabilité des yeux.

Un enfant qui n'a pas passé assez de temps à plat ventre risque d'avoir des muscles du cou trop faible, ne permettant pas un maintien de la tête assez stable pour un regard stable sur des temps longs.

Elle écrit que la recommandation d'éviter la position ventrale ne concerne que les périodes de sommeil et celles pendant lesquelles le bébé n'est pas sous surveillance des adultes.

Lien entre mouvements au sol et motricité oculaire

La motricité oculaire est tout ce qui concerne les mouvements des yeux, en commençant par la stabilité du regard, primordiale pour ne pas voir flou et/ ou fixer un objet; les saccades qui sont les changements de direction du regard lorsque l'œil se déplace rapidement d'un point à l'autre; les poursuites oculaires qui permettent de suivre du regard un objet; la convergence qui permet de suivre un objet qui se rapproche de nous. La motricité oculaire dépend de la stabilité du regard et cette stabilité dépend elle-même de la musculature du cou qui aide à maintenir la tête stable.

Or, comme expliqué plus haut, la musculature du cou dépend du temps passé par un bébé en position ventrale et comment il a développé son endurance à relever la tête pour regarder devant lui.

C'est dans ses mouvements au sol puis debout que le jeune enfant renforce sa motricité oculaire. En effet, les poursuites visuelles qui permettent de suivre du regard de façon fluide vont dépendre de la synchronie entre le système visuel, le système vestibulaire et le système proprioceptif.

Source : *L'enfant extraordinaire: Comprendre et accompagner les troubles des apprentissages et du comportement chez l'enfant* de Isabelle Babington (éditions Eyrolles)

Allaitement paternel : "Ça a été une révélation et une évidence"

Causette.fr, propos recueillis par Aurélia Blanc, Publié le 29 Mars 2019

« Une petite pilule pour l'homme, un grand pas pour l'égalité » : tel est le mantra de Lait paternel, une jeune entreprise française qui vient de mettre au point un traitement hormonal permettant aux hommes d'allaiter leur progéniture. Paul, père d'un bébé de cinq semaines, fait partie des premiers « testeurs ». Pour Causette, il revient sur son expérience de père allaitant.

Causette : Qu'est-ce qui vous a amené à vouloir allaiter votre enfant ?

Paul : Quand on a appris qu'on attendait notre enfant, il y a deux choses qui m'ont rapidement interrogé. Déjà, la question de savoir comment je pouvais développer un lien particulier avec mon enfant. Ensuite, savoir comment je pouvais répartir au mieux les tâches avec

ma copine. Je culpabilisais vis-à-vis d'elle au sujet de la grossesse, qu'elle était seule à porter, pendant neuf mois, avec les difficultés qu'on connaît sur l'alimentation, les nausées, la fatigue, puis la pression sociale et les conséquences professionnelles qui viennent derrière. J'ai regardé sur Internet ce que je pouvais faire pour équilibrer au mieux la répartition des tâches. Et globalement, dans ce que je pouvais lire, le rôle des pères se limitait souvent à repeindre la chambre et à faire les courses. Puis je suis tombé sur le site de Lait paternel : pour moi, ça a été une révélation, une évidence. Avec ma copine, on a tout de suite voulu tenter l'aventure.

Comment s'est passé le traitement ?

Avant la naissance, il faut prendre une gélule trois fois

par jour, au moment des repas, pendant deux mois. Depuis que le bébé est là, je prends une gélule une heure avant la tétée, jusqu'à six fois par jour. Les trois premières semaines, je ne sentais pas grand-chose, puis j'ai commencé à avoir la poitrine qui gonflait, à ressentir des petits picotements... C'était assez étonnant, mais ça a aussi créé une vraie complicité avec ma copine. Il peut y avoir quelques effets indésirables : les tétons douloureux, la poitrine qui gonfle, ça chauffe un peu... Mais en même temps, j'étais super heureux de voir que ça marchait. Et il y a aussi des effets positifs : j'avais pris quelques kilos parce que j'avais fait une « couvade » et, grâce à l'allaitement, je les ai perdus très rapidement.

Voir un homme allaiter, ce n'est pas courant, quand même... Comment a réagi votre entourage?

Au départ, nos familles étaient carrément incroyables et assez sceptiques sur le fait que ce soit possible. Et puis on leur a montré les différentes études scientifiques parues sur le sujet, on leur a expliqué que dans certaines cultures, c'était accepté, voire pratiqué. Ils ont fini par l'accepter, et même par trouver l'idée amusante. Le plus gros choc, ça a été à la maternité. Quand j'ai pris mon fils pour le mettre au sein, la sage-femme s'est interposée, elle ne comprenait pas ce qu'il se passait. Il a fallu qu'on prévienne notre médecin, auquel on avait fait part de notre projet, pour qu'il lui explique.

Vous défendez l'allaitement paternel comme une démarche égalitaire. Mais cela revient aussi à remplacer les femmes par le biais d'un traitement. Un peu paradoxal, non ?

L'allaitement paternel est nouveau, donc c'est normal que ça fasse un peu controverse. Pour moi, c'est un rééquilibrage qui est nécessaire. Ça permet de soulager la mère, notamment la nuit. Dans notre société, la maternité reste très discriminante pour les femmes, notamment sur le plan professionnel. D'ailleurs, aujourd'hui, personne ne remet en question le fait que les pères peuvent s'impliquer davantage auprès de leurs enfants. Et ce n'est pas parce qu'ils s'impliquent plus qu'ils remplacent les mères ! L'allaitement paternel, c'est à la fois une chance pour les mères, pour les enfants, et pour les pères eux-mêmes, qui peuvent vivre quelque chose d'unique, qui n'était pas possible auparavant et qui l'est aujourd'hui, grâce à la science. Après, chacun fait comme il le sent. Il n'y a aucun jugement à avoir sur les pères qui ne voudraient pas allaiter leur enfant. Mais, personnellement, j'adore ces moments privilégiés avec mon fils.



L'allaitement réduirait le risque d'eczéma pendant l'enfance

La Presse canadienne, Jean-Benoît Legault, 27 février 2019

MONTREAL - Les enfants qui ont été exclusivement allaités pendant les trois premiers mois de leur vie sont nettement moins susceptibles de souffrir d'eczéma à l'âge de six ans que leurs camarades qui ont été allaités moins longtemps ou qui ne l'ont pas été du tout, selon une étude américaine.

L'eczéma est une maladie chronique qui provoque des démangeaisons intenses. La peau devient enflammée à force d'être grattée et se couvre d'ampoules qui se brisent facilement.

Les chercheurs du centre médical Children's National ont étudié quelque 2000 femmes enceintes pendant le troisième trimestre de leur grossesse. Ils se sont aussi intéressés à leur allaitement pendant le début de la vie de leur enfant.

« C'est très compatible avec ce qu'on sait, a dit Micheline Beaudry, une professeure à la retraite du département de nutrition de l'Université Laval. On sait que le bébé naît avec un système immunitaire très peu développé. C'est pour ça qu'on recommande l'allaitement.

Le lait humain contient des milliers de substances qui aident à éduquer le système immunitaire, de manière à ce qu'il réagisse correctement aux substances auxquelles le bébé est exposé. »

On recommande l'allaitement exclusif pendant six mois pour permettre au système immunitaire de se développer correctement, de façon à réagir correctement à ce qu'il y aura dans son environnement par la suite, surtout s'il y a des allergies dans la famille, poursuit Mme Beaudry.

« Il faut que l'allaitement soit exclusif pendant les premiers mois, a-t-elle martelé. Il ne faut pas donner un biberon par ici et un allaitement par-là. »

À peu près toutes les études sérieuses et bien faites démontrent qu'il y aura moins de problèmes si l'allaitement est exclusif pendant les six premiers mois, poursuit-elle. Le lait humain contient des milliers de substances qu'on ne peut absolument pas répliquer

dans les préparations commerciales pour nourrissons.

« Toutes les substances dans le lait humain sont spécifiques pour le bébé et son développement, alors les milliers de substances qui aident à façonner son système immunitaire ne sont pas dans les préparations commerciales, ce n'est pas compliqué », explique-t-elle.

Une étude encore plus vaste publiée en 2018, et à laquelle avaient participé des chercheurs canadiens, avait-elle aussi conclu que l'allaitement exclusif semblait conférer une certaine protection face à l'eczéma.

Les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis affirment que l'allaitement réduit le risque des enfants de souffrir de plusieurs problèmes chroniques, comme l'asthme et l'obésité.

Les résultats de cette étude ont été publiés par le *Journal of Allergy and Clinical Immunology*.

Effet de l'application de lait maternel sur le cordon ombilical : une chute plus précoce

Revue systématique de la littérature, Laurence Girard, Publié le jeudi 24 janvier 2019

Dans cette revue systématique de la littérature, les auteurs ont voulu déterminer si l'application de lait maternel sur le cordon en favorise la chute plus précoce.

