



Accouchement et allaitement

Information de base pour les stagiaires et les animatrices

Traduit de Childbirth and breastfeeding, LAD LLLI, Septembre 2018

<http://www.llli.org/docs/lad/ChildbirthandBreastfeeding.pdf>

<http://www.llli.org/docs/lad/ChildbirthandBreastfeeding.rtf>

Note : Ce feuillet n'a pas été conçu pour être utilisé par les mères qui contactent LLL. Les animatrices peuvent renvoyer les mères aux livres sur l'accouchement des Bibliothèques de Groupe, aux feuillets de LLLI, aux brochures, aux revues produits par LLL et autres sources d'information accessibles sur les sites web de LLL localement.

Copyright © 2009 by LLLI Leader Accreditation Department (LAD)

All rights reserved

LLLI septembre 2018

Accouchement et allaitement

TABLE DES MATIERES

L'ACCOUCHEMENT

- Comment l'accouchement peut avoir des conséquences sur l'allaitement
- Participation consciente et active pendant l'accouchement

LES INTERVENTIONS ET LES MÉDICAMENTS

- Conséquences des interventions sur le vécu de l'accouchement
- Les interventions fréquentes
- La césarienne
- Les analgésiques
- L'influence Possible sur l'allaitement des analgésiques
- Conséquence des liquides reçus par intraveineuse sur l'allaitement

SURMONTER LES DÉFIS APRES LA NAISSANCE

- Interventions après la naissance
- Mettre en route l'allaitement après un accouchement compliqué
- Quand la mère souffre
- Quand le bébé ne veut pas téter

S'OCCUPER DU BÉBÉ

LE SOUTIEN A LA MÈRE

CONCLUSION

Ressources



Accouchement et allaitement

Informations de base pour les stagiaires et les animatrices

Note : *Ce feuillet n'a pas été conçu pour être utilisé par les mères qui contactent LLL. Les animatrices peuvent renvoyer les mères aux livres sur l'accouchement des Bibliothèques de Groupe, aux feuillets de LLLI, aux brochures, aux revues produits par LLL et autres sources d'information accessibles sur les sites web de LLL localement.*

<http://www.llli.org/docs/lad/ChildbirthandBreastfeeding.pdf>

<http://www.llli.org/docs/lad/ChildbirthandBreastfeeding.rtf>

À la stagiaire qui se sert de ce feuillet :

Votre expérience personnelle a développé vos connaissances sur l'accouchement et votre prise de conscience de son influence sur l'allaitement. Les fondatrices de La Leche League disaient : « Dès les débuts de La Leche League, nous nous sommes aperçues que l'expérience de la mère lors de son accouchement influe sur les débuts de l'allaitement et sur sa façon d'être mère. L'allaitement a toutes les chances de bien démarrer si la mère participe activement à la naissance. » (L'Art de l'Allaitement Maternel, 2009, page 30).

La Leche League International (LLLI) reconnaît toujours cette influence :

Dès les débuts de La Leche League, nous nous sommes aperçues que l'expérience de la mère lors de l'accouchement influe sur les débuts de l'allaitement et sur sa façon d'être mère. L'allaitement a toutes les chances de bien démarrer si la mère participe activement à la naissance.
L'Art de l'Allaitement Maternel, 2012, page 40

Une grande partie de ce que connaissent les animatrices sur la naissance et son influence sur l'allaitement provient de leurs propres expériences et de ce que partagent les autres mères. Il est important de :

- Reconnaître que chaque femme vit son accouchement différemment.
- Être consciente des biais potentiels dans ce domaine - les vôtres et ceux de la mère.
- Rester ouverte à découvrir à la fois la perception qu'a une femme de son accouchement et l'influence que cela pourrait avoir sur son expérience d'allaitement.

Les animatrices sont en contact avec les mères par téléphone, sur Internet et aux réunions. Les animatrices ont un rôle énorme à jouer en aidant une femme à :

- Identifier ce que lui dit son instinct
- Clarifier ses questions
- Se sentir en confiance pour demander des informations supplémentaires aux professionnels de santé
- Être consciente de la possible survenue de difficultés pour qu'elle puisse chercher rapidement de l'aide.

Les animatrices ne connaîtront peut-être pas toute la situation médicale d'une femme et la femme ne devrait pas se sentir obligée de tout partager avec nous. Le rôle d'une animatrice quand elle parle à une mère d'interventions médicales, de positions d'allaitement et de tout autre sujet, est de fournir des informations, du soutien et de l'encouragement, quelle que soit la situation de la mère. Si vous n'êtes pas sûre de comment présenter certaines des informations spécifiques contenues dans ce feuillet, vous pouvez contacter :

- Le Département des Ressources pour Problèmes Spécifiques (RPS) pour connaître l'actualité scientifique à ce sujet et pour avoir plus confiance en vos propres connaissances.
- Le Département de développement des compétences en communication (OCEAN) pour vous aider à utiliser les compétences d'écoute active et à réfléchir aux façons de poser des questions à la mère afin d'obtenir l'information nécessaire pour mieux répondre à ses besoins et préférences.

Les animatrices LLL ont besoin de bien comprendre comment les différentes expériences d'accouchement et de modes d'expulsion peuvent influencer le début de l'allaitement. Ce feuillet apporte les informations de base pour acquérir les connaissances nécessaires au sujet de l'accouchement puisqu'il :

- Vous aide à développer ces connaissances.
- Vous permet d'aider les mères qui ont vécu différentes sortes d'accouchements.
- Vous aide à comprendre et à appliquer la philosophie LLL quand vous discutez d'accouchement.

Les informations dans ce feuillet sont basées sur les ressources citées à la fin. Vous pouvez compléter votre compréhension par d'autres lectures, en assistant à des ateliers, en parlant avec les animatrices de votre groupe ou avec votre Co-LAD ou par d'autres moyens. Vous avez peut-être une expérience professionnelle qui contribuera à remplir les conditions demandées. Quand vous discutez d'accouchement dans les réunions, vous pouvez vous référer aux chapitres de *l'Art de l'Allaitement Maternel* qui s'y rapportent pour partager les informations LLL à ce sujet.

- **L'ACCOUCHEMENT**

1.1 Comment l'accouchement peut avoir des conséquences sur l'allaitement

Dans une image idéalisée, l'accouchement se passe naturellement. Le bébé est né sans intervention médicale dans un environnement sécurisé, détendu, avec une famille célébrant le pouvoir de donner la vie. L'allaitement commence comme une transition naturelle, entre le travail ciblé de l'accouchement et la période après la naissance, où la mère peut prendre son bébé dans les bras et le mettre au sein pour la première fois.

Pour de nombreuses mères, l'expérience peut être très différente :

- le travail et l'expulsion peuvent être longs et douloureux ou d'une rapidité surprenante
- la mère et/ou le bébé peuvent être affectés par les médicaments administrés pendant l'accouchement
- le bébé peut être emmené pour des soins médicaux
- la mère peut subir une chirurgie ou toute autre intervention
- tout cela, comme bien d'autres facteurs, peut influencer le début de l'allaitement

La Leche League (LLL) croit que la participation active pendant l'accouchement peut avoir une influence sur ce qui se passe pendant la naissance et après. Nous savons que si une mère est éveillée, consciente et participe activement, elle peut plus facilement éviter des protocoles ou des actes susceptibles d'interférer et de compromettre le début de l'allaitement. Être active et engagée influence aussi le sentiment qu'a la femme d'être capable et confiante alors qu'elle devient mère. Cela peut l'aider à persévérer et à surmonter les défis. Il est important de reconnaître que « consciente et active » ne fait pas référence uniquement à un accouchement non-médicalisé. Une mère peut se sentir plus satisfaite avec le processus quand elle :

- apprend quelles sont les différentes possibilités pour l'accouchement et comment bien mettre en route l'allaitement en prenant des cours de préparation à l'accouchement et en assistant à des réunions LLL
- est activement impliquée dans la prise de décisions avant et pendant le travail et l'accouchement
- reste consciente lors de la plupart des actes médicaux.

