

CAHIER POUR LES USAGERES DES SERVICES DE SAGE-FEMME

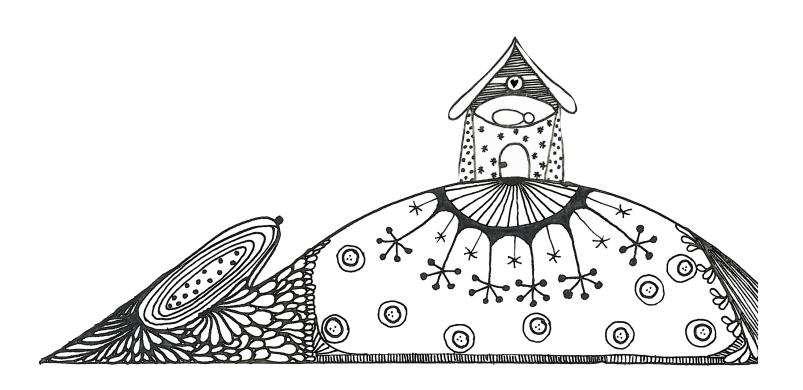


TABLE DES MATIERES

| En savoir plus sur la pratique sage-femme | |
|--|--|
| Définition d'une sage-femme Philosophie de la pratique sage-femme | p. 2 p. 4 |
| Grossesse | |
| L'alimentation pendant la grossesse Maux de grossesse et remèdes alternatifs Signes d'alarme durant la grossesse Grossesse au-delà de 40 ans et déclenchement du travail Si votre grossesse se prolonge au-delà de la date prévue de votre accouchement | p. 5 p. 8 p. 10 p. 11 p. 15 |
| Accouchement | |
| Comment différencier le «vrai» travail de maturation Réflexion sur une expérience de naissance physiologique Guide de la femme en travail Travail et accouchement dans l'eau Comment se donner de l'énergie Exemples d'affirmations Rôle du partenaire ou de l'accompagnante | p. 19 p. 20 p. 21 p. 24 p. 28 p. 29 p. 30 |
| Allaitement | |
| Avantages de l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de six mois et plus Les avantages de l'allaitement de A à Z Allaitement maternel : une mise en route à ne pas manquer La supplémentation de vitamine D chez les nourrissons | p. 33 p. 34 p. 35 p. 39 |
| Après la naissance | |
| Mon périnée, je m'en occupe Protection du périnée à l'effort Rééducation périnéale Pourquoi les bébés pleurent-ils? Comportement normal d'un nouveau-né Partager un lit avec votre bébé - Un guide pour les mères qui allaitent Porter votre bébé Vos sentiments après la naissance | p. 41 p. 44 p. 46 p. 47 p. 53 p. 57 p. 59 p. 62 |
| Ressources | p. 68 |
| Suggestion de lecture | p. 71 |

DEFINITION D'UNE SAGE-FEMME

Source : Ordre des sages-femmes du Québec

La sage-femme est une professionnelle de la santé formée pour être entièrement responsable des soins et des services durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale pour la mère et le nouveau-né et ce, jusqu'à 6 semaines après la naissance.

La sage-femme est une professionnelle autonome détenant un contrat avec un CSSS. Les services des sagesfemmes sont entièrement couverts si vous détenez une carte d'assurance maladie valide de la RAMQ. Les personnes assurées n'ont donc rien à débourser lors d'un suivi. Dans le cas contraire, il faut se renseigner sur le coût des services, car ceux-ci vous seront facturés.

La sage-femme travaille au sein d'une maison de naissance ou d'un service de sages-femmes. Elle fait partie d'une équipe multidisciplinaire constituée par des professionnels du CSSS ou de l'hôpital de référence. La sage-femme effectue les examens cliniques nécessaires et peut prescrire les échographies, les tests de dépistage prénatal ainsi que différentes analyses de laboratoire. Son approche est axée sur la normalité de la

grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale.

Déroulement du suivi avec une sagefemme

Lors de l'inscription, une équipe de deux sagesfemmes vous est attribuée, afin de vous garantir une disponibilité constante 24h sur 24 et 7 jours sur 7. Vous pouvez en tout temps les rejoindre. La sagefemme principale assure la grande partie de votre suivi. Vous rencontrerez sa coéquipière afin d'établir un lien de confiance avec cette dernière. Les sagesfemmes reconnaissent l'importance de la continuité des soins pour un suivi de qualité.

À chaque visite, la sage-femme vérifie les paramètres cliniques permettant d'évaluer l'évolution normale de la grossesse. Elle prend le temps de discuter de tous les sujets qui préoccupent le couple. Chaque visite dure en moyenne 50 minutes. Les sujets abordés sont variés, les conseils sont personnalisés et couvrent tous les aspects importants de la grossesse. Par exemple, la sage-femme aborde la nutrition, les malaises courants, les tests disponibles, l'échographie, le dépistage prénatal, etc. Vous serez amenée à faire des choix quant aux différentes options qui s'offrent à vous sur plusieurs sujets. Au besoin, la sage-femme peut vous référer à d'autres professionnels.



Le suivi est personnalisé, sécuritaire, et respectueux des valeurs de chacun. La sage-femme prend en compte la dimension familiale de la grossesse et de l'accouchement. Le ou la conjoint/e, les enfants et toutes personnes significatives sont les bienvenus.

Déroulement de l'accouchement avec une sage-femme

Lors de l'accouchement, vous contactez la sage-femme de garde pour vous. Pendant votre travail, la sage-femme vérifiera les différents paramètres permettant de surveiller la bonne évolution du travail et le bien-être de votre bébé. Elle sera à l'écoute de vos besoins et vous offrira un soutien personnalisé. Vous pourrez choisir les positions que vous souhaitez adopter, manger selon vos envies, écouter de la musique et aller dans le bain. L'épidurale n'est pas disponible en maison de naissance, mais il arrive que des sages-femmes transfèrent des femmes à l'hôpital pour qu'elles puissent y avoir accès.

Advenant que des complications surviennent pendant l'accouchement, la sage-femme doit consulter ou transférer les soins à un médecin de famille, un gynécologue obstétricien ou un pédiatre. Elle possède toutes les connaissances requises pour dépister les complications éventuelles et stabiliser la situation en attendant la prise en charge médicale hospitalière.

Déroulement du suivi postnatal avec une sage-femme

Après votre accouchement, la sage-femme viendra vous visiter plusieurs fois à la maison. Elle vérifiera les différents paramètres permettant de s'assurer du bon déroulement de cette période pour vous et votre bébé et vous prodiguera les conseils appropriés. Dans certaines situations, elle peut vous référer ainsi que votre nouveau-né à d'autres professionnels.

Formation des sages-femmes

L'Université du Québec à Trois-Rivières offre une formation universitaire d'une durée de 4 ans, le Baccalauréat en pratique sage-femme, qui satisfait entièrement les critères de qualité et de compétence inhérents à une telle formation.

De plus, les sages-femmes praticiennes ont l'obligation de maintenir à jour leurs compétences professionnelles par le biais de la formation continue. Certaines formations doivent être reconduites, comme celle concernant la prise en charge de tout nouveau-né nécessitant des manœuvres de réanimation à la naissance (aux deux ans) et celle concernant la détection et la gestion adéquate des urgences obstétricales (aux 3 ans).

PHILOSOPHIE DE LA PRATIQUE SAGE-FEMME

Le modèle de pratique des sages-femmes est fondé sur les principes directeurs suivants :

- La confiance dans la compétence et l'autonomie des femmes ;
- Le respect et la confiance dans le processus physiologique de la grossesse et de l'accouchement;
- L'importance de la continuité des soins et de la relation ;
- La relation personnelle et égalitaire avec la femme.

De façon plus spécifique, la Philosophie de la pratique sage-femme, adoptée par le RSFQ en 1997, se définit comme suit :

« La pratique des sages-femmes est basée sur le respect de la grossesse et de l'accouchement comme processus physiologiques normaux, porteurs d'une signification profonde dans la vie des femmes.

Les sages-femmes reconnaissent que l'accouchement et la naissance appartiennent aux femmes et à leur famille. La responsabilité des professionnels de la santé est d'apporter aux femmes le respect et le soutien dont elles ont besoin pour accoucher avec leur pouvoir en sécurité et dans la dignité.

Les sages-femmes respectent la diversité des besoins des femmes et la pluralité des significations personnelles et culturelles que les femmes, leur famille et leur communauté attribuent à la grossesse, à la naissance et à l'expérience de nouveau parent.

La pratique des sages-femmes s'exerce dans le cadre d'une relation personnelle et égalitaire, ouverte aux besoins sociaux, culturels et émotifs autant que physiques des femmes. Cette relation se bâtit dans la continuité des soins et des services durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.

Les sages-femmes encouragent les femmes à faire des choix quant aux soins et services qu'elles reçoivent et à la manière dont ceux-ci sont prodigués. Elles conçoivent les décisions comme résultant d'un processus où les responsabilités sont partagées entre la femme, sa famille (telle que définie par la femme) et les professionnels de la santé. Elles reconnaissent que la décision finale appartient à la femme.

Les sages-femmes respectent le droit des femmes de choisir leur professionnel de la santé et le lieu de l'accouchement, en accord avec les normes de pratique de l'Ordre des sages-femmes du Québec. Les sages-femmes sont prêtes à assister les femmes dans le lieu d'accouchement de leur choix, incluant le domicile.

Les sages-femmes considèrent que la promotion de la santé est primordiale dans le cycle de maternité. Leur pratique se base sur la prévention et inclut un usage judicieux de la technologie.

Les sages-femmes considèrent que les intérêts de la mère et de son enfant à naître sont liés et compatibles. Elles croient que le meilleur moyen d'assurer le bien-être de la mère et de son bébé est de centrer leurs soins sur la mère.

Les sages-femmes encouragent le soutien des familles et de la communauté comme moyens privilégiés de faciliter l'adaptation des nouvelles familles. »

ALIMENTATION PENDANT LA GROSSESSE

Source : Anne-Marie Chalifoux, diététicienne

L'alimentation est sans contredit un sujet très populaire tout au long de notre vie. Et il l'est encore plus au cours de la grossesse et après. Dans le cadre d'un suivi sage-femme, quelques notions alimentaires seront abordées afin de vous aider à mieux gérer cet aspect important de votre grossesse. Les tableaux qui suivent pourront vous aider à connaître vos besoins quotidiens et les sources des éléments essentiels à l'organisme. L'anémie laisse la mère sans réserve en cas de saignement excessif durant l'accouchement et joue un rôle sur l'incidence de bébé de petit poids et de bébé prématuré.

FER (Besoins chez la femme enceinte: 30 mg/j)

Rôle:

Formation de l'hémoglobine (composant des globules rouges qui transporte l'oxygène dans le sang).



Besoins ·

Les besoins en fer sont doublés pendant la grossesse à cause de l'augmentation de la formation de sang chez la mère et le bébé. Le tiers du fer maternel est transféré au bébé. Toutefois, cette augmentation des besoins est compensée par une meilleure absorption du fer (10 à 50%) et moins de perte de fer (cessation des menstruations).

Signes de carence :

- Fatigue, lassitude, irritabilité,
- Les extrémités froides
- Constipation
- Moins bonne résistance aux infections
- Battements de cœur rapides • Manque de souffle, étourdissement, maux de tête.
- Crampes nocturnes,
- Teint pâle, ongles cassants,
 Perte d'appétit

FER (Besoins chez la femme enceinte: 30 mg/j)

Ce qui l'augmente :

La vitamine C : Triple l'absorption du fer

- 1er choix : Légumes : famille des choux, piments, tomates, asperges, pois mangetout, persil...
- 2e choix : Fruits : agrumes, kiwi, cantaloup, fraises...Trempage, germination (légumineuses, noix, grains)

Ce qui la diminue

- Thé
- Café
- Suppléments de calcium (à prendre en dehors des repas)
- Antiacides
- · Lait et fromage
- Oxalates (épinard, bette à carde)
- Phytates (son de blé)

Sources de fer

| Légumineuses (1tasse) | 4,7 mg |
|---|---------|
| Viandes (3 onces) | 1,8 mg |
| Légumes | 1,2 mg |
| Noix (2c. à table) | 0,8 mg |
| Fruits (1portion) | 0,3 mg |
| Produits laitiers | 0,15 mg |
| Céréales entières ou enrichies (1portion) | 1,4 mg |

Quelques bonnes sources de fer

| Légumineuses | (mg) | Grains cuits 1t | (mg) |
|-------------------------------|------|-----------------------------------|------|
| Épinards 1t. 4 Gruau (avoine) | | Gruau (avoine) | 1.7 |
| Asperges | 2.3 | Quinoa | 5.3 |
| Chou Kale | 2 | Millet | 2.2 |
| Courge d'hiver | 1.4 | Riz brun | 2.1 |
| Betterave 1t. | 1.3 | Blé concassé (bulgur) | 2.8 |
| | | Germe de blé | 1.4 |
| | | | |
| Légumineuses cuites 1t. | | Autres | |
| Haricot noirs | 7.6 | Mélasse Black strap (2c. à table) | 4.6 |
| Lentilles (2c. à table) | 6.8 | Graines de sésame | 2 |
| Haricots rouges (1c. à table) | 6.6 | Levure alimentaire | 1.4 |
| Fèves de Lima | 5.8 | Tofu 100 mg | 10.5 |
| Fruits | | Viandes et poissons | |
| • Figues (10) | 4.2 | Foie de veau | 5.2 |
| Avocats (1) | 2.8 | Cheval | 5 |
| • Prunes (10) | 2.4 | Boeuf | 3 |
| Raisins sans pépins 1/2t. | 1.7 | Porc | 1 |
| Noix (2/3t.) | | Thon | 1 |
| Amandes 1.9 | 1.9 | | |
| Graines de citrouille | 11.2 | | |
| Graines de tournesol | 3.4 | | |

SOURCES DE PROTÉINES : Besoins quotidiens 50 à 60 gr/jour

5 GRAMMES

- Céréales : 1 tasse de pâtes, riz, couscous, 2 tranches de pain...
- Légumes : 1 tasse brocoli, pois mangetout, choux de Bruxelles, épinards... ou 1 pomme de terre

10 GRAMMES

- Noix : 4 c. table de noix ou 2 c. table de beurre de noix
- Produits laitiers : 1 tasse de lait, yogourt ou 1 once de fromage

15 GRAMMES

- Viandes : 2 onces de bœuf, volaille, poisson...
- Légumineuses : 1 tasse
- Tofu: 3-4 onces

Manger pour 2 : en QUALITÉ et non en QUANTITÉ !!!

- Ne pas sauter le petit déjeuner.
- Manger les crudités au début du repas (meilleure absorption).
- Bien mastiquer, fractionner les repas (3 à 5).
- Manger lentement et dans le calme.
- Réduire la consommation de gras animal (surtout cuit, réduire fritures).
- Cuire les légumes le moins possible (à l'étouffé).
- Réduire la consommation de produits raffinés (sucre, farine raffinée, céréales raffinées et su crées). Utiliser de préférence des produits complets.



- Réduire la consommation de produits en conserve industrielle.
- À éviter surtout : les aliments raffinés, fritures, aliments trop riches ou épicés (charcuteries, chocolat, café, thé, alcool, cigarettes, médicaments).
- Boire beaucoup (1 litre et plus/jour), de préférence entre les repas ou une demi-heure avant.
- Augmenter la qualité des protéines mais pas nécessairement la quantité (éviter les charcuteries, pâtés, viandes grasses). Augmenter les légumineuses (lentilles, pois secs, haricots blancs, pois chiches...), les poissons et les fruits de mer.
- Utiliser des oléagineux (amandes, sésames, tournesol, noix, arachides...) comme suppléments (au moins 3 c.à soupe/jour) et produits laitiers (fromage, yogourt...).
- Besoins augmentés en CALCIUM: produits laitiers, tofu, poissons (sardines, saumon rouge), oléagineux, légumes verts (feuilles de pissenlit, chou frisé, brocoli, poireau, carottes, haricots secs, blé entier, œuf).
- La vitamine D favorise l'absorption du calcium (jaune d'œuf, huile d'olive, légumes verts ensoleillés, levure, luzerne germée, exposition au soleil).
- Besoins augmentés en FER: pour augmenter l'absorption du fer, il faut réduire les graisses, farine blanche, sucres raffinés, caféine, acide tannique (thé). Si vous prenez des suppléments de fer, ne les prenez pas en même temps que du lait ni du thé.
- Sources de Fer : certaines viandes, céréales complètes, légumes (épinards, persil, poireaux, choux, pommes de terre, carottes, asperges, cerises), légumineuses (haricots secs, soya, lentilles), oléagineux (noix, noisettes, amandes). La vitamine C favorise l'absorption du Fer.
- Sources de vitamine C : citron, orange, pamplemousse, fraises, melon (cantaloue), pommes, brocoli, chou de Bruxelles, poivron frais, persil, chou-fleur, épinards, choucroute, grains germés (luzerne surtout).
- La cigarette et la caféine détruisent la vitamine C et le complexe B.
- Augmenter les vitamines du complexe B (surtout B1, thiamine), levure de bière, céréales complètes, graines de tournesol, légumineuses cuites, brocoli, lait, germe de blé, autres végétaux verts, abats.
- Si les besoins en protéines, Calcium, Fer et vitamine B sont couverts, on reçoit par surcroît les autres éléments en quantité convenable.

Pour bien assimiler, il est essentiel d'avoir de bonnes périodes de repos et de faire des activités physiques (marche, natation...).

Bonne alimentation!

Maux de grossesse et remedes alternatifs

BRULEMENTS D'ESTOMAC

Que puis-je faire?

- Mangez de petits repas fréquents. Évitez de manger et de boire en même temps.
- Mangez des amandes crues comme collation.
- Gardez une bonne posture pour laisser plus d'espace à votre estomac.
- Essayez d'étirer vos bras par dessus votre tête pour donner plus de place à votre estomac.
- Évitez les aliments lourds, gras et épicés.
- Essayez de soulever légèrement la tête de votre lit pour utiliser la gravité.
- Essayez l'enzyme de papaye disponible dans les magasins d'aliments naturels.
- L'acupuncture.
- Les remèdes homéopathiques qui pourraient fonctionner - Légumes Carbo, Nux vomica, Pulsatilla.
- Utilisez des antiacides s'ils vous aident ou si rien d'autre ne fonctionne.

CRAMPFS DANS LFS JAMBFS

Que puis-je faire?

- Tendez votre talon vers le bas, les orteils de la jambe affectée pointant vers le haut. Mettez-vous debout ou marchez jusqu'à ce que le muscle se détende. Au lit, poussez contre le pied du lit ou la main de votre partenaire avec le pied affecté. Évitez de pointer vos orteils vers le bas.
- Prendre un supplément de calcium / magnésium, un rapport 2: 1 (1500/750 mg) avec une vitamine C à 1000 mg et une vitamine D à 1000 UI avant de se coucher.
- Adoptez un régime riche en phosphore et en calcium - beaucoup de lait et de fruits frais.
- Des crampes dans les jambes peuvent souvent être associées à la déshydratation. Boire un verre d'eau peut donc aider.
- Prenez un bain d'eau chaude pour détendre les muscles.
- Massez la crampe.

- L'exercice quotidien est important pour de nombreuses raisons, il améliorera la circulation et étira les muscles. Certaines recherches montrent que les exercices d'étirement combinés à l'aquagym réduisent certains désagréments physiques de la grossesse, notamment les crampes aux jambes.
- Les remèdes homéopathiques qui pourraient fonctionner Chamomilla, Nux Vomica, Sepia

NAUSEES ET VOMISSEMENTS

Que puis-je faire?

- Petits repas fréquents. Gardez votre glycémie stable.
- Quelque chose de fade le matin avant de se lever.
- Ne vous brossez pas les dents juste après avoir mangé - vous pourriez stimuler un réflexe nauséeux.
- Buvez des boissons gazeuses ensemble, un jus de fruits et de l'eau gazeuse contribueront à maintenir votre glycémie stable.
- Réduire les graisses dans le régime alimentaire.
 Augmenter les protéines elles prennent plus de temps à se métaboliser et donc maintiennent la glycémie plus longtemps que les glucides.
- Essayez les bracelets d'acupression.
- Considérer l'acupuncture.
- La vitamine B6 (pyrodoxine) fait partie du médicament sur ordonnance Diclectin cela vaut la peine d'essayer, jusqu'à 100 mg / jour est sans danger pendant la grossesse.
- Les remèdes homéopathiques qui pourraient fonctionner - Tabacum, Nux Vomica, Pulsatilla, Sepia

MAUX DE GROSSESSE ET REMEDES ALTERNATIFS (SUITE)

DOULEUR DANS LES JOINTURES

Que puis-faire?

- Maintenir une bonne posture. Portez des chaussures sensibles!
- Continuez à faire de l'exercice. Le yoga, la marche et la natation sont d'excellentes options à faible impact.
- Les soins ostéopathiques peuvent vraiment aider.
 Cherchez un thérapeute expérimenté dans les soins de grossesse.
- Des massages, des bains chauds, des coussins chauffants et compresses froides en alternance peuvent aider.
- Les suppléments de lécithine de soja ou de tournesol peuvent aider à lubrifier les articulations - commencez avec 2 capsules 2 fois par jour et augmentez-les de 2 capsules à chaque fois jusqu'à ce que vous ressentiez un soulagement. Jusqu'à 32 capsules / jour, mais vous remarquerez peut-être des selles molles. Si cela fonctionne pour vous, vous devriez vous sentir mieux dans quelques jours.
- Les remèdes homéopathiques qui pourraient fonctionner Arnica, Hypericum, Pulsatilla, Sepia

HEMORROIDES

Que puis-je faire?

- Faites tout ce que vous pouvez pour prévenir la constipation. Beaucoup de liquides, beaucoup de fibres, selles régulières (n'attendez pas).
- Ne pas forcer.
- Bains de siège ou compression avec de l'eau d'hamamélis (tampons Tucks), de la glace ou du sel d'Epsom.
- Les suppositoires Avenoc peuvent vraiment aider.

VARICES

Que puis-je faire?

- Les bas de compression fonctionnent vraiment! Nous pouvons vous rédiger une ordonnance afin que vous puissiez vous les procurer parfaitement adaptés à vos mesures. Mettez-les AVANT de vous lever le matin (avant que tout le sang ne s'accumule dans vos jambes et ne puisse plus remonter). Cela peut signifier que vous devez vous laver le soir.
- Portez des vêtements amples.
- Ne restez pas debout trop longtemps. Essayez de trouver des moments réguliers pendant la journée pour surélever vos jambes. Plusieurs fois par jour surélevées le long d'un mur est efficace.
- Maintenir une bonne posture, continuer à faire de l'exercice.
- Considérez un supplément de vitamine C et E des études montrent qu'ils favorisent une circulation saine.
- Porter un support abdominal peut soulager la pression sur vos veines pelviennes.
- · L'acupuncture.
- Les remèdes homéopathiques qui peuvent aider
 Kali carb, Carbo veg, Hammamelis (hamamélis),
 Nux vomica, Pulsatilla, Sepia.
- Essayez un supplément de rutine (bioflavinoïde de la famille de la vitamine C). Ou tout simplement manger la partie blanche de l'intérieur de la pelure d'une orange, qui est pleine de rutine.

Un mot sur les remedes homeopathiques

Chaque remède a une «image» de la personne pour laquelle il fonctionne le mieux, en fonction du type de symptômes que vous présentez. Vérifiez auprès de votre sage-femme ou de votre homéopathe avant de décider quel remède pourrait vous convenir.

SIGNES D'ALARME DURANT LA GROSSESSE



- Troubles visuels : double vision et/ou points noirs et/ou éclairs dans les yeux
- Enflure de la figure ou des mains ou des membres inférieurs (soudain ou extrême)
- Maux de tête sévères inhabituels, fréquents et/ou continuels
- Irritabilité musculaire et/ou convulsions/crampes sévères
- Douleurs aigües à l'estomac (épigastrique)
- · Vomissements violents et fréquents après 3 mois de grossesse
- Pertes vaginales liquides ou sanguines ou causant brûlements +
- Démangeaisons
- Grosse fièvre > 100° F avec ou sans tremblements
- Brûlure ou douleur lors de la miction \approx souvent avec contractions. Si tendance à infections avant la grossesse: boire +++
- Douleur abdominale sévère ou inhabituelle. Pas uriner très souvent
- Utérus très dur
- Absence de mouvements fœtaux après + de 8 heures
- Étourdie souvent

Si vous ressentez un ou plusieurs de ces symptômes, appeler votre sage-femme!

Le moment venu...

Grossesse au-delà de 40 ans et déclenchement du travail



Le nombre de femmes âgées de 40 ans et plus qui donnent naissance au Canada est en augmentation. Alors qu'il est de plus en plus fréquent pour les femmes de 40 ans ou plus d'avoir des enfants, les sages-femmes, les médecins de famille et les obstétriciens commencent à s'interroger sur les besoins de ce groupe de femmes. Récemment, deux groupes professionnels représentant des obstétriciens (au Canada et au Royaume-Uni) ont publié des avis professionnels recommandant de déclencher le travail avant terme (commencer le travail à l'aide de techniques médicales) pour les femmes enceintes de 40 ans et plus.

Bien que ces articles d'opinion n'aient pas été rédigés à l'aide des mêmes procédés minutieux et systématiques utilisés pour évaluer les recherches et effectuer des recommandations pour les directives de pratique clinique, les prestataires de soins pourraient changer leur pratique et recommander un déclenchement précoce du travail. L'objectif de ce document est de vous aider à mieux comprendre les recherches sur ce sujet afin de vous permettre, ainsi qu'à votre famille, de prendre votre décision en connaissance de cause.

Pourquoi est-ce que l'âge est important?

De nombreuses femmes âgées de 40 ans et plus sont en très bonne santé. La plupart des grossesses chez les femmes de 40 ans et plus ne sont PAS associées à des problèmes importants ou à long terme. Votre sagefemme vous demandera des renseignements sur vos antécédents médicaux afin de bien comprendre votre état de santé général et la manière dont vos problèmes de santé préexistants pourraient nuire à votre grossesse, le cas échéant. Au cours de vos visites prénatales régulières, votre sage-femme vérifiera l'apparition de possibles complications de santé pour vous et votre bébé, comme pour n'importe quelle cliente.

Cependant, les recherches suggèrent que les femmes de 40 ans et plus courent davantage de risques que les groupes

Ce document traite principalement du déclenchement du travail. Il n'aborde pas les autres décisions auxquels les clientes des sages-femmes de plus de 40 ans devront faire face lors de leur grossesse.