En effet, la chute du cordon ombilical est un processus complexe, médié par l'infiltration de leucocytes et la digestion qu'ils en font.

Ce mécanisme inclut un processus de nécrose, d'invasion par les granulocytes, d'infraction et de séchage, avec une destruction du collagène, entraînant la chute du cordon entre 3 et 45 jours de vie. Après la chute du cordon, la petite partie granuleuse et rose doit rester propre et sèche, jusqu'à la complète cicatrisation, qui intervient entre 22 et 48 heures après la chute.

Toutefois, l'application d'antiseptique, l'infection, l'âge gestationnel et le mode d'accouchement peuvent altérer ce processus de chute. Le retard à la chute du cordon est une source d'anxiété pour les mères et il en résulte des visites médicales répétées. Les tissus nécrosés sont un site potentiel d'infection. Aussi, la chute précoce est souhaitable. L'utilisation du lait maternel a été suggérée dans des publications récentes (Nita Arisanti, Andikawati, & Achmad, 2016; Patel & Tiwari, 2018), car le lait maternel a des propriétés

antibactériennes et des effets cicatrisants et anti-inflammatoires. De plus l'application de lait maternel a déjà montré des effets positifs pour les lésions de bouts de sein, d'eczéma atopiques et de dermatites fessières. De plus son application est facile, simple, peu chère et non invasive.

Sur les 1303 publications initialement retrouvées dans les différentes bases de données, 8 publications ont été retenues, dont 7 étaient des essais randomisés contrôlés – RCT

Dans seulement 2 RCT les parents et le personnel ignoraient complètement quels bébés étaient randomisés pour l'application du lait maternel par rapport aux soins de routine du cordon. La qualité des preuves étaient relativement basse pour ces essais si on les score avec la méthode GRADE.

Les auteurs ont trouvé cependant une réduction significative du temps nécessaire à la chute du cordon suite à l'application de lait maternel ($z=6,22$, $p>0,001$) avec une différence médiane de moins 1,1 jour (95%, CI -1,3, -0,69) comparé à des soins d'assèchement du cordon. L'incidence des omphalites était similaire.

Les auteurs concluent que l'application de lait maternel est sûre et efficace pour favoriser une chute plus précoce. Cependant des essais randomisés contrôlés de bonne qualité supplémentaires seraient les bienvenus.

C'est l'occasion de rappeler que l'OMS ainsi que l'Académie Américaine de Pédiatrie – AAP – recommandent de plus appliquer d'antiseptiques sur les cordons ombilicaux des nouveau-nés, sauf naissance dans des circonstances non hospitalières et ce afin de protéger les nouveau-nés d'une sensibilisation allergique et d'éviter la sélection de germes résistants.



Nouvelle alerte sur l'alcool durant la grossesse

Mathieu Perreault, La Presse, Publié le 04 mars 2019.

Consommer de l'alcool plusieurs fois par mois durant la grossesse, même s'il ne s'agit que d'un verre, pourrait avoir un impact négatif sur le fœtus, selon une nouvelle étude américaine. Le moment crucial pourrait être le premier trimestre, parce qu'il s'écoule souvent un mois avant le premier test de grossesse.

« Les études sur le syndrome d'alcoolisation fœtale ciblent souvent les femmes qui boivent fréquemment à l'excès, quatre ou cinq consommations ou plus en une seule soirée, durant la grossesse », explique Christina Chambers, épidémiologiste à l'Université de Californie à San Diego, qui est l'auteure principale de l'étude publiée en janvier dans la revue *Pediatrics*.

L'étude était basée sur des données ukrainiennes

« On a eu de la difficulté à déceler un effet sur les bébés à des seuils de consommation inférieurs, disons sans arriver à l'ivresse. Nous avons pris une approche différente et divisé notre échantillon en cinq types de consommation, avec des maximums et des moyennes par jour et par trimestre. Les grandes buveuses prenaient en moyenne quatre consommations par jour au premier trimestre, qui comprend souvent un mois où on ne sait pas qu'on est enceinte, et maintiennent une consommation élevée, trois consommations en moyenne par jour, pour le reste de la grossesse. »

Cette diminution de la consommation était encore plus importante chez les femmes qui buvaient le plus, parmi ce groupe de grandes buveuses : 15% des grandes buveuses prenaient sept consommations par jour au premier trimestre, mais par la suite, ces 15% de très grandes buveuses baissaient à quatre verres par jour.

Une très faible quantité de femmes, moins de 1% du total de l'échantillon, prenaient plus de six consommations par jour durant les deuxièmes et troisièmes trimestres.

Impact même chez les bébés de consommatrices modérées

L'impact sur le développement physique et mental des bébés était déjà statistiquement significatif à l'âge de 6 mois chez le groupe des grandes buveuses. Chez les deux groupes de buveuses modérées (un verre par jour de quatre à cinq fois par semaine aux deuxième et troisième trimestres), les résultats statistiquement significatifs arrivaient à 12 mois plutôt que 6 sur le développement mental des bébés.

« Ces deux groupes incluaient des femmes qui buvaient plus d'un verre en moyenne tous les jours au premier trimestre, puis qui baissaient leur consommation sans s'arrêter complètement, et des femmes qui buvaient un peu moins mais ne baissaient pas leur consommation », dit Mme Chambers.

« On dit consommation modérée, mais c'est relatif aux autres groupes, pas au fait que c'est un niveau de consommation sans risque. »

Mme Chambers décèle une tendance négative, même si elle n'est pas statistiquement significative, même chez le groupe de femmes qui buvaient peu (une consommation par jour trois fois par semaine en moyenne) au premier trimestre puis très peu (une consommation par jour de deux à trois fois par mois) aux deux autres trimestres.

Parmi les 470 femmes de l'échantillon, 60% ne consommaient que très rarement de l'alcool, 25% en consommaient peu, 10% en consommaient modérément et 5% en consommaient beaucoup.

Pas de seuil sécuritaire

Le groupe-contrôle n'a pas une consommation nulle d'alcool durant la grossesse. Durant le premier trimestre, les femmes de ce groupe-contrôle avaient pris en moyenne un verre à une seule occasion, et 15% d'entre elles avaient pris un verre par mois. Au deuxième trimestre, 15% des femmes avaient pris un verre durant les trois mois, et au troisième, 15% des femmes avaient pris un verre par mois. Quelle conclusion en tirer?

« On ne peut pas dire que c'est un seuil sécuritaire de consommation, dit l'épidémiologiste californienne. Il se peut que si on avait isolé dans un sixième groupe les femmes qui ne prenaient absolument jamais d'alcool, on aurait vu un impact sur le développement des bébés avec un seul verre par mois. Ça pourrait même rendre les résultats négatifs sur les bébés dans les groupes de consommation modérée statistiquement significatifs. »

Le groupe-contrôle avait un résultat comparable à la moyenne de la population au test MDI.

Pourquoi l'Ukraine?

L'échantillon est composé d'Ukrainiennes. « Nous avons utilisé les contacts de l'un des membres de notre équipe dans son pays d'origine, dit Mme Chambers. Le système de santé régional en Ukraine est très exhaustif, toutes les futures mamans sont suivies rapidement, alors il est facile de recruter un échantillon relativement représentatif.

« Une étude similaire en Afrique du Sud et dans les Grandes Plaines aux États-Unis a établi en 2017 la validité de ces cinq portraits types de consommation d'alcool durant la grossesse, mais n'a pas encore analysé l'impact sur le développement des bébés.

« Une autre étude en Australie avait divisé le niveau de consommation d'alcool différemment, en incluant la consommation avant et après la grossesse, mais n'avait pas observé d'impact d'une consommation modérée. Nous avons pensé nous concentrer sur les trois trimestres de grossesse. »



Articles

La sexualité

Bianca Corbeil, stagiaire en sexologie, Mars 2019

Qu'est-ce que la sexualité ? il s'agit en fait de l'ensemble des comportements relatifs à l'instinct sexuelle et sa satisfaction. La sexualité est un phénomène très large englobant plusieurs thèmes pouvant se diviser sous la forme suivante :

- 1) La biologie des organismes sexués (le fait d'avoir des caractéristiques biologiques et physiologiques permettant la reproduction)
- 2) Les comportements sexuels et érotiques (la reproduction, la stimulation des zones érogènes dans le but de ressentir du plaisir érotique)
- 3) Les aspects affectifs et émotionnels (le désir, l'attachement, l'amour, le plaisir, l'épanouissement, le désir)
- 4) Les aspects cognitifs et culturels (les valeurs, les représentations sociales, les croyances, les symboles, les normes)

Donc, la sexualité ne se limite pas seulement à l'acte sexuel et aux comportements sexuels. Elle fait aussi référence à l'intimité, aux relations interpersonnelles, aux émotions/sentiments, à l'image de soi, aux rôles de genre, à l'identité, et plus encore.