Être confrontées à des défis pendant l'accouchement peut vraiment renforcer la détermination de certaines mères à allaiter leurs bébés. Avec du soutien et de l'information, une mère peut bien démarrer l'allaitement même quand son expérience d'accouchement n'a pas été celle dont elle avait rêvé. Même si certains protocoles médicaux peuvent être appliqués de manière systématique, et peut-être parfois sans nécessité, à d'autres moments, une intervention médicale peut sauver des vies. Lorsqu'une

mère comprend mieux la physiologie d'un accouchement naturel et de la mise au sein précoce, elle sait mieux comment éviter les interventions inutiles et, si des interventions s'avèrent nécessaires, comment en minimiser les effets.

Les mères prennent les meilleures décisions qu'elles peuvent à partir de l'information et des conseils médicaux mis à leur disposition. Parfois, après avoir eu un bébé, elles peuvent découvrir et envisager d'autres options et souhaiter avoir pris d'autres décisions. Le rôle de l'animatrice est d'aider une mère à comprendre et à accepter son expérience d'accouchement et d'allaitement. Ceci peut influencer ses choix lorsqu'elle aura un autre bébé.

Si une mère nous confie qu'elle est malheureuse de son expérience d'accouchement, nous ne pouvons pas partir du principe que c'était évitable. En tant qu'animatrices, nous pouvons offrir du soutien et de l'écoute pour aider une mère :

- à évaluer comment elle peut réussir son allaitement même après une césarienne, une naissance sous médication, un accouchement déclenché
- à dépasser les sentiments de regret, de déception ou de culpabilité pour aller vers des sentiments positifs qui découlent de l'attachement à son bébé et la confiance dans le fait qu'elle peut allaiter et combler ses besoins
- à dépasser son expérience d'accouchement pour aller vers sa situation actuelle de mère qui allaite, et faire les choix s'y rapportant.

N'oubliez pas qu'une mère peut avoir besoin de temps pour surmonter le chagrin dû à une expérience d'accouchement qui diffère de celle qu'elle attendait. Si vous pensez qu'une mère a besoin de plus de soutien que vous ne pouvez en donner ou si le genre de soutien dont elle a besoin dépasse vos compétences, vous pouvez l'adresser à d'autres personnes dans votre communauté, comme des professionnels de santé, des professionnels de santé mentale, d'autres professionnels ou des associations de soutien.

Il est aussi important de garder à l'esprit que le type d'accouchement qu'une mère pourrait regretter – parce que ce n'était pas celui qu'elle avait planifié ou qu'elle souhaitait – pourrait être l'expérience qu'une autre mère choisirait. Une animatrice doit être sensible à toute tendance dans une discussion de réunion qui semble qualifier une sorte d'accouchement de "bonne" et une autre de "mauvaise".

1.2 Participation consciente et active pendant l'accouchement

Voici quelques idées qui peuvent aider les mères à participer de façon consciente et active à leur accouchement. Une femme enceinte peut chercher de l'information qui lui permettra d'en savoir plus sur la naissance, d'apprendre des techniques de relaxation, de se sentir concernée et impliquée tout au long de son accouchement :

- via des cours de préparation à l'accouchement
- via des lectures personnelles
- en regardant des vidéos qui montrent ce qu'est un accouchement actif et des exercices pratiques

- en constituant un réseau de soutien avec des animatrices LLL et des mères du groupe
- en apprenant à connaître les différentes personnes présentes pendant l'accouchement et en quoi leur façon de voir la naissance peut avoir un impact sur l'expérience de l'accouchement. Les professionnels qui peuvent être présents incluent :
 - la doula (qui n'est pas considérée comme professionnelle de santé en France)
 - la sage-femme
 - le médecin de famille
 - le gynécologue-obstétricien
- *A noter : une sage-femme peut avoir une approche davantage centrée sur la femme, tandis que l'obstétricien peut être plus axé sur la médicalisation. Toutefois, certaines sages-femmes se laisseront guider par une approche médicale de la naissance, et beaucoup d'obstétriciens croient en l'accouchement physiologique.*
- Une femme enceinte peut apprendre à connaître son professionnel de santé et poser des questions pour comprendre son approche de l'accouchement. On peut lui suggérer de réfléchir à faire appel à une doula pour la soutenir pendant la naissance et les premiers jours avec le bébé. Présentez-lui les choix possibles pour donner naissance dans un endroit où elle se sent en sécurité et détendue :
 - chez elle,
 - dans une maison de naissance,
 - dans une maternité.

2.LES INTERVENTIONS ET LES MÉDICAMENTS

2.1 Conséquences possibles des interventions sur le vécu de l'accouchement

Ce paragraphe évoque les interventions possibles qui peuvent finalement affecter le démarrage de l'allaitement. Utilisez *L'Art de l'Allaitement Maternel*, les sites de La Leche League (LLL) et autres publications de votre bibliothèque de groupe pour en apprendre davantage sur la façon dont le vécu de l'accouchement peut perturber la mise en route de l'allaitement.

Souvent, les interventions pendant l'accouchement peuvent avoir des effets en cascade : une intervention initiale à priori anodine, peut avoir des conséquences conduisant à d'autres actes médicaux. Même quelque chose d'apparemment anodin, comme une inactivité pendant le travail, ou l'obligation de rester au lit, peut perturber l'avancement normal de l'accouchement et conduire à une série d'autres interventions. La liste des interventions dans le paragraphe « déclenchement » présente quelques-unes des façons par lesquelles une intervention peut mener à une autre.

Les animatrices ont besoin d'être sensibles aux besoins et aux sentiments des mères demandant du soutien. L'information concernant les interventions et leurs conséquences possibles sur la naissance et l'allaitement peut aider l'animatrice à comprendre la situation d'une mère et savoir comment l'aider. Pourtant, l'animatrice doit aussi reconnaître que cette information ne doit pas forcément être partagée avec la mère, surtout une mère qui a déjà

pris sa décision sur son accouchement ou a déjà accouché. Dans ces cas, l'animatrice doit prendre beaucoup de soin dans la façon dont elle partage les informations pour éviter que la mère ne se sente jugée ou critiquée à propos de ses choix concernant l'accouchement. Il peut être plus approprié d'indiquer que de l'information complémentaire est disponible si la mère le désire ; trop d'informations à la fois peut être inquiétant et générer de l'anxiété.

Nous encourageons les mères à éviter les interventions inutiles. En même temps, nous reconnaissons qu'il peut y avoir des raisons médicales valables pour des interventions spécifiques. Dans certaines situations, cela peut aider une mère de savoir à quoi elle peut s'attendre si le travail est déclenché, si elle a un accouchement médicalisé ou par césarienne et lui permettre de comprendre les conséquences possibles sur l'allaitement. Toutes les interventions ne peuvent pas être évitées, mais savoir à quoi s'attendre peut aider une mère à être prête à prendre davantage de temps et à faire des efforts pour aider son bébé à téter.

- **Les interventions fréquentes**

2.2.1 Le déclenchement-- travail provoqué artificiellement :

- Une option proposée à bien des femmes en fin de grossesse.
- Peut être proposé pour de nombreuses raisons afin de protéger la santé de la mère ou du bébé, par ex. une mère qui fait de l'hypertension ou un bébé avec un retard de croissance intra-utérin.
- Il est important pour la mère de comprendre pourquoi on lui propose un déclenchement, afin de prendre une décision qui lui semble la bonne pour elle et pour son bébé.
- Les déclenchements sont parfois nécessaires médicalement et sauvent la vie de mères et de bébés.

Toutefois, toutes les formes de déclenchement présentent des risques :

- Les mères ont souvent un travail plus intense et rapportent des douleurs accrues.
- Il y a un risque accru de détresse fœtale qui peut donner lieu à un accouchement par voie basse assistée ou à une naissance par césarienne.

