



les mères veilleuses

Printemps 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, des témoignages et de magnifiques photos que vous m'avez envoyées.

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.

Bonne lecture !

Sophie Richard
Sophie Richard
Coordonnatrice de Nourri-Lait

Sommaire

Mot de la direction.....	2
Lait-z-infos	3
Clin d'oeil.....	5
Articles	8
Témoignages	14
Formations continues allaitement.....	16

Collaboration au journal

Véronique Hatterer et Sophie Richard.

Graphisme et mise en page : Gabrielle Bégin



Lait-z-info

Formation de base de marraines :

La prochaine formation de marraines aura lieu les 24, 30 et 31 mai prochain.

Parlez-en à vos filleules et dans votre entourage.

Formation continue de marraines, accompagnantes et aides-mamans :

Il nous fait plaisir vous inviter à une formation gratuite sur le quatrième trimestre donné par Ingrid Bayot samedi 6 juin prochain de 9 à 16h30, à l'Association des Neurotraumatisés Région de l'Outaouais (à côté de notre organisme). Vous pouvez déjà réserver votre place en communiquant avec nous au 819-561-5248 ou par courriel à nourri_lait@videotron.ca.

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

Formation des accompagnantes à la naissance :

La formation d'accompagnantes à la naissance a lieu actuellement et se terminera au mois de mai prochain.

Reconnaissance des bénévoles :

Nous remercions toutes nos marraines, mais nous aimerions souligner que les marraines suivantes ont effectué le plus grand nombre de jumelages depuis le 1er avril 2019 :

- Marie-Pier Duchesne : 9
- Claudie-Anne Fortin : 8
- Marie-Ève Chouinard : 7
- Esther Beaudry : 7
- Aline Morrissette : 6
- Véronik Poirier : 5
- Rachel Lacasse : 5
- Marie-Pier Jalbert : 5
- Mélisandre Valéro : 4

- Marie-Josée Rondeau : 4
- Kim Pellerin : 4
- Sabrina Marseille : 4
- Audrey Le Piouffle : 4
- Alexandra Haché : 4
- Maude Duchemin : 4
- Mélina Chénier-Cyr : 4
- Gracia Bolduc : 4

Nous tenons également à remercier toutes nos accompagnantes à la naissance et nos aides-mamans, et souligner le plus grand nombre de jumelages offerts depuis le 1er avril 2019 :

- Antoinette Aide-Akhibi : 6 accompagnements
- Maude Duchemin : 6 accompagnements
- Huguette Vermette : 5 accompagnements
- Marilyn Dionne : 4 accompagnements
- Elaine Landy : 12 relevailles
- Brigitte Bonneau : 9 relevailles
- Myriam Charbonneau : 7 relevailles
- Carline Lafontant : 6 relevailles
- Ariane Sénécal : 5 relevailles
- Danielle Letendre : 5 relevailles

Cours offerts par l'organisme :

Atelier de Gestion de la Douleur :

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

Coût : 115,00 \$ par couple.

Cours de préparation à l'allaitement :

Soirée d'informations pour se préparer à allaiter bébé, animé par Marie-Ève Bonicalzi, Juliane Laliberté, 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 à deux ateliers sont programmés par mois.

Coût : 15,00 \$ par personne.

Ateliers de portage :

Des ateliers de portage débutant et avancé sont offerts pour porter bébé de façon sécuritaire.

Coût : 25,00 \$ par personne.

Causeries-Bedaines

Groupes de discussions ouverts pour les futures et nouvelles mamans avec leurs bébés autour de sujets divers :

Les mardis de 13h15 à 15h15 à la Maison de la Famille de Gatineau (101 Avenue de Gatineau)

Rejoignez-nous !

**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 au taux horaire de 15\$/heure.

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



Clin d'oeil

Les variations du lait maternel sous la loupe d'une équipe de chercheurs, Plus de 20 chercheurs prendront part à l'étude, qui s'étalera sur une durée de trois ans

Chloé Dioré de Périgny, Publié le 4 février 2020

Grâce à un investissement de 6,5 millions de dollars de la fondation Bill et Melinda Gates, une chercheuse de l'Université du Manitoba a lancé une équipe internationale sur la composition du lait maternel (IMiC). Le but : mettre en lumière ses particularités en fonction des femmes et des paramètres géographiques.

Il a encore tellement de choses à apprendre encore sur le lait maternel, lance Meghan Azad, la directrice de l'équipe et professeure agrégée au département de pédiatrie et de la santé de l'enfant à l'Université du Manitoba.

La composition générale du lait maternel est connue des scientifiques, mais la façon dont il diffère en fonction des femmes et des pays a peu été étudiée, explique la chercheuse.



Pour comprendre certaines de ces variations, l'équipe de scientifiques étudiera des échantillons de lait de 1200 femmes dans cinq pays différents : la Tanzanie, le Népal, le Burkina Faso, le Pakistan et le Canada.

L'Université du Manitoba réceptionnera les échantillons, en étudiera une partie, et en redirigera d'autres vers des laboratoires spécialisés, notamment en Californie.

Aider à la croissance des nourrissons

Quand on y pense, c'est la seule nourriture qui a évolué pour nourrir spécialement les humains. Rien que cela montre pourquoi il est important de l'étudier, indique Meghan Azad, qui est aussi chercheuse au Children's Hospital Research Institute of Manitoba. Plusieurs facteurs peuvent influencer sur la composante du lait maternel, selon elle : l'alimentation de la mère, sa forme physique, les microbes dans son environnement, etc. En en apprenant davantage sur ces spécificités, les chercheurs pourraient déterminer si certains facteurs influencent plus que d'autres le développement de l'enfant allaité.

On ne peut pas modifier la génétique, mais on peut changer ce qu'on mange, dit-elle. Si c'est des suppléments qu'il faut, c'est important de le savoir pour conseiller les parents et s'assurer que le lait produit est optimal.

Meghan Azad explique que, pour une série de raisons, des femmes refusent d'allaiter ou ne sont pas capables, physiquement, de le faire.

Si les gens ne se rendent pas compte à quel point le lait maternel est unique et fantastique, ils ne réaliseront pas à quel point il est important d'allaiter l'enfant, au moins pendant un temps, conclut-elle.

Nouvelle étude sur les bienfaits de l'allaitement maternel exclusif à l'hôpital

Radio-Canada, Publié le 9 mars 2018

Les nouveau-nés nourris exclusivement au lait maternel à l'hôpital sont allaités plus longtemps, selon une étude de chercheurs de l'Université du Manitoba. Les bébés qui consomment une préparation lactée en supplément du lait maternel le sont pendant une période nettement plus courte.