Remarque à propos des termes choisis

Pour parler de la grossesse d'une femme de plus de 40 ans, on utilise souvent les termes « âge maternel avancé », « maternité plus tardive » ou « report de grossesse ». Dans ce pamphlet, nous utiliserons plutôt l'expression « grossesse au-delà de 40 ans »

Remarque à propos des traitements de fertilité

Il est important de noter que nous n'aborderons pas dans ce document le sujet des techniques de procréation assistée (TRA) comme la fertilisation in-vitro (FIV), le don d'ovules ou les inducteurs de l'ovulation. Les recherches que nous mentionnons ici concernent des grossesses spontanées sans traitement de fertilité. Si vous avez utilisé des techniques de procréation assistée et que vous êtes âgée de plus de 40 ans, parlez-en à votre prestataire de soins .

de femmes plus jeunes de souffrir de problèmes de santé générale et de complications lors de la grossesse (comme d'avoir un bébé présentant un nombre de chromosomes différents, tel que le syndrome de Down, de faire du diabète de grossesse ou de l'hypertension artérielle, ou encore, d'accoucher par césarienne). Les femmes de plus de 40 ans courent également davantage de risques de donner naissance à un enfant mort avant ou pendant le travail (mort-né). Ce pamphlet expliquera certaines des recherches concernant le risque de donner naissance à un enfant mort-né chez les femmes de 40 ans ou plus et vous aidera à décider si prendre ou non des médicaments pour déclencher votre travail autour de la date prévue d'accouchement ou si vous préférez attendre que le travail commence naturellement.

¹ En 2012, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a publié un article sur Le report de la grossesse. En 2013, le Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) au Royaume-Uni a publié un article initiulé Déclenchement à terme chez les mères plus âgées.

Ce document fournit des renseignements pour les clientes sur la grossesse après 40 ans et le déclenchement du travail. Il a été conçu pour vous aider à mieux comprendre certaines des considérations et des choix auxquels vous pourriez être confrontée au moment d'être soignée par une sage-femme. Ce document ne prétend pas remplacer les discussions informatives que vous pouvez avoir avec votre sage-femme. Si vous avez des questions, des doutes ou des idées suite à la lecture de ce document, n'hésitez pas à les communiquer à votre sage-femme.

Grossesse prolongée, suivi et déclenchement du travail

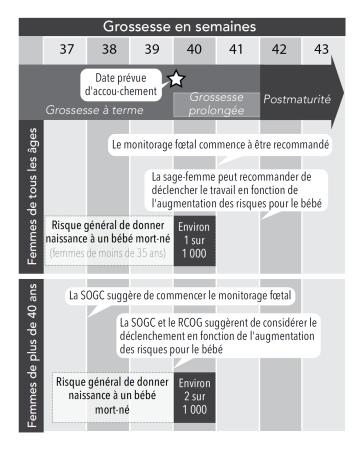
Bien que votre date prévue d'accouchement soit calculée à 40 semaines de grossesse, un terme normal de grossesse peut se situer entre 37 et 42 semaines. On appelle grossesse prolongée une grossesse qui se prolonge audelà de la date prévue d'accouchement. Toute grossesse se prolongeant au-delà de 42 semaines est appelée « postmaturité ».

La plupart des bébés naissent en bonne santé, indépendamment du fait qu'ils soient nés ou non à terme. Cependant, chez toutes les femmes, le risque de donner naissance à un bébé mort-né a tendance à augmenter lorsque la grossesse se prolonge au-delà de la date prévue d'accouchement.

Pour toutes les clientes, les prestataires de soins suggèrent généralement de surveiller de près le bébé et la maman une fois que la grossesse a atteint 41 semaines. Cela signifie que votre sage-femme pourrait vous offrir plus d'ultra-sons (si disponibles dans votre communauté) entre 41 et 42 semaines ou un examen de réactivité fœtale, qui consiste à utiliser un moniteur fœtal pour écouter les battements du cœur du bébé pendant une certaine période. Les sages-femmes vous expliqueront également les avantages et les risques de déclencher le travail lorsqu'une grossesse dépasse les 41 semaines et pourraient recommander le déclenchement du travail à 42 semaines. Le déclenchement consiste à commencer le travail artificiellement en utilisant des médicaments comme la prostaglandine ou l'oxytocine ou en perçant la poche des eaux qui entoure le bébé (poche amniotique) pour favoriser la contraction de l'utérus.

Pourquoi me propose-t-on de déclencher mon travail à cause de mon âge?

Les auteurs des publications de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) et du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) ont étudié des études qui démontrent que si vous êtes âgée de plus de 40 ans, la possibilité de donner naissance à un bébé mort-né autour de votre date prévue d'accouchement est comparable à celle des femmes de moins de 30 ans qui ont dépassé leur date prévue d'une ou deux semaines. C'est pourquoi la SOGC suggère aux prestataires de soins de surveiller le



bien-être de l'enfant plus tôt chez les femmes de 40 ans et plus, autour de la 38e semaine. La SOGC et le RCOG suggèrent également de considérer le déclenchement du travail plus tôt (autour de 39-40 semaines).

Selon les études que les auteurs des articles de la SOGC et du RCOG ont consultées, le risque de donner naissance à un enfant mort-né à 39-40 semaines de grossesse est d'environ 1 grossesse sur 1 000 chez les femmes de moins de 35 ans et d'environ 2 grossesses sur 1 000 chez les femmes de plus de 40 ans. Bien que le risque de donner naissance à un bébé mort-né soit plus élevé chez les femmes de plus de 40 ans, le risque général demeure toujours très faible. Le risque de donner naissance à un enfant mort-né est encore plus faible chez les femmes de plus de 40 ans sans problèmes de santé comme le diabète, l'hypertension artérielle ou des problèmes de cœur, poumons ou reins.

| Risque de donner naissance à un enfant mort-né à 39-40 semaines de grossesse Femmes de plus de 40 ans | | | |
|--|-----------------------|--|--|
| Grossesses chez les femmes qui ne souffrent pas de diabète, d'hypertension artérielle ou de problèmes de cœur, poumons ou reins | Environ 1,5 sur 1 000 | | |
| Toutes les grossesses | Environ 2 sur 1 000 | | |
| Risque de donner naissance à un enfant mort-né à 41 semaines de grossesse Femmes de plus de 40 ans | | | |
| Grossesses chez les femmes qui ne souffrent pas de diabète, d'hypertension ou de problèmes de cœur, poumons ou reins | Environ 2 sur 1 000 | | |
| Toutes les grossesses | Environ 2,5 sur 1 000 | | |

Est-ce que le fait d'avoir déjà eu un bébé diminue les risques?

Les risques de donner naissance à un enfant mort-né sont plus faibles si vous avez déjà eu un enfant, peu importe votre âge.

* Ces chiffres sont différents de ceux des risques de donner naissance à un enfant mort-né cités préalablement chez les femmes entre 39-40 semaines (c.-à-d. 2/1 000 pour les femmes de 40 ans et plus et 1/1 000 pour les femmes de moins de 35 ans). La raison de cette différence est que les chiffres ci-dessus représentent le risque de donner naissance à un enfant mort-né à tout moment entre 37 et 41 semaines de grossesse.

Risque de donner naissance à un enfant mort-né* à tout moment entre 37 et 41 semaines :

| | Femmes de moins de 35 ans | Environ 4 sur 1 000 |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Pour une première grossesse | Femmes entre 35 et 39 ans | Environ 6,5 sur 1 000 |
| 9,000000 | Femmes de plus de 40 ans | Environ 9 sur 1 000 |
| Pour une deuxième, | Femmes de moins de 35 ans | Environ 1 sur 1 000 |
| troisième, quatrième | Femmes entre 35 et 39 ans | Environ 2 sur 1 000 |
| (ou plus) grossesse | Femmes de plus de 40 ans | Environ 3 sur 1 000 |

Existe-t-il des risques liés au déclenchement du travail?

Le déclenchement est une option importante dans les situations où il est clair que les avantages de déclencher le travail sont supérieurs aux risques d'attendre que le travail commence naturellement. Par exemple, si vous souffrez d'hypertension artérielle qui peut créer des problèmes pour vous ou votre bébé, l'utilisation de médicaments pour commencer le travail peut être moins risquée que de continuer la grossesse. Pour les femmes en bonne santé avec un bébé en bonne santé, les avantages du déclenchement sont moins évidents.

Aucune recherche n'a été menée pour démontrer que le déclenchement précoce du travail peut réduire le faible risque (mais supérieur à la normale) de donner naissance à un enfant mort-né chez les femmes de plus de 40 ans. Bien que selon la SOGC, les femmes de 40 ans et plus devraient être suivies différemment des femmes plus jeunes, nous ne savons pas si le déclenchement précoce réduira le risque de donner naissance à un enfant mort-né chez les femmes de 40 ans ou plus. Cette raison s'explique en partie par le fait que les chercheurs ne sont pas sûrs de savoir pourquoi le risque de donner naissance à un enfant mort-né augmente avec l'âge.

Les interventions utilisées pour stimuler le travail et la naissance peuvent comporter des risques. Si vous déclenchez votre travail, vous avez plus de chance d'accoucher par césarienne ou un accouchement par voie basse assisté (avec des forceps ou une ventouse). Le nombre de naissances en Ontario démontre que les femmes de 40 ans et plus sont plus susceptibles d'accoucher par césarienne, que le travail soit déclenché ou non. Le taux d'accouchement par césarienne chez les femmes dont le travail est déclenché est plus élevé que celui des femmes dont le travail commence naturellement.

Il est difficile de tirer des conclusions de ce nombre de naissances étant donné que les femmes dont le travail a été déclenché peuvent être différentes des femmes dont le travail a commencé naturellement. Par exemple, les femmes dont le travail a été déclenché sont susceptibles de présenter des problèmes de santé (comme du diabète de grossesse) qui ont poussé les prestataires de soins à recommander le déclenchement du travail, ce qui a pu favoriser le choix d'un accouchement par césarienne.

Sur 100 femmes de 40 ans et plus en Ontario qui accouchent à l'hôpital et dont on a déclenché le travail...



... il y aura 52 accouchements vaginaux

Sur 100 femmes de 40 ans et plus en Ontario qui accouchent à l'hôpital et dont le travail a commencé naturellement...



... il y aura 72 accouchements vaginaux

Bien que nous sachions qu'en Ontario, les femmes dont le travail a été déclenché sont plus susceptibles d'accoucher par césarienne, des recherches étudiant le lien entre le déclenchement et la césarienne d'une autre façon sont arrivées à une autre conclusion. Les études qui ont observé des femmes de tout âge sans problème de santé au cours de leur grossesse et choisies au hasard pour déclencher le travail ou continuer leur grossesse suggèrent que les femmes dont le travail a été déclenché ou qui ont dépassé leur date prévue d'accouchement ne sont pas plus susceptibles d'accoucher par césarienne. Il s'agit d'une nouvelle déconcertante, car les renseignements sont conflictuels! Ce dont nous sommes certains, c'est qu'en dépit du résultat de ces recherches, les femmes en Ontario âgées de 40 ans et plus dont le travail a été déclenché ont plus de chance d'accoucher par césarienne que celles dont le travail n'a pas été déclenché.

Les bébés nés entre la 37e et la 39e semaine sont généralement en bonne santé, mais ils sont plus susceptibles de souffrir de problèmes qui les obligent à être admis dans l'unité des soins intensifs néonatals que les bébés nés à 39 semaines ou plus tard. Nous ne savons pas si l'utilisation du déclenchement précoce du travail pour réduire le risque de donner naissance à un enfant mort-né justifiera le risque.

Quels sont mes choix si j'ai 40 ans ou plus et que ma date prévue d'accouchement se rapproche?

Votre sage-femme vous aidera à mieux comprendre toutes ces statistiques et à comprendre les risques pour votre grossesse. Chaque personne fera ses propres choix en fonction de ses valeurs et de ses préférences. Votre sage-femme peut avoir des recommandations spécifiques à vous donner en fonction du déroulement de votre grossesse.

Vos choix à propos du monitorage consistent à :

- commencer le suivi du bien-être de votre bébé avant, à environ 39 semaines;
- attendre avant de commencer le suivi (autour de 40 à 41 semaines); ou
- n'effectuer aucun suivi.

Vos choix concernant le déclenchement du travail consistent à :

- déclencher le travail de façon précoce (à environ 40 semaines);
- déclencher le travail après la date prévue (à environ 41 à 42 semaines); ou
- attendre que le travail commence naturellement

Autres choses que vous pouvez essayer pour déclencher le travail

Il existe plusieurs approches non-médicales que les sagesfemmes et leurs clientes utilisent parfois pour déclencher le travail plus tôt. Une des procédures est appelée le « décollement des membranes ». Lors du décollement des membranes, votre sage-femme met ses doigts dans le vagin pour examiner et étirer le col de l'utérus, en effectuant un décollement avec ses doigts autour de l'intérieur du col de l'utérus. Parmi les autres méthodes utilisées pour déclencher le déclenchement du travail, on trouve l'huile de ricin, l'acupuncture, l'homéopathie, la stimulation du mamelon ou encore l'utilisation de plantes. Il existe peu de recherches attestant de l'efficacité de ces méthodes ou décrivant dans quelles circonstances ces méthodes sont les plus efficaces. Parlez à votre sagefemme si vous désirez en savoir plus sur les alternatives possibles pour déclencher le travail.

Ce que nous savons

- La plupart des femmes enceintes de 40 ans ou plus ont des bébés en bonne santé.
- Les problèmes de santé (comme le diabète ou l'hypertension) ou les complications lors de la grossesse se produisent plus fréquemment chez les femmes de 40 ans et plus.
- Bien que le risque de donner naissance à un enfant mort-né soit plus élevé chez les femmes plus âgées, le risque général reste faible. Entre 39 et 40 semaines de grossesse, on pense qu'environ 2 grossesses sur 1 000 peuvent conduire à la naissance d'un enfant mort-né chez les femmes de 40 ans et plus comparé à 1 grossesse sur 1 000 pour les femmes de moins de 35 ans.
- Le risque de donner naissance à un enfant mort-né pour les femmes de 40 ans et plus à 39 semaines de grossesse est comparable au risque que les femmes de moins de 30 ans courent une à deux semaines après leur date prévue d'accouchement. C'est la raison pour laquelle certains prestataires de soins suggèrent de suivre le bien-être du bébé et de considérer un déclenchement précoce du travail pour les femmes enceintes de 40 ans et plus.
- Le risque de donner naissance à un enfant mortné augmente selon l'âge de la mère même s'il s'agit d'une grossesse sans complications ni problèmes de santé. Ce risque est encore plus élevé en cas de problèmes de santé et/ou de complications durant la grossesse.
- Le risque de donner naissance à un enfant mort-né est plus élevé s'il s'agit d'une première grossesse (peu importe l'âge de la mère).
- Le nombre de naissances en Ontario démontre que les femmes de plus de 40 ans dont le travail a été déclenché sont plus susceptibles d'accoucher par césarienne.

Ce que nous ignorons

- Nous ignorons pourquoi les chances de donner naissance à un enfant mort-né augmentent avec l'âge
- Aucune recherche ne démontre que le déclenchement précoce du travail réduit le taux de mortinaissances chez les femmes de plus de 40 ans.

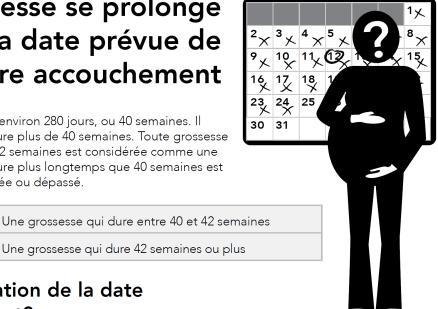
Vous avez des questions? Parlez à votre sage-femme

Ce genre de décisions est difficile à prendre et peut dépendre de vos préférences personnelles ou de votre historique de santé. Votre sage-femme peut vous aider à vous faire une opinion sur les différents choix qui s'offrent à vous et vous aider à prévoir l'accouchement le plus indiqué pour vous et votre famille. Si vous le désirez, vous pouvez écrire vos questions et vos doutes afin d'en parler au prochain rendez-vous.



Si votre grossesse se prolonge au-delà de la date prévue de votre accouchement

La durée d'une grossesse est estimée à environ 280 jours, ou 40 semaines. Il n'est pas inhabituel qu'une grossesse dure plus de 40 semaines. Toute grossesse dont la durée est comprise entre 37 et 42 semaines est considérée comme une grossesse à terme. Une grossesse qui dure plus longtemps que 40 semaines est appelée une grossesse à terme prolongée ou dépassé.

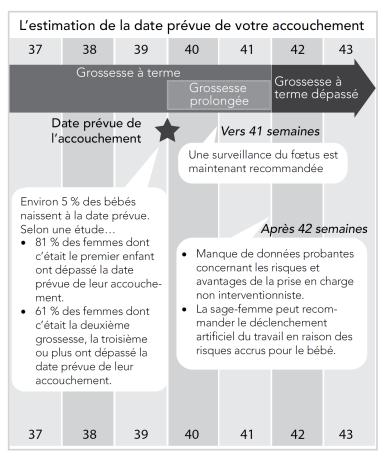


Grossesse à terme dépassé Une grossesse qui dure 42 semaines ou plus Qu'est-ce qu'une estimation de la date

Grossesse prolongée

prévue de l'accouchement?

Il est important de se souvenir qu'une estimation de la date prévue de l'accouchement est, comme son nom l'indique, une estimation sur la base des informations disponibles (telles que la date de vos dernières règles ou les résultats d'une échographie). Seulement 5 femmes sur 100 accouchent à la date prévue.



L'estimation de la date prévue de votre accouchement peut avoir une signification importante sur le plan émotionnel pour vous, votre partenaire, votre famille et vos amis. L'arrivée de votre bébé peut être attendue avec impatience, et vous pourriez être frustrée si votre bébé n'arrive pas à temps.

L'estimation de la date prévue de votre accouchement est également importante pour votre sage-femme par ce qu'elle aide à déterminer si la croissance de votre bébé se déroule de facon habituelle.

Combien de grossesses durent plus long temps que 40 semaines?

On ne sait pas exactement combien de femmes ont une grossesse prolongée. Cela est dû au fait que différentes méthodes sont utilisées pour estimer la durée de la grossesse et que différents termes sont utilisés pour décrire les grossesses qui durent plus de 40 semaines. Vous êtes particulièrement susceptible de dépasser la date prévue de votre accouchement lors de votre première grossesse.

Ce document fournit des informations pratiques tirées du quide de pratique clinique no 10 de l'Association of Ontario Midwives (Association des sages-femmes de l'Ontario) : Management of the Uncomplicated Pregnancy Beyond 41+0 weeks gestation. Il est conçu pour vous aider à mieux comprendre certains choix et considérations auxquels qui pourrait se presenter pendant que vous recevez des soins de votre sage-femme. Il n'a pas pour but de remplacer les conversations sur le choix éclairé que vous aurez avec votre sage-femme. Si vous avez des questions, des préoccupations ou des idées après avoir lu ce document, veuillez en faire part à votre sage-femme.

Pourquoi prêtons-nous attention aux grossesses prolongées?

La plupart des bébés naissent en bonne santé, qu'ils naissent à terme ou plus tard. Ce pendant, il existe certains risques qui commencent à augmenter après environ 41 semaines de grossesse et augmentent encore davantage après 42 semaines de grossesse.

- Dans l'ensemble, les bébés nés après 41 semaines ont un risque accru de décès pendant le travail (mortinaissance) a peu après naissance.
- Lorsque la grossesse dure plus de 41 semaines, il existe un risque accru de problèmes pendant le travail qui peuvent rendre une césarienne nécessaire.
- Les bébés nés à 41 semaines et plus sont plus susceptibles de libérer des excréments gluants appelés méconium dans l'utérus. Le méconium ne constitue généralement pas un problème, mais si votre bébé inhale du méconium, il peut développer des problèmes respiratoires graves (syndrome d'aspiration méconiale). Les bébés qui inhalent du méconium reçoivent des soins dans une pouponnière ou une unité néonatale de soins intensifs. La plupart des bébés atteints du syndrome d'aspiration méconiale se rétablissent vite.
- Les bébés nés à 41 semaines et plus sont plus susceptibles d'avoir besoin des soins de spécialistes et d'être admis à l'unité néonatale de soins intensifs.

Il est important de se souvenir que la plupart des grossesses prolongées ne sont PAS associées à des complications majeures ou à long terme. Bien que le risque de certaines complications soit plus élevé, le risque global est tout de même faible. Il est également difficile de prédire quelles femmes ou quels bébés développeront des problèmes suite à une grossesse prolongée.

| Risques d'accouchement d'un enfant mort-né a décès dans la première semaine de la vie du bébé | | | |
|--|-------------|---------------------|--|
| | 40 semaines | Environ 3 sur 1 000 | |
| | 41 semaines | Environ 1 sur 1 000 | |
| | 42 semaines | Environ 5 sur 1 000 | |

| Risques de syndrome d'aspiration méconiale | | | | |
|---|----------------------|--|--|--|
| 40 semaines | Environs 3 sur 1 000 | | | |
| 41 semaines | Environs 5 sur 1 000 | | | |
| 42 semaines | Environs 5 sur 1 000 | | | |

Que peut-il se passer si votre grossesse est prolongée?

Il se peut que vous soyez impatiente. Vous, votre partenaire, votre famille et vos amis pouvez avoir fait des préparatifs en prévision de l'arrivée de votre bébé. Vous pouvez être impatiente de rencontrer le nouveau membre de votre famille. Il se peut également que vous ressentiez une gêne physique – vous pouvez avoir mal au dos et vous pouvez avoir des difficultés à trouver une position de sommeil confortable.

Votre sage-femme peut recommander une surveillance accrue du bien-être de votre bébé. Les mesures de contrôle que votre sage-femme peut proposer comprennent :

- Compter les mouvements du bébé au cours d'une période donnée.
- Une période de contrôle du rythme cardiaque de votre bébé dans le cadre d'une surveillance fœtale continue, appelée examen de réactivité fœtale.

Utiliser des échographies pour mesurer :

- La quantité d'eau (liquide amniotique) qui entoure votre bébé.
- Es mouvements du bébé, son tonus musculaire, ses mouvements respiratoires et la quantité d'eau entourant le bébé, en attribuant un score à chaque mesure (cela s'appelle un profil biophysique).
- La croissance de votre bébé.

Dans certaines situations, on peut vous proposer le déclenchement artificiel du travail. Cela signifie que le travail est déclenché artificiellement par une ou plusieurs de ces méthodes :

- En vous donnant de la prostaglandine de synthèse en introduisant un gel, un comprimé ou un pessaire (comme un tampon) dans votre vagin. La prostaglandine est une hormone qui assouplit le col de l'utérus pour qu'il se dilate plus facilement. Dans certains cas, la prostaglandine peut aussi provoquer la contraction de l'utérus.
- En utilisant une infusion intraveineuse (une aiguille dans votre bras) pour vous administrer une version synthétique de l'oxytocine, une autre hormone qui stimule la contraction de l'utérus.
- En rompant vos membranes ou « votre poche des eaux » en faisant un petit trou dans la poche amniotique qui entoure votre bébé dans l'utérus. Cela encourage souvent l'utérus à se contracter.

Parce que certaines méthodes de déclenchement sont pratiquées à l'hôpital (gel de prostaglandine, oxytocine), le fait de subir un déclenchement artificiel du travail peut limiter vos choix en matière de lieu d'accouchement. Beaucoup de sages-femmes proposent des plantes médicinales, des remèdes homéopathiques, de l'acupuncture, de l'huile de ricin, une stimulation des mamelons, ou la méthode étirement et décollement (voir ci-dessous) pour les femmes qui sont intéressées par des alternatives naturelles au déclenchement.

L'alternative au déclenchement artificiel du travail est appelée prise en charge non interventionniste. Cela signifie attendre le début du travail tout en procédant à une surveillance régulière du bien-être de votre bébé. Si les contrôles (par exemple, les échographies)indiquent que votre bébé ne continue pas à se développer dans votre utérus, le déclenchement artificiel du travail peut être recommandé.

Autres strategies pour vous aiderà commencer le travail

Il y a d'autres méthodes dont on pense qu' elles peuvent encourager le travail naturellement. L'une d'entre elles, que les sages-femmes proposent fréquemment à leurs clientes, est appelée étirement et décollement ou décollement des membranes. Votre sage-femme utilisera ses doigts pour faire un examen interne et évaluer l'état de votre col de l'utérus. Selon le degré de maturation de votre col de l'utérus, votre sage-femme étirer a votre col de l'utérus pour l'ouvrir (étirement) et passera son doigt entre l'intérieur de votre col de l'utérus et la poche des eaux qui contient votre bébé (décollement). Ceci peut être légèrement désagréable – certaines femmes trouvent même cela douloureux. Les études indiquent que la méthode étirement et décollement accélère la naissance du bébé de 3 jours en moyenne.

Les autres méthodes utilisées pour faire commencer le travail comprennent l'huile de ricin, l'acupuncture, l'homéopathie et les remèdes naturopathiques et à base de plantes médicinales. Peu de recherches ont été faites pour détermine rl'efficacité de ces méthodes ou pour tester les circonstances idéales de leur utilisation. Veuillez consulter votre sage-femme si vous êtes intéressée par ces méthodes alternatives pour faire commencer le travail.

Le déclenchement artificiel du travail par rapport à la prise en charge non interventionniste

Une solution proposée pour réduire les risques potentiels des grossesses prolongées est de déclencher le travail une fois que toutes les grossesses atteignent un certain stade – par exemple, 41 ou 42 semaines. Certaines études indiquent qu'une telle règle de déclenchement artificiel du travail peut réduire le risque déjà faible que votre bébé décède pendant le travail ou après. L'un des problèmes de cette approche est qu'il faudra déclencher le travail de centaines de milliers de femmes afin d'empêcher un petit nombre de blessures graves ou de décès.

De plus, les interventions médicales pratiquées pour stimuler le travail et l'accouchement comportent parfois leurs propres risques :

- Si votre travail est déclenché, vous pouvez être plus susceptible d'avoir besoin d'une césarienne ou d'un accouchement par voie vaginale assisté (par forceps ou ventouse obstétricale).
- Si votre travail est déclenché, votre bébé peut être plus susceptible d'avoir des problèmes respiratoires ou de devoir être admis dans une unité néonatale de soins intensifs.

En fin de compte, il existe peu d'études de bonne qualité indiquant qu'une option offre des avantages clairs par rapport à l'autre. Cela signifie que les décisions concernant le choix entre le déclenchement artificiel du travail et la prise en charge non interventionniste peuvent être difficiles à prendre. Tant que votre bébé est en bonne santé et en bonne position pour le travail, vos chances d'avoir un accouchement normal et sans complications peuvent être plus grandes si vous attendez jusqu'à 42 semaines que votre travail commence de lui-même. Entre-temps, le contrôle du bienêtre de votre bébé aidera à s'assurer que votre bébé continue à aller bien et aidera votre sagefemme à déterminer si le déclenchement pourrait être indiqué.

Si les contrôles indiquent que votre bébé ne se développe plus dans votre utérus, choisir de subir un déclenchement artificiel du travail avant que des problèmes plus graves ne se développent pourrait constituer une stratégie de choix pour optimiser la probabilité d'un accouchement normal et sans complications.

Une grossesse prolongée aura-t-elle une influence sur votre choix du lieu d'accouchement?

Une grossesse prolongée ne signifie pas nécessairement que vous ne pouvez pas prévoir un accouchement à domicile. Il existe peu d'études démontrant que l'accouchement à domicile est moins sécuritaire que l'accouchement à l'hôpital pour les femmes dont la grossesse dure plus longtemps que 40 semaines.