La périnatalité et ses impacts sur la sexualité

Au niveau physique, il est possible de ressentir divers symptômes tels que des maux (Dos, côtes, muscles, reins, tête), des nausées et des vomissements ainsi qu'une tension mammaire puisque les canaux de galactophores grossissent pour éventuellement produire du lait. Des infections vaginales et urinaires (Mycose, vaginite, cystite) pourraient faire leur apparition à répétitions en raison des dérèglements hormonaux qui modifient la composition de l'urine et de la flore bactérienne. Autrement, la prise de poids peut incommoder lors des rapports sexuels et demander plus d'imagination dans l'éventails des positions sexuelles réalisables. Cette prise de poids peut aussi causer de l'incontinence ou des fuites urinaires dû à la pression qu'exerce l'utérus de plus en plus volumineux sur la vessie ainsi que par la sécrétion de l'hormone relaxine qui provoque

l'assouplissement et la relaxation des muscles du plancher pelvien. Finalement, il est possible de voir des changements au niveau de la lubrification vaginale, des pertes et des orgasmes en outre dû aux hormones et à l'augmentation de l'afflux sanguin dans la région pelvienne. Lors de l'orgasme, la congestion pelvienne intensifie les sensations- l'engorgement de sang rend les terminaisons nerveuses (présentes dans le clitoris et les mamelons par exemple) plus sensibles. Les orgasmes sont donc plus intenses et plus longs. Cela peut les rendre meilleurs ou au contraire, donner des crampes pelviennes et des maux de tête et causer de l'inconfort.

Au niveau psychologique et affectif, la fatigue et l'insomnie peuvent réfréner le désir sexuel d'autant plus qu'il s'agit d'une grande période de stress, d'angoisses et d'inquiétude. Les modifications corporelles telles l'apparition de vergetures, de varices et d'hémorroïdes peuvent interférer puisqu'elles ont un impact important sur l'image de soi. Le sentiment de carence affective et de perte d'identité dans son nouveau rôle parental peut aussi amener la femme à se repositionner dans sa sexualité.

La reprise de la sexualité après l'accouchement

Il est recommandé d'attendre au moins 4 à 6 semaines après l'accouchement avant de recommencer à avoir des relations sexuelles coïtales. Cependant, le temps recommandé peut aussi être influencé par le type d'accouchement qui nécessitera un temps de récupération différent. Ainsi, ce temps de récupération permet de diminuer les risques de saignements, d'infections, de blessures au vagin et/ou au périnée.

La post-natalité et ses impacts sur la sexualité

Physiquement, il est possible après un accouchement de ressentir des douleurs vaginales à la pénétration dont une hypersensibilité à l'entrée du vagin et des parois vaginales ainsi qu'une sensibilité au périnée dû au taux bas d'œstrogène et de progestérone. Il n'est pas rare de voir des symptômes de dyspareunie. Il s'agit de

douleurs ressenties par la femme lors d'une relation sexuelle au moment de la pénétration vaginale. Elle peut être ressentie avant, pendant ou après la pénétration. Le niveau de dyspareunie dépend de l'endroit où la douleur est ressentie dans le vagin. Autrement, le retour des menstruations dû à l'ovulation qui peut reprendre son cours dès les trois semaines suivant l'accouchement peut s'avérer inconfortable à la reprise de la sexualité.

De même, l'allaitement nécessitant un contact constant avec l'enfant et pouvant causer de l'inconfort et des douleurs aux seins peuvent réfréner la reprise de la sexualité. L'allaitement a un impact sur le désir à cause de la prolactine qui est une hormone essentielle à la lactation mais réduit la quantité de dopamine (hormone sécrétée pendant l'orgasme). La prolactine vient aussi jouer dans la régulation de l'excitation lors de la période réfractaire. La prolactine diminue vers 3-4 mois même si allaite encore. Allaiter affecte la lubrification vaginale dans la mesure où celle-ci se voit diminuer dû au taux bas d'œstrogène et de progestérone et trop de prolactine.

Psychologiquement, l'appréhension de la douleur à la suite d'un accouchement peut avoir un grand impact sur la reprise de la sexualité et ainsi, réfréner le désir. Il en va de même pour le stress, la pression ressentie par les pairs et par sa vision idéalisée du rôle de mère, le manque de temps et la fatigue. Aussi, il s'agit d'une période peu propice à l'intimité dû à la présence constante de l'enfant, et les nombreuses visites périnatales. De plus, pour la mère, les besoins affectifs peuvent être entièrement comblés par l'enfant lors de cette période. Tout comme en périnatalité, l'image de soi peut avoir un grand impact sur la sexualité dû aux changements physiologiques favorisant l'apparition de vergetures, de varices et d'hémorroïdes. Cependant, cette vision de soi n'a pas à n'être que négative : certaines femmes mentionnent qu'elles se sentent bien dans leur nouveau rôle de mère et rayonnante quant aux changements physiques et psychologiques vécus.

Un élément important au niveau psychologique relève de la présence de baby blues ou dans certains cas, de dépression post-partum. Il est important de ne pas confondre ces deux types de dépresses et de ne pas minimiser les impacts que celles-ci peuvent avoir sur la femme. Le baby blues est une dépression passagère survenant les jours suivants l'accouchement. Celle-ci implique des variations dans l'humeur telles que de l'irritabilité, de la fatigue et de la tristesse. Il s'agit d'un état temporaire pouvant durer jusqu'à deux semaines tout au plus causé majoritairement par les changements hormonaux et la fatigue. Pour ce qui est



de la dépression post-partum, celle-ci survient vers la 3e semaine et peut durer plusieurs mois. Des symptômes tels que l'anxiété, des troubles de sommeil, une diminution de la libido, une humeur irritable, de la tristesse et une difficulté à s'occuper de l'enfant peuvent faire leur apparition. Il n'y a pas de cause précise à la dépression post-partum mais les changements physiques, émotionnels et le mode de vie, un manque de soutien après la naissance, une situation conjugale difficile, des antécédents de dépression peuvent influencer son apparition.

Pistes de solutions

Afin de reprendre une sexualité à notre image et qui nous épanouie, certains moyens s'offrent à nous. Tout d'abord, en couple, il est possible de reprendre des contacts sexuels sous d'autres formes que coïtales afin de favoriser l'intimité (massages, caresses, câlins, discussions, masturbation). Il n'est pas nécessaire d'avoir des rapports avec pénétration pour vivre sa sexualité. Autrement, être à l'affût des difficultés et être capable d'en discuter avec son/sa partenaire est un élément essentiel pour le bien-être sexuel. Il faut suivre son propre rythme, s'écouter et ne pas s'obliger à vivre des situations qui nous rendent inconfortables dans le but de faire plaisir à l'autre. La communication est la clé, cela favorise les rapprochements et une compréhension mutuelle des partenaires. Afin de reprendre une sexualité qui nous correspond et nous fait sentir bien, il faut éviter ces trois ennemis : la pression, la performance et la comparaison. Même si cela peut s'avérer difficile parfois, il faut penser à soi avant tout et se laisser du temps pour s'adapter. Au niveau physique, faire des exercices de rééducation du périnée afin de renforcer les muscles du plancher pelvien et tonifier les muscles du vagin peut atténuer la douleur provoquée par l'accouchement et accélérer la récupération.

Quand les pères se mêlent d'allaitement

Par Sonia Cosentino, 7 janvier 2019

De nombreux papas s'impliquent à fond dans l'aventure de l'allaitement. Ils ont trouvé leur place dans cette tâche toute féminine !

Témoignage de deux couples complices dès la naissance de leurs enfants.

Si la grossesse et l'accouchement sont pour des raisons évidentes réservés aux femmes, qu'en est-il de l'allaitement? Pour des raisons tout aussi évidentes, on répond spontanément que c'est l'apanage des femmes. Pourtant, les pères ne doivent pas se sentir exclus, car ils peuvent s'impliquer de telle façon que ce geste maintes fois répété durant des mois devienne aussi le leur! Il a même été remarqué que les allaitements réussis avaient en commun un papa très présent.