« Les nouveau-nés ayant reçu exclusivement du lait maternel ont ultimement allaité pendant quatre mois de plus que ceux qui ont reçu une préparation lactée en supplément du lait maternel », a déclaré la professeure adjointe de l'Université du Manitoba et chercheuse scientifique à l'Institut de recherche de l'Hôpital pour enfants du Manitoba qui mené l'étude, Meghan Azad.

L'étude a été publiée cette semaine dans la revue scientifique Birth. « [Les nouveau-nés ayant reçu exclusivement du lait maternel] avaient 63 % de plus de chances d'atteindre les six mois d'allaitement exclusif au lait maternel recommandés par l'Organisation mondiale de la santé », a-t-elle ajouté.

Elle souligne que l'allaitement offre de nombreux bienfaits, dont la protection contre l'asthme et l'obésité pour les enfants allaités, et une réduction du risque de diabète pour les mères qui allaitent leurs enfants.

Les chercheurs ont fait une autre découverte inédite : nourrir son enfant uniquement au lait maternel à l'hôpital prolongeait encore plus la période d'allaitement pour

les femmes ayant un niveau d'instruction moins élevé.

« Les bienfaits doublieraient pour les mères ayant un niveau d'instruction plus bas. Nos résultats laissent entendre que des programmes visant à aider les nouvelles mères à nourrir leurs enfants exclusivement au lait maternel à l'hôpital pourraient contribuer à assurer l'allaitement pendant et au-delà de la première année de vie », explique l'auteure principale de l'étude, Lorena Vehling.

L'étude a utilisé des données colligées auprès de 3100 enfants et leur mère qui participent à l'étude CHILDCanadian Healthy Infant Longitudinal Development. L'étude pancanadienne CHILDCanadian Healthy Infant Longitudinal Development examine les causes de l'asthme et des allergies chez les enfants.

Les chercheurs ont consulté des dossiers d'hôpitaux, et les familles participant à l'étude CHILDCanadian Healthy Infant Longitudinal Development ont fourni des informations sur le déroulement de l'allaitement de leurs bébés à l'âge de 3, 6, 12, 18 et 24 mois.

En tout, 97 % des nouveau-nés ont été allaités, dont 74 % qui n'ont pas reçu de préparation lactée en supplément du lait maternel. Ces derniers étaient allaités en moyenne pendant 11 mois. Pour les 26 % des bébés qui ont reçu des substituts de lait maternel, cette durée était en moyenne de sept mois.

Allaiter son enfant, pour l'amour de la planète

Le Devoir, Pauline Gravel, Pauline Gravel, 3 octobre 2019

Selon les plus récentes données sur le taux d'allaitement au pays qui datent de 2011-2012, le Canada et le Québec font piètre figure en la matière.

Les bienfaits de l'allaitement sur la santé du nouveau-né et celle de la mère sont connus depuis longtemps. Cette fois, un article scientifique publié dans le British Medical Journal souligne que l'empreinte écologique de l'allaitement est minime, voire nulle, comparativement à celle des préparations de lait maternisé dont la production contribue à la dégradation de l'environnement et aux changements climatiques.

Selon cet article signé par la Dre Natalie Shenker de l'Imperial College London et ses collègues, allaiter au sein un nouveau-né pendant les six premiers mois de sa vie préviendrait la production de 95 à 153 kg de CO₂ provoquée par l'utilisation de lait maternisé. Inciter et

aider les femmes britanniques à allaiter permettrait de réduire les émissions de carbone qu'induisent entre 50 000 et 77 500 voitures par année.

Les auteurs soulignent que la plupart des préparations de lait maternisé pour nourrissons sont constituées à base de lait de vache, et que l'élevage de bovins dégage du méthane, un gaz à effet de serre (GES) qui piège 30 fois plus puissamment la chaleur dans l'atmosphère terrestre que le dioxyde de carbone. « L'industrie alimentaire, particulièrement la production laitière et de viande, est responsable de près de 30 % des GES générés sur la planète », rappellent-ils. Les chercheurs précisent aussi que la production d'un kilogramme de poudre de lait de vache nécessite 4700 litres d'eau.

De plus, comme la poudre de lait de vache seule n'est pas suffisante pour le développement optimal

du bébé, cette poudre est enrichie par l'ajout d'huiles de tournesol, de colza, de coco et de palme, d'huiles fongiques, de poissons et d'algues, ainsi que de minéraux et de vitamines. « Bien qu'il ne soit pas clair que ces suppléments sont vraiment appropriés du point de vue nutritionnel et du développement, leur production a par contre un effet indéniable sur l'environnement », soulignent-ils.

95 kg

C'est la borne inférieure de l'estimation des émissions de GES associées à six mois de préparation de lait maternisé, selon les auteurs de l'étude.

Qui plus est, les chercheurs ajoutent que, pour préparer un biberon de lait maternisé de façon sécuritaire, on doit dissoudre la poudre dans de l'eau ayant été chauffée au minimum à 70 °C. La dépense d'énergie requise pour faire bouillir l'eau nécessaire à la préparation du lait pour nourrir un bébé pendant une année entière correspond à celle pouvant servir à la recharge de 200 millions de téléphones intelligents, chaque année.

Les auteurs relatent par ailleurs une étude ayant montré qu'en 2009, 550 millions de conserves de lait maternisé, ce qui correspond à 86 000 tonnes de métal et à 364 000 tonnes de papier, étaient déversées dans les sites d'enfouissement chaque année. Et ils affirment que l'industrie des préparations pour nourrissons a plus que doublé depuis 2009.

Peu d'allaitement maternel

Actuellement, seulement 40 à 50 usines de transformation de lait maternisé existent à travers le monde et produisent environ 3,8 millions de tonnes de préparations lactées pour nourrissons chaque année. Le transport des ingrédients de base jusqu'à ces usines et celui des produits finis jusqu'aux consommateurs partout dans le monde constituent une autre source importante d'émission de GES, écrivent les chercheurs.

Par contre, « l'allaitement maternel requiert peu de ressources et produit très peu, voire aucun déchet ». Qui plus est, il améliore « la santé de la mère et des enfants qui, de ce fait, ont moins recours aux services de soins de santé », font remarquer les auteurs de l'article.

Selon ces derniers, l'importante empreinte écologique des préparations de lait maternisé constitue un argument supplémentaire pour encourager les femmes à allaiter et pour leur venir en aide quand elles éprouvent des difficultés à le faire. Car l'allaitement maternel n'est encore aujourd'hui pas adopté aussi souvent que le recommande l'Organisation mondiale de la santé (OMS), puisque seulement 40 % des 141 millions de bébés

qui naissent annuellement sont allaités exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie.

