



DOULAIT

Accouchement médicalisé et allaitement

Katel Roddier-Deprez, IBCLC, M. Sc.,
Monitrice de la Ligue la Leche et ALPS

La Voie Lactée, Été 2017, Volume 16 - N°2, Ligue la Leche

Quand toutes les conditions favorables sont présentes pour un accouchement naturel, le début de l'allaitement se fait dans le continuum de l'accouchement et est de beaucoup facilité. Les interventions médicales durant l'accouchement et leurs conséquences physiques et psychologiques interfèrent dans la rencontre de la maman avec son bébé, le début de leur relation.

Le corps de la femme enceinte se prépare à allaiter tout au long de la grossesse et après l'accouchement. Pendant la grossesse, sous l'action des oestrogènes et de la progestérone, les seins deviennent plus volumineux à cause du développement des glandes mammaires et des vaisseaux sanguins, les aréoles s'élargissent et deviennent plus foncées. Ce développement se poursuit après l'accouchement durant le processus de lactation. La lactation est principalement gérée par deux hormones produites au niveau du cerveau. La prolactine, dont la sécrétion est déclenchée par l'expulsion du placenta, contrôle la production de lait, tandis que l'ocytocine déclenche l'éjection du colostrum ou du lait par les seins lorsque ceux-ci sont stimulés par la succion. L'ocytocine joue également un rôle essentiel dans le déclenchement des contractions utérines.

Lors d'un accouchement naturel, le taux d'ocytocine maternel est élevé pour permettre aux contractions de l'utérus de faire naître le fœtus. Mais c'est juste après la naissance que le taux d'ocytocine est le plus élevé chez la mère. L'hormone agit alors sur son cerveau pour favoriser les comportements maternels et l'établissement d'un lien d'attachement entre elle et son bébé. En même temps, l'ocytocine

provoque l'expulsion du placenta, stimule l'éjection du colostrum et procure un sentiment de bien-être et de relaxation à la mère.

Le bébé qui vient de naître est doté de nombreux réflexes néonataux qui vont le guider vers le sein de sa mère pour sa première tétée, et ce, dès sa première heure de vie. Le colostrum qu'il reçoit est très important pour protéger le bébé contre les pathogènes qui l'entourent, pour l'aider à évacuer rapidement le méconium, et même si les quantités de colostrum qu'il reçoit sont petites, elles suffisent à combler ses besoins énergétiques. Le bébé naissant n'a pas besoin de beaucoup de liquide, car son corps est gorgé d'eau qu'il va naturellement perdre en partie, ce qui se reflète par une perte de poids dans les premiers jours de vie.

Dans un monde idéal, l'accouchement suivrait son cours de manière simple et naturelle, la naissance se déroulerait dans un environnement calme et sécuritaire et l'allaitement serait la suite naturelle et instinctive de la naissance. Malheureusement, notre monde n'est pas idéal et pour de nombreuses mères, l'expérience de l'accouchement est très différente. Le travail peut se dérouler de façon totalement imprévue, la mère et/ou le bébé peuvent être sous l'influence de

médicaments administrés durant ou après le travail ou encore ils peuvent nécessiter des soins particuliers qui entraînent leur séparation.

Tous les facteurs, et en particulier les interventions médicales, qui perturbent le déroulement de l'accouchement et la période entourant la naissance, peuvent compromettre les débuts de l'allaitement, dérégler la sécrétion des hormones de la lactation, ébranler la confiance en soi et les compétences de la mère et désorganiser les réflexes du nouveau-né. Bien souvent, les interventions médicales ont un effet cascade : une première intervention, même minime, peut mener à des conditions et à d'autres interventions médicales qui interfèrent avec la progression naturelle du travail. Des conditions qui peuvent paraître anodines comme l'alitement, la position couchée sur le dos, la restriction des mouvements de la mère ou encore le jeûne peuvent affecter le bien-être de la mère et sa confiance en elle et ainsi mener à plus d'interventions médicales.

Les interventions médicales courantes et leurs impacts sur l'allaitement

INDUCTION

Le déclenchement artificiel du travail, plus souvent appelé induction est le fait de déclencher de façon artificielle le début du travail. Il n'est pas rare que plusieurs moyens soient utilisés simultanément et que l'induction soit suivie d'une cascade d'autres interventions. Ces moyens peuvent être mécaniques : **décollement des membranes, rupture artificielle des membranes (amniotomie)** ou utilisation d'une **sonde de Foley**. Ils peuvent aussi être hormonaux : **prostaglandines** ou **ocytocine synthétique (Pitocin®, Syntocinon®)**.¹

L'induction artificielle peut entraîner, entre autres, une rupture précoce des membranes, un travail plus long et plus douloureux, et parfois une détresse foetale. Ces conséquences sont associées à

l'augmentation de l'utilisation d'antidouleur médicamenteux, notamment l'épidurale, d'extraction instrumentale (forceps/ventouse) et de césarienne.