« Je crois que si mon conjoint ne m'avait pas soutenu dans la décision d'allaiter, je n'aurais pas réussi puisque dans les moments de découragement, il est intervenu en me donnant des solutions et en m'encourageant à continuer. » Vicky, 35 ans, et Gilles, 45 ans, sont les parents des jumeaux Antoine et William qui ont maintenant 7ans (allaités 17 mois) et d'Olivier 5 ans (allaité 20 mois). C'est Vicky qui a d'abord sensibilisé Gilles aux bienfaits de l'allaitement, mais ce sont les cours prénataux qui l'ont convaincu de s'impliquer pour que l'allaitement soit une expérience réussie. « Avec des jumeaux, je n'avais pas le choix de m'impliquer, car on n'a jamais assez de bras! Puisque j'étais déjà convaincu, je voulais m'impliquer pour que cela fonctionne et donner ce qu'il y a de mieux aux bébés. »

Sans s'être vraiment informés au préalable, Alain, 30 ans, et Hélène, 32 ans, étaient tous les deux convaincus que l'allaitement était la voie naturelle de l'alimentation du nourrisson. « C'est sur ce principe que nous avons pris la plupart de nos décisions pour tout ce qui entoure la naissance de notre enfant, tant durant la grossesse que pour l'allaitement. C'est principalement pour cette raison que nous voulions qu'Hélène allaite notre enfant. Il y avait aussi la curiosité de tenter l'expérience... » Comme tous les pères, Alain s'est vite rendu compte que l'allaitement pouvait signifier l'exclusion, à la différence qu'il a décidé de trouver une manière de s'inclure dans l'expérience. « Il est vrai qu'à sa naissance, le nouveau-né a un horaire d'activités très restreint : manger et dormir en passant par le changement de couche. Comme nous avons décidé de donner le lait maternel, il est clair que je ne pouvais pas allaiter l'enfant. J'ai donc décidé de m'impliquer pour deux

raisons principales : créer un contact tôt avec mon enfant, et soutenir ma conjointe dans cette expérience. »

Mais comment un père peut-il se mêler d'allaitement? « Je me levais la nuit pour aller chercher le bébé et l'amener à ma conjointe. Après un sein, je changeais la couche du bébé. Après le deuxième sein, je recouchais le bébé. Ceci allégeait la tâche de ma conjointe qui pouvait se reposer un peu plus et cela me permettait d'être très près de mon bébé et de ma conjointe. Les journées au travail étaient plus difficiles, mais cela en valait la peine... », affirme Alain. Une manière de s'impliquer qui rejoint celle de Gilles auprès de sa conjointe. « J'aidais à placer les bébés au sein, à faire les rots, à prendre soin de la maman. Je donnais aussi les bains, ce qui est devenu un moment privilégié entre moi et mes enfants. Maintenant, ils sont plus grands et puisque je m'implique depuis le début, je suis toujours très présent auprès de mes enfants (jouer, bricoler, histoire...) »

Les deux papas sont d'accord sur une autre chose : leur implication quotidienne, tant auprès de la maman que des bébés leur a permis de valoriser leur rôle de père, de se sentir importants et inclus dans cette belle aventure, comme l'explique Alain. « Cela a été une expérience enrichissante par les liens que j'ai pu créer avec mon enfant et ma conjointe. Il arrivait qu'Hélène soit découragée ou exténuée. Je pouvais alors la soutenir moralement, mais aussi garder le bébé à la maison pendant qu'elle allait prendre une heure ou deux ailleurs pour se changer les idées; sortir de la maison de temps en temps lui faisait du bien. »

Comme l'allaitement demande un engagement de tous les instants, surtout tant que l'enfant est nourri uniquement au sein, les mamans ont avantage à laisser de la place aux papas qui souvent n'attendent qu'une ouverture! « La présence et le soutien de mon conjoint ont été un élément majeur du succès de mes allaitements (2 enfants allaités jusqu'à 15 mois et 18 mois), particulièrement le premier, raconte Hélène. N'ayant pas été exposée ou en fait très peu à l'allaitement maternel et ayant grandi dans une société (et une famille) encore très axée sur le biberon, sans l'aide de mon conjoint et son soutien moral, j'aurais probablement démissionné plus tôt. Ce n'est pas que l'allaitement est difficile en soit, mais il arrive des événements (poussées de croissance, muguet, mastites, pression sociale des proches...) qui demandent plus d'énergie, qui suscitent plus d'inquiétude et qui nous mènent facilement vers le choix du

biberon (qui, croit-on, sera bien plus simple) quand nous ne sommes pas bien soutenues et encouragées par nos proches. Et de nos proches, notre conjoint est le plus important parce qu'il partage notre vie 24/24, 7/7. »

Un avis partagé par Vicky qui a vraiment apprécié l'aide de Gilles. « Il répondait aussi aux personnes qui avaient des commentaires négatifs face à l'allaitement. Étant donné qu'il s'est impliqué dès le début, nous avons trouvé chacun notre rôle face à l'éducation des enfants et nous continuons dans ce sens. »

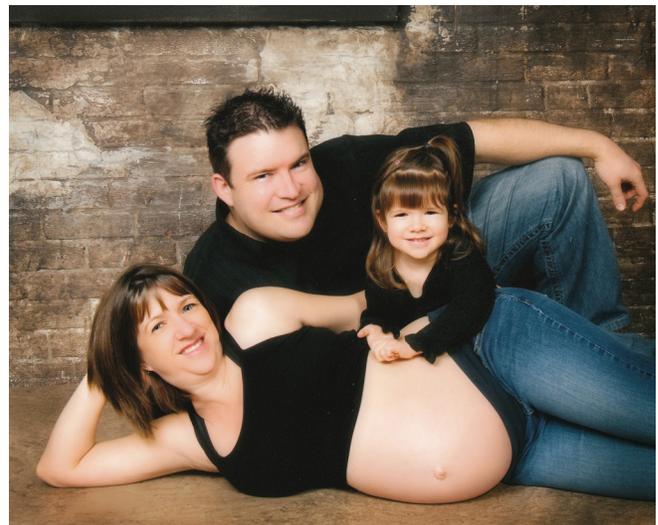
Comment s'impliquer :

- Apportez le bébé à la mère tant le jour que le soir et la nuit.
- Changez sa couche avant l'allaitement ou entre les deux seins puisque bébé s'endort souvent en tétant.
- Après l'allaitement, faites faire le rot à bébé et endormez-le si c'est l'heure de la sieste.
- Donnez le bain : c'est une merveilleuse occasion d'interagir avec bébé et qui peut devenir une habitude à long terme durant toute la petite enfance des enfants.
- Favorisez la relaxation de la mère en lui massant le cou et les épaules
- Profitez des périodes d'allaitement pour faire la cuisine, ranger un peu, passer le balai ou amuser les autres enfants de la famille pour que maman puisse se concentrer sur sa tâche sans stresser à l'idée de tout ce qui l'attend après.

Plus le papa s'implique auprès de la mère et de l'enfant allaité et plus l'allaitement devient une expérience

épanouissante pour tous les membres de la famille. Il est facile de conclure que les mamans qui ne sont pas soutenues s'épuisent rapidement et risquent d'abandonner plus rapidement que celles qui peuvent compter sur leur conjoint. L'allaitement peut donc être une occasion extraordinaire de rapprochement entre les parents qui développent une complicité de tous les instants sur un fond d'affection et de respect mutuel. Vive les papas qui se mêlent d'allaitement!

Le réseau Nourri-Source, un mouvement provincial et bénévole d'entraide et de soutien à l'allaitement maternel a lancé « Les pères et l'allaitement », un documentaire qui révèle avec simplicité que plusieurs pères savent naturellement soutenir et s'impliquer, mais surtout se passionner pour leur nourrisson. Et ils vous le diront tous : l'allaitement a enrichi leur rôle de père ! Le documentaire est disponible sur le site de la Fédération Québécoise Nourri-Source au coût de 28 \$.



Étudiantes sages-femmes en détresse

La Presse, Opinion, Hélène Saint-Jacques, analyste stratégique et doctorante en politiques publiques, 23 avril 2019.

Alors que la pratique sage-femme fête son 20e anniversaire, je ne peux qu'honorer ces femmes qui s'investissent corps et âme, souvent au péril de leur propre santé, afin de servir les familles au quotidien. J'admire leur dévouement, leur générosité et leur humanité.

Aussi, il était tout naturel pour moi d'accepter la demande de l'Association des étudiantes sages-femmes pour tenter d'améliorer leurs conditions d'études. En effet, les étudiantes sages-femmes cumulent sept stages dans deux régions du Québec minimum pour un total de 2350 heures.

Elles ne sont pas rémunérées et doivent souvent payer deux loyers, et être séparées de leur famille (43 % d'entre elles ont des enfants comparativement à 10 % pour les autres baccalauréats). Elles ne sont couvertes ni par le Régime québécois d'assurance parentale (RQAP) ni par la CNESST (Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail) et n'ont donc pas de retrait préventif lorsqu'elles sont enceintes.

Crainte de représailles

J'ai commencé par aider une étudiante qui avait subi un échec en annonçant un congé de maladie prolongé. Puis une étudiante, enceinte, qui cachait sa grossesse par crainte de représailles. Une de ses collègues s'était

fait empêcher de poursuivre ses études quelques années auparavant à la suite de l'annonce de sa grossesse.

Et un tourbillon m'a frappé : 45 anciennes étudiantes m'ont contacté en bouche-à-oreille et en confidentialité pour la plupart afin de témoigner du rude parcours qu'elles avaient eu à mener au programme de baccalauréat en pratique sage-femme.

J'ai fait des entretiens avec 37 d'entre elles, et les histoires décrites dans un rapport qui a été envoyé à l'Université du Québec à Trois-Rivières et au ministère de l'Éducation, la semaine dernière, témoignent de discrimination systémique sur une période de 10 ans. Refus d'accommodements raisonnables et discriminations récurrentes pour grossesse, maladie ou handicap, situation de vulnérabilité extrême, abus, harcèlement et manque de soutien psychologique, règles administratives floues et injustes...