Le Canada et le Québec font aussi piètre figure en la matière. Selon les plus récentes données disponibles sur le taux d'allaitement au pays qui datent de 2011-2012, seulement 26 % des Canadiennes ont pratiqué l'allaitement exclusif pendant six mois, et aussi peu que 19 % des Québécoises l'ont fait. Selon le pédiatre Jack Newman, de Toronto, spécialiste de l'allaitement maternel depuis 1984, ces taux n'ont probablement pas augmenté depuis 2012 et demeurent représentatifs de la situation actuelle. Pourtant, « le lait maternel et le lait maternisé, ce n'est pas du tout la même chose. Ils ont peut-être la même couleur blanche et sont tous les deux liquides, mais les ressemblances s'arrêtent là. Tous les additifs qu'on ajoute au lait de vache dans le lait maternisé n'ont pas d'importance », déclare-t-il.

Justement, « l'OMS demande aux intervenantes de ne pas utiliser l'expression "lait maternisé" qui donne l'impression que c'est presque pareil, ce que les compagnies pharmaceutiques qui en font la promotion se battent à nous faire croire. L'OMS recommande plutôt d'utiliser "substitut de lait" ou "formule pour nourrissons" », affirme Christiane Laberge, spécialiste en médecine familiale.

Ce manque d'adhésion à l'allaitement s'explique en grande partie par le fait que « la majorité des médecins n'ont jamais appris ce qu'il faut savoir pour aider les mères à réussir leur allaitement. Et dans la plupart des hôpitaux, on ne donne pas aux mères les bonnes informations qui leur permettraient d'allaiter adéquatement leur bébé. Par exemple, on leur dit qu'il est normal que leurs mamelons soient douloureux, alors que ce n'est pas vrai, et qu'il faut soigner ce problème le plus tôt possible à l'hôpital avant que ça devienne trop difficile. De plus, les médecins décident souvent à tort de donner des suppléments aux bébés qui semblent avoir perdu un peu de poids, et ce, sans avoir observé si les bébés têtent bien ou non au sein », affirme le Dr Newman qui insiste sur l'importance de « traiter les problèmes d'allaitement dès la première semaine après la naissance ou au plus tard durant la deuxième semaine. Sinon, ce sera probablement impossible de continuer d'allaiter. »

***La précision suivante a été apportée après la mise en ligne:

La publication du British Medical Journal dont nous rapportons les propos dans l'article ci-dessus est un éditorial.

De plus, dans le cinquième paragraphe, il fallait lire que « la dépense d'énergie requise pour faire bouillir l'eau nécessaire à la préparation du lait pour nourrir un bébé pendant une année entière correspond à celle pouvant servir à 200 millions de recharges uniques de téléphones cellulaires ».

Articles

Comment soutenir une jeune maman dans les semaines suivant son accouchement ?

Le mois d'or : bien vivre le premier mois après l'accouchement de Céline Chadelat et Marie Mahé-Poulin (éditions Presses du Châtelet). Disponible en médiathèque, en librairie ou sur internet.

Dans leur livre *Le Mois d'Or : bien vivre le premier mois après l'accouchement*, Céline Chadelat et Marie Mahé-Poulin rappellent l'importance de soutenir les jeunes mères pendant les jours et semaines suivant leur accouchement. Ce que les autrices appellent Mois d'Or correspond aux 30 à 40 jours suivant l'accouchement.

Les deux priorités du Mois d'Or consistent d'une part à récupérer de l'énergie (ou du moins ne pas en perdre davantage) et d'autre part à tisser des liens relationnels avec le nouveau-né. Céline Chadelat et Marie Mahé-Poulin estiment que prolonger autant que possible le lien physique, tactile, chaleureux entre la mère et l'enfant lors des premières semaines de vie est essentiel à la fois pour sa sécurité intérieure à lui et son bien-être à elle.

Dans ce cadre, les jeunes mères ont besoin d'un soutien physique et émotionnel, de la présence de "pourvoyeurs d'ocytocine" (hormone du bien-être). Céline Chadelat et Marie Mahé-Poulin formulent quelques clés et attitudes à adopter :

Être centré en priorité sur les besoins de la jeune maman

Si les besoins de la mère sont satisfaits, la mère pourra mieux s'occuper de son bébé. Chaque attention compte, qu'elle soit mineure ou majeure :

- Préparer une tisane et la lui apporter en mains propres,
- Préparer des coussins ou des couvertures pour le confort de la jeune maman,
- Ranger la maison (avec l'accord de la maman),
- Installer un marchepied pour que la jeune maman allaitante soit plus confortablement installée,
- Apporter plusieurs repas tout prêts pour tenir quelques jours sans cuisiner...

Soutenir la mère dans sa confiance en ses propres ressources

Soutenir la mère signifie l'encourager dans ses choix, prendre le temps de l'écouter dans ses doutes (sans chercher à la conseiller si elle ne demande pas de conseils), accueillir ses émotions et peut-être même ses pleurs (sans chercher à lui faire retenir ses larmes ou à relativiser).

Une jeune mère en souffrance n'a pas besoin de pensée positive ("la maternité, c'est que du bonheur", "ne te laisse pas aller") ni de recadrage ("ton enfant est en bonne santé, c'est tout ce qui compte"), mais d'empathie.

Respecter la bulle maman-bébé et l'intimité de la cellule familiale

Après la naissance, l'entourage a envie de rencontrer le bébé et de célébrer la naissance. Pourtant, le bébé et ses parents ont avant tout besoin d'intimité.

L'équilibre peut être difficile à trouver entre soutien et intimité. Le mieux est de demander aux parents s'ils sont OK pour une visite au bébé et de respecter leurs choix. Il est possible de célébrer la naissance autrement que par une visite avec un cadeau pour le bébé. Témoigner du soutien en faisant livrer des plats préparés ou en déposant des courses, ou encore en prenant quelques heures les aînés pour les sortir, est tout aussi agréable pour les parents.

Il est par ailleurs important de demander aussi des nouvelles de la jeune maman, et pas seulement du bébé (et être prêt à entendre qu'elle ne va pas bien, qu'elle est fatiguée, qu'elle se sent envahie d'émotions contradictoires, qu'elle se sent incompétente...). Les femmes qui sont déjà mères peuvent tenter d'être l'amie, la sœur, la cousine, la mère qu'elles auraient aimé avoir à leurs côtés lors de leur propre Mois d'Or.

Respecter l'intimité de la bulle familiale, c'est aussi être attentif aux besoins de repos et de silence de la

maman, du bébé, du papa et des autres enfants s'il y en a. C'est enfin savoir s'effacer et éviter de chercher les remerciements pour ce qu'on a fait pour les parents.