2.2.2 L'intensification --l'accélération du travail-- peut être faite lorsque le travail a commencé mais que les contractions sont faibles ou ralentissent. Le déclenchement et l'accélération du travail peuvent comprendre :

2.2.2.1 Le décollement des membranes

- Le professionnel de santé met ses doigts dans l'ouverture cervicale (du col de l'utérus) et y effectue une rotation de 360°. Cela facilite la libération des prostaglandines par les membranes et par le col, et aide le col à s'assouplir. Toutefois cette méthode peut ne pas être efficace pour mettre en route le travail et risque de rompre la poche des eaux plus tôt que cela n'arriverait naturellement.

2.2.2.2 La rupture artificielle des membranes

Le professionnel de santé fait un petit trou dans le sac amniotique afin de libérer les prostaglandines et d'augmenter la pression de la tête du bébé sur le col pour stimuler ou

améliorer les contractions. Sans le coussin protecteur du liquide amniotique, la tête du bébé peut être sujette à de plus grandes pressions pendant les contractions. Le cordon ombilical risque davantage d'être comprimé, provoquant un manque d'oxygène et par conséquent une détresse foetale. Ceci peut nécessiter une naissance par césarienne. Le prolapsus du cordon où le cordon passe dans la filière génitale avant le bébé est plus fréquent après une rupture artificielle des membranes. Ceci peut aussi conduire à une naissance par césarienne d'urgence.

Les membranes intactes font office de coussin pour le périnée, permettant une détente plus douce et réduisant le risque de déchirure. L'association entre rupture des membranes et augmentation des contractions par l'ocytocine conduit souvent à un relâchement plus rapide et forcé du périnée et ainsi à plus de déchirures. Si le travail ne démarre pas en ayant recours à cette méthode, d'autres interventions peuvent devenir nécessaires à cause du risque accru d'infection avec les membranes rompues.

2.2.2.3 Prostaglandines

Il s'agit de substances naturellement produites par le corps qui agissent en assouplissant le col et la partie basse de l'utérus. La Haute Autorité de Santé, HAS explique : « Pour déclencher le travail, on dispose de deux méthodes, l'administration intravaginale d'un gel de prostaglandines et la perfusion intraveineuse d'ocytocine associée à une rupture de la poche des eaux. »

https://www.has-sante.fr/jcms/c_666473/fr/declenchement-artificiel-du-travail-a-partir-de-37-semaines-d-amenorrhée

Le déclenchement par les prostaglandines peut conduire à d'autres interventions, notamment à l'injection d'ocytocine afin d'augmenter la stimulation de l'utérus.

▪ Ocytocine (Syntocinon®)

C'est la version synthétique d'une hormone naturelle sécrétée par l'hypophyse maternelle. Elle est administrée en quantités minimales pour déclencher le travail et augmenter les contractions. Elle peut avoir comme conséquence de générer des contractions plus longues et plus intenses. Elle peut aussi perturber l'afflux de sang oxygéné du placenta vers le fœtus, nécessitant ainsi un monitoring foetal pour s'assurer que le bébé va bien.

Lorsque le travail est déclenché à l'aide d'ocytocine synthétique, une perfusion intraveineuse est mise en place, ce qui peut limiter la mobilité de la mère, quoique les flacons de la perfusion sont souvent suspendus à un pied sur roulettes permettant à la mère de déambuler. Elle peut augmenter le risque de survenue d'un ictère néonatal. L'augmentation des liquides causée par la perfusion peut conduire à un œdème des mamelons pendant le post-partum précoce, rendant la prise du sein difficile. Elle risque aussi de causer des problèmes lors de la mise en route de l'allaitement par la rupture des équilibres hormonaux normaux et naturels de la mère, en particulier quand l'ocytocine de synthèse est utilisée en association avec l'anesthésie péridurale.

2.2.2.6 Méthodes naturelles favorisant les contractions

Pour minimiser les effets que le déclenchement peut avoir sur l'allaitement, une mère peut envisager des méthodes naturelles favorisant les contractions comme :

- la stimulation des mamelons
- les relations sexuelles si le sac amniotique est toujours intact

- l'acupression ou l'acupuncture
- marcher ou être assise pendant le travail au lieu d'être couchée sur le dos.

Encourager la mère à consulter son professionnel de santé avant d'entreprendre quelque action que ce soit. Les femmes tendent à avoir des contractions plus violentes, plus fortes et nettement plus douloureuses quand le travail est déclenché ou intensif. Ceci peut faire ressentir aux mères le besoin d'un antidouleur. Deux types fréquents d'antidouleurs sont les analgésiques (médicaments contre la douleur, en prise orale ou intraveineuse) et l'anesthésie, comme la péridurale, qui comporte ses propres risques pour la mère et le bébé.

Un travail déclenché ou intensifié peut mener à une expérience d'accouchement positive sans autre intervention ; cependant, il est plus probable qu'il y ait des interventions ultérieures quand le travail ne s'est pas initié spontanément. Une femme qui envisage un déclenchement avant terme doit savoir qu'un bébé né à peine prématuré (37-39 semaines) peut avoir les mêmes problèmes d'allaitement qu'un bébé hautement prématuré comme une succion faible ou non coordonnée et une somnolence au sein.

▪ **Monitoring fœtal**

Le but du monitoring fœtal est de s'assurer que le bébé va bien. Les différentes méthodes comprennent :

- Le fœtoscope : une sorte de stéthoscope utilisé pendant la grossesse et le travail, utilise de façon intermittente pendant le travail.
- L'appareil à ultrasons Doppler : similaire à l'échographie utilisée pendant la grossesse pour suivre les battements du cœur du bébé,
- Le monitoring électronique fœtal (MEF) : une sorte de monitoring continu du bébé et des contractions de la mère pendant le travail.

Quand le MEF est utilisé, la mère est reliée à une machine de façon continue.

Il y a deux types de MEF:

- Le monitoring externe : deux capteurs maintenus en place par des ceintures.
- Le monitoring interne : une électrode est reliée au crâne du bébé et un cathéter de pression est inséré le long de la tête du bébé.

Le monitoring électronique fœtal implique généralement que la mère soit couchée, la position généralement la plus douloureuse et la moins efficace pour la progression du travail. Même si la mère n'est pas allongée, ses mouvements sont restreints. Le MEF de routine sans indication médicale :

- Peut parfois mener à des interprétations erronées des données de la machine, faisant croire aux médecins et infirmières que quelque chose ne va pas alors qu'il n'en est rien.
- N'a pas prouvé son efficacité au regard des suites pour les mères et les bébés.
- Peut accroître les risques d'interventions tels que les accouchements assistés et les césariennes.

Les femmes en travail sous MEF ont parfois l'impression que l'attention pendant l'accouchement est centrée sur la machine et non sur elles-mêmes et leurs bébés.

2.2.4. L'accouchement vaginal assisté

Au cours de la dernière phase d'un accouchement vaginal, il est possible si la sage-femme ou le médecin pensent que le bébé n'avance pas bien, pas assez rapidement à travers le canal ou si le travail ne progresse plus, qu'ils décident de recourir à une extraction instrumentale.

2.2.4.1 Les forceps

- Ressemblent beaucoup aux pinces à salade, avec les lames plates placées de chaque côté de la tête du bébé, pour l'aider à sortir.
- Peuvent provoquer des pressions sur la tête du bébé.
- Peuvent provoquer des contusions et abîmer les nerfs sur les côtés du crâne. Ceci risque de dévier la mâchoire, menant à une asymétrie des mâchoires qui peut affecter la succion du bébé.

▪ L'expulsion assistée par ventouse

- La ventouse est appliquée au niveau du cuir chevelu du bébé pour l'aider à sortir.
- Peut augmenter la force appliquée sur le crâne du bébé.
- Peut provoquer une compression de la tête du bébé.
- Peut provoquer des contusions et augmenter le risque de complication telle qu'une jaunisse.