Rapport et plaintes

J'ai rédigé un rapport de 135 pages contenant 120 recommandations. Lorsque nous avons rencontré le comité de programme pour tenter d'exprimer ce qui ressortait de cette enquête, on m'a dit que je n'avais pas droit de parole. Lorsque j'ai tenté d'aider des étudiantes avec le Service d'aide aux étudiantes, un cadre avait donné un mot d'ordre de ne pas reconnaître les procurations signées en mon nom et de ne pas me parler. Le dialogue de sourds à l'UQTR continuait...



Certains journalistes m'ont demandé pourquoi les étudiantes n'ont pas porté plainte (une procédure existe à l'UQTR). Elles craignent les représailles. Même les diplômées craignent des représailles, ce qui n'est pas surprenant dans une communauté si petite (227 membres à l'Ordre des sages-femmes en 2018).

Elles ont régulièrement utilisé les mécanismes démocratiques (le comité de programme) pour exiger des changements, mais ont essuyé plusieurs refus sur une période de près de 10 ans.

Mais surtout, elles ont vu des collègues utiliser les mécanismes internes sans succès : l'Université a notamment refusé d'appliquer les recommandations de l'ombudsman formulées en 2018 dans le dossier d'une étudiante. Elles ont peur et n'ont pas confiance.

La pratique sage-femme est un terreau riche pour la périnatalité au Québec. Lorsqu'elles terminent leurs études, les sages-femmes sont outillées pour suivre les grossesses normales et détecter les anomalies ou urgences et agir. Elles bâtissent des relations de confiance basées sur le respect des choix des femmes et familles.

Pourtant, la pénurie qui sévit au Québec ne s'améliore pas malgré le fait qu'une quinzaine d'étudiantes en moyenne obtiennent leur diplôme (seulement 58,5 % des étudiantes l'obtiennent) et la reconnaissance d'acquis de sages-femmes formées à l'étranger.

Plusieurs des témoins du rapport envisagent d'ailleurs de quitter la pratique (où l'ont déjà fait), puisque le modèle actuel affaiblit trop leur santé personnelle et familiale.

Un dénombrement informel fait par une de ces femmes montre que seulement 150 sages-femmes sur les 227 actives pratiquent (certaines sont en congé de maladie ou congé de maternité). Trente-trois ont quitté la pratique et 13 pensent sérieusement à quitter la pratique.

Le parcours ardu des étudiantes les met en situation de vulnérabilité extrême, tant financièrement que par rapport à leur santé. Elles terminent leurs études exténuées et endettées (on parle de près de 100 000 \$ de frais pour une étudiante avec enfants) et ne peuvent se permettre de temps d'arrêt. Elles commencent leur pratique à bout de souffle, et les épuisements professionnels dans les deux premières années sont fréquents.

Rémunération des stages

Le ministre de l'Éducation, Jean-François Roberge, doit annoncer d'ici la fin du mois un modèle de rémunération pour les stages. J'espère que ce rapport, qui a été déposé au Ministère, saura lui faire comprendre les énormes enjeux liés à la formation des étudiantes sages-femmes. Une simple compensation des heures de stage ne protégera pas les étudiantes.

Il faut reconnaître, comme pour les médecins résidents, leur réel apport à la société et rémunérer adéquatement leur dévouement.

Témoignages

Ma peine d'amour avec l'allaitement

Blog.agatha, par Marjorie C-H., 1 mai 2019.

Cher allaitement,

Avant de te rencontrer, j'avais beaucoup entendu parler de toi. En bien et en mal. Certains ne juraient que par toi, alors que d'autres te détestaient. Je ne savais pas encore de quel côté j'allais pencher, mais j'avais envie de te connaître. Je voulais gagner le défi de te surmonter. Ô comme je t'avais sous-estimé. Mes raisons étaient d'abord très rationnelles.

Dans les premières semaines de notre relation, tu étais utilitaire sans plus. Tu m'as amenée à me dépasser, mais surtout, à développer ma patience et ma persévérance.

Une fois notre relation bien entamée, il n'y avait plus de doute, c'était l'amour fou. Une vraie lune de miel. Comme toute relation, j'ai parfois remis les choses en question, surtout la nuit vers 3h00 du matin. Le temps a passé et les raisons de poursuivre avec toi n'étaient plus seulement rationnelles, mais également émotionnelles. L'idée de te quitter me brisait le cœur. En plus, tu sais, cher allaitement, les gens avaient leur mot à dire ; «il me semble que ça fait assez longtemps», «quand vas-tu cesser?», «Vas-tu continuer encore longtemps?», «Il ferait sûrement ses nuits s'il était au biberon». Chacune de ces interrogations ou commentaires me rapprochaient de la réalité; un jour, notre relation sera terminée et je vivrai certainement un énorme chagrin.

Il est vrai que tu m'as apporté beaucoup de bonheur, de moments paisibles et privilégiés. Je peux affirmer

que notre relation me rend fière, en plus d'être franchement pratique. De plus, un lien bien spécial me garde encore connectée à ce que j'ai de plus cher, mon enfant.

À un certain point, je ne pensais jamais désirer mettre fin à notre relation.

Puis, un jour, mon bébé a grandi. Ce petit être si merveilleux qui désire découvrir le monde compliquait notre relation. Sa curiosité, son désir d'être autonome et sa grandeur ont augmenté le défi. Je dois t'avouer que la première fois que j'ai troqué notre lien si spécial pour ton compétiteur (aka la préparation) mon cœur s'est fendu. Mon beau bébé n'y a vu que du feu. Les larmes coulaient sur mon visage. Les minutes qui ont suivies, mon bébé s'est collé sur moi, gazouillait, riait, comme pour me mentionner que nous étions rendus là, que c'était correct. Et ce fut, le début de la fin...

Malgré toute la difficulté que cela m'a apportée, j'avais aussi un mini peu hâte de retrouver mon corps et de la liberté. C'est la tête haute et avec beaucoup de fierté que je peux boucler la boucle de cette étape. Je mentirais de le faire en étant pleinement légère, mais c'est ce qu'est la parentalité, nous sortir de notre zone de confort pour le bien de nos minis et le notre.

Cher allaitement, merci pour ces moments précieux. Et qui sait ? À une prochaine fois peut-être.

Marjorie

Formations continues

Effet secondaire hépatique lié à la consommation d'une tisane galactogène

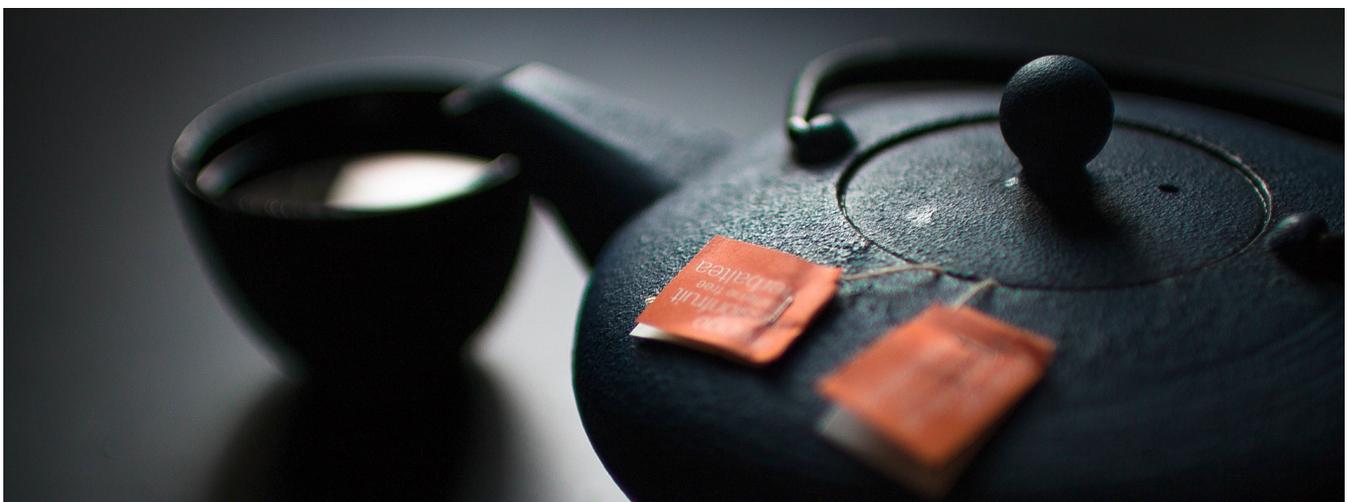
Les dossiers de l'allaitement, novembre 2018, p.4.Re : «Herbal use during breastfeeding» by Anderson (Breastfeed Med 2017 ; 12(9) : 507-509). Silverman AL et al. Breastfeed Med 2018 ; 13(4) : 301.