Soutenir le papa

Le jeune papa traverse aussi des émotions intenses et doit faire face à plusieurs défis durant cette période du Mois d'Or : être présent pour sa compagne et son bébé, assurer l'intendance de la maison, reprendre son travail...

Les pères peuvent également traverser des moments de doutes et des émotions pénibles en lien avec une histoire personnelle difficile.

Quelques erreurs à éviter face à une jeune maman et son bébé

- Prendre trop de place
- Parler trop fort
- Solliciter la mère pour chaque détail (mieux vaut regrouper les questions et choisir le moment opportun pour les poser – et surtout solliciter en priorité le père)
- Vouloir se substituer aux parents (pas d'attentes ni de demandes par-rapport au bébé : la mère n'a aucun

devoir envers son entourage, même pas celui de laisser les autres porter ou nourrir le bébé)

- Critiquer la manière de faire des parents (les parents sont en apprentissage et ont besoin d'encouragements, de bienveillance plus que de critiques ou de conseils non sollicités)

“Une personne-soutien est au service. C'est une petite fée discrète et attentive.” – Céline Chadelat et Marie Mahé-Poulin



La douleur des femmes sans statut

La revue, No 72 - déc. 2017 / janv. 2018, Dossier : Maternité et médecine. Silence, on accouche !

Nous l'appellerons Agnès. Elle décida avec le soutien financier de sa famille au Mali de venir au Québec poursuivre ses études. Étudiante internationale de 30 ans, l'amour vient cogner à sa porte.

Lui aussi est étudiant étranger. Dans un premier temps, il et elle s'imaginent terminer leurs études. Lui planifie une vie professionnelle à titre de comptable et Agnès prévoit de se consacrer à une carrière en développement des affaires. Or, peu avant Noël, Agnès apprend qu'elle est enceinte. Malheureusement, ni le futur père ni Agnès n'ont une assurance santé qui couvre les frais à prévoir pour cette grossesse.

Ils apprennent que les seules patientes migrantes ayant accès à une couverture publique gouvernementale pour les soins prénataux sont les résidentes permanentes, les réfugiées et les demandeuses d'asile. Une assurance privée ne peut répondre à leurs inquiétudes croissantes puisque, souvent, les personnes qui en détiennent une s'aperçoivent qu'elle ne couvre pas les soins liés à une grossesse, sous prétexte qu'il s'agit d'une condition « prévisible ».

Agnès tente malgré tout d'obtenir un suivi médical prénatal en appelant plusieurs cliniques et hôpitaux. Elle se heurte plusieurs fois à un refus, faute de carte d'assurance maladie. Parfois, elle se voit offrir un rendez-vous, mais sous engagement de payer un dépôt de 3000 \$. Ces dépôts, qui varient entre 3000 \$ et 14000 \$, sont exigés par de nombreux milieux hospitaliers et équipes médicales avant toute prise en charge obstétricale. Forcément, ces pratiques courantes découragent ces femmes, incapables d'avancer une telle somme.

Les recherches d'Agnès l'amènent à la clinique destinée aux migrant-e-s à statut précaire de Médecins du Monde (MdM). Elle voit une travailleuse sociale, qui constate que la régularisation de son statut ne pourra se réaliser avant l'arrivée du bébé : elle devra donc prévoir des frais médico-hospitaliers entre 6000 \$ et 14000 \$, et cela uniquement si la grossesse se déroule sans complication. Agnès est alors prise de vertige, puisqu'elle reçoit de l'aide financière sporadiquement de sa famille et a déjà des difficultés à se nourrir convenablement.

La travailleuse sociale tente de la rassurer en l'orientant vers des ressources alimentaires et en l'appuyant dans la recherche d'effets essentiels pour le bébé à naître. MdM accepte de suivre l'évolution de la grossesse d'Agnès. Cependant, celle-ci doit tout de même assumer de nombreuses dépenses (échographie, médicaments, certaines analyses en laboratoire non couvertes par MdM). Avec tous ces frais, elle ne peut payer le renouvellement de son permis d'étudiante internationale. Elle met donc un terme à ses études, perd son visa et devient ainsi sans statut.

Malheureusement, après six mois de grossesse, le médecin présent à la clinique de MdM constate une tension artérielle élevée et soupçonne une complication grave de la grossesse, une pré-éclampsie, qui nécessite une prise en charge urgente. Agnès suit les conseils du médecin et part vers l'urgence d'un hôpital avec une copie de son dossier médical. Or, Agnès ne verra pas de médecin malgré plusieurs heures d'attente, des signes vitaux anormaux et des symptômes graves. Contrairement à ce qui se fait habituellement, Agnès n'est pas redirigée vers la salle d'accouchement pour une évaluation obstétricale. Elle est renvoyée chez elle avec comme commentaire de ne pas s'inquiéter.

Médecins du Monde reçoit Agnès deux semaines plus tard et constate l'absence d'activité cardiaque chez le fœtus, qui est mort in utero. Agnès a-t-elle été victime de préjugés à l'hôpital ? A-t-elle été non priorisée, mal évaluée et renvoyée car elle est sans statut et sans couverture de santé ? Quoi qu'il en soit, les hôpitaux et les professionnel-le-s de la santé ont l'obligation de prodiguer des soins d'urgence, peu importe le statut et la capacité de payer des patient-e-s, ce qui n'a pas été

fait dans le cas d'Agnès. Cette mort fœtale aurait été évitable si cette dernière avait été évaluée adéquatement et traitée à temps.

L'histoire d'Agnès illustre de façon tragique les conséquences désastreuses du manque d'accès aux soins auquel sont confrontées les patientes enceintes sans couverture de santé. Les obstacles, déjà nombreux pour les personnes migrantes (méconnaissance du système de santé, barrières linguistiques, administratives, culturelles), deviennent quasi infranchissables lorsqu'on ajoute l'absence d'une couverture de soins de santé en raison d'un statut migratoire précaire. Les frais exorbitants les empêchent d'avoir accès à des soins préventifs et prénataux adéquats, au dépistage de complications en temps opportun ainsi qu'à leur traitement. Ces femmes sont pourtant parmi les plus vulnérables et donc à risque de grossesses compliquées de par leur parcours migratoire et leur situation socioéconomique souvent précaire. Le fardeau financier et les conséquences négatives sur la santé des mères et des enfants pèsent lourdement sur les épaules de ces femmes et de leur famille.

Il est donc urgent que soit levée cette injustice et que la prétendue universalité de notre système de santé soit réelle. Le ministère de la Santé doit prendre ses responsabilités. Que ce soit dans une perspective de santé publique ou économique, d'un point de vue éthique ou humaniste, tout le monde devrait avoir accès à des soins de santé selon ses besoins, et jamais en fonction de sa capacité de payer ou de son statut migratoire.