Parce que certaines méthodes de déclenchement sont pratiquées à l'hôpital (gel de prostaglandine, oxytocine), le fait de subir un déclenchement artificiel du travail peut limiter vos choix en matière de lieu d'accouchement.

Les bébés nés à 41 semaines et plus sont plus susceptibles de libérer du méconium. Si votre travail s'effectue en dehors de l'hôpital et que votre sage-femme remarque un certain type de méconium, il se peut qu'elle vous conseille devous faire transférer à l'hôpital.

Si vous avez plus de 40 ans...

Avez-vous des questions?

Bien que l'accouchement d'un enfant mort-né soit un événement peu probable dans toute grossesse, sa probabilité augmente avec l'âge. Par exemple, le risque d'accouchement d'un enfant mort-né à 39 semaines chez les femmes âgées de 40 à 44 ans est similaire au risque d'accouchement d'un enfant mort-né à 42 semaines chez les femmes âgées de 25 à 29 ans.

C'est pour cette raison que la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada conseille que les femmes âgées de 40 ans ou plus soient considérées comme ayant une grossesse prolongée à un âge gestationnel plus précoce (à 39 plutôt qu'à 42 semaines). Par conséquent, les hôpitaux ont par fois des règles qui conseillent que les femmes âgées de 40 ans ou plus suivent des calendriers différents pour le contrôle du bien-être de leur bébé ou le déclenchement artificiel du travail. Ce pendant, il existe peu d'études évaluant si cette approche aide vraiment à réduire le petit nombre d'accouchements d'un enfant mort-né qui se produit chez les femmes âgées de plus de 40 ans.

| Faites part de vos questions, préoccupations et idées à votre sage-femme. | | |
|---|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |





COMMENT DIFFERENCIER LE "VRAI" TRAVAIL DE MATURATION

Il n'y a pas de faux travail, il y a du travail de maturation!

Travail de MATURATION

- Contractions irrégulières intensité irrégulière (ex : le changement de position augmente l'intensité ou la chaleur réduit l'intensité)
- Durée irrégulière (2 secondes à 2 minutes)
- Capable de parler et de bouger pendant les contractions

VRAITRAVAIL

- Contractions régulières
- Intensité qui augmente, le changement de position ne change rien dans l'intensité
- Durée régulière (45 secondes à 1 minute)
- Incapacité de parler pendant une contraction
- Petits saignements

Quand appeler votre sage-femme

- si vous perdez vos eaux
- si vous avez des contractions régulières aux 5 minutes (du début d'une contraction jusqu'au début de l'autre) d'une durée de 45 secondes à une minute depuis une heure, ou depuis deux heures pour un premier bébé
- si vous avez des pertes sanguines
- si vous êtes inquiète
- en cas de doute

En cas de doute...

Si vous n'avez pas perdu de liquide et vous ne savez pas si vous êtes en travail actif, prenez un bain chaud, une douche (environ 30 minutes) et voyez l'effet par la suite.

Si c'est votre premier bébé...

Essayer d'ignorer entièrement vos contractions et continuez vos activités quotidiennes. Quand cela devient impossible, c'est le temps d'appeler votre sage-femme!



Reflexion sur une experience de naissance physiologique

Texte de Leap and Anderson de 2004, extrait de Evidence-based Care for Normal Labour and birth, Denis Walsh, 2007, p.48. (Traduit par Charlotte Landry et Tania Laviades).

Si vous êtes assez privilégiée pour être témoin d'une femme accouchant sans aide, dans le lieu de son choix, qu'auriez- vous vu?

Vous seriez, avant tout, en admiration face à sa force. Ses cuisses fortes et puissantes telles celles d'un guerrier, pendant qu'elle se teint, se balance et s'accroupit pour trouver la meilleure position et faciliter la sortie du bébé.

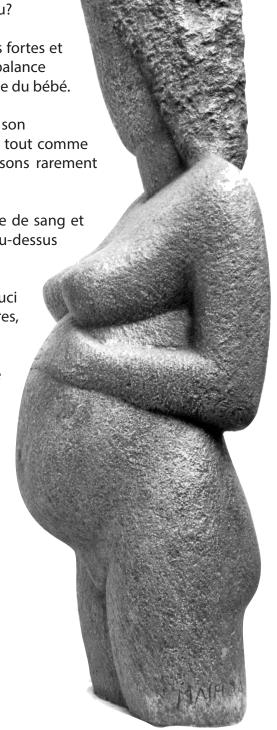
Vous entendriez ensuite le profond cri primal qu'elle fait pendant son travail, un son qui ne vient pas de sa gorge mais de son ventre tout comme les grognements et gémissements provenant de l'effort : des sons rarement entendus sauf dans les ébats amoureux les moins inhibés.

Vous remarqueriez peut-être la luisante rivière de mucus teintée de sang et d'eau coulant de façon inaperçue le long de ses cuisses : elle est au-dessus de telles choses, transportée dans une autre dimension.

Et finalement vous seriez frappée par sa beauté : son visage adouci par le flot d'ocytocine, ses yeux grands et brillants, ses pupilles noires, profondes et ouvertes.

Et vous penseriez -comment ne pourriez-vous pas- Quelle phénoménale créature est la femme! Mais vous n'auriez seulement vu cette étonnante scène qu'après avoir compris que si vous la dérangiez dans son travail, la femme serait déroutée. Tel un zoologiste, vous devriez apprendre comment vous comporter; comment vous asseoir tranquillement et patiemment, presqu'invisible, respirant avec elle, ne dérangeant pas son puissant rythme intérieur. Et vous verriez que la douleur de ses contractions ne l'accable que rarement.

La nature n'aurait pas fait que l'accouchement soit un passage intolérable.



GUIDE DE LA FEMME EN TRAVAIL

Ceci est une description théorique et fictive d'un travail et peut refléter votre accouchement ou non.

LE TRAVAIL VA COMMENCER BIENTOT

Ce qui se passe dans votre corps:

- « Lightening »: la descente du bébé. Chez les primipares, cela arrive habituellement de 2 à 6 semaines avant la naissance. Pour les grossesse suivantes, cela arrive souvent après le début dutravail.
- Léger écoulement de sang: quelques gouttes desang, mêlées avec du mucus.
- Bouchon mucus: quelque fois, le bouchon muqueux est teinté de sang. On peut le voir passer aussi bien 2 semaines que 24 heures avant le début du travail.
- Perte de poids: d'une ou deux livres, 1-2 semaines avant l'accouchement.
- Des douleurs lombaires sont courantes.
- Rupture possible des membranes (poche des eaux): Prévenez votre sage-femme. Le travail devrait normalement commencer par la suite!
- Parfois, les Braxton-Hicks sont assez fortes pour vous donner l'impression d'un début de travail.
- Les contractions 'Brax ton-Hicks' favorisent la circulation du sang au placenta, et aide au développement du segment inférieur de l'utérus.

PHASE LATENTE ET LES CONTRACTIONS DU DEBUT DE TRAVAIL

Ce qui se passe dans votre corps:

- Dilatation du col de 0 à 4 cm.
- Douleurs lombaires, diarrhée, crampes abdominales. Avec le travail dans le dos, vous pouvez expérimenter des douleurs seulement lombaires.
- Légers écoulements de sang (bouchon muqueux).
- Rupture occasionnelle des membranes.

Émotions possibles:

- Lasse de la grossesse, impatiente que le travail commence.
- Instinct de nidification, désir d'organiser l'environnement pour la naissance. L'excitation, des frissons, des tremblements possibles.
- L'activité semble accélérer les choses!



Suggestions:

- Comme c'est bien normal que le travail commence en fin de journée, essayez de vous reposer si vous vous sentez fatiguée. Vous pouvez même dormir si vous êtes capable. Si vous avez des bouffées d'énergie, allez-y! Mais reposez-vous fréquemment.
- Vous pouvez manger et voire à votre guise. C'est bien de manger maintenant pour permettre à votre corps de prendre des forces pour la suite. Essayez la tisane de feuilles de framboisier!
- Assurez-vous que tout le matériel pour l'accouchement est prêt (et dans vos valises, si vous accouchez à l'hôpital). Si vous avez encore des préparatifs pour vous ou bébé, faites-le maintenant en ayant de l'aide.
 Vous pouvez téléphoner à votre sage-femme et aux autres personnes concernées.
- Planifiez des activités agréables et relaxantes pour ces derniers jours ou semaines.
- Essayez la rotation du bassin, rouler des hanches. Bougez! Pour savoir s'il s'agit du vrai travail qui s'en vient: marchez! prenez une douche chaude! Ce sont des moyens reconnus pour faire passer un travail «latent» et stimuler le vrai travail. Le travail est réel quand les contractions augmentent en fréquence, en durée, en intensité et ont une action sur le col.

PHASE ACTIVE

Ce qui se passe dans votre corps:

- Dilatation du col de 4 à 8 cm.
- Les contractions deviennent plus longues, plus fortes et plus rapprochées. Elles durent 45-60 secondes et l'intervalle entre elles est de 5 minutes ou moins.
- L'écoulement sanguinolent augmente.
- Rupture possible des membranes. Le liquide amniotique coule abondamment ou ne fait que dégouliner.

Émotions possibles:

- Vous allez peut-être vous intérioriser à mesure que le travail devient plus intense.
- Être en relation avec les autres devient plus difficile.
- Des douleurs au dos ou aux jambes peuvent vous déranger.

'Je fais confiance en mon corps.'

Suggestions:

- Respirer normalement aussi longtemps que vous le pouvez. Une profonde respiration abdominale, des massages ou des caresses peuvent aider. Des respirations profondes sont réellement réconfortantes.
- Marchez! Roulez des hanches, accrochez-vous à quelqu'un lors d'une contraction. Essayez différentes positions.
- · Pensez «ouverture».
- Gardez votre vessie vide. Manger des morceaux de glace, buvez de l'eau. Mettez une débarbouillette humide sur le front. Prenez un bain ou une douche chaude.

Restez présente ici et maintenant; vous ne vivez cette contraction qu'une fois puis elle s'en va et ne reviendra pas.

TRANSITION

Ce qui se passe dans votre corps:

- Dilatation du col de 8 à 10 cm
- Environ 10 à 20 contractions très fortes, qui durent 60 à 90 secondes. Quelques fois, l'intervalle entre elles est très court, ou absent.
- Chaleur et transpiration.
 Crampes aux jambes, tremblements ou vomissement. Difficulté à se détendre.
- Sentiment que vous ne pouvez pas endurer davantage le travail. Somnolence entre les contractions.

Suggestions:

- Restez présente ici et maintenant. Regardez votre partenaire dans les yeux.
- Trouvez la façon douce de respirer qui vous convient le mieux.
- Durant le travail vous n'avez aucune obligation de parler à qui que ce soit durant une contraction. Les personnes présentes doivent travailler pour vous durant les contractions et répondre aux questions essentielles entre elles.
- Vous avez le droit de vous exprimer complètement en toutes sortes de façon: verbalement, avec des sons, des paroles, en bougeant le corps, en chantant...

Planez au-dessus de vos contractions, conduisez les comme des vagues, soyez attentive à elles et pensez à ouvrir avec chacune d'elles.



LE DEUXIEME STADE

Ce qui se passe dans votre corps:

- Dilatation complète.
- Le bébé descend. Pression interne au rectum, sensation d'avoir envie d'aller à la selle.
- Les contractions restent fortes, mais sont plus espacées. Il y a des pauses entre elles.
- Ce stade durent environ 30 minutes à 2 heures.

Émotions possibles:

- Forte envie de pousser.
- Regain d'énergie possible, sachant que bébé s'en vient!
- Comme le bébé atteint la sortie du bassin, vous pouvez ressentir une sensation de brûlure. Cessez de pousser, respirez et haleter.

Suggestions:

- Massage du périnée entre les contractions.
- Pour pousser, installez-vous dans une position
- confortable: semi-assise, à 4 pattes, accroupie... Et changez de positions au besoin.
- Suivez le mouvement de la poussée qui s'installe en vous. Vous pouvez parfois avoir besoin d'être quidée durant cette étape.
- Rappelez-vous que le bébé descend, remonte, et ainsi de suite, jusqu'à sa sortie.
- Deux, trois bonnes poussées par contraction.
- Poussez aussi fort que vous en avez besoin.

VIENS T'EN BEBE!'

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT DANS L'EAU

¹De plus en plus de femmes envisagent, avant et pendant leur accouchement, la possibilité de faire une partie de leur travail et parfois même de donner naissance dans l'eau. Cette option s'avère intéressante pour les nombreux avantages qu'elle présente. En effet, les bienfaits liés au travail et à l'accouchement dans l'eau sont multiples.

changements de position et assure une grande liberté de mouvement. Elle diminue aussi la sensation de lourdeur. Cela permet ainsi de réduire le poids exercé sur la veine cave, favorisant ainsi un meilleur retour du sang vers le cœur et donc, une meilleure irrigation et oxygénation du muscle utérin.



L'immersion a aussi pour effet de créer un environnement sécurisant et apaisant pour la femme en travail. Certaines femmes rapportent se sentir moins nue et donc, plus à l'aise devant le regard d'autrui dans ce moment de grande force, mais aussi de vulnérabilité. À noter que le conjoint peut lui aussi s'immerger dans l'eau pour mieux soutenir (sans trop forcer) et masser sa compagne. Il peut y rester également pour l'accueil du nouveau-né.

L'état actuel des recherches démontre que l'accouchement dans l'eau est tout aussi sécuritaire, tant pour la mère que pour le bébé, qu'un accouchement

hors de l'eau. En effet, on a constaté aucune différence en ce qui a trait au score d'Apgar, au pH artériel ombilical, aux pertes sanguines maternelles et au risque d'infection maternelle et néonatale comparativement aux accouchements ayant eu lieu hors de l'eau. De plus, le recours à l'anesthésie péridurale était nettement diminué lorsque les femmes bénéficiaient d'une immersion au cours du premier stade du travail (3-10cm). À noter qu'aucun écart significatif n'a pu être constaté quant aux taux d'accouchements assistés (ventouse, forceps) et de césarienne¹.

D'une part, l'immersion dans l'eau pendant le travail est reconnue comme étant une option appropriée et efficace pour favoriser la détente et faciliter l'apprivoisement de la douleur. Par le fait même, elle engendre une plus grande libération d'endorphines (analgésique naturel du corps), permettant ainsi de faciliter la sécrétion d'ocytocine (hormone des contractions utérines) et la diminution du taux d'adrénaline (hormone du stress). L'immersion dans l'eau favorise la détente, ce qui engendre une relaxation des muscles, une respiration plus fluide et donc une diminution de la perception de la douleur. L'effet de flottaison facilite les

Ces données sont tirées, en grande partie, d'une revue systématique Cochrane réalisée en 2009 ayant analysé les issues maternelles, fœtales et néonatales associées au travail et à l'accouchement dans l'eau en comparaison avec des accouchements non-aquatiques. Cette revue de la littérature scientifique re- groupait onze études, représentant au total un échantillonnage de 3146 femmes.

Principaux bénéfices reliés au travail et à l'accouchement dans l'eau:

- Facilite la relaxation (économie d'énergie maternelle)
- Procure un soulagement de la douleur et des tensions musculaires
- Diminue la perception de l'intensité des contractions
- Diminue le recours aux analgésiques et aux anesthésiques
- Diminue le recours aux médicaments ocytociques (pour augmenter les contractions)
- Crée un effet d'apesanteur
- Facilite les changements de position et permet une grande liberté de mouvement
- Réduit la tension artérielle (tributaire d'une diminution du stress)
- Crée un environnement sécurisant (impression d'être protégée par et sous l'eau)
- Donne une impression de contrôle sur son environnement et le choix de positions... ce qui favorise l'abandon et le lâcher-prise
- Peut diminuer le nombre et la gravité des déchirures périnéales (l'eau chaude assouplit les tissus)
- Procure une grande satisfaction aux femmes la majorité affirme souhaiter l'accès au bain lors d'une expérience d'accouchement ultérieure.

Contre-indications

- Travail/accouchement prématuré
- Saignement vaginal excessif
- Hypertension artérielle
- Fièvre maternelle (≥ 38°C) ou infection maternelle soupçonnée
- Liquide amniotique méconial particulaire ou épais
- Cœur fœtal anormal
- Infection de la peau ou du sang non-traitée

Principaux désavantages associés au travail et à l'accouchement dans l'eau

- Diminue la force et la fréquence des contractions lorsque la femme entre trop tôt dans le bain (avant le travail actif ou avant 4-5 cm de dilatation)
- Estimation des pertes sanguines moins précise



Risques théoriques

- Hyperthermie maternelle (si la température de l'eau est excessivement élevée)
- Infection maternelle et néonatale (non démontré scientifiquement)
- Problèmes de régulation de la température du bébé (si dans une eau trop chaude ou exposée nu à l'air frais trop longtemps)
- Risque d'aspiration d'eau si le bébé reste submergé longtemps après la naissance.

Conditions préalables

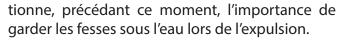
Réserver l'accouchement dans l'eau aux femmes dont la grossesse s'est déroulée sans complication et dont l'accouchement se déroule normalement :

- Grossesse à terme (37-42 semaines)
- Grossesse à faible risque
- Présentation céphalique (tête en bas)
- Travail actif bien établi (contractions régulières, rapprochées et de bonne intensité)
- Absence de saignements vaginaux inhabituels
- Rythme normal du cœur fœtal

Généralités - pour que tout se déroule de manière sécuritaire

S'assurer d'une désinfection correcte du bain. Le bain et l'eau doivent être propres. Il arrive que l'on ait à retirer, au fur et à mesure, des caillots de sang et des selles, à l'aide d'une puisette. La qualité de l'eau demeure tout de même acceptable et le risque d'infection maternelle et néo natale est équivalent à celui d'un accouchement hors de l'eau.

- Le bain doit être assez profond pour permettre à la mère d'adopter n'importe quelle position de facon confortable.
- Idéalement, le niveau d'eau devrait atteindre les seins de la femme (si en position assise). Ce niveau d'immersion permet un meilleur effet de flottaison et favorise les changements hormonaux souhaités (+ endorphines, + ocytocine, stress, adrénaline). La pièce doit être chaude.
- Les touchers vaginaux effectués sous l'eau sont sécuritaires.
- L'immersion dans l'eau suite à la rupture de la poche amniotique l'est aussi.
- La surveillance du rythme cardiaque fœtal est effectuée à l'aide d'un appareil à ultrasons hydrofuge.



- En effet, il est important que la tête du bébé ne soit pas en contact avec l'air avant la naissance de son corps car la différence de température pourrait déclencher un réflexe respiratoire et, par conséquent, une aspiration de l'eau. Le bébé doit naître complètement dans l'eau, sans entrer en contact avec l'air, le temps de pouvoir ramener tout son corps à la surface de l'eau. Une fois la tête née et en attendant la prochaine contraction pour la naissance du corps, le cordon ombilical continue de lui donner l'apport d'oxygène dont il a besoin.
- Ce n'est qu'avec la poussée finale, lors du passage dans le vagin, que le thorax du bébé sera comprimé de telle sorte à ce qu'il expulse le liquide am-

niotique de ses poumons. Le contact avec l'air frais, hors de l'eau, et la sensation de gravité auront pour effet de provoquer son premier cri et donc, ses premières respirations. Peu à peu, sa peau va se colorer.

- Si la tête, une fois sortie du vagin, est exposée à l'air, on informera la mère de l'importance de faire la dernière poussée (pour la naissance du corps de bébé) hors de l'eau.
- En ce qui concerne le cordon ombilical, la sagefemme fait les manœuvres pour le dérouler sous l'eau s'il est enroulé autour du

bébé. Si des manœuvres plus complexes sont exigées, la sage-femme demandera à la mère de se lever hors de l'eau afin qu'elle déroule le cordon avec plus d'aisance.

- Veiller à rester bien hydratée (boire suffisamment et uriner à intervalles réguliers).
- Prévoir, en tout temps, la possibilité d'une sortie rapide et sécuritaire du bain.
- Veiller au maintien d'une température adéquate de l'eau (36 à 38°C) et confortable pour la mère.
- Éviter d'entrer dans le bain avant que la dilatation ne soit de 5 cm. L'immersion précoce est associée à un arrêt ou à une progression ralentie du travail.
- Au stade du couronnement de la tête (fin de la poussée), les femmes en position agenouillée ont souvent le réflexe de soulever leur bassin hors de l'eau. Il se peut que votre sage-femme vous men-

L'arrivée pour le bébé qui naît dans l'eau étant plus douce (contraste de gravité et de température moins grand), il arrive que certains bébés ne pleurent pas ou ne respirent pas spontanément dans les instants qui suivent la naissance. La stimulation tactile et le contact à l'air frais suffisent généralement pour déclencher ces réflexes. Le nouveau-né peut demeurer bleuté plus longtemps, le temps qu'il s'adapte à sa

nouvelle vie extra-utérine, sans que cela ne soit dangereux. Il est alors important de parler à votre bébé, de l'inviter à arriver, de le masser. Le conjoint est peutcelui qui le remarquera plus. Vos sages-femmes surveillent discrètement et de près l'état de votre bébé et son adaptation graduelle. Le bébé ne doit pas être laissé inutilement sous l'eau après sa naissance.

- Les personnes qui accompagnent la naissance dans l'eau doivent être expérimentées et confortables avec ce type de naissance.
- Une fois le bébé né hors de l'eau, on suggère d'immerger son corps de nouveau tout en soutenant doucement sa nuque (souvent fait par le conjoint), cela dans le but d'éviter de grandes pertes de chaleur corporelle. De cette façon, vous serez également en mesure d'admirer votre bébé, d'observer son visage, son regard, son corps et le cordon ombilical qui cessera bientôt de pulser. Très souvent, les bébés sont dans un état de calme attentif et observent leurs parents.
- Lorsque le cordon ombilical est clampé et coupé, on offre au papa de prendre le bébé contre sa poitrine, en peau à peau, si la maman n'est pas en mesure de garder bébé dans ses bras le temps qu'elle sorte du bain et se rende au lit.
- La délivrance du placenta peut avoir lieu dans le bain ou une fois de retour au lit. Il arrive, pour des raisons de confort ou pour des raisons cliniques (recommandé par votre sage-femme), que vous quittiez le bain afin de vous installer au lit pour cette étape importante et finale de l'accouchement.

Accouchement à domicile : il est possible de louer une piscine d'accouchement, à défaut de quoi le bain du domicile est acceptable pour la naissance dans la mesure où il est assez profond.
Réflexions

La plupart d'entre nous trouvons réconfort et apaisement à la vue ou au contact de l'eau. Peut- être estce associé au fait que nous débutons notre vie dans l'environnement intra-utérin en étant entourés d'eau et que notre corps est, lui aussi, composé en grande partie d'eau.

Notre expérience en maison de naissance nous permet de constater à tous les jours le bien-être que vivent la majorité des femmes qui entrent dans le bain pendant le travail. Les sages-femmes font confiance aux femmes et en leurs capacités d'accoucher librement. Certaines femmes vont manifester le désir et le besoin d'accoucher accroupies, d'autres sur le banc de naissance, d'autres étendues sur le lit et... d'autres ne voudront plus quitter le bain lorsqu'elles sentiront l'envie de pousser. C'est là qu'elles sont bien pour donner naissance à leur bébé. Nous veillons donc à leur offrir cette option tout en respectant, comme pour les autres options, certaines règles qui garantissent un accouchement en toute sécurité, pour la mère et pour le bébé.

Sources

Cluett, E.R. & Burns, E. (2009). Immersion in water in labour and birth (Review). The Cochrane Data- base of Systematic Reviews.

Thoni, A., Mussner, K. & Ploner, F. (2010). Water birthing: retrospective review of 2625 water births. Contamination of birth pool water and risk of microbial cross-infection. Minerva Ginecol. Vol. 62, no3, pp. 203-2011.

Shaw-Battista, J.C. (2009). Optimal outcomes of labour and birth in water compared to standard maternity care. Graduate PhD. University of California, 357 pages

Durant le travail de l'accouchement: comment se donner de l'energie



- 1. La respiration.
- 2. La détente.
- 3. La confiance.
- 4. S'unir au travail, au lieu de lui résister ou de la contrôler.
- 5. S'entourer d'amour. Pensées d'amour au bébé.
- 6. Contact d'yeux à yeux avec son partenaire ou toute autre personne qui nous accompagne.
- 7. Accueillir les contractions une à la fois, la laisser aller, s'y abandonner.
- 8. Accueillir les paroles réconfortantes et/ou les toucher (massages).
- 9. Se sentir protégée, confiante, ferme dans sa vision de l'accouchement. Si tu as besoin d'aide, demandes-en.
- 10. Se permettre de vivre ses émotions, de les exprimer; cela aide l'énergie à circuler dans le corps. Cela libère l'intensité de la naissance sur tous les plans (Puissance).
- 11. Reconnaître et accepter l'intensité de la naissance sur tous les plans (Puissance)
- 12. Tout est approprié pour moi et pour mon enfant, en ce moment.
- 13. Le sens de l'humour.
- 14. Faire son nid. Musique préférée, installer son énergie dans la pièce, créer un climat paisible, serein.
- 15. Prévoir des jus de fruits, tisane et miel, fruits séchés etc. Cela conserve l'énergie.
- 16. Travailler avec l'enfant, se faire PASSAGE et visualiser souvent le chemin que prend l'enfant dans la descente.

DURANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT: EXEMPLES D'AFFIRMATIONS

D'après Nancy Cohen et Lois Estner, dans « Silent Knife »

Les affirmations peuvent être utiles pour vous centrer pendant la tempête du travail. Choisissez parmi celles qui résonnent avec vous, sinon sentez-vous libre de créer les votres.

FEMME:

- Je suis une femme forte et capable.
- Je me crée une expérience d'accouchement totalement positive.
- J'accepte mon travail, et je crois que c'est exactement le bon travail pour moi et mon bébé.
- Mon bassin se relâche et s'ouvre (comme ceux d'innombrables femmes avant moi).
- Je ressens l'amour que les autres ont pour moi pendant la naissance.
- Je traite mon compagnon avec amour pendant l'accouchement.
- J'ai un beau corps; mon corps est mon allié.
- Mon accouchement est une expérience d'apprentissage, par laquelle je grandis et je change.
- J'accepte l'idée d'une douleur bonne et saine.
- Je suis forte, confiante, sûre de moi... et femme.
- J'aide mon bébé à se sentir en sécurité, pour qu'il ou elle puisse naître sans peur.







PARTENAIRE:

- Je prends soin de moi-même pendant cette grossesse.
- Je vois ma compagne comme une femme forte et capable et je ne m'en sens pas menacé.
- Je supporte ma compagne dans son travail, même dans la douleur.
- J'exprime mon amour à ma femme, facilement et souvent.
- J'accepte de me sentir impuissant.
- J'accepte le travail qui nous est donné.
- Je suis sensible, tendre, ouvert et confiant.
- Je sens l'amour que les autres ont pour moi quand j'ai besoin de support.