L'article d'Anderson sur les plantes médicinales chez la mère allaitante publié en 2017 constatait qu'il existait très peu de données sur l'innocuité des plantes galactogènes. Les auteurs rapportent un cas d'augmentation des transaminases hépatiques chez une mère allaitante ayant consommé une tisane très populaire aux États-Unis, commercialisée comme galactogène. Cette mère de 40 ans n'ayant aucun antécédent médical particulier a été vue en consultation à 5 mois post-partum pour recherche de l'étiologie d'une augmentation des transaminases. Pendant sa grossesse, elle avait présenté un diabète gestationnel traité par insuline, qui avait disparu après l'accouchement. Elle avait arrêté l'insuline et elle ne prenait plus que les vitamines prescrites pendant la grossesse.

Le bilan biologique au moment de la naissance était normal. En raison d'une faible production lactée, elle a commencé à consommer une tisane à base de fenouil, coriandre, fenugrec, chardon béni et anis (ainsi que menthe verte, citronnelle, verveine et racine de guimauve —Mother's Milk Tea®). À 3 mois post-partum, un bilan biologique a constaté un taux d'aspartate aminotransférase (ASAT) à 47 UI/l, un taux d'alanine aminotransférase (ALAT) à 95 UI/l (taux normal pour ces

2 enzymes : 20 à 40 UI/l), et un taux de phosphatases alcalines à 90 UI/l (normale : 39 à 117 UI/l). Un bilan biologique approfondi n'a constaté aucune autre anomalie. L'échographie hépatique était normale. La mère a arrêté de consommer cette tisane, ce qui s'est accompagné d'une normalisation des enzymes hépatiques : 21 UI/l pour l'ASAT, 40 UI/l pour l'ALAT et 104 UI/l pour les phosphatases alcalines.

Cette tisane est très populaire dans de nombreux pays et elle est couramment recommandée aux mères qui souhaitent augmenter leur production lactée. Le fenugrec est une plante largement utilisée comme galactogène. Ses effets secondaires sont des troubles digestifs, une odeur de sirop d'érable de la sueur et des urines, et la possibilité de l'aggravation de l'asthme. Comme pour les autres plantes galactogènes, il n'existe pas de données sur la dose optimale pour augmenter la production lactée. Il semble que ce cas d'effet indésirable hépatique ne soit le premier jamais rapporté pour cette tisane. Des effets secondaires sont possibles avec les plantes galactogènes, et cela doit être pris en compte lorsqu'on envisage de recommander leur utilisation chez une mère allaitante.



Problèmes posés par le don de lait maternel au biberon

Les dossiers de l'allaitement n° 140 Copyright LLL France — novembre 2018, p.21-23. The trend towards breastmilk-feeding : should we be concerned ? Thorley V. Breastfeed Rev 2018 ; 26(1) : 7-10.

Nourrir le bébé avec du lait maternel exprimé et donné au biberon (soit totalement, soit partiellement, parallèlement aux mises au sein) est devenu de plus en plus fréquent dans les pays industrialisés. Les tire-lait sont de plus en plus performants et leurs fabricants en font une large publicité, tant dans les publications destinées aux professionnels de santé que dans celles destinées aux parents. Ils présentent le don au biberon de lait maternel exprimé comme équivalent à celui du don directement au sein, ces 2 modes étant tous deux qualifiés d'allaitement. Certes, le lait maternel représente l'aliment normal du petit humain et il est spécifiquement adapté à ses besoins.

Toutefois, la très grande majorité des études évaluant les bénéfices du lait humain ne font pas de différence entre le lait maternel pris au sein et le lait maternel donné au biberon. Il est donc difficile de savoir dans quelle mesure ces 2 modes d'allaitement ont un impact différent. Or, des différences sont possibles. Le don au biberon de lait maternel exprimé est nécessaire ou peut être le meilleur choix dans certaines circonstances, et les mères qui le pratiquent doivent être encouragées et soutenues dans leur investissement pour permettre à leur bébé de recevoir leur lait. Mais il est important de prendre conscience du fait que, même s'il reste un bien meilleur choix que les laits industriels pour nourrir, le lait maternel donné au biberon n'est pas identique au lait maternel pris directement au sein.

L'auteur fait le point sur les problèmes susceptibles d'être posés par le don de lait maternel au biberon. Si pendant longtemps le don de biberons de lait maternel exprimé est resté rare et limité à des circonstances spécifiques, il est récemment devenu normal et courant même lorsqu'il n'est pas « nécessaire », et il est perçu comme équivalent à l'allaitement directement au sein. Certaines mères tirent leur lait pour que leur bébé le reçoive en leur absence, et des mères tire-allaitent, à savoir nourrissent exclusivement leur bébé de lait maternel exprimé sans jamais le mettre au sein. Cette explosion du don de lait maternel exprimé est en partie corrélée à la prolifération des tire-lait dans les pays industrialisés et à l'importante publicité qui leur est faite. Lorsqu'un appareil est largement disponible et plébiscité dans les médias, on peut être sûr qu'il sera utilisé. Et les professionnels de santé seront moins motivés pour apprendre aux mères à tirer leur lait

manuellement, une méthode gratuite, disponible en tous lieux et en toutes circonstances, ne nécessitant pas l'achat de matériel ni de temps pour nettoyer ledit matériel. Il est intéressant de constater que si les tire-lait sont perçus dans nos pays comme « essentiels » à la réussite de l'allaitement, ce n'est pas le cas dans les pays en voie de développement où les parents n'ont guère les moyens de s'en procurer.

Certaines publicités pour les tire-lait sous-entendent même que le tire-allaitement est plus simple et plus pratique que l'allaitement directement au sein, qu'il libère les mères et permet au père de participer à l'alimentation de son enfant. Ce type d'affirmation a un impact négatif sur l'allaitement. Des études récentes ont commencé à pointer les différences entre ces 2 modes de don du lait maternel. La prévalence croissante de l'obésité infantile est un problème de santé publique, et la façon dont le bébé reçoit le lait maternel semble susceptible d'avoir un impact sur le risque d'obésité.

Une étude publiée en 2010 a constaté que le don de biberons, y compris de lait maternel exprimé, a un impact négatif sur l'autorégulation de l'appétit du bébé, ce dernier absorbant un volume plus important de lait.

Cet impact négatif est susceptible de persister par la suite, et ce domaine nécessiterait d'être mieux étudié. Un autre point susceptible de poser problème est le risque de contamination du lait maternel donné au biberon, en raison d'un niveau insuffisant d'hygiène pendant l'expression et le stockage du lait maternel. Plusieurs études ont constaté que le niveau de contamination du lait maternel exprimé avec un tire-lait était plus élevé que celui du lait exprimé manuellement, et/ou ont constaté qu'en situation réelle, le matériel d'expression et de stockage du lait pouvait être contaminé. Même si, dans la majorité des cas, une contamination bactérienne un peu plus élevée du lait maternel conservé dans de bonnes conditions ne pose pas de problèmes à un bébé né à terme et en bonne santé, il reste nécessaire d'être prudent. Contrairement à ce qu'affirment les fabricants de tire-lait, l'expression du lait est plus contraignante que la mise au sein, et elle nécessite une hygiène rigoureuse (lavage des mains, nettoyage soigneux du matériel utilisé...), tout particulièrement si le bébé est prématuré ou malade.

Des études ont constaté un risque plus élevé d'otites chez les enfants qui n'étaient pas allaités. La façon dont le lait est donné à l'enfant a un impact mécanique sur l'oreille interne et les trompes d'Eustache. De nombreuses études ont constaté que la mécanique de la succion au biberon était différente de celle de la succion au sein.

Une étude publiée en 2013 a constaté que l'utilisation régulière de biberons était corrélée à un risque plus élevé de toux et de wheezing infantiles, y compris lorsque les biberons contenaient du lait maternel exprimé.

Une étude publiée en 2011 a rapporté l'impact physiologique de l'utilisation d'un tire-lait chez la mère, en particulier le risque de lésions mammaires ou d'hyperproduction lactée, hyperproduction lactée attribuée à l'utilisation d'un tire-lait retrouvée dans une étude publiée en 2017. L'allaitement directement au sein est bien plus que le don à l'enfant d'un liquide nutritionnel, tant pour la mère que pour l'enfant. L'ocytocine est sécrétée en décharges successives pendant une tétée au sein ou pendant l'expression du lait. Mais le contact peau à peau et la prise du sein par l'enfant favorisent un taux élevé d'ocytocine, une hormone antistress qui favorise le maternage.

Le contact peau à peau entre la mère et son bébé peut se faire autrement que via les tétées, mais il est plus ou moins automatique pendant les tétées sans prendre de temps supplémentaire à la mère.

Lorsque la mère ou d'autres personnes jouent avec le bébé, le portent, le bercent, le contact peau à peau direct est habituellement réduit à de petites zones cutanées. Promouvoir le tire-allaitement sous prétexte que cela permettra au père de participer implique que cette participation est impossible si la mère allaite directement au sein, et ignore toutes les autres interactions que le père peut avoir avec son enfant. Le don de lait maternel au biberon peut également avoir un impact négatif sur la confiance de la mère en sa capacité de répondre aux besoins de son bébé, et l'amener à se focaliser sur le volume de lait donné à l'enfant plutôt que sur l'ensemble de la relation d'allaitement.