Les études montrent que l'expulsion assistée par ventouse pourrait être un facteur déterminant de l'arrêt de l'allaitement au cours des deux premières semaines.

2.2.4.3 Les conséquences possibles pour le bébé d'un accouchement vaginal assisté

- Peut causer des maux de tête et inhiber les mouvements de la tête et du cou du bébé.
- Le bébé peut être irritable et montrer des signes de douleur.
- Peut augmenter le risque de jaunisse.

2.2.4.4 Les mères peuvent l'aider en :

- Traitant le bébé comme s'il avait des maux de tête terribles.
- Réduisant le bruit, la lumière, le mouvement et le toucher de la partie arrière de la tête du bébé.
- Pratiquant beaucoup de soins de style « Kangourou » ou « peau à peau »
- Il s'agit de tenir le bébé en position verticale sur la poitrine de sa mère dans une pièce silencieuse et sombre.
- Essayant des positions variées pour voir ce qui est plus confortable pour tous deux.
- Limitant la pression sur la tête du bébé, surtout pendant l'allaitement.

A noter : Si le bébé continue à être sensible, la mère peut aussi envisager de solliciter de l'aide auprès de praticiens formés à prendre soin des bébés à l'aide de techniques

manuelles douces et non invasives. Chiropracteurs, ostéopathes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, massothérapeutes sont des exemples de professionnels en thérapie manuelle.

2.2.4.5 Les conséquences possibles pour la mère

- Peut provoquer des douleurs chez la mère à cause de l'insertion des instruments et/ou de la pression supplémentaire sur le périnée.
- Peut mener à une épisiotomie, qui est une incision chirurgicale périnéale pratiquée afin d'élargir l'ouverture vaginale. Elle est parfois faite pour placer/insérer les instruments médicaux.

Souffrir peut affecter négativement la mère qui essaye de s'occuper de son nouveau-né et il peut alors leur être difficile à tous les deux de prendre un bon départ pour l'allaitement.

○ **La césarienne**

La césarienne est une opération chirurgicale majeure qui implique des risques bien étudiés aussi bien pour la mère que pour le bébé. Elle nécessite l'incision de la peau abdominale, du muscle et de la paroi utérine pour extraire le bébé et le placenta.

Un accouchement par césarienne peut avoir un impact sur le rétablissement de la mère après l'accouchement et sa capacité ainsi que celle de son bébé à bien démarrer l'allaitement de plusieurs façons. Un accouchement par césarienne peut :

- Entraîner un séjour plus long à l'hôpital et une convalescence plus longue après la naissance, ce qui peut avoir un impact sur la mise en route de l'allaitement.
- Interférer avec la sécrétion naturelle des hormones, ocytocine et prolactine, aussi bien pour la mère que pour le bébé, pouvant faire de la mise en route de l'allaitement un véritable défi.
- Rendre nécessaire pour les mères de recevoir des médicaments et des liquides par voie intraveineuse.
- Rendre la prise du sein plus difficile pour les bébés à cause de l'œdème des mamelons.
- Créer des inquiétudes par rapport à la prise de poids du bébé à cause des fluides supplémentaires.
- Retarder le stade II de la lactogénèse ("la montée de lait") et potentiellement engendrer stress et inquiétudes chez les mères quant à l'obtention par leurs bébés d'une quantité suffisante de lait maternel.

Une montée de lait tardive est fréquente chez les mères qui ont eu un accouchement par césarienne. Certains auteurs suggèrent que le retard est plus grand si la mère ne vit pas du tout le travail avant la césarienne.

- Le ventre et les poumons du bébé pourraient encore contenir du liquide car ils n'auront pas été soumis à la pression de la filière génitale.

- La mère et le bébé pourraient être séparés après l'opération, retardant le peau-à-peau et la première mise au sein.
- Les mères qui ont eu des césariennes ont plus de douleurs après l'accouchement.

Comment les animatrices peuvent aider :

- Encourager la mère à démarrer l'allaitement dès que possible.
- Décrire ou montrer des positions d'allaitement confortables qui évitent la région de l'incision et de la cicatrice, telles que la position ballon de rugby ou la position semi inclinée en arrière.
- Discuter des analgésiques et de leur impact possible sur le bébé pour aider la mère à faire un choix informé.
- Encourager à beaucoup de peau-à-peau et à des tétées fréquentes, d'autant plus crucial étant donné le risque d'une montée de lait retardée.
- Informer que beaucoup de mères peuvent vivre un accouchement vaginal après césarienne (AVAC). Vous pouvez lui proposer des phrases utiles et même faire un jeu de rôle autour de la discussion que la mère pourrait avoir avec son professionnel de santé. .
 - **Les analgésiques**

Différents types d'analgésiques sont utilisés pendant le travail et l'accouchement. Une liste résumant les produits communément utilisés et certains de leurs effets secondaires sur la mère et le bébé se trouve ci-dessous. Suggérer à la mère de consulter son médecin au sujet de ce qui est disponible.

2.4.1 Les antidouleurs inhalés

- Les mères inhalent un gaz à travers un masque ou un tube relié à une bonbonne.
- Le protoxyde d'azote N₂O est le gaz utilisé pour combattre la douleur du travail, que ce soit en hôpital.
- Les effets sont immédiats et de courte durée ; certaines études indiquent qu'il n'y a pas d'effet secondaire reconnu chez la mère ou le bébé.

2.4.2. Les tranquillisants

- Administrés pour diminuer l'anxiété et la tension nerveuse.
- Peuvent traverser la barrière placentaire, interférant avec la capacité du bébé à respirer, téter ou à maintenir un bon tonus musculaire.

2.4.3 Les narcotiques (par ex. la morphine, le fentanyl)

- Ne sont pas sans risque pour la mère et le bébé aux doses suffisamment fortes pour diminuer la douleur, ils sont donc donnés à un dosage plus faible.
- Administrés par intraveineuse ou par injection cutanée,
- Peuvent provoquer une somnolence chez le bébé ou sa mère.
- Sont souvent responsables de nausées, vomissements et d'une chute de tension chez la mère.

- Si les narcotiques donnent des nausées à la mère, il sera peut-être nécessaire d'utiliser d'autres médicaments. Ces anti-nauséeux peuvent causer des vertiges et assoupissements.
- Les narcotiques peuvent perturber la capacité de téter, d'avaler et de respirer de manière coordonnée chez le bébé pour une durée de plusieurs heures à plusieurs semaines.

▪ **L'anesthésie péridurale**

- Insensibilise et affaiblit la partie basse du corps de la mère.
- La mère reste consciente.
- Un cathéter reste en place à côté de la colonne vertébrale pour un traitement en continu ou pour « délivrer » de nouveau du produit anesthésiant si nécessaire.
- Pour beaucoup de femmes, c'est un antidouleur très efficace.

Mises en garde pour l'utilisation des anesthésies péridurales et rachianesthésies :

- Ne fonctionnent pas à chaque fois.
- Peuvent procurer seulement une anesthésie partielle ou nulle (3% des cas).
- Ont des effets secondaires possibles, comme une fièvre ou une chute de tension chez la mère, qui peuvent induire d'autres interventions post-partum/post-natales.
- Peuvent avoir comme résultat que les bébés sont moins éveillés, moins capables de s'orienter et ont une moins bonne coordination de mouvements ; ces différences sont notées pendant le premier mois de vie du bébé.
- Peuvent induire chez la mère raideurs ou douleurs dorsales après l'accouchement.
- Peuvent provoquer des migraines, qui peuvent avoir un impact significatif sur le rétablissement d'une femme après son accouchement et sur sa capacité à prendre soin de son bébé et à l'allaiter. Il est possible que :
 - La mère doive rester couchée sur le dos pendant plusieurs heures, de sorte qu'il est difficile pour elle de tenir/allaiter son bébé.
 - Elle soit sensible à la lumière.
 - Elle ait des difficultés pour manger.
 - Un autre adulte doive être présent pour faire les soins primaires du bébé, comme changer les couches, donner les bains et pour aider la mère à se nourrir et aller aux toilettes, car elle pourrait être instable et la douleur pourrait s'intensifier quand elle est debout.