Role du partenaire ou de l'accompagnant-e (survol)

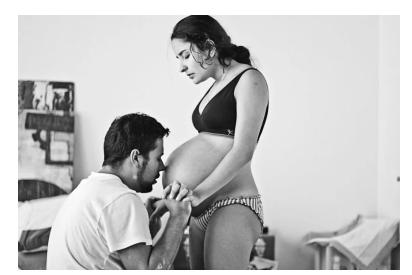
La place du/de la conjointE, de la compagne ou de la personne choisie par la mère joue un rôle crucial pendant l'accouchement. Voici, rassemblées, quelques façons d'aider la mère. Évidemment, chaque femme est différente et le soutien qui lui conviendra aussi, mais vous avez ici un survol.

- Si le travail commence la nuit et qu'il est encore léger, encouragez-la à somnoler ou à se reposer entre les contractions en l'aidant à s'installer confortablement et en la massant doucement surtout dans le bas du dos.
- Si le travail est long, demandez aux personnes fatiguées, vidées, de sortir de la pièce. Envoyez-les dormir un peu ou se reposer et appelez quelqu'un dont l'énergie neuve viendra recharger vos batteries. Mieux vaut alterner les sources de soutien et ne pas en manquer.
- S'il commence le jour, allez avec elle dans un endroit où vous vous sentez bien et intimes et travaillez avec elle à vous habituer aux contractions.

• Rappelez-lui que tout ce travail sert à faire naître votre bébé. Aidez-la à garder contact avec le bébé, en

pensée, en mots ou en le touchant quand vous commencerez à voir le sommet de sa tête.

- Aidez-la à rester active et à manger aussi longtemps que possible et préparez-lui des choses qu'elle aimerait manger.
- Organisez l'espace physique pour elle, trouvez-lui des endroits pour s'appuyer, se suspendre, s'agenouiller, s'accroupir.
- Restez en contact physique étroit avec elle.
- Veillez à ce que toutes les personnes en contact avec elle respectent l'atmosphère dont elle a besoin.
- Respirez avec elle.
- Faites-lui des compresses chaudes au besoin.
- Aidez-la à se détendre pendant les contractions en touchant doucement les parties de son corps qui ont le plus de difficulté à se relaxer.
- Décrochez du moniteur fœtal si vous êtes dans un contexte hospitalier où il est branché en permanence. Gardez votre attention sur votre compagne : c'est elle qui est en travail, pas le moniteur.
- Encouragez-la à faire les sons qui lui conviennent, à se laisser aller avec ses contractions.
- Si elle est fatiguée ou découragée, donnez-lui un massage revigorant sur tout le corps ou faites-lui un massage vigoureux de la plante des pieds.
- Regardez-la, faites en sorte qu'elle puisse toujours aller chercher votre regard quand elle en a besoin.
- Si vous avez besoin d'aller vous reposer un moment, trouvez quelqu'un qu'elle aime pour vous remplacer.
- Aidez-la à se détendre complètement entre les contractions, à ne penser à rien d'autre.
- Prenez-la dans vos bras et bercez-la pendant ou entre les contractions.
- Dites-lui combien elle fait un travail extraordinaire en reconnaissant l'effort et la générosité qu'elle y met plutôt que d'axer sur sa performance.
- Gardez l'éclairage au minimum et toujours indirect. Demandez au personnel de travailler avec un minimum de lumière si vous êtes à l'hôpital.
- Encouragez-la à bouger, à changer de position, à se lever pour aller aux toilettes.



Role du partenaire ou de l'accompagnant-e

DEBUT DU TRAVAIL

La nuit:

- suggérer de rester au lit avec un coussin ou une bouillotte chaude
- expérimenter la détente en respirant
- dormir entre les contractions

Le jour :

- encourager la mère à faire ses activités quotidiennes, ne pas être dans l'attente mais si elle est fatiguée, l'encourager à se reposer
- manger, boire et encourager la mère à le faire aus-
- plus tard, les contractions exigeront plus de concentration
- soyez créatifs! C'est la fête de la naissance
- soyez confiants : vous trouverez le chemin de votre ouverture. Encourager la mère vers l'ouverture aussi.
- établir un climat léger et calme, chaque étape nous apprend à franchir la suivante
- établir un lien avec la mère par le massage et/ou le contact visuel
- exprimer ses besoins, prendre sa place
- compter la fréquence et la durée des contractions
- se permettre de faire une partie du travail à la maison
- s'occuper des éléments de logistique (gérer les communications avec les proches, organiser la garde des autres enfants, finaliser les préparatifs pour la valise et le siège d'auto, etc.)

TRAVAIL ACTIF (3 a 6 cm)

- contractions plus vives, plus rapprochées et plus régulières; période d'adaptation
- apprendre à couler avec cette nouvelle énergie
- respirations encore plus importantes
- le bruit de la respiration devient la chanson de l'accouchement. Soyez créatif et laissez-la se transformer selon ce qu'elle ressent
- si produire des sons vous aide, allez vers les sons graves qui favorisent l'ouverture;



- suggérer de bouger, de marcher, de changer de position, surtout si le bébé est haut. Adopter une attitude d'ouverture
- varier les positions (verticale, couchée...)
- si tous les muscles autour de la bouche sont bien décontractés, le col le sera aussi. Encourager la femme à laisser sa bouche molle pendant la contraction
- une petite règle si le travail évolue bien : faire ce que vous redoutez le plus (ex : marcher même si vous n'en avez pas toujours le goût
- à mesure que l'intensité augmente, répéter cette phrase-clé: «la meilleure façon de sortir de la douleur est d'y entrer»
- continuer de boire et de manger pour éviter l'hypoglycémie, et offrir régulièrement de l'eau et des bouchées de collations entre les contractions
- si la nourriture ne s'assimile pas, suggérer une tisane avec du miel, du jus ou Gatorade, ou encore des glaçons
- soutenir la mère pendant les interventions de la sage-femme (vérifications du col, écoute du cœur fœtal, pose d'intraveineux, etc.), et si jamais la présence de personnel médical est requis, être une

- source de réconfort et familiarité face à l'inconnu et l'imprévu
- suggérer de prendre un ou des bains chauds ou encore de faire des compresses avec une serviette chaude et les appliquer au bas du ventre et dans le dos
- être à l'écoute : elle aura besoin d'exprimer des choses qui n'ont pas nécessairement besoin de solutions : que c'est difficile, que ça fait mal, qu'elle a peur. L'écouter avec tendresse et calme l'aidera beaucoup.
- la sage-femme peut te suggérer des techniques de massage ou points de pression
- les hormones «endorphines» ont un effet adoucissant sur la douleur, donc l'encourager à profiter des pauses entre les contractions

TRANSITION (7 a 10 cm)

** Cette phase de l'accouchement est souvent le plus turbulent de la tempête, donc particulièrement important de servir comme phare pour la mère. Dédramatiser, dire des mots d'amour. **

- il y a parfois des plateaux dans cette phase; ne pas se décourager. Apporter des paroles de confiance
- la mère a parfois besoin de changer d'état, d'attitude (ex : transformer le perfectionnisme, la gentillesse, la docilité) pour entrer dans sa puissance
- les contractions sont plus longues et plus rapprochées (pertes sanguinolentes)
- massage, toucher, chaleur, compresses chaudes
- parfois les femmes ne veulent pas être touchées; être à l'écoute
- la mère peut vomir, trembler : la rassurer que tout est normal
- visualiser le bébé : il fait sa rotation et descend.
 Encourager la mère à le visualiser aussi, et si cela est aidant pour elle, lui répéter que le bébé est en équipe avec elle.
- libérer les nœuds d'émotions en l'encourageant à exprimer ses peurs, ses pensées
- votre regard vous unira à vos forces
- si le travail est long, assurez-toi de prendre ton espace et n'oublie pas de te reposer et de manger

LA POUSSEE

- il peut parfois y avoir une période sans contractions ni poussées. Ne pas s'inquiéter, c'est souvent un temps de repos avant la poussée
- la poussée est un réflexe spontané par lequel l'utérus va chercher l'assistance de la mère pour faire naître le bébé
- la première poussée c'est l'adaptation à la forte pression sur le vagin et le rectum
- parfois, il y a des femmes qui sentent que ça pousse tout seul (l'action de pousser est alors involontaire). On peut guider pour que l'expulsion ne soit pas trop brusque. Cela prévient les déchirures du périnée
- lorsque la femme ne sent pas cette sensation de poussée, elle doit fournir des efforts supérieurs
- chaque poussée fait descendre le bébé; pour un premier bébé, la poussée est parfois très lente, c'est-à dire, que le moulage de la tête se fait lentement. Ça peut durer entre 5 minutes et 3 heures
- changer de position si le bébé ne descend pas (semi-assise, à genoux, accroupie, debout, couchée sur le côté). Soutenir la mère physiquement dans certaines positions
- supporter la mère positivement. Respecter cette phase de l'accouchement
- laisser passer le bébé, s'ouvrir
- accueillir le bébé, prendre le temps de la toucher, de la mettre sur le ventre de la mère;
- si la mère n'est pas disponible, favoriser le peau à peau avec le père
- laisser sortir vos peurs, vos émotions, vos joies. Savourer ces moments uniques dans votre vie.



Avantages de l'allaitement exclusif jusqu'a l'age de six mois et plus

Chez l'enfant

- Diminution de la gravité de la maladie allergique
- Diminue le risque d'infection
- Diminue les risques de pathologie digestive
- Diminution du risque d'obésité
- Diminue la fréquence des diabètes de type 1 et 2 semble moins importante dans la population des enfants ayant eu un allaitement de plus de 4 mois.
- Lait maternel contient de la DHA (acide gras Oméga 3 très important pour le développement cérébral et rétinien)
- Développement psychomoteur est meilleur chez les bébés allaités
- Meilleur développement de la mâchoire permettant de diminuer le risque de malocclusion dentaire

Chez la mère

- Sécrétion des hormones : contraction de l'utérus donc diminution des saignements ; apaisement et une somnolence chez la mère et le nourrisson
- Retour au poids habituel plus facilement pour certaines femmes
- Peut retarder l'arrivée du retour de couches
- Améliorer la minéralisation osseuse donc moins d'ostéoporose
- Moins d'arthrite et moins de diabète
- Diminution de cancers

Avantages pratiques

- Le lait maternel est en permanence à disposition
- Le lait maternel est toujours à la bonne température
- La quantité du lait maternel s'adapte, en fonction des sollicitations de l'enfant
- Le goût du lait maternel change en fonction de l'alimentation maternelle, faisant découvrir le goût des aliments à l'enfant

Durée de l'allaitement

L'Organisation Mondiale de la Santé, ainsi que la Société Canadienne de Pédiatrie, ainsi que l'Unicef, recommandent un allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois, suivi d'une poursuite de celui-ci, parallèlement à une alimentation diversifiée, jusqu'à l'âge de 2 ans et même au-delà...

LES AVANTAGES DE L'ALLAITEMENT DE A A Z

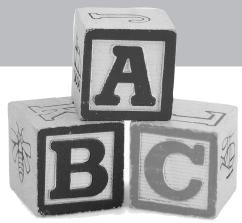
- A Diminue le risque d'allergies
- **B** Le bébé à trois besoins : chaleur, nourriture et contact physique, ils sont tous comblés par l'allaitement.

 Aide à éliminer la bilirubine.
- **C** Aide à diminuer les risques du cancer du sein. Nourriture complète; colostrum passe les anticorps au bébé; couches moins odorantes.



- $oldsymbol{\mathsf{0}}$ Le bébé digère mieux le lait de sa mère; est toujours disponible; aide la mère à se détendre.
- **E** Économise temps et argent; écologique.
- **F** Facile : rien à préparer.
- ${f G}$ Lors d'une gastro-entérite la mère passe les anticorps au bébé dans son lait.
- H La prolactine est aussi appelée l'hormone maternelle, la mère en produit lorsqu'elle allaite. Bébé est moins malade donc plus heureux.
- Renforce l'immunité du bébé, les anticorps passent de la mère à son bébé dans le lait.
- J Les tétées fréquentes diminuent les risques de jaunisse.
- K Aide la maman à perdre des kilos après la grossesse.
- L Crée des liens uniques entre la mère et son bébé. Lactose est plus facile à digérer. Lactoferrine, une enzyme, aide à l'absorption du fer. La Ligue La Leche.
- M Bon exercice pour la mâchoire du bébé. Retarde les menstruations. Expulse le méconium plus vite.
- N Plus facile la nuit. Meilleure nutrition. Naturel.
- **0** Retarde l'ovulation. Diminue les chances d'obésité plus tard.
- ${f P}$ Est toujours prêt, Prévention de plusieurs maladies. Adapté aux besoins du bébé prématuré.
- ${f Q}$ Toujours en quantité suffisante et de première qualité.
- R Pas besoin de la réchauffer. Aide la mère à relaxer.
- ${f S}$ Satisfait tous les sens. Recommandé par la Société Canadienne de Pédiatrie. Sent bon!!!
- T Toujours à la bonne température. Contient de la taurine : enzyme qui aide au développement du cerveau. Ne tache pas les vêtements.
- ${f U}$ Unique et fait spécialement pour notre bébé. Aide à contracter l'utérus après l'accouchement.
- **V** Permet de voyager plus facilement.
- ${\sf W}$ Économie d'énergie de la mère et de kilowatt en n'ayant rien à préparer, mélanger, chauffer et laver.
- X Extra, extra bon...
- **Y** Y a rien de meilleur pour bébé.
- Z Zzz…bébé se calme et s'endors facilement au sein.

Source: La Ligue La Leche - Téléphone : 514 990- 8917 - Courriel : information@allaitement.ca www.allaitement.ca - La Ligue La Leche offre à votre famille une expertise complète et gratuite en allaitement



ALLAITEMENT MATERNEL: UNE MISE EN ROUTE A NE PAS MANQUER

Par Docteur Marie Thirion, pédiatre, formatrice en physiologie des adaptations néonatales et allaitement maternel, Institut CoNaître Texte publié dans «Le Journal des professionnels de l'enfance», 2002

Vieux comme l'humanité, indispensable autrefois à la survie de notre espèce, fonction physiologique essentielle du temps de la reproduction, l'allaitement maternel pourrait paraître évident, simple et pour utiliser un mot à la mode « naturel ». N'a-t-on pas répété qu'une femme qui le désire vraiment va réussir son allaitement? Or ce n'est pas toujours le cas. De tout temps, certaines femmes ont – disait-on - «manqué de lait», des bébés ont été «complétés» avec plus ou moins de bonheur, et certains ont réellement eu faim. Le spectre d'un allaitement qui «ne marche pas»



resurgit à chaque pleur d'un nouveau-né. Toutes les personnes présentes vont se sentir interpellées par cet appel impérieux. Mais les réponses apportées varient beaucoup. Dans la plupart des cultures de notre planète, la réponse est simple : redonner le sein à l'enfant dès qu'il pleure, dès qu'il s'éveille, chaque fois qu'il en manifeste le désir. Dans notre pays, depuis un peu plus d'un siècle, mères, grands-mères, soignants des maternités et des services de soins de la petite enfance ont au contraire stigmatisé le mauvais fonctionnement des seins et introduits la notion qu'il fallait surveiller, contrôler, espacer les tétées, peser et surtout très vite, tout de suite, compléter.

Il est temps de revoir nos pratiques. Les recherches scientifiques des 15 dernières années nous ont apporté des données essentielles pour comprendre comment la lactation se met en route, ce qui l'entretient, la stimule ou au contraire l'inhibe. Il est temps de faire la part de ce qui est vieilles traditions et habitudes angoissées pour ne plus les reproduire. Temps d'apprendre à reconnaître les signes cliniques précis qui montrent qu'un allaitement marche bien. Temps surtout de modifier nos pratiques au moment de la naissance pour favoriser le démarrage de cette fonction nouvelle et éviter tout ce qui risque de la compromettre. Ce que les services hospitaliers mettent progressivement en pratique. Pour donner à une femme qui désire allaiter son bébé le maximum de chance de le réussir, je décrirai schématiquement trois étapes.

Première étape : le temps de la naissance

Juste après sa naissance, parce que certaines hormones ont été sécrétées en abondance pendant sa progression vers la vie aérienne, le bébé est dans un état tout à fait spécial. Réveillé, attentif, musculairement tonique, il est capable de repérer l'odeur du liquide amniotique sur ses mains, de chercher ensuite un autre signal d'odeur à proximité, émis par les aréoles maternelles. Puis lentement, il s'entraîne à ouvrir la bouche, mobiliser sa langue, parfois se rapprocher des seins de sa mère en rampant, soulever sa tête. Quant il est ainsi prêt, il n'a besoin que d'un petit peu d'aide pour se positionner, puis tout seul, il ouvre grand la bouche et saisit le sein largement.

Pendant tout ce temps, l'ocytocine, hormone maternelle à la double fonction - allaitement et attachement – monte dans le sang de la mère pour favoriser la première tétée. Et la chaleur du corps de la mère permet au bébé de remonter sa température plus vite et plus durablement qu'une couveuse ou un berceau. Bien sûr, il y aura les bébés qui trouveront le sein en quelques dizaines de minutes, d'autres qui dormiront, d'autres encore qui ne le feront qu'au bout de plusieurs heures. L'essentiel est que cette découverte du sein réponde à une recherche ACTIVE du bébé, que ce soit lui qui prenne le sein, à un moment où il est pleinement et calmement ÉVEILLÉ.

La probabilité de réussir un tel parcours dépend en grande partie de ce que le bébé va vivre dans les minutes qui suivent sa naissance. S'il est posé, nu, la bouche près des seins de sa mère, bien séché et bien couvert, si nul ne le dérange, ses chances de réussite sont optimales. Si son état nécessite des soins immédiats qui le séparent de sa mère, ce sera plus difficile et la première tétée demandera une plus grande vigilance des soignants, qui auront alors à aider sans gêner, ni forcer. Ce qui devrait disparaître des salles de naissance, c'est l'enchaînement de gestes qui n'ont rien d'urgent mais sur lesquels tout le monde – par habitude – se précipite: baigner, peser, mesurer, s'occuper du cordon ombilical, vérifier l'anus et l'œsophage, mettre deux brassières, un pyjama et des chaussons, instiller du collyre dans les yeux et faire la raie sur le côté....! Tout cela peut attendre que le bébé ait réussi son programme-tétée et se faire tranquillement juste avant le retour de la nouvelle famille dans sa chambre.

Deuxième étape : Les tout premiers jours après la naissance

C'est un moment idéal pour que le bébé améliore sa technique. Le lait, encore peu abondant, coule doucement, mais le bébé en recevra chaque fois qu'il tètera. Il peut téter chaque fois qu'il le demande, autant qu'il veut, autant que sa mère le veut. Chaque fois qu'il tète, il fait trois choses en même temps : il s'entraîne pour un geste efficace, il se nourrit avec un lait «spécial-démarrage» qui l'aide à s'adapter à la vie à l'air libre après les mois de vie aquatique, et il retrouve sa mère découvrant la certitude rassurante qu'il n'est pas seul dans un univers inconnu. Trois points, tout aussi importants, les uns que les autres.



Mais qu'est-ce qu'un geste de succion efficace? Il s'agit bien de téter, et non de suçoter, mordiller, ou s'accrocher au sein. Téter est un geste complexe. Il s'agit d'ouvrir très grand la bouche, le menton collé au sein, tête légèrement en arrière, de prendre en bouche une très large partie de l'aréole, et non le seul mamelon. Les mouvements coordonnés et puissants de la langue et du maxillaire vont avoir deux actions : stimuler l'hormone (l'ocytocine) qui propulse le lait de la glande vers les canaux, et transférer ce lait des canaux vers la bouche du bébé. Le bébé ne réussit bien son geste que s'il ouvre lui-même la bouche, calmement, sans être forcé, sans s'énerver. Il convient donc de lui proposer de téter dès qu'il se réveille, dès qu'il ouvre la bouche et bouge sa langue. Il est alors performant pour bien téter, donc pour se procurer du lait, et la tétée est plus confortable pour la maman. La phrase rituelle dans les maternités «attendez qu'il pleure bien, pour être sûrs qu'il a faim» est une aberration. S'il pleure, il sera moins compétent pour réussir à prendre le sein, serrera les gencives, fera mal à sa mère, remontera sa langue.... tout ce qui l'empêche de se procurer du lait. Allons plus loin : les scientifiques nous ont appris que les premières expériences du bébé, - les plus fondamentales, au sens strict du mot – impriment profondément leur marque dans sa personnalité. N'est-il pas dommage de lui imposer pleurs et stress, de le laisser croire qu'il faut hurler pour être nourri?

Du côté de la maman, la venue du lait est automatique, liée à la succion du bébé, aux mouvements qu'il réalise sur les aréoles de sa mère. Elle n'a pas à agir, rien à décider : elle «laisse couler». Cet automatisme peut cependant être parasité par une émotion, un moment de malaise ou de pudeur, un stress. La solution sera de se

protéger : protéger son intimité avec son bébé et ceux qu'elle a choisis pour l'accompagner dans ces premiers moments. Se couvrir d'un drap ou d'un vêtement enveloppant. Se boucher les oreilles pour ne pas entendre les phrases négatives que l'entourage peut prononcer. Mettre dehors gentiment les visiteurs envahissants et les «voyeurs» inutiles. Respirer calmement, laisser faire, se détendre, rêver, somnoler son bébé près d'elle.... et le lait se remet à jaillir!

La grande difficulté de cette période, c'est la fatigue de la maman. Les aréoles sont sensibles, parfois même irritées par les succions malhabiles du début. Au troisième jour les seins gonflent et sont inconfortables. Le bébé pleure le soir et la nuit, (heures où les hormones maternelles – donc la capacité de fabriquer du lait – sont au plus haut) mais heure où la mère voudrait dormir. Se retrouver seule, la nuit, dans une chambre inconnue avec un bébé qui pleure et appelle sans s'apaiser est une véritable épreuve. Beaucoup de jeunes femmes ont peur, doutent d'elles-mêmes, de leur capacité à nourrir leur petit et sont tentées d'abandonner. Le soutien positif et chaleureux de leur compagnon, des proches attentifs et rassurants seront des alliés essentiels pour passer ces phases de découragement. Une chose à éviter à tout prix : donner au bébé du lait au biberon, car la succion d'une tétine (technique fort différente de celle du sein) pourrait compromettre son apprentissage et donc la lactation. Dans les rares cas où un apport de lait est nécessaire, on le donnera à la cuillère, avec une seringue ou un petit gobelet, en prenant bien garde de ne pas gêner le mouvement naturel de la langue.

Troisième étape : Les 4 à 6 premières semaines

Chaque fois que le bébé tète, et tète bien, il stimule les hormones de sa mère responsable de la fabrication du lait. Chaque fois que le lait coule, la «commande» de production est relancée. C'est aussi simple que cela. La quantité de lait s'adapte à la demande de l'enfant. Si le lait semble diminuer, il suffit que le bébé tète plus souvent, plus longtemps, plus efficacement et le lait augmente à nouveau. Il n'est donc pas encore temps de chercher à espacer les tétées ou à contrôler leur durée. Oublier les montres et balances et répondre aux demandes de l'enfant est un gage de réussite. Répondre aux demandes la nuit, augmente aussi la quantité de lait.

Dans cette période, quatre catégories de signes permettent de juger objectivement que tout va bien. Les connaître et savoir les rechercher en cas de doute peut être fort utile pour les parents et ceux qui les entourent. Nous allons donc les décrire de façon approfondie. Si plusieurs d'entre eux sont présents, dans chaque catégorie, c'est que tout va bien. Sinon, ils aident à comprendre ce qu'il convient de corriger pour que la tétée devienne efficace. Regardons chaque détail de ce qui se passe :

Le bébé est prêt à téter, en bonne position :

C'est un bébé collé contre sa mère, son nombril contre elle, le visage face au sein, juste au bon niveau pour que le menton soit contre le sein, donc la tête légèrement basculée vers l'arrière. Le nez est ainsi spontanément dégagé ce qui rend inutile les doigts sur le sein, appui qui risquerait de bloquer l'écoulement du lait. Un bébé qui s'y prend bien cherche le sein activement, ouvre la bouche, baisse sa langue et saisit une large partie de l'aréole. Il s'en met littéralement «plein la bouche».

Le bébé tète efficacement :

Observons une succion efficace : le bébé effectue de longues salves de succion, mouvements alternés d'ouverture et fermeture des maxillaires, avec un temps de pause bouche ouverte, où l'on entend parfois le bruit rythmé de la déglutition. Cette succion, rythme à trois temps bien repérable, peut s'enchaîner en continu, très peu interrompue par quelques pauses pendant lesquelles le bébé ne lâche pas le sein. Cette succion efficace, à bien connaître, ne ressemble en rien à ce que l'on appelle la succion «non nutritive», moments où le bébé « tétouille », sans rythme précis, avec de longues pauses. Ce sont les moments où il retrouve sa mère, se rassure à son contact, cherche à satisfaire son immense besoin de sucer, sans chercher vraiment à se nourrir. Ce qu'il «boit» alors, c'est de la sécurité, de la tendresse. Pourquoi le limiter? Mais ne confondons pas avec une alimentation efficace.

Le corps de la mère réagit :

Lorsque l'ocytocine, hormone déclenchée par une succion efficace pour faire jaillir le lait, circule dans le corps de la mère, celle-ci peut ressentir un certain nombre de réactions : picotements, chaleur ou tension dans les seins, contractions utérines, écoulement de lait de l'autre côté, puis détente et envie de dormir. Cette hormone a un remarquable effet apaisant et antistress, facilitant, la nuit, le ré-endormissement de la mère en fin de tétée. C'est l'un des «cadeaux» de l'allaitement.

Bien sûr ces sensations sont très subtiles, variables d'une femme à l'autre, d'une tétée à l'autre. Leur non perception ne signifie pas que l'allaitement ne marche pas. Mais si elles sont présentes, c'est très bon signe.

Le bébé boit vraiment du lait :

Plusieurs signes, nettement visibles à partir du troisième ou quatrième jour, permettent d'affirmer que le lait arrive en abondance. Le premier, c'est que le bébé se concentre pour gérer cet afflux, reste un moment actif, regarde sa mère, coordonne ses mouvements de succion. Les déglutitions s'enchaînent, à chaque mouvement de succion créant le rythme à trois temps décrit plus haut. Comme le volume de lait est abondant, les urines vont le devenir aussi et le bébé mouille sa couche plusieurs fois par jour. Des selles fréquentes, abondantes, jaune d'or traduisent un bon apport nutritionnel, en particulier en graisses. La courbe de poids est régulièrement ascendante, mais inutile de peser un bébé plus d'une ou deux fois dans le premier mois quand les signes décrits plus haut sont clairement repérés.

Si le lait produit est abondant, la mère aura soif pour compenser la quantité de liquide prélevé dans son corps par ses seins. Inutile de s'imposer de boire beaucoup, cela ne donnerait pas plus de lait; mais boire librement dès qu'elle a soif, avant ou après les tétées, à n'importe quelle heure, dès que la sensation apparaît. Simple n'est-ce pas?