Quand on ne voulait pas allaiter... et qu'on l'a fait

Publié par Claude Didierjean-Jouveau, 15 octobre 2019.

Un numéro d'Allaiter aujourd'hui de 1993 consacré aux "obstacles culturels à l'allaitement" donnait quelques-unes des raisons pour lesquelles les femmes ne veulent pas allaiter : j'ai toujours vu des bébés au biberon ! je ne veux pas de seins qui pendent ! je veux rester libre ! je n'oserai jamais allaiter en public ! etc. [1]

Vingt-cinq ans plus tard, on retrouve les mêmes raisons de ne pas choisir d'allaiter. Heureusement, un certain nombre de femmes finissent par changer d'avis, que ce soit au cours de la grossesse, au moment de la naissance ou quelque temps après. Et y trouvent beaucoup de bonheur.

Pourquoi on ne veut pas allaiter

Inspirée par les superbes témoignages reçus sur ce thème, voici une liste des raisons pour lesquelles on n'envisage pas d'allaiter.

Ce qui est normal, c'est le biberon

Vous êtes plusieurs à décrire qu'avant d'avoir des enfants, la norme de l'alimentation d'un bébé pour vous, c'était le biberon. Alison n'avait "toujours vu que des bébés au biberon". Georgie avait "grandi avec des poupées à nourrir au biberon, et l'impression que c'était comme ça qu'on nourrissait les enfants". Dans la

famille de Valérie comme dans celle de Cynthia ou de Céline, personne n'allaitait. La future mère elle-même n'avait pas été allaitée (ou ne savait pas qu'elle l'avait été, telle Georgie).

Même si la hausse des taux et des durées d'allaitement ces vingt dernières années fait qu'il devient plus rare de n'avoir jamais vu de bébé en train de téter, même si les représentations de l'allaitement dans les médias se sont faites plus fréquentes, le biberon reste la norme dans des pans entiers de la société.

L'allaitement, c'est difficile, ça fait mal et c'est fatigant

Et même quand on a entendu parler de l'allaitement, que ce soit dans les médias ou dans son entourage, ça ne donne souvent pas envie ! Cynthia avait tout entendu : "C'est compliqué, ça fait mal, on ne sait pas combien boit le bébé, on peut manquer de lait ou ne pas en avoir du tout..." [2] Même une sage-femme comme Cindy, à force de "voir tous les jours des femmes dont la plupart avaient soit des crevasses, soit des engorgements, ou bien des bébés qui ne prenaient pas correctement", n'avait pas envie de "pleurer comme toutes ces femmes".

Cette vision noire de l'allaitement engendre une peur qui peut empêcher de se lancer : "peur de ne pas réussir à mettre mon bébé au sein, peur de ce lien avec le bébé, peur de mal faire, de ne pas être à la hauteur, de ne pas avoir de lait, que l'enfant meure de faim" (Céline).

Certaines ont aussi peur d'être quasiment « vidées » par le bébé qui tète [3].

Avec l'allaitement, on n'est plus libre et ça rend les enfants dépendants

Il est vrai que l'allaitement suppose une disponibilité de la mère et une proximité mère/enfant qui peuvent faire peur. Ainsi Céline trouvait "le lien avec l'enfant trop fatigant pour la mère".

D'autant que ce lien fort peut sembler exclure le père. Nellie ne se voyait pas "priver le papa de ce moment de complicité lors d'un biberon". À noter que dans plusieurs témoignages, le futur papa souhaitait l'allaitement, et a donc été très content quand la maman a changé d'avis sur la question !

L'allaitement, c'est (au choix) rétrograde, pas moderne, antiféministe

Pour Georgie, l'allaitement était "en contradiction avec la modernité", c'était "l'asservissement de la femme moderne".

Il faut savoir que le courant dominant dans le féminisme français a longtemps été celui pour lequel la maternité est obligatoirement un esclavage ("lieu de domination masculine") et l'allaitement un esclavage à la puissance 10. Comme l'écrit Simone de Beauvoir dans *Le Deuxième sexe* : "L'allaitement est aussi une servitude épuisante." [4]

L'allaitement, c'est trop animal

Bien sûr, l'allaitement nous renvoie à notre condition de mammifère, et pour beaucoup, ce n'est pas supportable. D'où le fameux "je ne veux pas être une vache laitière" et autres "La femme réduite au chimpanzé" [5].

L'allaitement, c'est trop corporel, trop sexuel

L'allaitement a bien sûr fortement à voir avec le corps : il s'agit après tout de mettre un bout de son corps dans la bouche de quelqu'un d'autre !

Et cela en révolte plus d'une. Gaëlle par exemple bloquait complètement sur "cette façon de partager son corps".

Soit que la future mère est mal à l'aise avec tout ce qui touche au corps. Pour Georgie, "tout ce qui avait trait à mon corps était tabou" et "j'ai donc assimilé ma féminité à quelque chose de sale et de honteux".



Soit que les seins sont tellement associés à la sexualité que cela rend gênant le fait qu'ils puissent servir aussi à nourrir un bébé. Ainsi Nellie qui avait "toujours vu les seins d'un côté sensuel". Sans parler de la peur de les voir réduits à l'état de "gants de toilette" par l'allaitement...

D'autres encore, très pudiques, ne se voient pas "déballer" leurs seins en public, surtout si le bébé a plus de quelques mois.

Comme l'a écrit la philosophe féministe américaine Iris Marion Young, « Les seins sont un scandale parce qu'ils brisent la frontière entre la maternité et la sexualité »...

Mauvais souvenirs

L'allaitement peut aussi se retrouver associé à des mauvais souvenirs, conscients ou inconscients. C'est le cas par exemple des femmes qui ont subi plus jeunes des abus sexuels impliquant les seins.

Dans un autre ordre d'idée, j'ai rencontré il y a plusieurs années de cela une jeune femme qui m'a dit ne pas vouloir allaiter, sans raison précise. En parlant avec elle, j'ai appris qu'elle avait été abandonnée à 3 mois par sa (toute jeune) mère biologique qu'on avait obligée à allaiter dans l'idée de la dissuader d'abandonner l'enfant. Elle avait ensuite été adoptée par un couple aimant qui l'avait nourrie au biberon. Dans son inconscient, l'allaitement était assimilé à l'abandon, et le biberon à l'amour. Quand elle a pris conscience de cela, elle a décidé d'allaiter son futur bébé.

Le lait en poudre, c'est aussi bon, voire meilleur

On pourrait résumer ce qui a été longtemps (et reste en grande partie) le discours officiel et médiatique sur l'allaitement par la phrase apparemment contradictoire suivante : "L'allaitement, c'est ce qu'il y a de mieux, mais le biberon, c'est tout aussi bien."