2.4.5 L'anesthésie générale

- Peut être administrée plus rapidement qu'une péridurale.
- Elle peut être utilisée quand il faut pratiquer une césarienne en urgence.
- Elle peut causer nausées et vomissements chez la femme après l'accouchement.
- Peut conduire à un retard dans le contact mère-bébé et la mise en route de l'allaitement.

2.5 Influence sur l'allaitement des analgésiques

Le réflexe de succion d'un bébé né à terme et en bonne santé, sans médication ou anesthésie, est optimal entre 20 et 30 minutes après la naissance. Si on manque ce moment optimal pour la première mise au sein, le réflexe de succion peut être moins fort pendant environ 36 heures.

Les antidouleurs ou les anesthésiques traversent le placenta jusqu'au fœtus et peuvent contribuer aux problèmes d'allaitement suivants :

- Le bébé et/ou sa mère peuvent être somnolents ou moins éveillés, la première tétée peut donc être retardée.
- La capacité du bébé à téter, avaler et respirer de manière coordonnée peut être moins bonne.
- Les réflexes de fuissement et de succion du bébé peuvent être retardés ou moins bons.
- Après la naissance, un bébé devra métaboliser les médicaments. Le foie d'un nourrisson n'est pas tout à fait mature à la naissance et se débarrasser de l'excès de substances prend du temps.

2.6 Conséquences des liquides en intraveineuse (IV) pour l'allaitement

- Peuvent augmenter artificiellement le poids de naissance du bébé, ce qui peut donner l'impression d'une perte de poids rapide et conduire au don de compléments.
- Peuvent conduire à l'hyper-hydratation de la mère qui peut augmenter la présence de fluides au niveau mammaire, aggraver l'engorgement des seins et ralentir l'écoulement du lait.

2.7 Les bébés ayant besoin de soins spéciaux

Certains bébés nécessitent des soins supplémentaires dans des Unités de Soins Intensifs ou en Unité de Néonatalogie.

- Cette séparation peut retarder le démarrage de l'allaitement.
- La mère aura besoin de soutien et d'encouragement pour tirer son lait, pour mettre en route sa lactation jusqu'à ce que son bébé puisse être mis au sein.

A noter : Une mère dans cette situation pourrait avoir besoin de l'aide et du soutien d'une animatrice LLL ou d'une consultante en lactation (IBCLC) compétente.

3. SURMONTER DES DÉFIS APRÈS LA NAISSANCE

3.1 Interventions après la naissance

Après la naissance du bébé, la mère peut avoir des attentes quant à la suite des événements : le bébé qui rampe sur son ventre jusqu'à son sein ou qu'elle attrape doucement dans ses bras. Dans les deux cas, ils profiteront au maximum du contact peau à peau et de la possibilité d'une tétée précoce. Cependant, la réalité peut être différente et il peut être utile pour la mère de se renseigner au maximum avant la naissance afin de se préparer aux pratiques de routine de la maternité qui peuvent être considérées nécessaires pour évaluer la santé du bébé et lui prodiguer des soins.

Les routines hospitalières peuvent comprendre :

- Le fait que le bébé soit placé dans une couveuse pour que son état soit évalué.
- Le fait que le bébé soit lavé afin d'enlever les traces de liquide amniotique.
- Le fait que le bébé soit rendu à sa mère entièrement habillé ou emmaillotté, avec peu de peau visible.

3.1.1 Evaluation de la santé du nouveau-né

- Sauf complications médicales, ces mesures peuvent être effectuées sur le ventre de la mère
- Le poids et la prise d'autres mesures peuvent attendre au moins la fin de la première tétée.

3.1.2 Aspiration

- Certains hôpitaux pratiquent une aspiration des muqueuses chez le bébé.
- Une aspiration intrusive ou profonde (effectuée en cas de détresse respiratoire ou de façon systématique dans certains hôpitaux) peut provoquer une aversion orale chez le bébé, le faisant rejeter tout ce qui est proche de sa bouche, ou à l'intérieur, dont le sein.

3.1.3 Autres soins de routine en post-partum

- Peser le bébé
- Lui donner un bain
- Lui laver les mains

Ces soins de routine peuvent être différés après une période de contact peau à peau prolongée avec proposition du sein, afin de ne pas perturber l'odorat du bébé, ce qui rend plus difficile pour lui de trouver le chemin du sein. Le bébé peut être séché pendant qu'il est en peau-à-peau avec la mère. La mère et la personne qui la soutient auront peut-être besoin d'être fermes à ce sujet et d'inclure ce point dans leur projet de naissance.

3.1.4 Utilisation de nurseries

- Certains hôpitaux disposent d'une salle spéciale où les bébés peuvent dormir et où le personnel hospitalier peut s'occuper d'eux.
- Ce système s'appuie sur les infirmières pour reconnaître les besoins de téter des bébés et les amener à leur mère dans un laps de temps raisonnable.

- Il peut avoir pour résultat de reporter des tétées et empêche les parents d'apprendre à connaître leur bébé.

3.1.5 Tétines et bouts de seins

- Il arrive qu'à la nursery on donne au bébé de façon systématique une tétine ou un complément au biberon, en fonction de la politique de la maternité.
- Cela peut interférer avec la mise en place de l'allaitement en perturbant la technique naturelle de succion du bébé.
- L'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP) n'encourage pas l'utilisation de la tétine pour les bébés allaités jusqu'à ce qu'ils aient un mois, et seulement si le bébé l'accepte.

3.1.6 Utilisation de lait artificiel

- Certaines maternités peuvent donner de façon systématique des compléments de lait artificiel si le bébé ne tète pas bien dans les heures qui suivent sa naissance.
- Les mères devraient connaître et demander des alternatives au lait artificiel si leur bébé a besoin de compléments.
- Les mères peuvent exprimer du colostrum à la main et le donner au bébé autrement qu'au biberon, par exemple à la cuillère, au compte-gouttes, ou au gobelet.
- Pour un bébé qui peut être mis au sein, une supplémentation au sein (DAL) peut être utilisée pour tous les compléments.

3.1.7 Vérification de la glycémie

- Le glucose est une importante source d'énergie pour un nouveau-né. Le bébé a reçu du glucose par le biais du placenta et du cordon ombilical et l'a stocké dans son organisme. La glycémie peut chuter dans les heures qui suivent la naissance, tandis que le bébé s'habitue à la vie extra-utérine.
- Certaines maternités pratiquent la vérification de la glycémie en fonction de certains facteurs de risque.
- La politique de la maternité peut aussi prévoir un complément de lait artificiel si le test indique une hypoglycémie.

La mère peut demander au professionnel de santé qui suit le bébé quels résultats indiquent que le bébé peut avoir besoin d'une supplémentation, et travailler avec le ou la professionnel(le) de santé pour mettre en place un plan d'action qui préserve et valorise l'allaitement. Mettre le bébé au sein immédiatement après la naissance peut aider à maintenir la glycémie à un bon niveau.

3.1.8 Eau

- Certaines maternités donnent de façon systématique de l'eau ou de l'eau glucosée si un bébé donne des signes d'ictère.
- Le colostrum est le plus efficace pour éliminer le méconium et prévenir la survenue d'un ictère.
- Donner au bébé de l'eau ou de l'eau glucosée peut perturber l'établissement d'une bonne production lactée et augmenter le risque d'ictère.
- Des tétées plus fréquentes et un contact peau-à-peau constant devraient être encouragés comme un meilleur moyen de prévenir l'ictère.

3.1.9 Tests sanguins du nouveau-né pour le dépistage de maladies métaboliques

- Ces tests peuvent être requis par les autorités nationales de santé.
- Ils sont faits systématiquement en piquant le talon du bébé.
- Le test de Guthrie est pratiqué entre la 72ème et la 96ème heure de vie. Il peut être fait à partir de 48h en cas de sortie précoce.
- L'allaitement pendant de tels actes a un rôle d'antidouleur naturel, diminuant les signes de douleur, comme les pleurs et les grimacements.