Cette nutrition efficace du bébé n'empêche ni les pleurs du soir, ni les moments de stress quand il ne sait plus où il est, ni les moments où il pleure parce qu'il sent sa mère inquiète ou non disponible, les moments où il voudrait retrouver des bras rassurants.... Donner le sein sans compter c'est donc beaucoup plus que le nourrir et ne devrait pas répondre à des critères d'heure ni de quantité. Les premiers temps il aura tendance à réclamer plus sou-



vent le soir et en début de nuit quand sa mère voudra dormir. Parents et bébé ne sont pas au même rythme, ne dorment pas aux mêmes heures, ont tout à découvrir les uns des autres. Ces inévitables aléas de la rencontre ne facilitent pas les premières semaines, mais il est important de les reconnaître pour ce qu'ils sont. Important de ne pas craindre au moindre pleur, un manque nutritionnel. Les bébés ont surtout faim de présence, de chaleur humaine, de patience et de tendresse. Avec ce «lait d'amour» ils construisent leur sécurité première, celle qui forgera leur confiance dans la vie et leur capacité de relation.

Le seul vrai critère est le désir, l'harmonie des retrouvailles. Petit à petit un rythme de tétées viendra, petit à petit les rencontres pourront se vivre sous d'autres modes. L'échange des regards, du rire et de la tendresse se démarquera des temps alimentaires et laissera plus de place au père, à ses bras, à ses jeux, aux frères et sœurs, à la découverte. Père et mère y seront à égalité.

Plus grande est la sécurité offerte au bébé dans ses premiers moments, plus vite cela viendra.

LA SUPPLEMENTATION DE VITAMINE D CHEZ LES NOURRISSONS

QU'EST-CE QUE LA VITAMINE D?

La vitamine D est une vitamine liposoluble synthétisée principalement au niveau de la peau sous l'effet du soleil. Elle peut être absorbée dans l'alimentation, mais près de 90% de la vitamine D provient de l'exposition au soleil. C'est la vitamine soleil!

Elle est essentielle à la santé des os et des dents et au bon fonctionnement neuromusculaire. Elle intervient dans l'absorption, la fixation et l'élimination du calcium selon les besoins de l'organisme. Elle permet aux tissus de croître, de se renouveler et de se solidifier.

Le rachitisme, bien que très rare, est la manifestation extrême d'une carence en vitamine D. Cette maladie nuit à la croissance et au développement des os. Cela peut mener à un retard de croissance, de la léthargie, de l'irritabilité, des convulsions et une prédisposition aux infections respiratoires (10). Le rachitisme est une maladie évitable et réversible avec un apport de vitamine D adéquat. D'autres problèmes de santé peuvent être causés par une manque de vitamine D pendant la période fœtale et chez le bébé, mais le focus est généralement mis sur la prévention du rachitisme.

Quelles sont les sources de vitamine D?

La principale source (90%) de vitamine D est le soleil (1). La vitamine D est produite au contact direct des rayons ultraviolets UVB avec la peau. Selon certaines études, trente minutes d'exposition intégrale à la mi-journée procurent 50 000 UI (3) tandis qu'un bain de soleil de 20 minutes pendant les mois d'été procure de 10 000 UI à 20 000 UI de vitamine D (4). Ce temps d'exposition est toutefois contre-indiqué pour un nouveau-né.

À noter que les gens avec la peau plus foncée doivent s'exposer 5 à 10 fois plus longtemps pour recevoir leur dose quotidienne de vitamine D, cela en raison de la présence de mélanine au niveau de la peau qui opère à titre d'écran protecteur des rayons UVB(5), et sont donc plus à risque de carence en vitamine D.

À noter que les femmes enceintes qui ont des apports adéquats de vitamine D pendant la grossesse et l'allaitement transmettent celle-ci au fœtus à travers le placenta, ce qui l'aide à construire ses propres réserves de vitamine D.



L'alimentation procure une certaine dose de vitamine D. Voici quelques sources efficaces de vitamine D:

- 1 cuillère à café d'huile de foie de morue: 400UI
- 100g de saumon : 400 UI
- 100g de thon: 200 UI
- 3 ½ oz (100g) de truite, de hareng ou de doré: 200 UI
- 1 tasse (250 ml) de lait ou de boisson de soya enrichie: environ 100 Ul
- 1 jaune d'oeuf: 25 UI

Pourquoi donner un supplément de vitamine D à son bébé?

La Société canadienne de pédiatrie et Santé Canada recommandent que tous les nouveau-nés à terme et en santé qui sont allaités exclusivement reçoivent 10 µg/jour (400 Ul/jour) de suppléments jusqu'à ce que leur régime alimentaire inclut au moins 10 µg/jour (400 Ul/jour) de vitamine D.

La justification d'une telle recommandation s'appuie sur les facteurs suivants: la latitude nordique du Canada empêche de profiter pleinement des rayons UVB du soleil représentant la principale source de vitamine D, les pratiques actuelles en matière de protection solaire, la prévalence du rachitisme dû à une déficience en vitamine D et l'innocuité des doses recommandées (6).

Les facteurs de risques associés à une carence en vitamine D

- Le manque d'exposition au soleil
- La latitude
- La pigmentation de la peau (peau foncée)
- Vie majoritairement à l'intérieur
- Habiter dans une grande ville où le soleil est peu présent à cause des immeubles
- L'utilisation de crème solaire systématique
- Port de vêtements qui cachent beaucoup la peau
- Alimentation pauvre en vitamine D

Que disent les études?

Certaines études sur le sujet concluent que les nouveau-nés sans facteurs de risques qui sont exposés suffisamment au soleil, c'est à-dire 30 minutes par semaine (4 min/j.) vêtus d'une couche-culotte seulement ou de 2 heures (17 min/j.) avec la tête dénudée seulement, pourraient maintenir un taux suffisant de vitamine D (2). La latitude demeure toutefois un bémol. En effet ces études ont été faites dans des latitudes inférieures (39e parallèle) à la majorité des territoires canadiens. Par exemple, la région de l'Estrie est située au 45e parallèle.

C'est pourquoi Santé Canada stipule qu'il est impossible d'obtenir une synthèse cutanée de vitamine D entre les mois d'octobre à mars. Une étude sur le sujet a démontré qu'entre ces mois l'absorption cutanée de vitamine D pourrait diminuer de 80% à 100% (7). Toutefois, les populations étudiées dans cette étude provenaient de Terre-Neuve et du Labrador, des populations beaucoup plus au Nord (60e parallèle) que nous.

Les différents suppléments de vitamine D

Il existe plusieurs suppléments de vitamine D sur le marché, mais il faut être vigilant, car plusieurs de ces produits contiennent des colorants et du sucre.

Le supplément de vitamine D D-drops pour bébé est un supplément de source naturelle et de bonne qualité. Il est sans saveur et inodore, et ne contient aucun agent de conservation, saveur artificielle ou colorant ajoutés. Il est exempt de blé, gluten, soya, maïs, sucre, lait et d'arachides. Une seule goutte sur le sein avant la tétée permet au nourrisson de recevoir sa dose quotidienne de 400 UI de vitamine D.

Le lait maternel contient en moyenne de 5 à 136 UI/L (11). À noter que vers 3 semaines de vie le bébé boit entre 750ml et 1L/j de lait maternel. Des chercheurs ont démontré qu'une exposition au soleil de 90 secondes de la surface entière de la peau d'une mère caucasienne (peau claire) qui allaite pouvait faire augmenter de 10 fois le niveau de vitamine D dans son lait (12). Encore une bonne raison d'aller prendre l'air!!!

Références

- 1. Mistretta, V. I., Delanaye, P., Chapelle, J. P., Souberbielle, J. C., & Cavalier, E. (2008). [Vitamin D2 or vitamin D3?]. La Revue De Médecine Interne / Fondée ... Par La Société Nationale Française De Médecine Interne, 29(10), 815-820.
- 2. Edwards, Hertzberg, Specker, BL., Valanis, & Tsang, RC. (1985). Sunshine exposure and serum 25-hydroxyvitamin D concentrations in exclusively breast-fed infants. The journal of Pediatrics, 107 (3), 372-6.
- 3. Yu, C. K. H., Sykes, L., Sethi, M., Teoh, T. G., & Robinson ,S. (2009). Vitamin D deficiency and supplementation during pregnancy. Clinical Endocrinology, 70(5), 685-690.
- 4. Stiff, L., & Miller, S. M. (2009). Vitamin D: bringing light to the issue. MLO: Medical Laboratory Observer, 41(6), 24.
- 5. Holick, M. F. (2008). Vitamin D: a D-Lightful health perspective. Nutrition Reviews, 66(10 Suppl 2), S182-S194.
- 6. Santé Canada (2004) Les suppléments de vitamines D chez les nourrissons
- allaités au sein. www.santecanada.gc.ca/nutrition
- 7. Sloka, S., Stokes, J., Randell, E., & Newhook, L. A. (2009). Seasonal variation of maternal serum vitamin D in Newfoundland and Labrador. Journal Of Obstetrics And Gynaecology Canada: JOGC = Journal D'obstétrique Et Gynécologie Du Canada: JOGC, 31(4), 313-321.
- 8. Specker BL, Valanis B, Hertzberg V, Edwards N, Tsang RC. Sunshine exposure and serum 25-hydroxyvitamin D concentrations in exclusively breast-fed infants. J Pediatr 1985; 107(3):372-6
- 9. http://www.llli.org/faq/vitamin.html
- 10. Wagner, C. L., & Greer, F. R. (2008). Prevention of rickets and vitamin D deficiency in infants, children, and adolescents. Pediatrics, 122(5), 1142-1152.
- 11. Heinig, MJ., (2003). Vitamin D and breastfed infant: Controversis and concerns. International Lactation Consultant Association, 19 (3), 247-49.
- 12. Greer, FR., (2001). Do breastfed infant needs supplemental vitamins? Pediatric Clinic of North America, 48(2), 415-24.
- 13. Godel, J (2007, reconduit le 30 jan 2017). Société canadienne de pédiatrie. Les suppléments de vitamine D : Recommandations pour les mères et leur nourrisson au Canada. Paediatr Child Health 2007;12(7):591-8

Mon perinee, je m'en occupe

par Marie Panier, DO, ostéopathie périnatale

Un peu d'histoire

La médecine occidentale ne s'intéresse que depuis peu à la fonction du périnée, et plus récent encore est l'intérêt qu'on porte à sa rééducation et sa protection.

La chirurgie réparatrice était il y a peu de temps, la seule alternative lors de l'apparition de problèmes. Ce n'est qu'en 1984 que la rééducation périnéale fut mise à l'honneur en Europe tandis qu'ici sur le continent américain, on ne parlait pas encore d'éducation ou de prévention.

La seule proposition préventive lors de l'accouchement était l'épisiotomie.

Le fait que le périnée soit encore considéré comme «zone tabou» ne joue pas en faveur de sa connaissance, encore moins de son éducation. Il est d'ailleurs étonnant que de nos jours, de nombreuses femmes découvrent cette partie de leur intimité corporelle lors de leur première grossesse au cours des séances prénatales.

En Europe, voilà près de 30 ans que l'éducation et la rééducation périnéale font l'objet de soins particuliers intégrés dans le suivi classique d'accompagnement pré et post-natal.

Bien heureusement, cet intérêt est présent maintenant sur notre continent depuis une dizaine d'années. Il suppose des personnes formées à ce type de travail (Physiothérapeutes, médecins, infirmières, professeurs de yoga spécialisé...), motivées par le travail corporel, et ayant une bonne perception de leur propre corps, ce qui suppose un travail personnel. Ceci est en effet capital puisqu'il a été prouvé que les problèmes d'incontinence urinaire pouvaient être causés dans 35% des cas par des séances de gymnastique post-natale mal adaptée. Nous sommes donc en train de lever le voile sur un problème pudiquement caché par les femmes, mais heureusement identifié par les professionnels de la santé à qui il tient à cœur d'intervenir en prévention, éducation et rééducation auprès des femmes durant la période périnatale voire plus tardivement.

Nous savons que 80% des atteintes du plancher pelvien chez la femme sont inhérents à la grossesse et à l'accouchement. Et puisque nous savons également qu'une bonne éducation ou rééducation faites par des professionnels accrédités à cet effet, peut changer positivement et drastiquement la vie sociale et intime de 3 femmes sur 4, nous vous encourageons à consulter durant la période prénatale et post-natale.

Cher périnée, qui es-tu? Où es-tu?

Le périnée, pour le décrire très schématiquement est le hamac musculaire qui ferme notre abdomen par le bas. Il est situé entre le pubis, les ischions latéralement, le coccyx en arrière et contient 3 orifices d'arrière en avant : l'anus, le vagin, et l'urètre.

L'arrière du plancher pelvien est le plus épais, plus tonique et plus fort que l'avant. L'anus doit en effet retenir les selles alors que l'urètre lui, est plus fin et plus adéquat pour gérer les fluctuations de l'urine. De nombreux muscles se croisent et s'entrecroisent d'avant en arrière, d'un côté à l'autre, superficiels, profonds, sphinctériens... Très schématiquement et sans entrer dans les détails d'un cours d'anatomie à son sujet, il est important de le visualiser et de le percevoir dans son ensemble.

Certains appellent «périnée» la seule petite partie comprise entre le vagin et l'anus. C'est précisément celle-ci qui sera détendue, étirée, distendue lors du passage du bébé. C'est donc elle réintégrée dans l'ensemble du plancher pelvien, qu'il est intéressant d'éduquer ou de rééduquer.

Mon perinee, je m'en occupe

Qu'entend-on par éducation périnéale?

Il ne serait pas fou d'apprendre aux petites filles (et aux petits garçons d'ailleurs, car l'incontinence concerne aussi les hommes par l'incontinence anale) à situer leur périnée, à en prendre conscience et à le verrouiller lors d'efforts intense (toux, port de charges, changements de position, sport, rire, montée des escaliers...)

Car rappelons ici que 60% des femmes athlètes olympiques souffrent d'incontinence urinaire lors de la pratique de leur discipline et que 13% des adolescentes sont également incontinentes au cours d'éducation physique. Pourtant, les unes comme les autres sont encore jeunes et n'ont pas accouché. Ceci démontre à quel point cette région du corps est mal protégée et mérite qu'on s'y intéresse.

Périnée, oh périnée, que puis-je faire pour t'apprivoiser?

1) SITUEZ VOTRE PÉRINÉE

Assise sur une chaise, en appui avec les avants bras sur les cuisses (pour libérer le périnée du poids des abdominaux), contractez le périnée comme ceci :

- -Un peu
- -Un peu +
- -le + fort possible

Tenez quelques secondes et relâchez:

- -un peu
- -un peu +
- -tout à fait

L'image de l'ascenseur qui monte du rez-de-chaussée au 3ème étage, puis redescend après y être resté quelques secondes peut vous aider. On peut compléter cet exercices par le relâchement accru en faisant descendre l'ascenseur au (-1) sous-sol. Cette même prise de conscience peut se faire couchée sur le dos, les jambes pliées, les pieds posés sur le sol.

2) Une fois cette prise de conscience intégrée, dans la même position pour commencer, intégrez-y la respiration.

- -verrouillez le périnée (=contraction maximale)
- -expirez en maintenant la contraction
- -en fin d'expiration relâchez la contraction et inspirez -répétez cette séquence le temps de quelques respirations sans essoufflement
- -pour augmenter l'effet de cet exercice, intensifiez la contraction tout au long le l'expiration, ou encore, allongez l'expiration.

ATTENTION : Il est important de rythmer votre respiration de manière à ce que le périnée ait le temps de se contracter et de se relâcher **dans son ensemble** (dans l'entièreté des fibres et dans toute son épaisseur soit +/- 5 secondes)

D'autre part, si vous sentez que le périnée se relâche au milieu de l'expiration, stoppez l'exercice et revenez au premier.

Si vous éprouvez quelques difficultés à situer votre périnée voici quelques » petits trucs » :

- 1) Essayez d'arrêter (ou de freiner si l'arrêt n'est pas possible) l'urine lors de la miction. Faites-le **1 seule fois et au milieu de la miction** (au début le débit est trop important, à la fin, vous risqueriez d'arrêter la miction et de garder de l'urine dans la vessie).
- 2) Assise confortablement, appuyée, dos contre des coussins, jambes fléchies et écartées, plantes des pieds l'une contre l'autre. Choisissez un moment calme dans un endroit où vous ne serez pas dérangée. Placez la main à plat sur le plancher pelvien (talon de la main près du pubis, bouts des doigts vers le coccyx). Contractez le périnée, suivant les consignes précédentes; votre main vous donnera une sensation même si vous ne sentez pas encore bien la contraction de votre périnée via ce dernier.
- 3) Dans la même position, mais cette fois sans vêtements, placez un petit miroir devant vous et répétez la même contraction. Vous aurez ici la confirmation visuelle de ce que vous faites.

Mon perinee, je m'en occupe

- 4) Couchée sur le dos, les genoux pliés et les pieds posés :
- Verrouillez le périnée
- Expirez en écrasant le sol ou le tapis avec la région lombaire (bascule du bassin) en gardant la contraction du périnée tout au long de l'exercice;
- Relâchez en fin d'expiration et inspirez.
- Refaire quelques fois selon le rythme de votre respiration.

Maintenant que le périnée est bien situé, il est plus intéressant dans le cadre d'une bonne éducation périnéale, de la travailler: dans différentes positions, dans le mouvement, dans la pesanteur, car c'est dans la vie de tous les jours que le plancher pelvien doit pouvoir répondre aux sollicitations.

Reprenez les exercices 1, 2 et 3 pour bien ré apprivoiser la sensation dans différentes positions et situations :

- Couchée dur le dos. Pieds posés sur un mur
- À 4 pattes
- debout dos appuyé contre un mur
- debout sans appui (dans une file d'attente par exemple)
- en marchant
- assise sur vos talons
- en montant les escaliers
- couchée sur le côté, tête soutenue par une main
- assise en voiture (au feu rouge par exemple)...

Plus vous freinez la sortie de l'air en pinçant les lèvres lors de l'expiration, plus vous sollicitez la contraction des abdominaux et augmentez par le fait même la contraction du périnée.

- 5) En position debout, placez une main sur le bas du ventre (juste au dessus du pubis)
- Verrouillez le plancher pelvien
- Expirez rapidement et fortement en contractant les abdominaux par à-coups jusqu'à vidange des poumons
- 6) Puisque le plancher pelvien et le diaphragme thoracique sont en synergie (ces 2 diaphragmes sont

parallèles), prenez conscience de votre cage thoracique, fermée en bas par le diaphragme thoracique ou respiratoire, au même titre que le périnée qui ferme l'abdomen.

Pour en prendre conscience, installez-vous confortablement assise en appui sur des coussins, jambes fléchies, genoux écartés, plantes des pieds l'une contre l'autre. Placez les mains à plat sur le bord de la cage thoracique, et respirez profondément, en étant attentive aux mouvements de celle-ci. À l'inspiration, les côtes s'écartent et se soulèvent, à l'expiration, elles se resserrent et redescendent. Une fois cette prise de conscience faite, continuez sans l'aide des mains et accentuez le mouvement de vos côtes.

Dans un troisième temps, essayez de mobiliser votre cage thoracique selon les mêmes paramètres mais indépendamment de votre respiration cette fois.

Lorsque ceci est devenu facile pour vous, ajoutes-y la contraction du périnée et comparez le degré de facilité de cette contraction en fonction de la position du diaphragme thoracique, soit diaphragme en haut et côtes écartées ou diaphragme abaissé et côtes resserrées.

Vous voici devenues experte dans « l'art de l'éducation périnéale ». C'est, comme vous l'avez compris, une excellente manière de préparer la naissance de votre bébé, mais une merveilleuse prévention pour maintenir votre plancher pelvien en santé (moins d'épisiotomie et de déchirure périnéale suite à une préparation adéquate). De plus, votre vie sexuelle, comme vous pouvez vous en douter, en sera toute « ragaillardie »

PROTECTION DU PERINEE A L'EFFORT

La notion de protection du périnée à l'effort est primordiale dans la prévention des incontinences d'effort (les fuites d'urines).

Cela comporte:

- 1. des exercices pour faciliter le travail musculaire
- 2. des habitudes à développer et à garder dans les mouvements quotidiens. La plupart du temps, lorsque nous faisons des efforts, nous contractons nos abdominaux et nous avons souvent le réflexe de bloquer notre respiration. Cela fait descendre notre diaphragme qui pousse sur les organes du bassin (utérus, vessie, intestins). Cette poussée est d'autant plus violente que l'effort est violent ou intense. La multiplication d'efforts crée une multiplication de microtraumatismes qui, à la longue, peuvent créer une descente de la vessie et de l'utérus chez la femme et, chez les hommes, des hernies inguinales.

Les exercices sont basés sur la respiration :

- 1. se placer assise au bord d'une chaise, les coudes appuyés sur les genoux, le dos bien droit
- 2. serrer le périnée (comme pour s'empêcher d'uriner)
- 3. garder le périnée serré et expirer en serrant le ventre du bas vers le haut (ne pas faire descendre le haut du thorax)
- 4. relâcher le périnée
- 5. relâcher le ventre (ce qui va créer une inspiration automatiquement)

À faire une dizaine de vois par série. Ne pas faire ces exercices dans une position verticale car cela entraîne un effort inutile pour les muscles du périnée.

La protection dans les mouvements quotidiens :

Chaque fois que les abdominaux sont sollicités, il faut protéger le périnée avant de faire l'effort, soit :

- 1. verrouiller le périnée
- 2. expirer (cela doit s'entendre au début)

Il faut savoir que cela est un peu fastidieux au début, mais le cerveau va rapidement rendre cette prévention «automatique» et, à ce moment-là, vous serez capable de sentir les mouvements qui créent des pressions.

En prénatal:

Les exercices peuvent être faits tels que décrits plus haut. La position les coudes sur les genoux permet à la maman de faire de la place au ventre...

La protection du périnée à l'effort est tout à fait adéquate pendant la grossesse d'autant que la relaxine a tendance à augmenter les fuites d'urines, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme multipare.

En postnatal:

- 1. Dès les premières mobilisations de la femme après l'accouchement, lui faire penser de serrer le périnée (même si elle dit qu'elle ne sent rient) et la faire expirer en faisant le mouvement (se redresser, se remonter dans le lit, se retourner, se lever, etc...)
- 2. Dès que possible, la maman peut commencer les exercices couchée sur le lit, sur le dos, les jambes pliées, les pieds posés sur le matelas.

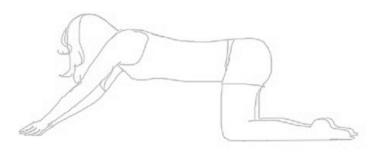


3. Si la femme a des difficultés à sentir le mouvement correct, elle peut aussi s'installer à quatre pattes : - se mettre sur les genoux et éloigner les mains le plus possible tout en gardant les fesses sur les pieds.



PROTECTION DU PERINEE A L'EFFORT

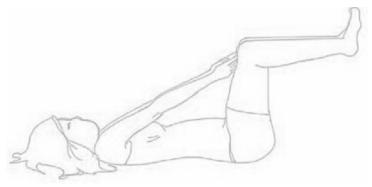
ensuite, remonter les fesses juste au-dessus des genoux. Cela implique que les épaules ne sont pas au-dessus des mains et qu'il n'y a pas vraiment d'appui sur les mains.



EXERCICES POSTNATALS DE BASE

Ces exercices visent d'une part à renforcer le périnée et d'autre part à faire travailler les abdominaux d'une façon non traumatisante pour le périnée. Le diastasis physiologique des grands droits qui s'est manifesté pendant la grossesse doit aussi être travaillé pour éviter toute faiblesse au niveau de la ligne blanche.

- 1. Refaire l'exercice respiratoire de base couchée sur le dos les jambes pliées toujours par séries de 10 (s'assurer que la femme ne force pas l'expiration avec le haut du thorax).
- 2. Couchée sur le dos, mettre les pieds contre le mur.
- 3. Appuyer les mains sur les genoux, les doigts tournés vers l'intérieur (coudes écartés). Faire la séquence respiratoire avec verrouillage du périnée et, au moment de l'expiration, pousser les mains vers les genoux (comme pour enfoncer les pieds dans le mur). Si l'exercice est bien fait, le dos se colle au sol, la nuque s'allonge et le ventre se rapproche de la colonne.
 - a. Serrer le périnée
 - b. Souffler l'air de bas en haut en poussant sur les mains
 - c. Relâcher le périnée
 - d. Relâcher le ventre (et ainsi inspirer)



4. Même position, mais mettre les deux mains sur le même genou. Faire 5 fois de chaque côté. 5. Même position, en mettant les mains du même côté au milieu de la cuisse. 6. Même position, en mettant les mains du même côté à la base de la cuisse

Ces quatre exercices vont favoriser le rapprochement des grands droits sur toute leur longueur.

Lorsque ces exercices sont bien intégrés, on peut les rendre encore plus efficaces en ajoutant un deuxième serrage du périnée avant de relâcher. L'endroit du serrage sera plus profond que celui sollicité la première fois et fera ainsi travailler les muscles sur toute la longueur du vagin (Les muscles externes et internes sont antagonistes et ne peuvent donc se contracter ensemble).

REEDUCATION PERINEALE

Par Marie Panier, D.O., ostéopathie périnatale et Caroline Gauthier, professeure de yoga pré et postnatal

C'est ici que la rééducation périnéale commence car les muscles ont subi une telle distension qu'il est conseillé de les ré-apprivoiser. Même si vous avez accouché d'un petit bébé, même si vous n'avez eu ni épisiotomie, ni déchirure, même si vous avez accouché par césarienne, il est conseillé de rééduquer votre plancher pelvien. Le seul fait de la grossesse et l'imprégnation hormonale qui lui est associée a une influence sur la détente des muscles périnéaux.

Ceci dit, plus l'intégrité du périnée est respectée, plus courte sera la rééducation. Il a été démontré que plus tôt la rééducation est entreprise, meilleurs sont les résultats. De plus, les exercices de contraction musculaire du plancher pelvien favorisent l'involution utérine, ont une action bénéfique sur le péristaltisme intestinal, le bon fonctionnement vésical et augmente la circulation locale (favorise donc la régression des hémorroïdes et la cicatrisation de la césarienne ou de l'épisiotomie).

Selon la médecine Ayurvédique, la capacité de maîtriser la contraction et le relâchement périnéal par des exercices appropriés, favorise aussi la concentration des énergies vitales dans la base du corps comme un bon feu de foyer dans une maison. Quand la base est assez tonifiée, la montée de cette énergie dans la moelle épinière jusqu'au cerveau augmente chez la personne, la vitalité, la concentration, la mémoire, l'endurance, la force sexuelle, la joie, la santé et la créativité.

Dans un premier temps, limitez-vous à la simple contraction du périnée durant quelques secondes. Dans les jours qui suivent vous pourrez reprendre les exercices1, 2 et 3 que vous pratiquiez déjà durant la période prénatale (voir l'article précédent relatif à la période prénatale). Au départ et pour quelques semaines, (selon l'état de votre périnée, le temps d'expulsion, le périmètre crânien de votre bébé...) les exercices se font dans des positions qui dégagent le périnée de la pesanteur et du poids des organes.

- Couchée dorsal
- Couchée latéral
- À 4 pattes
- Couchée dorsal les pieds posés contre le mur

- Assise, avant-bras en appui sur les cuisses
- Ces exercices ne doivent en aucun cas être douloureux ou fatigants.