En tout cas, beaucoup retiennent surtout la fin de la phrase : les laits infantiles ont fait beaucoup de progrès (ils n'arrêtent pas de "faire des progrès" !) et sont maintenant aussi bons que le lait maternel.

Au point que lorsque le compagnon de Georgie lui "soutenait que le lait maternel contenait des anticorps", elle ne voulait pas y croire "pour me donner raison de choisir le lait artificiel".

D'autres vont plus loin, comme Élodie qui, influencée par les infos sur les polluants retrouvés dans le lait maternel, pensait "qu'on ne contrôle pas ce qui sort de nos seins, tandis qu'on sait exactement de quoi est composé un lait industriel".

Quand on change d'avis au cours de la grossesse

Mais alors, comment en arrive-t-on à "virer de bord" ?

Tout d'abord, les changements qui se produisent pendant la grossesse peuvent être assez bouleversants. Quand on se rend compte du miracle que c'est de fabriquer un être humain à l'intérieur de soi, quand on voit du colostrum perler à ses seins en fin de grossesse, on finit par se dire comme Georgie : "Après tout, mon corps était prévu pour et ça avait l'air de fonctionner, pourquoi ne pas tenter ?"

D'autres vont développer au fil de la grossesse un besoin de "naturel", une envie de faire "le mieux possible" pour ce petit être en devenir. Et là, pour peu qu'on se documente un peu, on se rend assez vite compte que non, le lait infantile, ce n'est pas tout à fait "aussi bien". Surtout si un problème de santé risque d'affecter le bébé. Comme pour Nellie à qui une sage-femme dit que "vu le terrain allergique familial, ça pourrait être intéressant pour le bébé".

Du coup, un certain nombre se disent : "Je ne perdrai rien à essayer. Et si ça ne marche pas, j'aurai au moins essayé" (Cynthia). D'autant que, comme s'en rend compte Céline, "le choix d'allaiter est réversible, tandis que le choix de ne pas allaiter ne l'est pas" (on verra qu'en fait, il peut aussi être réversible !).

Quand on change d'avis à la naissance

Et puis, certaines changent d'avis... sur la table d'accouchement.

Les premières, qui avaient prévu de faire la "tétée de bienvenue" mais rien de plus (ou à qui on a proposé de la faire alors qu'elles n'y pensaient pas) trouvent l'expérience pas si désagréable pour elles et leur bébé et décident de continuer [6].

D'autres, confrontées à un bébé prématuré ou malade, se rendent compte à quel point leur lait peut être important pour lui. Ainsi Georgie : "Tout de suite, j'ai su instinctivement, sans même avoir lu sur le sujet, que mon lait était ce que je pouvais lui donner de meilleur, tant par rapport à sa prématurité que pour créer ce lien qui nous avait été arraché."

D'autres enfin, en voyant le bébé, savent d'un coup que l'allaitement est une évidence, c'est comme un "déclat" (Gaëlle). Quand ce n'est pas le bébé lui-même qui s'accroche au sein de lui-même, tel le bébé de Cindy !

Quand on change d'avis au bout d'un petit moment

D'autres encore vont changer d'avis alors que le bébé a déjà 1 semaine, 1 mois...

Ce peut être parce que le bébé ne semble pas bien avec le lait infantile, a des coliques, du reflux..., qu'on a changé x fois de marque de lait sans que ça s'améliore,

Ce peut être parce qu'au bout d'un mois, on a toujours du lait qui sort des seins, qu'on met le bébé au sein "par curiosité" et que... ça marche ! Comme la "maman convertie" qui dit avoir allaité "par accident".

Ce peut être parce qu'on voit le bébé chercher à téter, alors on essaye, pourquoi pas ? Et là aussi, ça marche ! La relactation n'est généralement pas un lit de roses [7], mais parfois, ça semble tout simple !

En conclusion

Toutes celles qui témoignent sont d'accord pour dire que tous comptes faits, elles sont heureuses et fières d'allaiter ou d'avoir allaité, d'avoir (eu) ce lien magique avec leur bébé. Que cela aurait été vraiment dommage de "passer à côté d'une magnifique expérience".

Certaines, qui s'étaient dit "je vais essayer, et à la première difficulté, je pourrai toujours abandonner" se sont finalement accrochées becs et ongles à cet allaitement "devenu soudain d'une grande importance".

Plusieurs sont devenues "expertes" et essayent maintenant de convaincre les femmes autour d'elles

de choisir l'allaitement (au point de se voir comme "peu tolérantes sur le sujet" !). Ainsi Élodie, "passée d'allaitante sceptique à allaitante convaincue qui n'a de cesse de "prêcher la bonne parole"".

Toutes pensent qu'il y a un gros travail d'information et d'éducation à faire pour que le choix des femmes soit vraiment éclairé et que la société cesse de considérer le biberon comme le mode normal d'alimentation d'un bébé.

[1] Allaiter aujourd'hui n° 16, 1993.

[2] Pour contrer tous ces clichés sur l'allaitement : Les dix plus gros mensonges sur l'allaitement, éditions Dangles, 2006.

[3] Surtout si le bébé a des super-pouvoirs ! Voir les planches 10, 11 et 13 de l'album de Gottlib, Boucq et Belkrouf, Superdupont : Renaissance (Dargaud, 2015).

[4] Vision reprise par Élisabeth Badinter dans (2010). Pour plus de renseignements sur les liens entre l'allaitement et les différents féminismes, voir Allaitement et féminisme.

[5] Interview de Badinter dans Libération du 10 février 2010, "La femme réduite au chimpanzé".

[6] En 2005, Caroline Dumortier a fait, pour son mémoire d'études, une recherche dans quatre maternités du Nord sur "la tétée de bienvenue : vécu de la proposition et de la réalisation". Parmi les mères qui ont accepté la tétée de bienvenue, 27 % l'ont prolongé en allaitement exclusif à la sortie, alors que ce n'était pas leur projet au départ. Certaines l'ont fait pour les anticorps, d'autres pour le plaisir rencontré à ce moment-là.

[7] Voir sur le site LLL Relactation et lactation induite



Témoignages

Les violences obstétricales

blog : pertinemmentmaman, de Marilyn Dionne, accompagnante à la naissance à NRO – 20 janvier 2020

Oui elles existent ici au Québec, oui je les observe souvent.

Mais c'est quoi une violence obstétricale ?

C'est quand le personnel médical te pousse à dire « oui » alors que tu as envie de dire non.

C'est quand tu n'es pas d'accord avec le déroulement de ton accouchement.

C'est la minute où tu commences à te FAIRE accoucher au lieu d'accoucher par toi-même.

C'est quand on fait pression sur toi en usant de la peur, la peur qu'il arrive quelque chose de mauvais à toi ou ton bébé.