3.1.10 Autres procédures médicales

- Ces procédures peuvent inclure l'administration de vitamine K, l'application de collyre et la vaccination.

Elles peuvent avoir différents impacts sur le bébé :

- Elles peuvent perturber le désir de se nourrir du bébé.
- Le collyre peut brouiller la vision du bébé ; son application peut être différée jusqu'à ce que le lien mère-bébé soit établi.
- La plupart des procédures peuvent et devraient être faites tandis que le bébé est dans les bras de sa mère.

3.1.11 Circoncision

- La circoncision peut entraîner une période prolongée de sommeil profond.
- Il est préférable de la retarder jusqu'au jour de la sortie de la maternité ou plus tard, comme dans les rites religieux.

3.1.12 Pesée des tétées

Cela consiste à vérifier ce que prend le bébé au sein en le pesant avant et après une tétée.

- La pesée avant et après la tétée n'est généralement pas nécessaire.
- Elle peut ne pas être un bon outil d'évaluation au cours des premiers jours. Elle peut donner lieu au don de biberons de complément, ce qui peut perturber l'établissement d'une bonne sécrétion lactée.
- Elle peut néanmoins être utile dans des situations où la supplémentation peut être encouragée par l'équipe médicale qui doute que la production lactée de la mère soit suffisante.
- Les mères peuvent être aidées par les animatrices pour dialoguer avec leur professionnel de santé des autres signes indiquant une bonne croissance et une bonne santé du bébé, tout en préservant l'allaitement.

3.2 Mettre en route l'allaitement après un accouchement compliqué

3.2.1 Commencer avec les bases

- Contact peau-à-peau [lien]
- Positionnement et prise du sein [lien]

3.2.2 Reconnaître les sentiments de la mère

Elle peut se sentir :

- Déçue, frustrée ou en colère contre elle-même ou son corps.

- Dépassée par l'épreuve qu'elle a traversée, épuisée et souffrir ou être incommodée.
- Elle peut aussi avoir peur d'avoir manqué la « fenêtre » de démarrage de l'allaitement ou que l'allaitement ne soit une autre lutte émotionnelle ou physique.
- Peu confiante sur le fait qu'elle et son bébé peuvent réussir l'allaitement.
- Triomphante de savoir qu'elle et son bébé ont survécu à ce défi ; impatiente d'allaiter.

3.2.3 Offrir du soutien et encourager

Si elle sent qu'on s'occupe d'elle, qu'elle et son bébé vont bien et qu'ils sont en sécurité, une jeune mère en retirera toutes sortes d'avantages. Elle peut alors se détendre en sachant que tout ce qu'elle a à faire, c'est de s'occuper de son nouveau bébé.

Une mère qui a eu un accouchement compliqué peut avoir besoin de partager son expérience avec vous. Elle appréciera votre écoute et le soutien et l'information que vous lui apporterez.

3.2.4 Soutien supplémentaire

Si sa situation va au-delà du cours normal de l'allaitement, l'animatrice aura peut-être besoin de soutien supplémentaire de la part :

- Du département des Ressources pour Problèmes Spécifiques (RPS) afin d'aider la mère efficacement.
- De professionnels de santé spécialisés en fonction des besoins de la mère.
- D'une consultante en lactation locale.

3.3 Quand la mère souffre

La mère peut souffrir de douleurs dues à des points de suture sur le ventre - après une césarienne - ou le périnée, après une déchirure ou une épisiotomie, incision pratiquée en vue d'élargir l'ouverture du vagin.

Plusieurs pistes peuvent aider la mère à allaiter plus confortablement quand elle a mal :

- Plusieurs positions : suggérez les positions semi inclinée en arrière, allongée sur le côté ou en ballon de rugby.
- Des oreillers pour soutenir ses bras ou son bébé ou pour protéger sa cicatrice.

Beaucoup de traitements antidouleur sont compatibles avec l'allaitement. La mère peut demander à son professionnel de santé un traitement approprié. Une animatrice peut donner à la mère l'information afin qu'elle sache ce qu'il faut prendre en compte quand elle et son médecin examinent ce qui serait compatible avec l'allaitement.

Référez-vous :

- A la compilation des Coins du prescripteur publiés dans les Dossiers de l'Allaitement, disponible sur l'extranet dans la rubrique « Aider les mères » : <https://www.lllfrance.org/aider-les-meres/le-coin-du-prescripteur>
- Partie p155 à 157 du Guide de l'animatrice
- Au département Ressources pour Problèmes Spécifiques

Si le bébé montre une somnolence excessive ou d'autres effets secondaires alors que la mère est sous traitement médical, elle devrait informer son médecin immédiatement.

3.4 Quand le bébé ne peut ou ne veut pas téter

Beaucoup de facteurs différents peuvent contribuer à causer des difficultés au niveau de la mise en route de l'allaitement :

- Un bébé prématuré peut avoir une succion faible parce que son système nerveux est immature.
- Un nouveau-né peut être très somnolent, surtout après une naissance sous médicaments.
- Il peut y avoir d'autres soucis ou d'autres défis pour l'allaitement qui ne soient pas liés à l'accouchement.
- Il est important pour la mère qu'elle sache que, même si l'allaitement est retardé, elle et son bébé peuvent malgré tout vivre leur allaitement.

Une animatrice peut aider :

- En soutenant la mère qui a besoin de tirer son lait jusqu'à ce que le problème soit résolu.
- En donnant des informations sur les méthodes alternatives pour donner son lait au bébé, comme la cuillère, le compte-gouttes, la seringue sans aiguille ou le gobelet, pour éviter l'utilisation du biberon.

Si la mère choisit de donner le biberon, imiter au maximum l'allaitement permet de faciliter la transition avec l'allaitement. Cela peut comprendre :

- Tenir le bébé dans une position d'allaitement.
- Utiliser une tétine à faible débit qui soit souple et suffisamment longue pour atteindre l'arrière de sa bouche.
- Toucher les lèvres du bébé avec la tétine pour attendre qu'il ouvre lui-même la bouche.
- Le laisser attraper seul la tétine.
- Garder le biberon en position presque horizontale de façon à ce que le bébé contrôle le débit et travaille pour que le lait coule du biberon.

Votre soutien d'animatrice sera important tandis que la mère travaille à mettre son bébé au sein, particulièrement si son expérience d'allaitement continue à être difficile.

4. S'OCCUPER DU BÉBÉ

4.1 Contact peau-à-peau

Le contact peau-à-peau entre la mère et son bébé est normal, naturel et facilite l'allaitement :

- La poitrine de la mère est l'environnement normal du nouveau-né.
- La mère et son bébé apprennent à se connaître à travers le toucher, la chaleur et l'odeur.
- Le bébé est déshabillé et repose contre la poitrine de sa mère, couché entre ses seins.
- Le bébé a une couverture sur son dos et autour de ses pieds, ou il est couvert par les vêtements de sa mère.
- Si la température du bébé pose un souci, il peut porter un bonnet.

Il en résulte que :

- Le bébé arrive mieux à maintenir sa température corporelle.
- La fréquence cardiaque et respiratoire du bébé se régularise.
- Le bébé établit plus facilement un contact visuel avec sa mère.
- Le bébé peut explorer le mamelon et faire quelques tentatives de succion, qui sont particulièrement gratifiantes pour la mère.

Le contact peau-à-peau peut apporter une aide à toute mère et son bébé allaité.

- La mère et son bébé peuvent apprécier un contact peau-à-peau à tout âge.
- Le bébé peut se calmer et se sentir bien du moment qu'il est placé ainsi contre sa mère.
- Des membres de la famille choisis peuvent aussi pratiquer le contact peau-à-peau.