Au début, vous aurez peut-être l'impression de ne rien contracter du tout, mais persévérez et vous verrez ça évoluera très vite. L'idéal (et la rapidité de la rééducation en dépendra d'ailleurs) est de répéter ces exercices plusieurs fois par jour. Un bon moyen d'y penser est de les faire après chaque tétée. Et en tout temps, ce qui est vrai et bon avant l'accouchement, le reste après la naissance: **VERROUILLEZ VOTRE PÉRINÉE AVANT TOUT EFFORT.**

La phase de **rééducation abdominale** commence plus tard (lorsque le périnée a retrouvé son efficacité, sa force, son tonus); habituellement 6 à 8 semaines après l'accouchement. Elle se fera suivant cette séquence : expiration prolongée, accompagnée de la contraction du plancher pelvien, de la bascule du bassin et de la contraction du transverse profond (juste au-dessus du pubis). Le relâchement se fait sur l'inspiration.

Pour de la prévention, des cours se donnent généralement collectivement, en présence des bébés et sont l'occasion, quand vous vous en sentez prêtes, de rencontrer d'autres nouvelles mamans; ils vous permettent donc de prendre soin de vous tant physiquement que moralement.

Et sachez que dans des situations plus problématiques (incontinence urinaire, déchirure importante du plancher pelvien lors de l'accouchement, rectocèle, descente de vessie...) il existe maintenant différents suivis individuels spécialisés. Vérifiez la compétence des gens qui les offrent; car une activité post natale mal guidée peut créer plus de dommages que de bienfaits.

Il est toujours conseillé de vérifier la mobilité et l'intégrité de votre bassin tout au début de la rééducation périnéale, celle-ci pouvant fixer, voire même aggraver, une disharmonie pelvienne. Bon courage et bonne chance.

Puissent vos filles et petites filles bénéficier de vos connaissances.

MAIS POURQUOI LES BEBES PLEURENT-ILS? EVEILS, PLEURS ET BESOINS DU TOUT PETIT

Par Ingrid Bayot, formatrice en physiologie des adaptations néonatales et allaitement maternel, Institut CoNaître

Le bébé humain fait beaucoup de bruit en pleurant. La position de ses cordes vocales dans le larynx lui permet de produire un son puissant qui, en termes de décibels, se situe entre le moteur diesel et la tondeuse à gazon! Si un adulte s'essayait à vociférer de la sorte, il ne tiendrait pas une heure. Un bébé, lui, est capable de pleurer fort et longtemps.

Si nous nous replaçons à l'époque de nos lointains ancêtres, le fait est à première vue étonnant. Pourquoi la sélection naturelle a-t-elle privilégié, chez une espèce si vulnérable à la naissance, la possibilité de crier aussi fort et, somme toute, d'attirer les prédateurs de tous poils qui ne manquaient pas de rôder autour des campements? Un couinement plaintif n'eût-il pas été plus prudent? Les girafeaux, les chatons, les chiots, pour ne citer qu'eux, sont nettement plus discrets.

Certes... mais ceux-là, comme les autres mammifères, sont capables de se lever rapidement et de rejoindre leur mère. Au regard de ses capacités locomotrices, le petit d'homme naît « prématurément ». C'est que notre espèce possède un cortex volumineux et donc un périmètre crânien important. Dans la détermination de la durée de la grossesse, la « nature » a fait un compromis entrel a taille du bassin féminin et celle du crâne fœtal. La maturation cérébrale, loin d'être terminée à la naissance, détermine un état de très grande dépendance du petit vis-à-vis des adultes. Sa vie dépend de l'attention, de la nourriture et de la chaleur qu'ils lui fourniront. Ces soins prolongés créent des liens intenses entre les personnes concernées et participent à la psychogenèse complexe de l'être humain.

Notre romantisme de civilisés, se plaît à imaginer les « bonnes mères primitives », « les bonnes sauvages » qui savaient « d'instinct » comment s'occuper de leurs bébés. Mais ceux-ci auraient-ils eu besoin d'un tel or-

gane phonatoire si les femmes avaient toutes et sans exception fait preuve d'un dévouement de madone? La réalité était parfois plus rude. Il arrivait qu'elles meurent en couches, ou qu'elles soient blessées; il arrivait qu'elles n'aient peu, pas trop ou pas du tout envie de s'occuper de leur bébé. Les femmes ne sont pas des archétypes, n'en déplaise à nos idéalisations.

Alors mettez-vous à la place du nouvel arrivant fraîchement débarqué. Vous percevez confusément l'urgence d'entrer en communication, mais vous n'avez pas encore accès à la parole articulée. Au cas où l'on ne ferait pas assez attention à vous, il vous faut trouver un moyen à votre portée d'obliger les adultes à s'occuper de vous. Très simple : vous produisez un bruit insupportable, un bruit qui met en danger tout le groupement, un bruit qui s'arrête quand vous avez un sein en bouche et que vous vous sentez mieux. Bien sûr, les bébés ne peuvent raisonner tout cela consciemment. Disons que la sélection naturelle a favorisé ceux qui savaient se faire remarquer. Il s'agit plus d'une stratégie de l'espèce que de l'individu. Et ce truc primaire a d'ailleurs très bien fonctionné! Notre espèce a proliféré, prospéré et envahi tous les biotopes de la planète!

Dans les pays riches, ont émergé les concepts de contrôle des naissances, de parentalité responsable, de contraception et leur corollaire fréquent : le désir d'enfant. Au regard de l'histoire des humains, cette vision de la reproduction est très récente. Les femmes ont désormais les moyens d'apprivoiser leur destin biologique, voire de le refuser, et en tout cas de ne plus le subir. Le projet d'enfant peut se parler à deux, se mûrir, se vivre plus consciemment. Bien des parents sont motivés et attentionnés. Ils ne sont pas les premiers de l'espèce à se comporter de cette manière, loin de là, mais les libertés nouvelles peuvent à priori contribuer à un meilleur accueil de l'enfant.

Seulement, voilà, ... le nouvel arrivant, lui, n'en sait rien. Malgré toutes les attentions de leurs parents, les bébés du vingt et unième siècle hurlent quand ils sont

contrariés, aussi vigoureusement que les bébés des chasseurs-cueilleurs de notre savane originelle. Nos vieux réflexes de survie élaborés au cours de millions d'années ne s'effacent pas en quelques générations. La surprise des nouveaux parents est d'autant plus forte que, dans nos familles restreintes, nous avons peu l'occasion de côtoyer des bébés « réels ». Les bébés des magazines ne pleurent pas, sauf dans les publicités pour les couches-culottes, quand ils n'ont pas encore la couche machin anti-fuites. Les bébés des magazines s'arrêtent de pleurer et sourient quand leurs parents leur achètent un tas de gadgets, de jouets, de crèmes pour leurs fesses sensibles et d'assurances épargnes pour leurs études universitaires.



Après deux nuits blanches avec un vrai bébé dans les bras, les parents consternés se posent cette question désormais existentielle : «Mais pourquoi pleure-t-il?». Là, ils feront connaissance avec tout ce qui traîne dans notre mental collectif à la fois par les proches qui viennent en visite et par le personnel des maternités ou autres professionnels de la petite enfance. Chacun y va de son explication. Certaines sont pleines de bon sens, d'autres relèvent de la projection de nos émotions, ou de nos confusions entre les systèmes neurologique et digestif, ou encore de nos fantasmes pseudo-éducatifs. Ces trois écueils à la compréhension des rythmes, des pleurs et des besoins du tout petit méritent que l'on s'y arrête pour ne plus s'y laisser piéger.

La projection est un mécanisme mental qui consiste à attribuer à d'autres des repères, des capacités, des problèmes ou des émotions qui nous sont propres. Elle génère bien des erreurs dejugement et des malentendus relationnels. Les adultes ont des repères bien rodés pour évaluer le temps et les moments de la journée. Notre chronobiologie s'est construite sur le rythme jour-nuit; nous ressentons le coup de pompe du milieu du jour ainsi que la fatigue du soir.

En général, nous nous activons le jour et dormons la nuit. Plus ou moins consciemment, nous nous attendons à ce que le nouveau-né ait déjà une chronobiologie d'adulte. « Il prend le jour pour la nuit », dit-on d'un tout petit qui n'a strictement aucune idée de l'heure. Les adultes sont facilement programmables : en quelques jours nous nous adaptons à l'heure d'été ou d'hiver, aux décalages horaires ou même, au travail de nuit. De là à penser que les bébés peuvent être programmés et réglés au plus vite, il n'y a qu'un pas. Nous attribuons également au bébé bon nombre de nos émotions, comme la tristesse, ou la colère. Les émotions en rapport avec les pleurs et la faim sont les plus fortes car elles remuent les peurs viscérales du désespoir absolu et de l'abandon, voire de la mort (« mourir de faim ») Tâchons de démêler un peu tout cela....

Premier constat : Notre imaginaire des pleurs est celui de la désolation totale.

Dans la plupart des milieux, un adulte qui pleure met tout le monde mal à l'aise. Nous ne savons comment réagir; l'approcher, le laisser? Nous avons perdu notre spontanéité. Aveu de faiblesse, de sensiblerie, d'accablement ou, plus suspect, de volonté manipulatrice, le pleur est devenu presque indécent, tabou. Nous avons perdu l'habitude de voir pleurer; les adultes se cachent pour le faire alors qu'au dix-neuvième siècle, les romanciers déversaient des «torrents de larmes» à longueur de page. Le «battant-gagnant-performant», modèle imposé aux adultes des deux sexes par le système productiviste, ne pleure jamais. Quelle déshumanisation.... Pleurer n'est-il pas le plus simple des exutoires à une tension psychique, le plus naturel des apaisants? (Réhabilitons les pleurs et l'Occidental moyen consommera moins de tranquillisants chimiques!).

Remarquons au passage que les organismes humanitaires utilisent volontiers l'image d'un bébé qui pleure pour illustrer le dénuement extrême des populations à secourir et pour faire vibrer la fibre caritative de nos contemporains. Vulnérabilité du tout petit, pleurs, faim, famine et souffrance sont amalgamés et font résonner nos peurs archaïques d'être abandonnés ou délaissés. Alors, nous donnons. Un versement sur le compte de l'association... ou un supplément dans l'estomac du nouveau-né. Les deux gestes procèdent de la même logique : apaiser quelque chose qui fait mal en nous.

Si nous voulons comprendre plus sereinement les pleurs du tout petit, il est d'abord nécessaire de prendre conscience et de dépasser nos propres peurs de manquer, de retirer les projections émotionnelles dont nous couvrons le nouveau-né. Et cette démarche concerne particulièrement les intervenant(e)s des maternités qui, dans nos sociétés, sont devenu(e)s un rouage majeur de la transmission de la puériculture. Sans cela, les connaissances sur l'adéquation du colostrum, sur la pertinence de l'allaitement exclusif et sur les rythmes spécifiques du nouveau-né, resteront lettre morte, car les savoirs intellectuels ne font pas le poids devant des émotions aussi bouleversantes.

« Le bébé se réveille parce qu'il a faim, pleure parce qu'il a très faim, s'endort parce qu'il est plein, dort longtemps s'il a assez mangé pour tenir », ... voilà quelques phrases qui expriment nos confusions entre les systèmes neurologique et digestif. Ces croyances ont encore cours dans notre mental collectif et se transmettent par les discours des soignants et des familles, par les livres et la presse écrite, par les émissions télévisées.... Elles laissent croire que le fonctionnement du système nerveux est inféodé au degré de remplissage ou de vidange de l'estomac. Vide, il déclencherait l'éveil; plein, il induirait le sommeil. C'est évidemment trop simpliste. Le lait maternel ne reste pas longtemps dans l'estomac et cela n'empêche pas les bébés de dormir plusieurs heures d'affilée. Le colostrum, lait des premiers jours, est produit en petites quantités pour ne pas surcharger le système digestif encore débutant, et pourtant, les nouveau-nés dorment. À l'inverse, certains bébés peuvent rester éveillés après un repas copieux et parfois, pleurer pour toutes sortes de raisons non digestives.

Il est vrai qu'il existe des mécanismes de régulation pour ajuster la production de lait aux besoins du bébé. Quand ceux-ci augmentent, le bébé se réveille et tète plus souvent, stimulant ainsi la lactation. Arès un ou deux jours de tétées fréquentes, l'offre et la demande se sont ajustées. Les mères expérimentées savent reconnaître ces épisodes «de croissance ».

Dans les cultures où la proximité mère enfant est la norme et où le sein est offert sans restriction, le mélange conceptuel « éveil-pleurs-faim » ne pose aucun problème, puisque, le bébé au sein est au self-service et ajuste lui-même la production du lait. En fonction de son appétit, il tète un peu, beaucoup, tendrement ou passionnément, mais ne risque jamais de manger trop. De plus, le lait maternel est parfaitement adapté et digeste. Le bébé s'éveille et cherche le sein? Il reçoit. Le bébé pleure? Il reçoit. Pendant des millions d'années, les anthropoïdes, les pré-humains puis les humains ne se sont pas tracassés outre mesure pour nourrir leur progéniture.

Les complications sont arrivées avec les substituts (du lait de vache coupé d'eau et resucré) et les premiers laits industriels, plus au point mais pas tellement plus facile à digérer. De plus, avec les tétines trop ouvertes, le lait arrivait trop facilement dans la bouche du bébé quelle que soit la qualité de sa succion. Devant le risque de surcharge et d'indigestion, les médecins eurent la prudence d'imposer des mesures, des horaires, des écarts minimums entre deux tétées. Il ne faut pas chercher ailleurs l'origine de la fameuse règle « aux quatre heures, six fois par jour ». L'ère du contrôle anxieux commençait.

Historiquement, les premiers bébés normaux à s'être retrouvés en institution hospitalière étaient les abandonnés ou les orphelins, ainsi que les poupons des femmes pauvres, les seules qui accouchaient à l'hôpital à une époque où il était nettement plus sécuritaire d'accoucher chez soi, tant les risques de contagion étaient élevés dans les collectivités. Tous ces bébés étaient parqués à la pouponnière. L'alimentation artificielle à heures fixes y était la norme. Voilà pourquoi la proximité mère-enfant, la reconnaissance des compétences maternelles et infantiles, ne font pas partie des traditions du milieu hospitalier (La preuve : ça prend des années d'évolution pour devenir « Hôpital Ami des Bébés »!).

Quand, dans la deuxième moitié du vingtième siècle, les femmes de toutes catégories sociales commencèrent elles aussi à accoucher à la « Maternité », elles furent obligées de se plier aux routines déjà existantes. L'hôpital véhiculait toute une culture de la séparation; il ne connaissait que celle-là, forcément, avec son lot de conséquences néfastes : horaires rigides, méconnaissance de la physiologie de la lactation et des rythmes du nouveau-né. Mais... l'hôpital était devenu le lieu de la science et de la modernité. Les progrès bien réels des technologies médicales et de la pharmacologie inspiraient confiance. Les règlements désuets mais recouverts d'un vernis scientifique furent assimilés avec le reste, reconnus comme « la bonne

manière » de prendre soin d'un nouveau-né. On assiste ainsi depuis cinquante ans à un phénomène exceptionnel au regard de l'anthropologie : les mères et les bébés dorment séparément, et la fréquence des tétées est codifiée, même lorsque le bébé est allaité au sein.

Un certain assouplissement s'observe actuellement; l'allaitement « à la demande » est préconisé, ... mais s'embarrasse de multiples restrictions, « cinq minutes de chaque côté, minimum deux heures entre les tétées, maximum x, y ou z heures », s'empêtre dans les discours contradictoires « le nourrir à la demande, oui, mais seulement s'il a vraiment faim ». Du coup, il est attendu que les mères distinguent les pleurs de «faim» des pleurs pour autres causes. Un vrai cassetête!



Car enfin, que peut bien connaître un tout nouveau-né de la « faim », telle que nous adultes, la ressentons et la concevons? Physiquement, nos signaux de faim sont le fruit d'un conditionnement horaire culturel; psychologiquement, nous les dramatisons et les associons à l'inanition. Le nouveau-né ne sait fichtrement rien de tout cela. Son tout premier rythme vital n'est pas celui des prises alimentaires, mais celui de ses éveils. Ses rythmes neurologiques et ses différents états de vigilance sont le reflet de la maturation cérébrale; mis en place dès la vie intra-utérine, ils continuent leur évolution après la naissance. En tout début de vie, les phases de veille et de sommeil se succèdent de manière aléatoire, tout au plus re-

marque-t-on, une tendance aux réveils plus fréquents entre dix-sept et vingt-deux heures.

D'autre part, il fallait bien que la « nature » trouve un système pour que le bébé s'alimente, lui aussi de manière préventive, avant d'être épuisé. Qu'estce qui va donc amener un petit être, nourri jusqu'ici automatiquement, sans effort, en continu et par voie ombilicale, ... à découvrir l'alimentation discontinue, orale et donc participative? Ce sont les réflexes archaïques: fouissement (recherche active du sein), points cardinaux, succion, déglutition. Or, ces réflexes sont maximaux quand le bébé est en éveil calme actif. Le rythme des prises alimentaires est donc lié à celui des éveils. Et un bébé à terme et en bonne santé présente suffisamment d'éveils sur 24 heures pour se nourrir correctement. C.Q.F.D. En début de lactation, il est beaucoup plus explicite de parler d'allaitement à l'éveil que d'allaitement à la demande. Un bébé bien éveillé est tonique et sa succion est alors efficace. Attendre qu'il pleure « pour être sûr qu'il ait bien faim », ou le faire « patienter » car « il faut deux heures entre les tétées », c'est se retrouver avec un bébé agité et peu compétent pour téter.

La **proximité** avec les parents permet à ceux-ci d'observer les manifestations de leur bébé. Un regard qui cherche à accrocher, des gestes doux, en flexion et dans leur direction, sont autant de signes de recherche de contact. Un dos bien tonique, la tête qui se tourne vers le sein, la bouche bien ouverte « qui cherche » sont les signes que le bébé est prêt à téter. En sensibilisant les soignants et les parents à l'observation du bébé, celui-ci peut souvent diminuer le recours aux pleurs. Quel confort pour tout le monde…!

Il est actuellement prouvé que les fœtus perçoivent et « mémorisent » les sensations tactiles, kinesthésiques, gustatives, olfactives, auditives et visuelles de la vie intra-utérine. Cette vie sensorielle très riche constitue leurs « références », leur monde connu. À la naissance, ils découvrent la lumière, la pesanteur, l'immobilité du berceau, des odeurs inconnues.... À chaque éveil, ils reçoivent une multitude de sensations radicalement différentes de celles du milieu intra-utérin. Le tout premier besoin vital des bébés est donc sensoriel : retrouver le corps, la voix et l'odeur de leur maman, la position foetale, les bercements, la chaleur, la contention... les mères le savent depuis toujours. Bien sûr, le destin des bébés n'est pas de retourner dans l'utérus,

mais l'aménagement d'une transition leur permet de faire le lien entre «l'avant» et «l'après».

Leur première « faim » est donc leur besoin de contact, et dieu sait s'ils peuvent l'exprimer impérativement si l'entourage tarde à leur répondre! Voyez ces bébés à peine nés que l'on dépose sur une table de soins. Ils hurlent. Ont-ils besoin de manger? Non, ils ont été nourris par voie ombilicale jusqu'à ce que le médecin coupe le cordon. Ils hurlent car ils ont besoin de contact et de chaleur, et pas de celle de la lampe à infra-rouge! Quand les équipes obstétricales osent sortir de leurs routines et laissent un bébé sur le ventre de sa mère, elles observent que celui-ci déploie une énergie phénoménale pour entrer en contact, par tout son corps et tous ses sens. Ensuite, son instinct de vie le pousse à chercher le sein (réflexe de fouissement). Les plaisirs multisensoriels et oraux qu'il reçoit lors des tétées lui donneront envie de recommencer. Le cycle plaisir-désir se met en place.

Les jeunes mères confient qu'elles ne « savent pas pourquoi il pleure », croyant là faire aveu d'incompétence. En fait, le nouveau-né a une « faim » très globale et peu différenciée. Il veut tout : les bras, la chaleur, l'odeur, les bercements et le sein. Ce n'est qu'avec le temps qu'il fera la différence entre les différents plaisirs possibles. Tantôt il se satisfera des bras, ou d'un bain, ou d'un massage, tantôt il réclamera plus explicitement le sein. Les appels et les pleurs deviendront plus variés et plus faciles à interpréter. Alors, il deviendra pertinent de parler d'allaitement « à la demande ».

Un troisième empêcheur de choyer en rond, ce sont nos fantasmes pseudo éducatifs. Nous l'avons vu, nos horaires de repas ont été conditionnés par les habitudes de notre milieu d'origine. On ne mange pas aux mêmes heures dans tous les pays. Le repas du soir se prend autour de 17h au Québec, de 19h en Belgique et 20 h passées en France. Mais guand commencer ce conditionnement horaire? Et comment le mettre en pratique? Là-dessus, tout a été conseillé, affirmé, imposé; les recettes se sont succédées, des plus laxistes aux plus rigides! Tâchons d'y voir plus clair. Le maternage-paternage (englober, protéger, faire à la place...) est la première forme d'amour parental à se mettre en place. Le bébé humain naît très dépendant et le restera bien plus longtemps que les autres petits mammifères. Cette phase de dépendance première,

bien vécue, lui fournit sa sécurité affective de base, cette assurance qui lui permettra précisément de s'éloigner et de supporter les frustrations inévitables de la vie en société.



L'éducation, l'autre forme de l'amour parental, apprendra l'autonomie et la confiance en soi, offrira un cadre, des lois et des limites, des apprentissages techniques et intellectuels; et transmettra la culture - dont les habitudes et les rythmes alimentaires de sa famille, son pays.... Le maternage-paternage rassure, l'éducation structure. Seulement, dans un monde où l'individu isolé et productif est présenté comme le sommet de la réussite, la dépendance et l'attachement n'ont pas bonne presse. Ajoutez à cela nos projections émotionnelles et nos confusions : il paraît dès lors légitime et même souhaitable de régulariser les rythmes des bébés au plus vite et « l'autonomiser », comme le dit si bien ce néologisme à la mode. « L'avidité des bébés est sans borne. Si la mère le satisfait sans limites, cette avidité restera illimitée » pouvait-on lire dans un cours de psychologie des années 80.

Or, l'éducation sans maternage préalable n'est qu'un fantasme pseudo-éducatif, un conditionnement précoce qui « passe » parfois avec les tempéraments discrets, et qui « casse » avec les autres. Les uns s'y plient, mais à quel prix? Les autres se rebiffent. De plus, la croyance persiste que les rythmes neurologiques se régularisent par l'imposition des horaires et des quantités alimentaires et ce, dès le berceau! Ces pratiques absurdes compliquent singulièrement la vie en général et les tétées en particulier (essayez de faire téter un bébé somnolent!), et perturbent l'évolution naturelle des rythmes veille-sommeil. Mais cela, les jeunes parents de bonne volonté qui écoutent les blouses

blanches ou les autorités familiales leur parler horaire et réglage, ne le savent pas toujours.

Précisément, ce discours est volontiers intégré car il s'inscrit dans une culture qui va dans le même sens, tant dans le milieu hospitalier que dans la société. Beaucoup d'adultes sont des obsédés de la mesure, du contrôle et de la prévision. Les pleurs anarchiques du bébé, ses rythmes chaotiques et sa dépendance première sont dès lors perçus comme une sauvagerie impensable à dompter au plus vite. Le maternage intensif est encore considéré par certains professionnels de la santé comme un «esclavage », dont il faut à tout prix protéger les jeunes mères.

Au cours des premières nuits qui suivent la naissance, bon nombre de bébés présentent de fréquents épisodes d'éveil et de pleurs. Les parents et les soignants sont alors pris entre deux exigences paradoxales : d'une part, la dramatisation des pleurs et de la faim les pousse à « faire absolument quelque chose »; d'autre part la crainte de perdre le contrôle et le besoin de se protéger leur « interdit d'en faire trop ». Nous avons là une « double contrainte » particulièrement pénible: quoi que l'on fasse ou ne fasse pas, on aura le sentiment de mal faire, d'être incompétent et coupable.

La tension peut devenir telle, que la mise à distance apparaît encore souvent comme la seule issue : distance réalisée par un objet intermédiaire (suce, biberon), par une restriction des tétées ou par le placement en pouponnière. Mais peut-on imaginer ce que représente à ce moment-là de la vie, la perte des repères et le rationnement affectif et alimentaire?

La grande majorité des adultes de nos sociétés ont connu, tout-petits, les séparations précoces, les tentatives de dressage et la perte des repères premiers. Quelles empreintes en ont-ils gardées? Serait-ce une des explications à leur peur du manque et à leurs mécanismes compensatoires : accumulation de biens, surconsommation alimentaire, mais besoin d'endiguer les manifestations et les exigences des bébés?

Et s'il y avait là un phénomène cyclique? Les fantasmes pseudo éducatifs résultant des peurs et des confusions, conduisent les adultes à mettre les bébés à distance. Ceux-ci inscrivent au plus profond de leur mémoire le traumatisme de la perte et du manque. Devenus parents à leur tour, ou soignants, ou les deux, ...etc. Il est temps de parler de tout cela, d'écouter ce que les uns et les autres, parents et soignant(e) s ressentent. Et de le dépasser. Devenir parent c'est donner rendez-vous à un bébé et à beaucoup, beaucoup d'émotions. Les démêler un peu et savoir que les pleurs impérieux du tout petit ne signifient pas obligatoirement une souffrance, permet déjà de se rencontrer avec plus de sérénité....



Comportement normal d'un nouveau-né

Les nouveau-nés ne ressemblent pas aux bébés plus âgés ni aux enfants; ils agissent différemment car ils essaient de s'adapter à la vie hors de l'utérus. Ce document vise à vous aider à déterminer ce qui est normal et ce que vous devez faire si votre nouveau-né manifeste des signes qui pourraient suggérer une maladie.

| À quoi s'attendre les premiers jours | |
|--------------------------------------|---|
| Respiration | Votre nouveau-né pourrait faire de la respiration périodique — parfois, sa respiration pourrait vous sembler peu profonde et rapide. D'autres fois, elle pourrait sembler profonde ou lente. La respiration de votre nouveau-né pourrait être irrégulière. |
| Couleur | Votre nouveau-né pourrait : avoir les pieds et les mains bleus ou mauves pendant les premières 24 heures; avoir la peau marbrée et rougie lorsqu'il a froid ou lorsqu'il pleure; avoir une légère jaunisse (visage jaune) après 24 heures. |
| Température | Plage de températures normales : Aisselle 36,5 °C à 37,5 °C (97,7 °F à 99,5 °F) |
| Alimentation | Après les premières 24 heures, votre nouveau-né devrait se nourrir toutes les deux à quatre heures, huit à douze fois par jour. Une tétée dure au moins 20 minutes habituellement, mais il arrive souvent qu'elle dure plus longtemps. Un nouveau-né satisfait se détache du sein lorsqu'il a fini de se nourrir. Votre nouveau-né pourrait se nourrir plusieurs fois d'affilée (tétées groupées), puis s'arrêter pendant un plus long intervalle de temps. |
| Couches | Jour 1 = une couche mouillée Jour 2 = deux couches mouillées Jour 3 = trois couches mouillées Les selles de votre nouveau-né seront d'aspect noir-verdâtre (méconium) les deux premiers jours, jusqu'à ce que votre colostrum (premier lait épais et jaunâtre) se transforme en lait mature. Lorsque vous nourrirez votre nouveau-né avec le lait mature (entre le troisième et le cinquième jour), attendez-vous à six à huit couches mouillées par jour et à des selles plus abondantes, liquides, de couleur jaune, verte ou brune. Les selles qui semblent « granuleuses » sont normales. |

Il est important que vous observiez votre nouveau-né pour déceler tout comportement inhabituel pendant les premières heures et les premiers jours de sa vie. Dans de très rares cas, les nouveau-nés peuvent développer une infection bactérienne, telle que le streptocoque du groupe B (également dénommé SGB), qui peut provoquer une maladie grave. Les symptômes du SGB se manifestent généralement au cours des premières 24 heures, mais parfois plus tard. Il est important que tous les parents sachent ce qui est normal dans le comportement de leur nouveau-né et quand ils devraient contacter leur sage-femme ou le service d'urgence 9-1-1.