Mettons quelque chose au clair, mes chers futurs mamans et papas, vous ne devriez JAMAIS vous sentir obliger à un acte médical et vous avez TOUJOURS le choix.

Rappelons-nous que les médecins sont les spécialistes des risques et des pathologies de la grossesse et l'accouchement. Rappelons-nous aussi que toute intervention médicale en apporte une autre et autre et une suivante et ainsi de suite en effet boule de neige.

Comment prévenir les violences obstétricales ??

En s'informant. En s'informant des risques et des statistiques réelles. En lisant sur les choix et différentes

alternatives possibles (ex : l'épisiotomie vs une déchirure du périnée naturelle).

Aussi en vous rappelant que vous avez TOUJOURS le droit de changer d'idée. Explorez toutes les possibilités qui s'offrent à vous. Votre accouchement, votre histoire, prenez-en le contrôle. Posez des questions et, si nécessaire, n'ayez pas peur de demander un changement de personnel médical, vous avez le droit, c'est votre moment.

La manipulation dirigée est bien présente dans les salles d'accouchement et c'est lorsqu'on vous dit que vous n'avez plus le choix d'accepter telle ou telle intervention pour votre bien être ou le bien être de votre bébé.

Mesdames, vous avez TOUJOURS le choix, vous avez toujours des options différentes. Écoutez votre instinct, il est plus fort et plus vrai que toutes les études du monde au moment de votre accouchement.

Le consentement éclairé c'est le droit de vous faire expliquer vos différentes options, vous faire informer des différents risques et des scénarios possibles et de respecter votre choix par la suite.

Vous y avez droit vous aussi.

Sans OUI, c'est NON, même quand j'accouche !

Le paradoxe obstétrical en médecine

Catherine Tétreault, MD CMFC, 7 février 2020.

Septembre 2019. Deuxième grossesse. Trente-neuf semaines de gestation. Je me sens comme une baleine. Je fais de l'insomnie, chose que je n'ai jamais connue de ma vie. Toutes ces idées qui me trottent dans la tête...

Je vous mets en contexte : je suis une médecin de famille accoucheuse. Lors de ma première grossesse, l'accouchement s'est terminé par une césarienne. Verdict : arrêt de progression à 4 centimètres. Cette fois, je souhaite tenter un AVAC (accouchement vaginal

après césarienne) aussi physiologique que possible.

Je n'ai jamais été aussi anxieuse que depuis deux semaines. Pourquoi ? Ça fait deux semaines que j'y réfléchis. J'ai même rencontré une accompagnante à la naissance pour m'aider, moi qui travaille dans le milieu, pourtant. Elle m'a suggéré d'écrire mes souhaits de naissance (parce que « plan » est un terme tout à fait inapproprié en obstétrique puisqu'on ne peut jamais rien planifier...).

Dans mon milieu, tout ce qui ressemble à un plan de naissance est reconnu pour porter malheur, propos que je m'efforce chaque fois de condamner puisque ce ne sont que superstitions. Je fais fi de ma peur du jugement de mes collègues et je m'atèle à la tâche. Je lis des livres et des articles de pratique sage-femme sur l'accouchement naturel parce que je crois sincèrement que nous avons à apprendre d'elles dans cet aspect de l'obstétrique. Je relis les lignes directrices de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) sur l'AVAC, l'accouchement physiologique, le monitoring fœtal et mes chapitres d'AMPROOB. Je vais marcher pour démêler mes idées. Je lis aussi des témoignages et réflexions sur l'accouchement, publiés en 2004 pour soutenir la pratique sage-femme au Québec.

Je réalise qu'en médecine obstétricale et à l'hôpital, on néglige souvent l'impact de petits gestes, aussi anodins et routiniers qu'ils puissent paraître. Allumer les lumières avant que l'anesthésiste arrive, faire un monitoring fœtal externe, parler fort, parler pendant une contraction, examiner trop fréquemment et minuter le travail en sont tous des exemples.

On oublie que ces interventions viennent briser la « bulle d'accouchement » des parturientes, cette bulle de sécurité et d'abandon nécessaire à la pleine libération d'ocytocine et à un travail physiologique efficace. Cette zone où la femme est libre et autonome, où c'est elle qui accouche et non nous qui l'accouchons. Cette bulle aussi fragile qu'une bulle de savon. On oublie que même parler a des effets secondaires, et donc nous n'en informons pas adéquatement les patientes en prénatal. Leur consentement devient donc moins libre et éclairé, lorsque nous tenons les choses pour acquises.

Quand j'ai rencontré la gynécologue pour discuter de mon désir d'avoir un AVAC, ça a été très expéditif. Heureusement, j'avais préparé mes questions (avantage que peut me donner ma profession). Mais dans les quelques minutes qu'a duré la rencontre, une phrase m'est restée en tête : « Ça doit évoluer parfaitement, sinon on te fait une césarienne ». Aucune pression ! Encore les fameux délais, mesures et minutages médicaux.

Mon expérience m'a appris qu'un accouchement évolue rarement comme dans les livres. Il y a souvent des plateaux et des pauses, puis une dilatation de plusieurs centimètres. Comment, alors, peut-on déterminer ce que signifie « évoluer parfaitement », si ce n'est en observant et en faisant preuve d'un minimum de patience ?

Je me suis donc concentrée sur ce qui était important pour moi : accoucher vaginalement et physiologiquement, après ma césarienne.

Je connaissais les risques parce que les facteurs de risque m'ont bien été soulignés à maintes reprises. En fait, en médecine, nous sommes domptés pour les dépister et les considérer comme une quasi-certitude de complication (bon, j'exagère un peu, mais nous n'en sommes pas loin). J'ai un risque de 0,47 % de rupture utérine impliquant un danger pour ma vie, celle de mon enfant et de ma fertilité future. Mes chances de compléter l'AVAC se situent entre 60 et 70%. Les risques globaux de l'accouchement vaginal pour moi et mon bébé sont moindres que ceux d'une césarienne, élective ou non.

Par contre, l'AVAC doit faire l'objet d'un protocole de surveillance hospitalier incluant un monitoring fœtal externe en continu et un suivi serré de l'évolution du travail. Un déclenchement est possible si on dépasse la 41^e semaine et 3 jours, mais l'usage d'ocytocine augmente le risque de rupture utérine. On ne me parle pas des autres méthodes de déclenchement moins risquées (que je connais pour les avoir utilisées dans d'autres milieux lors de mes stages de résidence) ou de la possibilité d'attendre. La péridurale est fortement recommandée, mais on m'endormira de toute façon si je dois aller en césarienne urgente. Alors, pourquoi la prendrais-je ?