Si le bébé s'agite et glisse du sein, la mère peut maintenir les fesses du bébé pour qu'il se sente en sécurité.

4.2 Le peau-à-peau à l'hôpital

- Pendant la grossesse, la mère pourra souhaiter savoir si l'hôpital / la maternité encourage le contact peau-à-peau et le démarrage de l'allaitement durant la première heure.
- Un bébé en bonne santé, sans médication se montre généralement intéressé à téter et commence à téter quand il est prêt. Garder le bébé avec sa mère en peau-à-peau après la naissance permet une progression vers une prise du sein détendue, sans précipitation et dirigée par le bébé.
- Si le bébé est trop énervé ou dérouté pour s'intéresser à la tétée, le contact peau-à-peau suffit le plus souvent à l'apaiser en 15 à 30 minutes.
- Si le contact peau-à-peau est retardé pour quelque raison que ce soit, la mère et la personne qui l'accompagne pour la naissance peuvent demander à ce qu'il soit pratiqué dès que maman et bébé seront prêts.
- Si la mère est très fatiguée ou sous l'influence de médicaments qui la rendent somnolente, il faudra veiller à ce qu'une personne reste avec elle, de façon à ne pas avoir à s'inquiéter de ce que le bébé vienne à glisser si elle s'endormait.

4.3 La position semi inclinée en arrière

La méthode de positionnement dos en appui (pour la mère) est parfois appelée abusivement « biological nurturing ». Elle est spécialement utile si le bébé a la tête douloureuse ou s'il a été poussé vers le sein par une personne trop enthousiaste. Suzanne Colson décrit ainsi le *Biological Nurturing* :

- La mère se penche en arrière avec un angle d'environ 45°, la poitrine découverte. Elle peut porter une grande chemise ou un haut de pyjama ouvert devant et avoir une boisson fraîche à côté d'elle.
- Le bébé peut être habillé ou porter juste une couche. Il est couché sur la poitrine de la mère, entre ses seins ou un peu au-dessus, tout son corps à lui est face à elle et sa tête tournée d'un côté.
- Une couverture recouvre le dos et les pieds du bébé, ou bien ce sont les vêtements de sa mère qui le couvrent.
- Si la température du bébé pose un souci, il peut porter un bonnet.

- Si la mère est très fatiguée ou sous l'influence de médicaments qui la rendent somnolente, il faudra veiller à ce qu'une personne reste avec elle, de façon à ne pas avoir à s'inquiéter de ce que le bébé vienne à glisser si elle s'endormait.

Note : Voir 4.1 « Contact peau-à-peau » et 4.2 « Peau-à-peau à l'hôpital » pour plus d'informations. Pendant ces premières tétées en salle de naissance, une soignante peut être présente pour observer la mère et le bébé et pour surveiller les constantes à intervalles réguliers.

4.4 Dormir ensemble

- Peut être ou non une option.
- Permet à la mère d'apprendre à connaître son bébé et de répondre rapidement aux signes de faim, comme la succion du poing ou le foussement.
- Facilite la mise en place rapide de la relation d'allaitement.

4.5 Prendre le bain ensemble

- Peut être relaxant autant pour la mère que pour le bébé.
- Offre une occasion de contact peau à peau et un libre accès aux seins.
- Nécessite des précautions de bon sens pour la température de l'eau (chaude pour le coude de la mère, pas brûlante) avec la plus grande partie du corps du bébé immergée pour maintenir une bonne température corporelle.
- Il est recommandé qu'un autre adulte soit présent pour tenir le bébé pendant que la mère entre et sort du bain.

4.6 Les porte-bébés

Il existe un grand nombre de porte-bébés différents. Une mère peut avoir besoin d'expérimenter pour trouver le meilleur ajustement et s'adapter au bébé qui grandit. Les porte-bébés utilisés par la mère sont un moyen de garder le bébé tout contre elle et avec un accès facile au sein.

Porter le bébé dans un porte-bébé souple ou une écharpe de portage facilite l'allaitement de plusieurs façons :

- C'est pratique.
- Le mouvement peut permettre de calmer le bébé, l'aider à coordonner ses mouvements et à téter plus efficacement.
- Les bras de la mère sont libres pour s'occuper des aînés.
- Les bébés qui ont une faible prise de poids tendent à téter davantage et à prendre plus de poids s'ils sont portés dans un porte-bébé.
- Répondre au besoin de proximité du bébé peut le rendre plus indépendant lorsqu'il sera plus grand.
- Le portage diminue les pleurs et apporte une stimulation sensorielle dont les bébés ont besoin pour comprendre le monde autour d'eux.

- Garder son bébé tout près d'elle permet à la mère de voir les premiers signes de faim, réduisant les pleurs.
- Encourager des tétées fréquentes aide à stimuler/maintenir la production de lait de la mère.
- Le portage rend le bébé heureux et en sécurité.
- Il aide la mère à s'adapter plus en douceur aux variations émotionnelles du post-partum.

5. LE SOUTIEN A LA MERE

Après la naissance, soutenir la mère est crucial. Cela peut inclure les membres de la famille, les amis, aussi bien que La Leche League. Apporter un soutien efficace implique de savoir quand et comment orienter la mère vers d'autres personnes pour une aide supplémentaire. Les situations d'accouchement difficiles peuvent exposer certaines mères à un risque supplémentaire de difficultés à tisser des liens avec leur bébé, de dépression post-partum et de syndrome de stress post-traumatique (SSPT).

5.1 Quand la mère a besoin d'une aide supplémentaire

Si une mère a besoin de plus d'aide que celle que vous pouvez lui offrir, ou si ses soucis dépassent le cadre du soutien à l'allaitement, vous pouvez :

- Lui suggérer de contacter des professionnels de santé ou d'autres professionnels et associations de soutien en fonction de sa situation.
- Lui fournir une liste de ressources près de chez vous, comme des lieux de location de tire-lait, des consultantes en lactation, et d'autres professionnels et organisations qui apportent du soutien aux mères. Lui fournir plusieurs noms, plusieurs adresses pour ne pas favoriser une ressource par rapport à l'autre.

Une animatrice chargée des Ressources pour Problèmes Spécifiques (RPS) peut vous aider à connaître les ressources disponibles dans votre zone. Proposez à la mère plusieurs options correspondant à sa situation ; elle pourra choisir ce qui sera le mieux pour elle et son bébé.

5.2 Quand la discussion porte sur l'accouchement dans une réunion de La Leche League

- Gardez à l'esprit d'avoir un ton de conversation positif.
- Evoquez différentes stratégies et actions qui peuvent aider l'allaitement à bien démarrer, quel que soit le contexte de la naissance.
- Insistez sur le fait qu'une « participation consciente et active pendant l'accouchement » recouvre un large spectre de possibilités.
- Faites référence à l'Art de l'Allaitement Maternel et à d'autres livres de la bibliothèque du groupe qui traitent de la grossesse, du travail et de la naissance pour démontrer ce que veut dire le concept de l'accouchement de La Leche League (LLL).

- Invitez différentes mères à une réunion pour discuter de leurs choix de naissance variés et des effets positifs ou négatifs que ces choix ont eu sur le démarrage de l'allaitement.

5.3 Une discussion équilibrée

Permettez que la discussion à propos des expériences soit équilibrée. Evitez de laisser la discussion être dominée par celles qui ont un type d'expérience de naissance particulier, par exemple une médicalisation particulière du travail ou une position d'accouchement particulière, car :

- Cela peut amener à mal comprendre la philosophie LLL.
- Une mère peut se sentir en décalage si son expérience a été différente.
- Une mère peut écarter des suggestions valables si elle sent que le groupe est biaisé.
- Des discussions ouvertes prouvent que la philosophie LLL offre une approche de la naissance réalisable.