Ce document fournit des informations pratiques tirées des lignes directrices de pratique clinique no. 16 de l'Association of Ontario Midwives (Association des sages-femmes de l'Ontario): *Group B Streptococcus: Postpartum Management of the Neonate*. Il est conçu pour vous aider à mieux comprendre certains choix et considérations qui pourraient se présenter pendant que vous recevez des soins de votre sage-femme. Il n'a pas pour but de remplacer les conversations sur le choix éclairé que vous aurez avec votre sage-femme. Si vous avez des questions, des préoccupations ou des idées après avoir lu ce document, veuillez en faire part à votre sage-femme.

Comportement

Au cours de ses premières journées et semaines, les comportements de votre nouveau-né varieront : sommeil profond, sommeil léger, somnolence, éveil calme, éveil actif, pleurs. Bien que les nouveau-nés dorment environ 16 heures par jour, leurs habitudes de sommeil sont imprévisibles; ils peuvent dormir pendant quelques minutes ou quelques heures. Les nouveau-nés devraient être placés sur le dos pour s'endormir. L'estomac des nouveau-nés est si petit qu'ils doivent se réveiller souvent pour se nourrir. Au cours des premiers jours et des premières semaines, sur une période de 24 heures, votre nouveau-né ne devrait pas dormir plus de quatre à six heures sans se nourrir. Si votre nouveau-né dort pendant plus longtemps, réveillez-le et essayez de le nourrir. Il est difficile de réveiller certains nouveau-nés; si votre nouveau-né ne se réveille pas à la première tentative, réessayez une demi-heure plus tard. Le déshabiller, changer sa couche et lui parler constitue un moyen efficace de le réveiller. Les nouveau-nés ont besoin d'un certain temps pour prendre le sein; cela est normal. Soyez patiente! Si votre nouveau-né semble anormalement somnolent et non intéressé à téter lorsqu'il se réveille, réessayez 30 minutes plus tard ou passez-lui une serviette fraîche sur le visage pour l'aider à se réveiller.

Respiration

Les comportements respiratoires des nouveau-nés sont souvent irréguliers.

Leur respiration ne ressemble pas à celle d'un adulte et ne fait pas le même bruit. À certains moments, les nouveau-nés respirent progressivement plus rapidement et plus profondément, et à d'autres, leur respiration est plus lente et moins profonde. Il est normal que les nouveaunés interrompent leur respiration pendant 10 secondes, puis la reprennent

en inspirant profondément. Par contre, il n'est pas normal pour un nouveau-né de chercher son souffle ou de haleter (soit de respirer vite) pendant 10 minutes ou plus. Les nouveau-nés émettent un grand nombre de sons différents qui peuvent sembler étranges, tout comme leurs expressions; il peut donc s'avérer difficile de déterminer ce qui est adorable et normal et ce dont on devrait s'inquiéter. Ainsi, il est normal pour les nouveau-nés d'émettre des sons qui ressemblent à la toux d'un chat qui crache une boule de poils, car ils essaient d'expectorer; ils peuvent aussi faire des bulles avec leur bouche.

Contactez votre sage-femme si vous remarquez les signes suivants, lesquels dénotent qu'il a de la difficulté à respirer :

- Ses narines se dilatent (battements des ailes du nez) pendant plus de quelques minutes lorsqu'il respire.
- Il émet des grognements à chaque respiration; cela dure plus de quelques minutes.
- La peau autour de sa cage thoracique ou à la base de sa gorge s'enfonce profondément à chaque inspiration.
- La respiration de votre nouveauné s'arrête pendant plus de 10 secondes.

Coleur

Une poitrine et un visage rosés montrent que votre nouveau-né a suffisamment d'oxygène. Les premiers jours, les mains et les pieds de votre nouveau-né pourraient prendre une couleur bleue, mauve ou grise et froide au toucher – cela est normal. La peau de votre nouveau-né pourrait se marbrer ou rougir lorsqu'il pleure ou qu'il a froid.

Si la peau du visage ou de la poitrine de votre nouveau-né devient bleue ou grise, contactez immédiatement le service d'urgence 9-1-1 et votre sage-femme.

Température

Un nouveau-né devrait porter une couche de vêtements de plus que vous lorsque vous êtes vousmême habillée confortablement. Le fait de placer votre nouveau-né peau contre peau (c'est-à-dire en le tenant contre votre poitrine ou votre ventre nu), couvert d'une couverture légère, l'aidera à réguler sa température. Si vous voulez savoir si votre nouveau-né a trop chaud ou froid, touchez sa poitrine ou l'arrière de son cou. Cela vous donnera une idée plus précise qu'en lui touchant les mains ou les pieds. Il est normal que les mains et les pieds d'un nouveau-né soient froids au cours des premiers jours. Le meilleur endroit pour prendre la température de votre nouveau-né est sous l'aisselle (également appelée la « température axillaire »). Les thermomètres auriculaires ne sont pas précis et ne sont pas recommandés pour les nouveau-nés. La température axillaire normale est de 36,5 °C à 37,5 °C (97,7 °F à 99,5 °F).

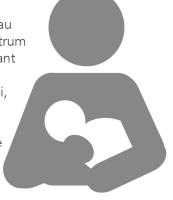
- Si la température de votre nouveau-né est supérieure à 38 °C (100,4 °F), contactez votre sage-femme.
- Si la température de votre nouveau-né est supérieure à 37,5 °C (99,5 °F), enlevez-lui une couche de vêtements et reprenez sa température 30 minutes plus tard.
- Si la température de votre nouveau-né est supérieure à 37,5 °C (99,5 °F) et si la mesure ci-dessus n'a eu aucun effet, contactez votre sage-femme.
- Si votre nouveau-né semble avoir froid ou si sa température est inférieure à 36,5 °C (97,7 °F), placez-le contre vous, peau contre peau, et couvrez-vous tous les deux avec une couverture légère, puis reprenez sa température après 30 minutes.



Variation normale de la température en °C

Alimentation

Les nouveau-nés nourris au sein bénéficient du colostrum (le premier lait épais, gluant et jaunâtre), riche en précieux nutriments. Ainsi, en donnant le sein à votre bébé, vous faites ensemble l'apprentissage de l'allaitement. Votre nouveau-né doit être alimenté toutes les deux



à quatre heures au moins (quelquefois plus souvent), pendant 20 minutes au minimum chaque fois. Cet apprentissage pourrait donc vous prendre du temps, tant à vous qu'à votre bébé. Le fait de passer du temps ensemble, peau contre peau, encouragera votre nouveau-né à s'accrocher au sein et à se nourrir. Votre nouveau-né pourrait régurgiter après s'être nourri; généralement, de petites quantités de lait s'échappent de sa bouche et dégoulinent sur son menton.

Voici une source d'information en ligne sur l'allaitement : http://www.breastfeedinginc.ca

Couches

Votre sage-femme pourrait vous demander de faire le suivi du nombre de couches mouillées et souillées que produit votre nouveau-né. Une couche jetable semble plus lourde si elle est mouillée. De nombreuses marques de couches actuelles contiennent un indicateur d'urine qui devient bleu lorsqu'une certaine quantité d'urine a été atteinte. Ce n'est pas le cas de toutes les couches; de plus, les premiers jours, les quantités d'urine produites pourraient être trop faibles pour activer l'indicateur. Si vous avez des difficultés à déterminer si la couche est mouillée, placez un mouchoir en papier dans le fond de la couche propre. Quelquefois, les premiers jours, les nouveau-nés produisent une espèce de « poussière de brique », qui forme une tâche rosâtre ou orange dans leur couche. Cela est normal; c'est ce que l'on appelle des cristaux d'urate. Si votre bébé est une fille, vous pourriez voir des pertes de sang provenant de son vagin. C'est une réaction normale aux hormones de la mère.

Tonicité musculaire

Dans vos bras, votre nouveau-né doit être soutenu, mais pas avachi. Il devrait pouvoir remuer ses bras et ses jambes vigoureusement, avec souplesse.

Cordon ombilical

Lorsque le cordon de votre nouveau-né commence à se détacher (cela peut se produire à tout moment au cours des 14 premiers jours), votre bébé pourrait sembler « grognon » et vous pourriez voir un peu de sang ou de suintement dans sa couche ou sur ses vêtements. Le cordon de votre nouveau-né pourrait également dégager une odeur forte; cela est normal. Par contre, il n'est pas normal qu'autour de la base du cordon ombilical (sur le ventre de votre nouveau-né), la peau rougisse et semble infectée. Si cela se produit, contactez votre sage-femme.

Contactez votre sage-femme dans les cas suivants :

- Votre nouveau-né ne se nourrit pas, semble léthargique et vous ne parvenez pas à le réveiller pour l'allaiter. Un long sommeil (4-6 heures) dans chaque période de 24 heures est tout à fait normale.
- Votre nouveau-né a une température axillaire supérieure à 37,5 °C (97,7 °F) ou inférieure à 36,5 °C (99,5 °F), alors qu'il n'est pas vêtu excessivement ou insuffisamment.
- Votre nouveau-né respire rapidement (plus de 60 inspirations par minute) pendant plus de 10 minutes (alors qu'il ne pleure pas, qu'il n'est pas actif, ni vêtu excessivement).
- Votre nouveau-né a de la difficulté à respirer, par exemple :
 - » battements des ailes du nez et grognements qui durent plus de quelques minutes;
 - » sa peau semble s'enfoncer profondément autour de la cage thoracique ou à la base de la gorge lorsqu'il respire.
- Votre nouveau-né est très irritable.
- Votre nouveau-né pleure pratiquement en permanence et ses pleurs sont aigus.
- Votre nouveau-né est amorphe et n'interagit pas lorsqu'il est éveillé.
- Votre nouveau-né vomit par projections et de façon répétée (comme s'il se forçait et non pas simplement la régurgitation).
- Vous apercevez une couleur de poussière de brique dans la couche de votre nouveau-né plus de trois jours après sa naissance.
- Votre nouveau-né n'a pas produit de couche mouillée en 24 heures.
- Vous remarquez d'autres signes qui vous préoccupent et montrent que votre nouveau-né ne se sent pas bien.

Contactez immédiatement le service d'urgence 9-1-1 et votre sage-femme dans les cas suivants :

- La couleur de la peau de votre nouveau-né devient bleue, grise ou pâle (des mains et/ou des pieds bleus les premiers jours sont des signes normaux).
- Votre nouveau-né ne respire pas pendant plus de 10 secondes.

L'élaboration de ce document a reçu l'appui généreux du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.





PARTAGER UN LIT AVEC VOTRE BEBE

Partager un lit avec votre bébé

Un guide pour les mères qui allaitent





Allaiter est excellent pour la santé de votre bébé et votre propre santé. Plus vous allaitez longtemps, plus les bénéfices santé seront grands pour vous deux.

Il est recommandé que votre bébé soit dans la même pièce que vous, au moins pendant les six premiers mois, car ceci facilite l'allaitement et protège contre la mort subite du nourrisson.

Prendre votre bébé dans votre lit est une façon d'allaiter confortablement. C'est peut-être la raison pour laquelle les mères qui partagent le lit avec leur bébé ont tendance à allaiter plus longtemps que celles qui ne le font pas.

Comme il est facile de s'endormir pendant une tétée, particulièrement en position allongée, certains points sont importants à considérer avant de prendre votre bébé dans votre lit.

En particulier, les lits pour adultes n'ont pas été conçus en pensant à la sécurité des enfants. Un bébé peut mourir s'il se trouve bloqué ou coincé dans le lit ou si un parent roule sur lui. Donc l'endroit le plus

sûr pour faire dormir votre bébé est dans un berceau proche de votre lit.



Cependant, vous pouvez réduire les risques d'accidents et, parce que le partage du lit (aide pour) facilite l'allaitement, trouver des informations utiles dans ce feuillet.

Important - Quand ne pas dormir avec votre bébé

Fumer augmente le risque de mort subite du nourrisson. Vous devez être sûre de ne pas vous endormir avec votre bébé dans le lit si vous (ou n'importe quelle autre personne dans le lit) êtes fumeuse, même si vous ne fumez jamais au lit.

Ne dormez jamais sur un canapé ou un fauteuil avec votre bébé.

Dormir avec votre bébé est dangereux si vous (ou n'importe quelle autre personne dans le lit) trouvez qu'il est difficile de répondre aux besoins du bébé. Par exemple si vous :

- avez consommé de l'alcool
- avez pris de la drogue ou un médicament qui pourrait vous rendre très somnolente
- avez une maladie qui affecte votre attention à votre bébé
- êtes anormalement fatiguée, à tel point qu'il vous est difficile de répondre à votre bébé.

Il est aussi plus sûr de ne pas partager le lit les premiers mois si votre bébé est né prématurément ou de petit poids, ou s'il a de la fièvre.

Partager un lit avec votre bebe

Réduire les risques d'accidents et d'augmentation de température

Les canapés sont très dangereux pour les bébés qui peuvent être coincés le long des côtés ou entre les coussins. Ne vous allongez jamais sur un canapé ou ne dormez jamais sur un fauteuil avec votre bébé.

Les lits pour adultes ne sont pas conçus pour les bébés. Afin d'éviter que votre bébé ait trop chaud, s'étouffe ou soit coincé :

- Le matelas doit être ferme et plat les matelas d'eau, les matelas trop mous (rempli de granulés de polystyrène qui s'adaptent à chaque position du corps) ou défoncés ne sont pas adaptés.
- Assurez-vous que votre bébé ne peut pas tomber du lit ou se retrouver coincé entre le matelas et le mur.
- La pièce ne doit pas être trop chaude, 16 à 18 degrés Celsius est idéal.
- Votre bébé ne devrait pas être trop habillé il ne devrait pas porter plus de vêtements que vous n'en portez vous-même dans le lit.
- Le drap ou la couverture ne doivent pas recouvrir la tête du bébé ou lui donner trop chaud.
- Ne laissez pas votre bébé seul dans ou sur le lit même un très jeune bébé peut gigoter et se mettre dans une position dangereuse.
- Votre compagnon doit savoir que votre bébé est dans le lit.
- Si un enfant plus âgé partage aussi votre lit, vous ou votre compagnon devriez dormir entre l'enfant et le bébé.
- Ne laissez pas les animaux de compagnie partager le lit avec votre bébé.

Si vous avez des questions, votre sage-femme ou puéricultrice pourra vous conseiller.

Votre position pour dormir

Il est important de vous assurer que votre bébé ne peut pas se retrouver sous les couvertures ou sous l'oreiller.

La plupart des mères qui allaitent dorment automatiquement face à leur bébé, avec le corps dans une position qui protège le bébé en l'empêchant de bouger vers le haut ou vers le bas du lit (voir dessin).

Votre bébé s'allongera d'habitude sur le



côté pour téter. Quand il ne tète plus, vous devez le poser sur le dos pour dormir, jamais sur le ventre ou le côté.

Si vous nourrissez votre bébé au biberon, l'endroit le plus sûr pour faire dormir votre bébé est dans un berceau proche de votre lit.

PORTER VOTRE BEBE

Tiré de la revue Mothering, hiver 1989 William Sears, pédiatre - Traduit et adapté par Marielle Larocque, LLL Sherbrooke, Québec

De nouvelles recherches prouvent ce que les parents expérimentés savent depuis longtemps : le fait de porter les bébés a des effets positifs, tant pour ceux-ci que pour les parents.

Mon intérêt pour l'art de porter les bébés a pris naissance il y a plusieurs années, alors que je faisais des recherches en vue d'écrire mon livre QUE FAIRE QUAND BÉBÉ PLEURE? VIVRE AVEC UN BÉBÉ AUX BESOINS INTENSES. J'ai remarqué que plus les bébés étaient portés, moins ils pleuraient. Les mères de bébés difficiles disaient calmement : 'Tant que

je le porte, il est heureux!' En me basant sur ces observations, j'ai mis au point un porte-bébé de type châle et j'ai conseillé aux parents de porter leur bébé autant que possible, dès leur naissance. J'ai ensuite remarqué un impact certain sur les bébés portés et sur leurs parents. Les nourrissons portés pleuraient beaucoup moins, avaient moins d'épisodes de coliques et, en général, semblaient plus satisfaits. Comme les bébés étaient plus heureux, leurs parents l'étaient aussi. Les parents qui portaient leur bébé semblaient aussi être plus aptes à décoder les signaux de leur bébé. Essentiellement, le parent et le bébé porté paraissaient en harmonie l'un avec l'autre.

Les bénéfices

Le fait de le porter calme aussi le bébé en recréant les mouvements qu'il connaissait dans l'utérus. Avant sa naissance, le système vestibulaire du bébé est constamment stimulé, parce que le fœtus est presque continuellement en mouvement. Ainsi, lorsque le bébé naît, son système vestibulaire est très sensible et est programmé pour le mouvement. Être porté rappelle l'utérus au bébé; ce geste lui apporte donc un sentiment de contentement. Pour ces raisons, le



mouvement et non la tranquillité, est l'état normal des nouveau-nés.

Porter les bébés les aide à se développer de façon optimale. Je crois que les bébés portés se développent à leur maximum, à cause de l'économie d'énergie résultant d'une réduction des pleurs : un bébé qui utilise moins d'énergie pour pleurer en a plus pour se développer. Le plus grand mythe à réfuter, alors, est la croyance, encore trop répandue, que pleurer est bon pour le bébé. Pleurer est aussi bon pour les veines! Les pleurs prolongés ne servent absolument à rien. Ils peuvent même avoir des effets dangereux sur le taux de pulsations cardiaques du bébé, sur sa pression sanguine, sur le taux d'oxygène dans son sang et sur sa physiologie en général.

Les bébés portés apprennent mieux. Ils ont une vigilance visuelle améliorée et paraissent plus en harmonie avec leur environnement. Pourquoi? Parce qu'augmenter le temps qu'un bébé passe dans un état de calme et de vigilance est une des meilleures façons d'aider un bébé à apprendre. Qu'apprennent les bébés portés? D'abord, ils s'habituent aux mouvements corporels de leurs parents. Ils portent une at-

PORTER VOTRE BEBE

tention à leurs expressions faciales, à leur rythme de marche, leur voix et leur odeur. Ils apprennent aussi à être intimement mêlés au monde de leurs parents, parce qu'ils participent à ce que font leur père et leur mère. Il apparaît que le simple fait de porter le bébé est un des modes le plus naturel de stimulation du nourrisson.

Porter le bébé s'adapte bien aux styles de vie mouvementée. Les mères d'autres cultures fabriquent différents porte-bébés de genre écharpe, parce qu'il leur est nécessaire de transporter leur bébé avec elles lorsqu'elles vont au travail ou quand elles sont occupées. Les mères des cultures occidentales sont aussi bien occupées, d'une façon différente toutefois. Par exemple, mon épouse, Martha, la mère de nos six enfants, est consultante en lactation et donne des cours sur l'allaitement. Un jour, avant un séminaire, notre fils Matthew, qui avait six mois, traversait une période où il était très maussade. Ne désirant pas annuler son cours, ni laisser Matthew pendant une période de besoins intenses, Martha l'a porté sur elle dans une écharpe tout en donnant une conférence d'une heure à 150 pédiatres. Après que maman et bébé eurent terminé leur entretien sur les styles d'art parental, un médecin vint vers Martha et s'exclama : 'Ce que vous avez fait nous a impressionnés encore plus que ce que vous avez dit!'

Les pères occupés peuvent aussi porter leur bébé! En tant que père de six enfants et 'porteur de bébés diplômé', je suis convaincu qu'il est important pour le bébé de s'habituer à être porté par son père : ce n'est pas mieux que maman, ni moins bien, mais différent. Les bébés apprécient cette variation de stimulation. Porter le bébé aide les parents occupés à connaître intimement cet enfant.

Plus la mère connaît son bébé, plus elle s'adapte facilement à la maternité; plus elle est à l'aise dans sa maternité, plus elle l'apprécie. On peut dire la même chose pour le père vis-à-vis sa paternité. Quand vous et votre bébé vous déplacez ensemble, vous vous habituez à le porter. Vous vous sentez bien quand vous



êtes ensemble et mal à l'aise quand vous êtes séparés. Vous devenez des spécialistes dans la lecture des signaux de votre bébé, et votre bébé devient un expert dans la lecture des vôtres.

Porter le bébé facilite le sommeil et l'allaitement, et calme celui qui traverse une période de besoins intenses. J'ai remarqué que les bébés qui sont portés beaucoup durant le jour tendent à mieux dormir la nuit, probablement à cause de l'effet général produit par le port du bébé. Ils tendent aussi à mieux dormir le jour.

Le châle dans lequel vous portez votre bébé peut rendre la relation d'allaitement plus harmonieuse. Il permet à la mère de nourrir discrètement son bébé. Le châle fait partie des vêtements de la mère et peut ainsi être utilisé comme une couverture à la mode pour allaiter en public.

Quelques bébés ont besoin d'être portés plus que d'autres. Les bébés aux besoins intenses (un terme plus beau que "bébé difficile") ont tendance à se rai-

PORTER VOTRE BEBE

dir, s'arquer et se rejeter en arrière quand on les tient. Toutefois, ils se calment assez bien et semblent profiter de la position repliée qu'ils ont dans un châle. Ils apprécient aussi le contact étroit avec le corps de leur mère ou de leur père. Les parents surmontent plus facilement les situations de besoins intenses quand ils se souviennent que la "gestation totale" d'un bébé est de dix-huit mois : neuf mois porté à l'intérieur de l'utérus de maman et neuf autres mois porté à l'extérieur de l'utérus, par maman ou papa.

Un style d'art parental



Porter le bébé est un style d'art parental qui nous demande de changer les idées reçues sur ce que sont réellement les bébés. Au lieu de bébés "couchés" ou "déposés", on parle plutôt de bébés "en positions verticales ". Le bébé des livres est un bébé couché : il repose calmement dans un petit lit, contemplant passivement un mobile qui se balance au-dessus de lui. On le prend pour le réconforter, le nourrir, jouer avec lui et ces périodes sont considérées comme une obligation envers le bébé. En le prenant à intervalles réguliers, on le calme juste assez pour être capable de le déposer à nouveau.

Le bébé qui est porté presque tout le temps, le bébé en position verticale est déposé seulement pendant de courtes périodes, alors que les parents voient à leurs besoins personnels. Ces périodes permettent au bébé d'effectuer les mouvements d'expression libre qu'il apprécie tant. Le bébé porté apprend un langage corporel sans pleurs pour signaler son besoin d'être déposé. Une mère qui porte beaucoup son bébé déclare : " Mon bébé pleure rarement. Il n'en a pas besoin".

Des parents se demandent si porter le bébé peut l'amener à être trop dépendant, à l'empêcher de vouloir ramper, ou lui donner des comportements qu'on qualifie de gâtés. Au contraire, d'après notre expérience et celle d'autres parents, les bébés portés deviennent plus confiants et plus indépendants. Pendant leur petite enfance, ils ont grandi dans un milieu familial sécurisant : ils apprennent ainsi à se séparer plus facilement et n'éprouvent que peu d'anxiété devant la séparation. Le développement moteur des bébés portés n'est pas diminué non plus. Être porté peut, en fait, améliorer le développement neurologique général du bébé : l'effet économiseur d'énergie produit par la réduction des pleurs et l'effet calmant du mouvement semble avoir pour résultat un système neuromusculaire plus organisé et une capacité motrice bien développée. Le besoin d'être porté diminue habituellement avec l'âge et l'acquisition des habiletés motrices. Même si les moments où le bébé sera porté diminuent avec l'âge, il arrive encore des périodes de besoins intenses. Porter le bébé est particulièrement bénéfique pendant ces périodes où il pleurnichera sans arrêt et tirera sur vos vêtements pour vous montrer qu'il veut se faire prendre.

Porter le bébé produit un effet secondaire fascinant : il enseigne un style d'art parental. Quand Martha et moi avons commencé à porter nos bébés, nous avons remarqué que nos enfants ont commencé à porter leurs poupées dans des petits châles fabriqués maison. Nous avons aussi remarqué qu'ils ont commencé à dessiner la mère et le bébé comme un ensemble, comme si la mère et le bébé étaient une seule personne ou comme si le bébé était une extension de la mère. En portant nos bébés, nous léguons de belles valeurs à la prochaine génération.

Vos sentiments apres la naissance

Les changements émotionnels

Quelle que soit l'intensité avec laquelle vous avez désiré la naissance de votre bébé, vous avez espéré que les récompenses de la maternité compenseraient votre perte de liberté et de satisfaction professionnelle; il vaut mieux être préparée à faire face aux premières semaines fatigantes, angoissantes et même

traumatisantes. Les femmes changent et se développent autant sur le plan émotionnel que physique durant la grossesse et la période initiale de la maternité.

De la même manière que certaines femmes sont préoccupées par les transformations de leur corps pendant la gestation de leur bébé, le changement de mode de vie et le passage de l'indépendance à la maternité peuvent aussi

s'avérer pénibles pour plusieurs. En fait, devenir parent est une des "révolutions" les plus importantes de l'existence et est souvent considéré comme une crise de la vie, semblable au bouleversement provoqué par un mariage, une séparation ou un deuil. Néanmoins, si vous êtes préparé(e)s à certains des sentiments et des problèmes qui peuvent survenir après la naissance de votre bébé, vous pourrez leur faire face plus facilement.

En plus d'une fatigue normale après la naissance de votre bébé, les changements énormes dans l'équilibre hormonal peuvent aussi affecter vos émotions. Les hormones qui ont contrôlé la grossesse sont remplacées par celles qui stimulent la production du lait et qui ramènent le corps à son état initial. Ces modifications peuvent provoquer des changements d'humeur.

Par exemple, un sentiment de dépossession peut subitement vous envahir. Même si vous avez souhaité ardemment perdre ce gros ventre, hier encore gonflé comme un ballon, vous vous sentirez possiblement vide et seule, les mouvements du bébé à l'intérieur de votre corps vous manqueront profondément. Surviendra alors une sensation étrange et inattendue de déprime. L'accouchement, souvent perçu comme "l'apothéose" de la grossesse, est en fait l'ouverture sur un mode de vie radicalement nouveau.