Toute cette information, je l'ai parce que je travaille dans le domaine et que j'ai cherché. J'arrive à la comprendre. Je n'ose même pas imaginer ce que vivent les femmes qui n'ont pas mes connaissances lorsqu'elles reçoivent pêle-mêle ces renseignements incomplets, avec lesquels elles doivent se débrouiller seules. Même moi, je jongle avec tout ça et je suis mêlée ! Je comprends mieux maintenant pourquoi certaines femmes peuvent subir de la violence obstétricale dans ce contexte.

Alors, je jongle. Ma priorité est de réussir un accouchement vaginal sécuritaire physiologique. Je conclus donc que je veux accoucher à l'hôpital, pour la disponibilité du plateau technique en cas de catastrophe. Mais le protocole met ma « bulle » à risque.



Je note donc dans mes souhaits d'accouchement que j'aimerais, si possible, avoir des pauses de monitoring et limiter les touchers vaginaux aux quatre heures, comme dans les recommandations de la SOGC sur l'accouchement physiologique. Je note également tous les détails importants pour la conservation de ma bulle. Je me dis qu'en accouchant de manière physiologique, sans péridurale, j'ai moins de risque d'usage d'ocytocine, qui augmenterait mon risque de complications. Je souhaite aussi retarder le clampage du cordon de trois minutes, si l'état du bébé le permet.

J'en parle à la médecin de famille qui assure mon suivi. Elle me fait part de ses réticences à déroger au protocole et aux lignes directrices. Je lui oppose mon point de vue, hors « guidelines » mais réfléchi, le pour et le contre bien pesés, mon consentement ne pouvant être mieux informé, libre et éclairé. Je la sens ouverte, mais hors de sa zone de confort. Je pense avoir abordé un sujet auquel elle n'avait jamais réfléchi. On ne pense pas souvent au risque de briser la « bulle » d'accouchement, risque qui est pourtant bien présent.

Cette bulle est si importante pour que le processus de l'accouchement, qui en est un physiologique à la base, puisse s'accomplir dans toute sa splendeur.

Rien dans ma formation de médecin n'aurait pu mieux m'apprendre ce qu'est un réel consentement libre et éclairé autant que cette expérience. Et je crois que les conclusions à tirer peuvent s'appliquer à l'ensemble de la médecine. Connaître ce qui est le plus important pour

le patient, parler de toutes les alternatives, prendre le temps de bien expliquer le concept de risque et réfléchir aux effets secondaires non intuitifs pour le médecin, mais non négligeables pour le patient, est essentiel. Cela relève du premier principe de la médecine, *primum non nocere* : avant tout, ne pas nuire.

En mettant en place ces conditions, en développant des outils de vulgarisation et d'éducation, en faisant des partenariats avec d'autres professionnels — parce que le temps nous manque trop souvent (mais qu'il nous incombe tout de même de le prendre) —, alors, nous pourrions réellement soigner nos patients. Si nous négligeons de bien les informer et de bien connaître ce qui leur importe vraiment, nos interventions risquent de leur nuire et nous risquons de briser notre serment.

Et finalement, pour revenir au paradoxe obstétrical en médecine, nous devons apprendre à faire confiance aux statistiques, car, en général, il y a toujours plus de chances que tout se passe bien. Nous devons également apprendre à faire confiance à la nature, et surtout aux femmes. Bien informées, préparées et mises en confiance, tant avant que pendant l'accouchement, elles auront alors toutes les conditions gagnantes pour accoucher elles-mêmes leurs bébés; et nous, le grand privilège d'être témoins, accompagnateurs et — plus rarement — intervenants dans ce grand miracle : donner la vie. Car ce rôle revient aux femmes et non aux médecins.

Copyright © 2020 The College of Family Physicians of Canada

Formations continues allaitement

Pourquoi les bébés se réveillent la nuit : une nouvelle hypothèse en bref

Article paru dans le n° 108 des Dossiers de l'allaitement, mars 2016. D'après : *Troubled sleep – Night waking, breastfeeding and parent-offspring conflict*. Haig D. *Evol Med Public Health* 2014 ; 1 : 32-9.

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

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

qui estiment que le sommeil partagé est la norme pour notre espèce, et qu'il favorise l'allaitement ainsi que l'attachement entre l'enfant et ses parents.

Dans ce domaine, les besoins du bébé (proximité, nourriture) entrent en conflit avec les besoins des parents (une bonne nuit de sommeil). Dans la mesure où les réveils nocturnes surviennent chez quasiment tous les bébés, on peut estimer que ce comportement est normal, et on peut donc se poser la question de son éventuel intérêt sur le plan de notre biologie.

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

Les jeunes enfants demandent en effet un investissement maternel important, et une mère qui a rapidement un nouvel enfant aura moins de temps à lui consacrer, ainsi qu'à son aîné. Ce sera tout particulièrement le cas si la mère a un nouvel enfant dans les douze mois suivant la naissance précédente. La durée de l'aménorrhée du post-partum joue un rôle majeur dans la fertilité à l'échelle mondiale. Cette aménorrhée est d'autant plus longue que les tétées sont fréquentes, en particulier la nuit. Il semble donc compréhensible que la sélection naturelle ait encouragé les réveils nocturnes chez le bébé, afin de retarder la survenue d'une nouvelle grossesse.

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

Le syndrome de Prader-Willi (SPW) et le syndrome d'Angelman (SA) sont tous les deux en rapport avec une anomalie génétique du chromosome 15, mais cette anomalie est transmise par le chromosome paternel dans le SPW, et par le chromosome maternel dans le SA. Or, les enfants souffrant de SPW dorment beaucoup, tandis que ceux souffrant de SA se

réveillent souvent la nuit. Cela permet de penser que les gènes d'origine paternelle et maternelle ont un impact différent sur le sommeil, les gènes d'origine paternelle favorisant les réveils nocturnes, et donc un espacement plus important des naissances.

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

La médecine évolutionnaire part du principe que certaines pathologies physiques, psychologiques et psychosociales sont en rapport avec l'incompatibilité entre le mode de vie et l'environnement actuels, et nos besoins biologiques. Des anthropologues ont souligné les discordances entre les pratiques occidentales actuelles de soins aux jeunes enfants, et les besoins biologiques des enfants. C'est le cas en particulier pour ce qui est considéré chez nous comme un sommeil infantile « normal », dont les caractéristiques sont déterminées par la médecine pédiatrique. Certes, nombre de besoins biologiques étaient parfaitement adaptés aux époques ancestrales, mais les bébés occidentaux vivent actuellement dans un environnement où la mortalité infantile est très basse. Dans un tel contexte, on peut estimer que les réveils nocturnes n'ont plus vraiment d'intérêt.

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