6 CONCLUSION

- Quand des mères partagent leurs expériences d'accouchement, la discussion peut être vivante et parfois émotive.
- Interrogez votre animatrice de soutien à propos de son expérience sur le soutien aux mères au sujet de la naissance.
- Discutez des façons de vous concentrer sur l'allaitement tout en permettant aux mères de partager leur expérience sur un évènement qui a changé leur vie.
- Parlez de comment garder une discussion positive sans minimiser aucun des défis d'accouchement d'une mère.
- Ecoutez, soutenez et apportez de l'information. C'est le rôle d'une animatrice de La Leche League.
- Souvenez-vous que vous n'avez pas besoin d'être une experte de l'accouchement pour aider les mères à allaiter.
- Sachez que l'expérience d'accouchement d'une mère peut éclairer les défis d'allaitement qu'elle traverse.
- Des connaissances peuvent guider notre réponse, de façon à ce que nous apportions une information qui sera utile à sa situation.
- Nous prenons garde à ne pas insinuer à la mère qu'elle a provoqué ces problèmes par ces choix durant l'accouchement.
- Notre objectif est d'aider la mère à travailler avec sa situation présente pour leur permettre de démarrer l'allaitement du bon pied.

- Pour suggérer des lectures aux mères ou pour en savoir plus sur l'accouchement et l'allaitement, consultez les titres listés dans la section « 7 - RESSOURCES » de ce feuillet.

Si vous avez des questions sur une quelconque information de ce feuillet, contactez votre animatrice de soutien. Elle peut avoir les réponses à vos questions et/ou vous orienter vers d'autres ressources. Elle peut aussi contacter une animatrice des Ressources pour Problèmes Spécifiques (RPS), qui aura accès à des informations plus détaillées.

Vous et votre animatrice de soutien pourrez discuter des scénarios d'accouchement les plus courants là où vous vivez, et des questions que les mères posent le plus souvent. En vous informant sur les options ainsi que sur les bénéfices et risques des différents choix de naissance, vous serez mieux capable de soutenir les mères qui ont eu tous les types d'expériences d'accouchement, et de les aider à avoir une relation d'allaitement satisfaisante.

7 RESSOURCES

7.1 Livres

Les références en verts sont des livres en anglais dont nous n'avons pas trouvé d'ouvrages correspondants en français.

Colson, S. Introduction au *Biological Nurturing – Nouvelles perspectives sur l'allaitement maternel*, 2014

OMS. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. 1999. Consultable en ligne sur <https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-referenc/Donnees-scientifiques-10-conditions.pdf>

Gaskin, IM. *Le guide de la naissance naturelle : Retrouver le pouvoir de son corps*. Mamaédition. 2012

Poitel, B. *Les 10 plus gros mensonges sur l'accouchement*. Editions Dangles, 2006.

Lahaye, MH. *Accouchement les femmes méritent mieux*. Edition Michalon. 2018. avertissement : il y a un côté militant dans les ouvrages de cet auteur)

Genna, C. *Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants*. Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers, 2017

Brabant I. *Une naissance heureuse : vivre sa grossesse et son accouchement*. Edition Chronique sociale. 2013

Odent M. *Le bébé est un mammifère*. Edition L'instant présent. 2014

Montagu A. *La peau et le toucher, Un premier langage*. Edition Seuil. 2014

Kroeger, M, Smith, L. *Impact of Birthing Practices on Breastfeeding: Protecting the Mother and Baby Continuum*. Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers, 2010.

Allaiter Aujourd'hui n°94 : <https://www.lllfrance.org/1671-aa-94-conditions-daccouchement-et-debuts-dallaitemnt>

Traduction d'un article de Jack Newman <https://www.lllfrance.org/foire-aux-questions/les-debuts/1923-jack-newman-comment-les-pratiques-autour-de-la-naissance-affectent-l-allaitement>

Mohrbacher, N, Stock, J. *Le Traité de l'Allaitement Maternel*, LLLF 2010

Boscher, Boudault, Hamdan. *L'allaitement en 100 questions / réponses*. Editions Ellipses. 2017.

Collonge J et C. *Intimes naissances : choisir d'accoucher à la maison*. Edition La Plage. 2008

Davis E, Pascali-Bonaro D. *Naissance orgasmique : guide pour vivre une naissance sûre, satisfaisante et agréable*. Edition Du Hêtre. 2014

Sears, W et al. *The Baby Book,* revised and updated edition*. Boston: Little, Brown & Company, 2013.

L'art de l'allaitement maternel, 8ème édition, LLLF 2020

Note: Starred references () are specifically directed to expectant/new mothers.*

7.2 Articles de recherches

Adams J, Frawley J, et al. *Useful pharmacological and non-pharmacological labour pain management techniques and their relationship to maternal and infant birth outcomes: examination of a nationally representative sample of 1835 women*. *Midwifery*. 2015 Apr;31(4):458-63.

Alzaheb RA. *Factors associated with the initiation of breastfeeding within the first 48 hours of life in Tabuk, Saudi Arabia*. *Int Breastfeed J*. 2016 Jul 21;11:21.

Brimdyr K, Cadwell K, et al. *The association between common labor drugs and suckling when skin-to-skin during first hour after birth*. *Birth*, 2015 Dec;42(4):319-28.

Burke-Aaronson AC. *Skin-to-skin care and breastfeeding in the preoperative suite*. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2015 Mar-Apr;40(2):105-9.

Carvalho ML, Broccolini CS, et al. *The baby-friendly hospital initiative and breastfeeding at birth in Brazil: a cross sectional study*. *Retrod Health* 2016 Oct 17; 13 (Suppl 3):119.

Bostonian C, Macpherson A, et al. *Inadequate prenatal care use and breastfeeding practices in Canada: a national survey of women*. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2016 May 5;16:100.

Dahlberg U, Haugan, et al. *Women's experiences of home visits by midwives in the early postpartum period*. *Midwifery* 2016 Aug;39:57-62.

Herrera-Gomez A, Garcia-Martinez O, et al. Retrospective study of the association between epidural analgesia during labour and complications for the newborn. *Midwifery* 2015 Jun;31(6):613-6.

Hobbs AJ, Mannion CA, et al. The impact off caesarean section on breastfeeding initiation, duration, difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Apr 26;16:90.

Hunter T, Cattelona G. Breastfeeding initiation and duration in first-time mothers: exploring the impact of father involvement in the early postpartum period. *Health Promot Prospect* 2014 Dec 30;4(2):132-6.

Ludington-Hoe SM. Sin-to-skin contact: a comforting place with comfort food. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2015 Nov-Dec:40(6):359-66.

Maehara K, Mori E, et al. Factors affecting maternal confidence among older and younger Japanese primiparae at one-month postpartum. *Int J Nurs Pract*. 2016 Apr;22 Suppl 1:14-21. doi: 10.1111/ijn.12435.

Moore ER, Bergman N, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 25.

Paramashanti BA, Hadi H, et al. Timely initiation of breastfeeding is associated with the practice of exclusive breastfeeding in Indonesia. *Asia Pac J Clin Nutr* 2016 Dec 25 Suppl 1:S52-S56.

Pinar G, Avsar F et al. Evaluation of the impact of childbirth education classes in Turkey on adaptation to pregnancy process, concerns about birth, rate of vaginal birth, and adaptation to maternity *Clin Nurs Res*. 2016 Dec 1.

Sandall J, Soldani H, et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep 15;(9)

Saxton A, Fahy K, et al. Does skin-to-skin contact and breastfeeding at birth affect the rate of post-partum hemorrhage: results of a cohort study. *Midwifery*. 2015 Nov;31(11):1110-7.

Vesel L, Bergh AM, et al. Kangaroo mother care: a multi-country analysis of health system bottlenecks and potential solutions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15 Suppl 2:25.

Yang X, Gao LL, et al. The predictors of breast feeding self-efficacy in the immediate postpartum period: a cross-sectional study. *Midwifery*. 2016 Oct;41:1-8.

Yohai D, Alharar D, et al. The effect of attending a prenatal childbirth preparedness course on labor duration and outcomes. *J Perinat Med*. 2017 Feb.