La société joue un rôle important, en particulier lorsque les mères sont obligées de reprendre le travail alors que leur bébé n'a que quelques semaines ou quelques mois. Et cette obligation de reprendre le travail, corrélée à la conviction que le don de biberons de lait

maternel est équivalent à l'allaitement directement au sein, a peu de chances d'évoluer dans la mesure où la mère n'a qu'à tirer son lait pour qu'une autre personne puisse le donner à son bébé en son absence. Certes, c'est moins coûteux que de légiférer pour permettre aux mères de bénéficier d'un congé de maternité suffisant et d'amener les employeurs à mettre en place les mesures qui faciliteront la poursuite de l'allaitement après la reprise du travail. Et si une mère évoque le fait que tirer son lait prend du temps et nécessite de la motivation, on lui répondra trop souvent qu'elle n'a qu'à donner un lait industriel.

Une étude publiée en 2017, menée sur un gros campus universitaire, a constaté que même si les femmes pouvaient prendre un congé de maternité suffisamment long, elles rencontraient de multiples obstacles dans la poursuite de l'allaitement après la reprise du travail : difficultés pour tirer leur lait, problèmes d'engorgements et de mastites, absence d'une pièce pour tirer leur lait... Même si les mères connaissent la législation sur le sujet, elles se sentent souvent obligées de s'adapter aux exigences de leur travail. En conséquence, il est vraiment devenu nécessaire de mener des études sur l'impact spécifique du don au biberon de lait maternel exprimé. Cela implique de définir de façon rigoureuse les pratiques d'allaitement, incluant le pourcentage de lait maternel donné au biberon.



Ocytocine intrapartum et allaitement

Les dossiers de l'allaitement n°140, LLL, France – novembre 2018, p.12. Intrapartum synthetic oxytocin and breastfeeding : a retrospective cohort study. Gomes M et al. J Obstet Gynaecol 2018 ; 38(6) : 745-9.

Pendant l'accouchement, l'ocytocine naturelle est sécrétée de façon pulsatile. L'administration d'ocytocine synthétique pour accélérer le travail pourrait avoir un impact négatif sur le démarrage de l'allaitement en interférant avec le climat hormonal spécifique de ce démarrage. Le but de cette étude portugaise était d'évaluer l'impact éventuel de l'administration d'ocytocine synthétique pendant le travail sur l'allaitement.

Pour cette étude rétrospective, des femmes ont été réparties en 2 groupes suivant qu'elles avaient été exposées (n = 101, groupe cas) ou non (groupe témoin, n = 100) à de l'ocytocine synthétique pendant leur accouchement. Les auteurs ont exclu les femmes qui avaient accouché par césarienne, par voie basse instrumentale, les grossesses multiples, les présentations par le siège, les prématurés, et les enfants avec un Apgar < 7 à 5 minutes. Les mères ont été recontactées par téléphone pour collecte de données sur la durée de l'allaitement.

Les données ont été analysées par régression logistique multiple. Les femmes du groupe témoin étaient

2,5 fois plus nombreuses à avoir mis leur bébé au sein pour la première fois dans l'heure suivant la naissance. À 3 mois, 14 % des femmes du groupe témoin avaient sevré contre 26,7 % des femmes du groupe cas. Toutefois, les différences n'étaient plus statistiquement significatives après correction pour les autres variables. Un indice de masse corporelle élevé avant la grossesse était le facteur le plus fortement corrélé au sevrage avant 3 mois.

L'administration d'ocytocine synthétique pour accélérer le travail avait un impact négatif sur le taux de première mise au sein dans l'heure suivant la naissance, mais ne semblait pas avoir d'impact sur le risque de sevrage avant 3 mois. Les mères en surpoids ou obèses auraient besoin d'un soutien plus actif pour leur allaitement. D'autres études sur l'impact éventuel de l'administration intrapartum d'ocytocine sur l'allaitement seraient utiles.

Le sommeil de l'enfant dans la chambre parentale est important pour l'allaitement

Les dossiers de l'allaitement n°137 Copyright LLL France – aout 2018. Parent-infant room-sharing is complex and important for breastfeeding. Tully KP, Sullivan CS. Evid Based Nurs 2018 ; 21(1) : 18

Les auteurs commentent un article paru récemment dans Pediatrics (Paul IM et al – Mother-infant room-sharing and sleep outcomes in the INSIGHT study).

Le parentage nocturne reste très peu étudié alors qu'il représente une part importante des soins à l'enfant. En conséquence, les mères se posent beaucoup de questions sur les conditions de sommeil de leur enfant, et elles hésitent souvent à en parler au professionnel de santé qui suit leur bébé. Paul et al. ont mené une étude randomisée pour laquelle des enfants ont été répartis en un groupe intervention dans lequel les parents ont été régulièrement informés sur les méthodes de parentage respectueuses des besoins de leur enfant, et un groupe témoin. Dans le cadre de cette étude, des données ont été collectées sur les modalités du sommeil de leur enfant, incluant les dimensions du lit parental s'il arrivait à l'enfant d'y dormir. Les auteurs n'ont pas évalué le déroulement

objectif des nuits (les données étant obtenues à partir des réponses des parents).

De nombreux parents prenaient leur bébé dans leur lit plus ou moins régulièrement. Les parents dont le bébé ne dormait pas avec eux à 4 mois avaient fait état à 1 mois d'un taux significativement plus bas d'allaitement prédominant. Dans les 2 groupes, les tétées nocturnes étaient relativement peu fréquentes, et le taux d'allaitement baissait rapidement.

Il est nécessaire d'être prudent devant les commentaires de Paul et al sur « les réponses parentales non nécessaires en cas de réveil nocturne du bébé ».

La proximité nocturne mère-enfant favorise les tétées nocturnes et une plus longue durée d'allaitement. De plus, il convient de faire attention au vocabulaire utilisé lorsqu'on parle du sommeil infantile. La conviction occidentale est que le bébé doit dormir dans une

pièce séparée pour lui apprendre à être indépendant et à mieux dormir, et les recherches sur le sommeil des bébés partent du principe que le sommeil sépare est la norme. Si certains parents souhaitent mettre rapidement une distance physique entre eux et leur bébé, d'autres souhaitent pratiquer un parentage de proximité étroite avec leur enfant, et répondre rapidement à ses besoins émotionnels, car ils considèrent que les premiers mois représentent le 4^e trimestre de la grossesse. La mère et son bébé interagissent et modulent leur comportement de façon bidirectionnelle. Les parents qui sont facilement réveillés et/ou perturbés par les réveils nocturnes de leur enfant ne les percevront pas et ne les rapporteront pas de la même façon que les parents qui trouvent ces réveils normaux.

Le co-sommeil et l'allaitement sont étroitement connectés, quelles que soient nos convictions culturelles sur la nature des bébés et l'endroit où ils doivent dormir. Sur le plan biologique, le sommeil solitaire et le fait de dormir rapidement toute la nuit ne sont pas la norme pour le bébé. Juger les mères au sujet des pratiques de sommeil de leur enfant est contre-productif et limitera la confiance de la mère envers le médecin qui suit son enfant. Il sera beaucoup plus constructif de communiquer ouvertement et sans jugement avec les parents, afin de les informer sur les moyens de limiter les risques liés aux pratiques de sommeil pour leur bébé. Enfin, il serait nécessaire de mener des études sur le sommeil des enfants incluant des évaluations objectives (actigraphie...).

Une cause de souffrances méconnue : le syndrome de KISS

www.llf.france.org/vous-informer/votre-allaitement/situations-particulieres/1828-une-cause-de-souffrances-meconnue-le-syndrome-de-kiss

Le syndrome de KISS (acronyme pour Kopfgelenk-Induzierte Symmetrie-Störung) est peu connu, mal diagnostiqué, et peut avoir de sérieuses conséquences tout au long de la vie.

- Symptômes possibles
- Certaines mamans et certains bébés ont pu rencontrer les difficultés d'allaitement et de maternage suivantes :
- Tête bloquée pour téter d'un côté (pouvant faire penser au torticolis du nouveau-né),
- Succion difficile,
- L'enfant avale beaucoup d'air à la tétée,
- Suspicion de RGO,
- Rots et gaz importants,
- Difficulté de déglutition, bouche constamment ouverte, salivation excessive,
- Douleurs chez la maman lors de la tétée,
- Crevasses à un sein principalement chez la maman, mais parfois aussi aux deux seins,
- Fort réflexe nauséux,
- Régurgitations et/ou vomissements,
- Coliques,

- Pleurs fréquents, bébé aux besoins intenses,
- Ou à l'inverse, bébé très «tranquille»,
- Endormissement difficile, réveils multiples, sommeil agité, peu de sommeil,
- Ou à l'inverse, bébé avec un grand besoin de dormir,
- Parfois une faible prise de poids,
- Introduction des solides tardive, voire très tardive, le bambin et jeune enfant montrant peu d'intérêt aux solides ou bien seulement à certains.