Les premiers moments

Quand la mère met son bébé au monde, elle vit souvent l'événement le plus intense de sa vie, surtout si c'est son premier enfant. Elle demeurera très émotive et à "fleur de peau" pendant les six premières semaines. C'est aussi le temps nécessaire pour que l'utérus puisse reprendre sa taille normale. Ces semaines sont cruciales pour l'adaptation des parents à leur nouveau rôle. Faire une bonne planification pour cette période donne à la mère la chance de bien se rétablir et de bien démarrer l'allaitement au sein.

Au moment de la naissance, la mère, pour passer à travers son travail, doit produire de fortes quantités d'endorphines et elle est souvent euphorique et excitée pour la ou les premières heures qui suivent. Même si elle se sentait complètement épuisée quelques minutes avant, elle peut prendre beaucoup de temps pour s'endormir. Elle a le goût de regarder son bébé, de le prendre, de se remémorer son accouchement. Ces moments sont très doux, profitez-en, vous dormirez mieux plus tard.

Le père/partenaire qui n'a pas reçu cette quantité d'endorphines et qui a vécu beaucoup d'émotions peut se sentir plus épuisé, surtout s'il manque de sommeil.

La mère dont l'accouchement a été particulièrement difficile peut se sentir tellement épuisée qu'elle ne réagit pas à la naissance de son enfant avec autant d'enthousiasme qu'elle s'y attendait. C'est normal et après une bonne période de repos, elle sera prête pour vivre la joie et l'émerveillement devant son bébé. Cette mère peut prendre plus de temps à se remettre et l'aide des premières semaines doit parfois être prolongée.

Autour du troisième jour, la montée laiteuse et son cortège d'hormones rendront la nouvelle mère encore plus sensible. Elle peut se mettre à pleurer parce que son bébé a une petite rougeur ou parce que quelqu'un lui parle un peu brusquement, ou tout simplement parce qu'elle se sent débordée ou bien qu'elle se sent « trop heureuse ». Si elle se repose beaucoup et qu'elle est bien soutenue, elle pourra utiliser

cette grande sensibilité pour jouir de l'agréable sensation de nourrir son bébé avec son lait et, entre les moments de "blues", passer de très beaux instants.

Dans les vieux pays, un dicton populaire prétend que, lorsque la mère a beaucoup de lait, ça vient du père. Même si c'est biologiquement impossible, il y a peut-être un peu de vrai dans ce dicton. En effet, pendant ces premières semaines fragiles, c'est la responsabilité du père de s'assu-

rer que la mère est bien entourée. Idéalement, elle ne devrait avoir à se préoccuper que de son nouveau bébé pendant les deux premières semaines et reprendre progressivement ses activités. Un grand sentiment de sécurité, beaucoup de repos et une bonne alimentation favorisent effectivement la lactation et les relevailles de la mère.

Malgré toutes ces attentions et ces bons soins, la mère aura souvent l'humeur fragile et la larme facile, avec un sommet de fragilité autour des 6e et 10e jours. Entre ces périodes, elle se sentira de mieux en mieux, mais si elle en a un peu trop fait ou si elle a sauté une sieste, elle peut ressentir une grande fatigue. Si elle sent qu'elle a de l'énergie, une marche ou une sortie favorisera son rétablissement.

Les premiers jours à la maison

De retour à la maison avec votre enfant, la découverte la plus surprenante, si c'est votre première expérience, peut être le fait que vous êtes de service 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, et qu'il n'existe pas de jour de relâche. Les nouveaux parents ont la charge supplémentaire de devoir apprendre comment être mère et père; les parents ayant déjà un enfant ont appris cette leçon et la naissance n'est probablement plus une intégration aussi grande.

Beaucoup de femmes vivent un échec de ne pouvoir se débrouiller sur le plan domestique. Les tâches ménagères s'accumulent et les mères sont encore en robe de chambre au milieu de l'après-midi. L'allaitement apporte des questionnements et des incertitudes, Donnez-vous le temps de vivre les ajustements.



Récupérer

La plupart des jeunes femmes ont l'habitude d'une nuit de sommeil ininterrompue de huit à neuf heures; cela peut prendre plusieurs mois avant qu'elles ne s'habituent à leur nouveau mode de vie et que la fatigue intense ne disparaisse. Au début, essayez de dormir quand le bébé dort; c'est plus facile pour un premier bébé et plus d'organisation lorsqu'il y a d'autres enfants à la maison. Si vous ne pouvez pas faire de sieste d'une heure ou deux pendant la journée, essayez de profiter de tous les petits moments de détente que

vous pouvez trouver pendant la journée. Trouvez, si vous en avez besoin, un exercice de relaxation facile et rapide pour vous procurer le maximum de détente. Assurez-vous que les périodes de tétées sont des moments calmes et de détente; surélevez vos jambes et trouvez une position très confortable pour vous.

Décidez que pour un certain temps, vous n'avez pas besoin d'une propreté irréprochable dans la maison, ne faites que le minimum et demandez

à votre compagnon ou à une autre personne supportante de vous aider. Si cuisiner est un problème pour vous deux, les aliments ou repas déjà préparés valent la dépense supplémentaire. Les mets congelés sont aussi très utiles.

Pendant cette période, il est sage de restreindre les visites en fréquence et en durée; n'hésitez pas à filtrer vos appels ou à débrancher le téléphone. Vous avez besoin de calme et de repos.

Plus elle est fatiguée, plus la jeune mère est fragile aux périodes de "blues". La fatigue excessive est presque toujours

le principal déclencheur de la dépression post-partum. Donc, prévenir la fatigue et avec l'énergie qui revient, s'accorder des loisirs pendant ces semaines fragiles.

Finalement, certains jours, le repos sera plus important pour vous que les exercices. Ne vous inquiétez pas si vous ne pouvez pas les effectuer chaque jour et surtout ne faites pas de travail le soir lorsque vous tombez de fatigue.

Le "blues" de l'accouchée

Il vous envahit furtivement deux jours ou une semaine après la naissance, ou même plus tard. Les émotions qui montent doivent redescendre. Si vous avez nagé dans l'euphorie durant les premières 48 heures, vous pouvez alors éprouver un choc de ressentir du chagrin, du découragement et des sentiments d'abandon. De petits riens peuvent déclencher des crises de larmes; par exemple votre partenaire qui arrive cinq minutes en retard. Vous pouvez aussi subir de violentes sautes d'humeur: ressentir des élans intenses d'amour maternel et dans la minute qui suit vous sen-

tir poussée à bout parce que le bébé pleure. Le cafard peut vous accabler simplement parce que votre lit est inconfortable, que vous trouvez les aliments sans goût, que vous ressentez des malaises, ou que vous vous sentez nostalgique. Les "blues" sont parfois tout simplement causés par le fait d'être séparée de l'enfant, après qu'il ait passé plusieurs mois dans votre utérus. Votre corps s'ennuie du bébé (naturellement). N'hésitez pas à prendre votre bébé, pour retrouver ce contact intime.



Mesures d'urgence

Si vous vous sentez épuisée et ne pouvez pas continuer plus longtemps, la seule chose à faire est d'aller au lit très tôt dans la soirée et de dormir jusqu'à ce que votre bébé s'éveille pour boire. Demandez à votre compagnon ou à la personne qui est là pour vous aider de vous apporter le bébé au lit et de changer sa couche, au besoin, au milieu de la tétée. Quand le nourrisson est rassasié et assoupi, enfoncez-vous à nouveau dans vos couvertures et dormez, jusqu'à la prochaine tétée.

L'anxiété et le stress

L'anxiété est une émotion qui peut constamment vous harceler pendant ces premières semaines. Nourrir, changer, dormir: tout semble plein d'incertitudes.
Vous pouvez atteindre le stade où vous vous sentez
obligée de téléphoner à votre partenaire pour lui demander de venir à la maison et de vous rassurer. Il est
votre lien avec le monde extérieur et vous avez besoin
de son appui. Certains parents essaient de continuer
leur vie comme si rien n'était arrivé, résolus à ce que
le bébé ne modifie en aucune façon leur tranquille vie

de couple. Mais il est pratiquement impossible au début, d'être à la fois une femme et une mère. ont l'impression de défavoriser leur premier enfant, l'évinçant alors qu'il encore qu'un bébé.

Le couple

Le premier moment qui suit l'accouchement perturbe souvent un couple d'une façon totalement inattendue. Après tout, devenir un trio demande un grand effort d'adaptation. Vous avez besoin d'appui, et ce, pendant une assez longue période après la naissance. L'énergie se transforme pendant neuf mois de la grossesse et il est normal que vous preniez un temps égal pour retrouver complètement votre énergie.

Votre bébé sera au cœur de vos préoccupations et la fatigue peut vous em-

pêcher de porter à votre partenaire toute l'attention dont il est habitué. Vous aurez probablement tous les deux, sans vous le dire, des craintes à propos des rapports sexuels; vous, parce que vous n'éprouvez peut-être pas autant de désir les premiers temps et lui, parce qu'il craint de vous faire mal.

Si vous décidez avant la naissance, d'un commun accord, qu'au début votre rôle sera de nourrir le bébé et de vous reposer, et que celui de votre partenaire sera de prendre soin de vous en se chargeant des courses, des repas et du léger ménage, les premières semaines seront plus faciles pour vous et vos rapports deviendront une véritable association et seront par conséquent plus sereins. Si vous essayez de vous occuper de tout et du bébé à la fois, la tension montera. D'une manière ou d'une autre, les pères ont besoin d'être impliqués dès le début et la communication est la clé de toute bonne relation. Essayez de planifier du temps pour vous deux tous les jours si possible (une demi-heure en mangeant par exemple), ou à toutes les semaines, pour avoir le temps de parler, de communiquer, de vous toucher et de vous supporter dans vos changements et dans votre évolution.

L'aîné

Une autre relation qui peut se modifier après la naissance est celle que vous avez avec votre aîné. Beaucoup de parents s'inquiètent et se sentent coupables avant l'arrivée d'un second enfant, surtout s'il n'y a qu'un court intervalle entre les deux naissances. Ils



Les jeunes enfants peuvent montrer leur jalousie en revenant à leurs habitudes de bébé, en se réveillant la nuit et en se mettant à faire pipi au lit, par exemple. Ils ne peuvent pas témoigner leur animosité directement au nouveau-né, mais ils persisteront dans leurs tentatives pour capter votre attention. Même s'il y a plusieurs années de différence, les aînés peuvent montrer leur anxiété et leur peur d'être privés de votre affection en devenant agressifs et désordonnés. Il est difficile pour eux de comprendre que tous les enfants d'une famille sont aimés; seul le temps et votre attitude pourront les rassurer et leur démontrer qu'ils comptent autant pour vous que le petit dernier. Bien sûr, la vie doit continuer mais de nombreux problèmes peuvent être résolus en prenant souvent dans vos bras l'aîné, en le câlinant et en lui montrant que même si la situation est changée, l'affection et l'amour sont toujours présents.

Éviter la solitude

La solitude peut être un sentiment que vous n'avez jamais éprouvé avant votre maternité. Elle survient quelques temps après votre retour à la maison, lorsque vous êtes seule avec votre enfant et que vous

vous sentez isolée, sans compagnie ni conversation adulte.

Un bon moyen pour éviter le sentiment de solitude consiste à échanger votre numéro de téléphone avec d'autres femmes de votre groupe prénatal, vers la fin du cours. Ainsi, même si vous êtes la première parmi vos amies ou votre famille à avoir un bébé, vous pourrez quand même communiquer avec quelqu'un qui aura vécu les mêmes difficultés des premières semaines suivant la naissance. Le téléphone peut être une bouée de sauvetage, même si ce n'est pas la même chose qu'une présence humaine.

Demandez à la sage-femme, au médecin ou à la personne ressource de votre CLSC s'ils connaissent quelqu'un qui a eu un bébé récemment et qui habite près de chez vous. Regardez parmi les ressources dis que d'autres éprouvent le besoin de manger en très grandes quantités et grossissent exagérément. Les femmes souffrant de dépression post-natale sont très souvent irritables et d'un caractère emporté; elles peuvent éprouver des moments très difficiles où elles ressentent des sentiments de colères envers leurs enfants au point de vouloir les frapper.

Les sentiments d'agression

Vous avez pu penser que votre bébé dormirait 20 heures par jour, ne s'éveillant que de temps en temps pour une tétée et que vous auriez beaucoup de temps



pour vous. C'est un véritable choc de réaliser que même un nouveau-né de deux semaines désire une vie sociale! Il peut rester éveillé des heures durant et avoir un besoin constant de divertissement, vous mettant hors de vous. Tous les parents normaux admettent avoir connu des moments terrifiants où leur enfant les pousse au bord de la violence. Heureusement, la plupart des gens s'ar-

communautaires de votre région, pour voir s'il y a des groupes de support. N'ayez pas peur d'entrer en contact avec d'autres femmes enceintes ou avec des mères que vous rencontrez, lors de vos visites prénatales ou ailleurs. Vous n'êtes pas seule à vous sentir trop coupables de cela. Apprenez à reconnaître ces moments de crise et essayez de les résoudre avec des techniques de relaxation. Trouvez quelqu'un de sympathique à qui vous pouvez vous confier. Vous pouvez écrire de 20 minutes à 1 heure par jour, dans un journal intime. Il faut que ces émotions soient exprimées!

même chose. La dépression postnatale

La plupart des femmes déprimées après la naissance de leur bébé se plaignent non seulement d'une extrême fatigue (bien normale) mais aussi de quelque chose de beaucoup plus intense et persistant. La tristesse et l'envie de pleurer, le sentiment d'imperfection, la tension et l'anxiété, les craintes irrationnelles, sont les symptômes de ce désordre très fréquent. Certaines femmes se plaignent aussi de symptômes physiques: palpitations, étourdissements, douleurs dans tout le corps, incapacité de dormir malgré la fatigue ou perte totale de libido (intérêt sexuel). Certaines femmes n'ont plus d'appétit et perdent du poids, tan-

La conduite à suivre

Il est inutile de dire à une femme déprimée de se ressaisir; elle ne le peut pas. Au moment où elle devrait être rayonnante de bonheur et de contentement, jouir de son nouveau bébé et de sa famille et s'occuper de toutes ses tâches aussi facilement et efficacement qu'avant sa grossesse, elle se trouve plutôt dans un état d'abattement et de désespoir.

Heureusement, la dépression postnatale est maintenant reconnue beaucoup plus fréquemment par les professionnels de la santé et par les mères et leurs familles. Ce problème peut être soigné et les femmes peuvent être aidées au cours de cette période difficile. La psychothérapie, les pilules antidépressives et le traitement hormonal peuvent tous être utilisés avec de bons résultats, tout en étant accompagnés par des périodes de repos en quantités adéquates.

Votre médecin tiendra compte de l'allaitement et prescrira un traitement qui soit sans danger pour l'enfant. De parler à des personnes de vos sentiments peut vous aider; elles vous aideront à réaliser que ce désordre émotionnel fait partie de la maternité pour certaines femmes et que, dans la majorité des cas, il peut être rapidement quéri.

Retour à la normale

Le temps apporte bientôt des compensations. Les premières semaines de soins constants s'éclairent tout à coup au premier sourire éblouissant de votre enfant qui vous "répond" et qui suit vos mouvements des yeux. Soudain, il apprend à se socialiser et vous réalisez que la vie normale continue en dehors de votre petit univers. Il y aura des moments auxquels vous tiendrez beaucoup et qui resteront gravés en vous plus tard, lorsque votre enfant volera de ses propres ailes.

À la fin des trois premiers mois, le dur et constant travail physique imposé par les soins au nouveau bébé s'allège un peu et vous vous rendez compte que tous ces efforts en valaient vraiment la peine: vous et votre compagnon serez heureux et fiers d'être parents.

Enfin, pendant cette période, acceptez toute l'aide qu'on vous offrira et n'hésitez jamais à faire garder votre bébé quelques heures pour vous permettre de vous ressourcer.

L'enfant à besoins accrus

Certains bébés demandent beaucoup plus d'attention que d'autres. Ces bébés sont souvent très éveillés, très affamés et demandent beaucoup de stimulation et de présence. Ils sont aussi plus susceptibles de faire des coliques, probablement parce qu'ils boivent plus goulûment et avalent plus d'air.

Si votre enfant a des besoins accrus, votre entourage vous dira peut-être que ce sont vos soins attentifs qui rendent votre enfant nerveux et exigeant. Notre expérience nous a plutôt démontré qu'au contraire, les parents de ces enfants sont presque toujours très patients et très compétents, et sont capables de répondre aux besoins particuliers de leur enfant. Ne comparez jamais votre bébé avec un autre, il a son propre caractère et ses besoins particuliers. Vous ne pouvez pas "gâter" votre bébé avec de l'attention et vous êtes les personnes les plus qualifiées pour évaluer ses besoins.

La diastase des grands droits

Avant votre départ du Centre de maternité, la sagefemme responsable évaluera l'espace entre vos "grands droits" (muscles superficiels de l'abdomen). Cet espace s'appelle diastase des grands droits. S'il est un peu trop grand, ce qui est fréquent, un exercice très simple corrigera cette diastase. Il est important que la diastase soit corrigée avant d'entreprendre d'autres exercices. Avec les Kegels, se sont généralement les seuls exercices conseillés pour les premiers jours.

Enfin, n'oubliez pas qu'être parent est une aventure qui dure toute la vie et que chaque jour, le plus beau cadeau que nous puissions faire à notre enfant est notre bonheur personnel et notre bien-être; cela est sa nourriture spirituelle et ce qui lui donnera la joie de vivre. C'est en étant un bon parent pour soi-même qu'il devient facile d'être un bon parent pour nos enfants!

RESSOURCES

RESSOURCES ET SOUTIEN

Alternative-naissance est un centre de références et de soutien d'humanisation de la naissance. www.alternative-naissance.ca 514-274-1727

Le **Centre Premier berceau** est un centre de prévention pour parents en attente de leur premier enfant. www.centrepremierberceau.org 514-598-0677

Le **Dispensaire diététique de Montréal** fournit soutien nutritionnel et moral à des femmes de milieu défavorisé durant la grossesse et les premiers mois de vie de leurs bébés. www.ddm-mdd.org

Grossesse-Secours offre des services de soutien, des visites à domicile postnatales, une halte-garderie et un service d'hébergement pour femmes enceintes. www.grossesse-secours.org 514-271-0554

Le **Groupe d'entraide maternelle de la Petite Patrie** offre des relevailles à Montréal. 514-495-3494

Ligne parents

514-937-5375

Soutien téléphonique pour parents d'enfants de 0-18 ans 514-288-5555 ou 1-800-361-5085 **Parents Help Line** 1-888-603-9100

La **maison bleue** est un centre de prévention pour les familles vivant dans un contexte de vulnérabilité. www.maisonbleue.info 514-509-0833

Regroupement provincial des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale.

www.maisons-femmes.qc.ca 514-878-9134

La **Petite maison** offre des services pour mère monoparentale: 514-526-2639

www.postpartum.net et www.postpartum.org

Les sites anglais offrent de l'information générale et des ressources. Postpartum.org a une section spécifiquement pour les pères.

Le Réseau des Centres de ressources périnatales du Québec offre des relevailles et des activités familiales.

http://www.reseaudescrp.org/

SOS Violence offre un service téléphonique d'accueil, d'évaluation et de référence pour personnes victimes de violence conjugale. 24h/jour, 7j/semaine www.sosviolenceconjugale.ca 514-728-0023 ou 514-728-2353 ou 1-800-363-9010

SANTE DES FEMMES ET MATERNITE

L'Association pour la santé publique du Québec contribue à l'amélioration de la santé de la population québécoise.

www.aspq.org 514-528-5811

L'Alliance francophone pour l'accouchement respecté offre une base de données sur la maternité. www.afar.info

La **Fédération du Québec pour le planning des naissances** offre de l'information sur la contraception et la santé sexuelle des femmes.

fqpn.qc.ca 514-866-3721

Centre d'information et de ressources sur la circoncision

www.infocirc.org

Naissance-Renaissance un organisme féministe provincial d'action communautaire autonome. www.naissance-renaissance.qc.ca 514-392-0308

RESSOURCES

Coalition for Improving Maternity Services se préoccupe du bien-être des mères, bébés et familles. www.motherfriendly.org (site américain)

L'Ordre des Sages-Femmes du Québec: Informations sur la profession sage-femme au Québec. www.osfq.org 514-286-1313

Portail santé n'a aucun objectif lucratif ni attache commerciale.

www.passeportsante.net

Le Réseau canadien pour la santé des femmes travaille à améliorer la santé des femmes. Une bonne quantité d'information sur la grossesse et l'accouchement s'y retrouvent.

www.cwhn.ca/indexfr.html

Seréna est un organisme sans but lucratif ayant pour mission d'habiliter les individus et les couples à gérer leur fertilité de façon naturelle et efficace, en leur offrant une meilleure connaissance du cycle féminin L'organisme se spécialise dans le développement et l'enseignement de la méthode sympto- thermique. www.serena.ca 514-273-7531

La Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada offre des renseignements et les lignes directrices de la pratique médicale sur la santé des femmes. www.sogc.org

ALLAITEMENT

www.allaitement.ca 1-866-allaité (255-2483)

La Ligue La Leche

Groupe de soutien parent allaitant à parent allaitant qui offre de l'encouragement et de l'information personnalisée et à jour à tous les parents qui veulent allaiter leurs bébés. Chaque mois, les monitrices animent des réunions d'information et de partage sur l'allaitement. Les monitrices offrent aussi un soutien téléphonique. Bienvenue aux personnes enceintes

ainsi qu'aux parents allaitants et leurs conjoints. Pour avoir plus d'information au sujet de nos réunions, vous pouvez contacter une monitrice ou consulter les dépliants de certains de nos groupes.

www.LLLC.ca 514-842-4781

Réunions LLL au CLSC Métro à Montréal

1801 boulevard de Maisonneuve Ouest Montréal (Québec) H3H 1J9

Chaque mercredi de 13h30 à 15h, pour plus d'infos: Linda 514 355-0772

Allaitement après réduction mammaire

Ce site (anglais seulement) offre du soutien et de l'information aux personnes qui désirent allaiter après une chirurgie sur le sein ou le mamelon. C'est aussi une ressource pour les professionnels de la santé qui aident les mères à allaiter.

www.bfar.org

vidéoclips et information sur l'allaitement du nouveau-né

www.drjacknewman.com

site en anglais offrant de l'information sur l'allaitement

www.kellymom.com

Association québécoise des CONSULTANTES EN LACTATION diplômées de l'IBLCE (AQC)

- Gratuit en clinique avec références
- Tarif réduit en pharmacie
- Consultation privée (cabinet ou domicile \$\$) www.ibclc.qc.ca 514-990-0262

Nourri-Source est un mouvement d'entraide pour l'alimentation au sein du bébé, composé essentiellement de bénévoles appelées marraines d'allaitement. Un soutien téléphonique gratuit personnalisé fait que vous parlerez toujours à la même personne. Nourri-Source offre des haltes-allaitement. Consultez votre CLSC, pour connaître tous les services offerts près de chez-vous.

Pointe-Saint-Charles: ccpsc.qc.ca/fr/allaitement www.nourri-source.org 514-948-9877 ou 1-866-948-5160

Ressources

Groupe de soutien situé sur la rive-sud

MAM est un organisme communautaire dans le domaine de la périnatalité. Sa mission est d'accueillir, d'accompagner et de renseigner les individus et leurs familles lors de la période périnatale (Marraines d'allaitement, halte-allaitement, sessions d'information, activités). Nos marraines d'allaitement sont là pour offrir du soutien en allaitement. www.mam.qc.ca 514-990-9626

ACTIVITES

Massage bébé

www.alternative-naissance.ca 514- 24-1727 6006, avenue Bordeaux

Porter bébé, faire son écharpe et les nœuds

www.ellaroo.com www.portersonbebe.com

Cardio-poussette * Cardio-traîneau

www.cardiopleinair.ca 1-877-327-5530

Aller au cinéma avec bébé

www.movies4mommies.com

YOGA PRÉNATAL AQUA PRÉNATAL ET AQUA BÉBÉ

www.ymcamontreal.qc.ca

www.Ydesfemmesmtl.org 514-866-9941 1355, boulevard René-Lévesque Ouest

www.luciebruneau.qc.ca 514-527-4527 2275, avenue Laurier Est

DEPRESSION POSTNATALE

Les sites anglais www.postpartum.net et www.postpartum.org offrent de l'information générale et des ressources.

www.Postpartum.orga une section spécifiquement pour les pères. N'hésitez pas contacter votre CLSC pour les ressources locales et les groupes de soutien.

CENTRES DE RESSOURCES PERINATALES

www.relevailles.com/ 514-640-6741

Les Relevailles de Montréal

Centre de ressources périnatales situé à Pointe-aux-Trembles. Les Relevailles de Montréal a pour mission de favoriser l'adaptation harmonieuse à la grossesse et à la vie avec un nourrisson. Ils soutiennent les parents dans l'enrichissement de leurs compétences et offrent une gamme de services: cours, rencontres, soutien téléphonique, halte-allaitement, références, aide à domicile et bibliothèque.

www.groupedentraidematernelle.org/

GEM **Groupe d'entraide maternelle** de la Petite Patrie 514-495-3494

Le Groupe d'entraide maternelle se définit comme un organisme communautaire par et pour les familles. Il a pour mission d'accueillir, d'enrichir et de valoriser l'expérience parentale.

AUTRES RESSOURCES

Matinée parent-enfant : **Réunion de partage communautaire de parents avec leur bébé** organisée dans plusieurs CLSC. Pour plus d'information contacter votre CLSC.

ENTRETIEN MENAGER

La Grande vadrouille: 514-341-0443 Services West-Nette: 514-693-3749

Suggestions de lectures

Grossesse et accouchement

- Pour une naissance sans violence, Frédérik Leboyer, 1974
- Le bébé est un mammifère, Michel Odent, 2014
- Au cœur de la naissance, Stephanie St-Amant, Lysane Grégoire, 2005
- Une naissance heureuse, Isabelle Brabant, 2012
- Shantala, Frédérik Leboyer, 2004
- Une autre césarienne ou un accouchement naturel, Hélène Vadeboncoeur, 2011
- Sans risque ni péril, Sherley Rivet, 1988 Accouchement à la maison, Sheila Kitzinger, 1986
- Spiritual Midwifery, Ina May Gaskin, 1977
- Home Birth, Sheila Kitzinger, 1993
- Home Birth an Invitation and Guide, Alice Gilgoff, 1989
- Ma mère c'est la plus forte, Cynthia Durand (Auteure), Isabelle Brabant (épilogue), Andreann Larouche (illustrations)
- L'accouchement, la méthode de Gaskets, Élisabeth de Gaskets

Allaitement

- L'art de l'allaitement maternel, La Ligue La Leche, 2012
- Bien vivre l'allaitement, Annie Desrochers, Madeleine Allard, 2010
- Près du cœur, Lysanne Grégoire et Marie-Anne Poussard, 2008