Le parcours de vos enfants et de leurs parents

En raison de la tête bloquée d'un côté, on pourra observer qu'en position verticale en système de portage ou bien en BN (biological nurturing) par exemple, la maman rapprochera la tête de son bébé vers son sein et que, de l'autre main, elle rapprochera le sein vers son bébé de telle sorte que le bébé puisse prendre le sein en bouche. Le bébé fera des mouvements de va-et-vient.

La succion pourra paraître étrange. Parfois, certains bébés donneront l'impression de tourner le mamelon en bouche. D'autres bébés auront du mal à garder le sein en bouche en faisant ventouse, ou bien l'ouverture de leur bouche pourra ne pas être assez grande. On pourra observer que certains bébés n'arrivent pas à tirer la langue en dehors de la bouche, d'autres bébés

feront un bruit de claquement de la langue, ayant du mal à faire le vide nécessaire à une succion efficace.

Les nuits peuvent être particulièrement difficiles si le bébé/bambin gesticule longuement, comme à la recherche d'une position confortable pour lui, et s'il se réveille souvent. À l'inverse et moins fréquemment, le bébé pourra dormir beaucoup, être très «facile» et donnera l'impression d'être flegmatique, un comportement qui pourra interpeller le parent.

Portés en écharpe ou bien dans les bras, certains bébés seront cambrés. Mais ils peuvent aussi montrer des réticences à être portés en système de portage, alors que la maman aura proposé le sein simultanément. La maman devra «ruser» et probablement persévérer pour chercher le système de portage le plus adapté à son enfant.

Parfois, la maman trouvera que «quelque chose ne va pas» chez son bébé, mais personne n'aura pu l'identifier. Les pistes des allergies/intolérances, RGO, problèmes de l'oralité, ostéopathie et freins de langue auront déjà pu être explorées. La maman aura un maternage proximal et comblera au maximum les besoins de son bébé, des évictions alimentaires auront été mises en place, le frein de langue aura peut-être été sectionné une ou deux fois, voire même trois, le bébé aura vu un ostéopathe spécialiste pour bébés, il aura été soigné pour torticolis du nouveau-né. Tout cela sans succès pour certains enfants ou n'apportant qu'une amélioration partielle pour d'autres.

Qu'est-ce le syndrome de KISS?

Plus tard, ces mamans ont découvert que leur enfant avait une perturbation fonctionnelle à laquelle le Dr Heiner Biedermann (chiropraticien, chirurgien et spécialiste en thérapie manuelle à Cologne, et auteur de KISS-Kinder) en Allemagne a donné le nom de syndrome de KISS (Kopfgelenk-Induzierte Symmetrie-Störung, qu'on pourrait traduire en français par : troubles de symétrie induits par des vertèbres cervicales). Ce syndrome est un blocage de la jonction crânienne, entraînant des tensions en permanence dans le corps qui peuvent se traduire par des perturbations de la symétrie (un aplatissement d'un côté de la tête pouvant faire penser à une plagiocéphalie, l'ouverture d'un œil plus petite d'un côté, un œil plus enfoncé que l'autre, une mâchoire plus proéminente que l'autre, corps en inclinaison, en forme de C, en forme de virgule, tête penchée, hyperextension de la tête...) et des difficultés d'ordre nerveux et/ou digestif.

Les Causes

Un déroulement stressant de la grossesse, une grossesse gémellaire et plus, une mauvaise position dans l'utérus ou bien des difficultés à la naissance comme le cordon autour du cou, une césarienne, une naissance rapide ou longue, l'utilisation de forceps ou ventouses, des pressions sur le ventre de la parturiente en vue de faciliter la descente du bébé, un bébé de plus de 4 kg, etc., sont des causes possibles de la survenue de ce syndrome.

Une prédisposition familiale a également pu être constatée.

D'autres caractéristiques possibles

Ce syndrome bien connu en Allemagne, l'est encore très peu en France. D'après le Dr Heiner Biedermann et ses confrères, il concernerait 5 à 8 % de la population. Les caractéristiques vont bien au-delà de l'allaitement et du maternage (certains bébés ne rencontreront d'ailleurs pas de difficultés d'allaitement).

Comment le vivent les parents

Épuisés, démunis, perdus, coupables, incompris, déprimés, burn-out maternel, au bord de la crise de nerfs... Voici une description de ce que peuvent traverser les parents concernés et qui peut mettre sur la piste d'un syndrome de KISS chez leur enfant, d'autant plus que les consultations chez des professionnels de santé auront été multipliées.

L'évolution

De manière surprenante, avec la croissance de l'enfant, plusieurs caractéristiques peuvent disparaître. On peut alors penser que «c'est rentré dans l'ordre», le temps aidant ou bien grâce aux différentes consultations. En réalité, il n'en est rien. Pour nos voisins allemands, le syndrome de KISS non traité bébé devient le syndrome de KIDD (Kopfgelenk Induzierte Dyspraxie Dysgnosie, soit Dyspraxie et dysgnosie induites par les articulations de la jonction craniocervicale), avec des caractéristiques qui ont évolué.

Le traitement

L'expérience de beaucoup de parents montre que la manipulation est particulière. En Allemagne, on constate que les deux méthodes les plus répandues sont le traitement chiropratique HIO selon Biedermann et le traitement ostéopathique selon Arlen. En France, une visite chez un ostéopathe «classique» ne permettra

pas le déblocage et risque de maintenir le parent dans l'erreur de diagnostic. Les problèmes pourront alors persister pendant des années.

Tandis que si des parents pensent à ce syndrome chez leur enfant et qu'ils consultent un professionnel de santé spécifiquement formé au syndrome de KISS, ce dernier pourra le diagnostiquer ou écarter cette piste, et, le cas échéant, le traiter par thérapie manuelle.

Liens :

<http://bebe-continuum.fr/le-syndrome-de-kiss/>

Groupes Facebook :

- Syndrome de Kiss : Témoignages et soutien autour de nos Kiss Kinder
- Syndrome de kiss : tout savoir

Témoignages :

Florence : *Mon fils est né avec le cordon autour du cou après une grossesse stressante pour moi. Bébé aux besoins intenses, il avait un RGO interne. Il dormait la tête en hyperextension, ses mains étaient tout le temps fermées en poing et, porté à la verticale en écharpe, il s'arquait parfois en arrière comme s'il aimait cette position. Impossible de le poser bébé, de jour comme de nuit. En grandissant, on constate des difficultés d'élocution, de la dyspraxie, vertige, panique, nuits agitées, des irritabilités ou humeurs disproportionnées, une dentition désordonnée, un fort réflexe nauséux, des difficultés de déglutition, de mastication, les pieds à l'intérieur, etc., la liste est très longue. Incroyable de se dire que toute cette galère se résumait à un seul et même syndrome. Après huit ans et demi de tensions permanentes et autant de souffrance, voilà Martin enfin libéré grâce au traitement chez des spécialistes du KISS. Une renaissance pour lui... balayant à jamais la plupart des difficultés qui handicapaient le quotidien. Et finalement, huit ans et demi, c'est peu, à côté des quarante années que mon mari aura vécues avec...*

Nela : *J'ai eu une grossesse stressante et un accouchement naturel et physiologique, mais que j'ai toujours ressenti comme beaucoup trop rapide, à tel point que cela m'a choqué.*

Très tôt, on m'a parlé de bébés aux besoins intenses.

L'écharpe à laquelle je tenais tant n'a servi que peu de fois, j'ai dû ruser et saucissonner mon fils dans un Mei-tai si je voulais le porter, mais il s'arquait toujours en arrière et la tête penchée du même côté.

Les positions d'allaitement m'ont posé problème jusqu'à ce que Siegfried marche, surtout la «biological nurturing». L'allaitement m'a stressée toute la première année, à cause des tétées très courtes et inconfortables. Je ne pouvais l'allaiter qu'allongée, et mon bébé a eu un début de plagiocéphalie.

J'ai songé à un RGO, aux coliques, aux allergies... Mais aucune des pistes envisagées ne correspondait à mon bébé.

L'ostéopathe que nous avons vu a traité ses cervicales, Siegfried se cambrait moins, et tournait enfin la tête, mais pas aisément. Les symptômes disparaissaient, et je me disais que j'avais un BABI qui dormait peu et était très tendu. Après tout, d'autres mamans décrivent leur bébé comme ceci...

C'est après un burn-out causé principalement par presque deux ans de nuits inexistantes qu'on m'a parlé du syndrome de KISS.

Nous avons commencé les séances d'ostéopathie avec deux spécialistes du syndrome. Siegfried fait déjà d'énormes progrès : il découvre de nouveaux mots chaque jour, même s'il a encore du mal à les articuler, il ose enfin monter sur le cheval à bascule, il gère mieux les frustrations et a presque arrêté de se frapper lors d'une émotion forte.