Toutes les méthodes d'induction nécessitent une surveillance foetale temporaire ou permanente selon la méthode employée. La surveillance foetale implique un alitement et une immobilisation de la mère sur le dos qui comportent leurs propres risques et conséquences.

STIMULATION DU TRAVAIL

L'**ocytocine synthétique (Pitocin®, Syntocinon®)** est perfusée par intraveineuse à l'aide d'un cathéter et agit au niveau de l'utérus en provoquant la contraction rythmique de celui-ci. Elle ne peut être utilisée que si la maturité du col est bien établie. Cette intervention peut provoquer des contractions plus longues, plus fréquentes et plus intenses que ne le ferait l'ocytocine endogène. Cela peut engendrer une diminution de l'apport en oxygène au fœtus et ainsi une détresse foetale. C'est pour cette raison qu'une surveillance du rythme cardiaque foetal et des contractions est de mise tout au long de l'utilisation d'ocytocine synthétique. La mise en place de la perfusion et du monitoring entraînent une restriction des mouvements de la mère qui doit bien souvent rester couchée sur le dos. Les contractions étant plus intenses, l'emploi d'ocytocine de synthèse est fortement associé à l'usage d'antidouleur médicamenteux, notamment l'épidurale. L'utilisation d'ocytocine synthétique est aussi clairement associée à un taux plus élevé de césarienne, d'extraction instrumentale par forceps ou ventouse, de jaunisse, de rupture utérine, d'hyponatrémie et d'hypotension maternelle, d'hémorragie post-partum ou encore d'oedème. **Il a été aussi clairement montré que l'emploi d'ocytocine de synthèse est associé à une inhibition de la sécrétion d'ocytocine par le cerveau et perturbe les réflexes néonataux, dont ceux impliqués dans l'allaitement.**

¹ Notez que le misoprostol (Cytotec®) n'est pas cité dans cet article car son usage pour l'induction du travail d'un fœtus viable et/ou à terme n'est pas approuvé par Santé Canada. (Source : <https://sogc.org>)

MÉDICAMENTS ANTIDOULEUR

LE PROTOXYDE D'AZOTE

Mieux connu sous le nom de **gaz hilarant**, le **protoxyde d'azote** est un analgésique léger. Il est administré par inhalation d'un mélange 50% oxygène/50% protoxyde d'azote (Entonox®). Il est recommandé de n'utiliser le protoxyde d'azote que durant les contractions et de cesser d'inhaler le gaz entre les contractions. Quelques effets secondaires peuvent survenir, les plus fréquents sont des nausées, des vomissements, des vertiges et de la confusion. **L'utilisation du protoxyde d'azote ne semble pas avoir d'impact sur l'allaitement.**

ANALGÉSQUES DE TYPE NARCOTIQUE

Ces médicaments font partie de la famille des opiacés et sont injectés soit par intraveineuse ou de manière intramusculaire. Les plus fréquemment utilisés sont la **morphine**, la **mépéridine (Démérol®)**, le

fentanyl, le **réfentanyl (Ultiva®)**, le **butorphanol (Stadol®)** et la **nalbuphine (Nubain®)**. Leur utilité est limitée à cause de certains effets secondaires (dépression respiratoire, chute de pression sanguine, nausées, vomissements, vertiges et somnolence) qui limitent la quantité de narcotique qui peut être donnée. Ainsi, la douleur n'est souvent que temporairement et partiellement soulagée. **L'usage de narcotiques peut affecter la capacité de la mère à s'occuper de son bébé et peut perturber la capacité du bébé à téter, avaler et respirer de manière coordonnée, et ce, pendant plusieurs heures voir plusieurs jours après la naissance.**

ÉPIDURALE

L'épidurale ou péridurale est une anesthésie locorégionale qui utilise un mélange d'anesthésique (le plus souvent de la bupivacaïne) et un narcotique (fentanyl ou autre). Bien que l'épidurale soit une des

Les effets secondaires de l'épidurale sont bien plus nombreux qu'on ne l'imagine*

EFFETS DE L'ÉPIDURALE SUR LA MÈRE :

- Soulagement de la douleur partielle/insuffisante/inefficace (25% des cas);
- Sensation de jambes lourdes, engourdis, voire incapacité de marcher;
- Hypotension maternelle;
- Travail plus long;
- Détresse fœtale;
- Augmentation du taux d'utilisation d'ocytocine de synthèse;
- Augmentation du risque de déchirure;
- Augmentation du taux d'extraction instrumentale (forceps/ventouse);
- Augmentation du taux de césarienne (deux fois plus);
- Rétention urinaire nécessitant la pose d'un cathéter urinaire;
- Fièvre maternelle;
- Maux de tête;
- Nausées, vomissements;
- Démangeaisons;
- Maux de dos, douleur au site d'insertion (peuvent durer plusieurs semaines).

EFFETS DE L'ÉPIDURALE SUR LE BÉBÉ ET EN LIEN AVEC L'ALLAITEMENT :

- Détresse fœtale;
- **Retardement de la montée laiteuse;**
- **Diminution de la sécrétion d'ocytocine** par le cerveau de la mère;
- **Diminution des réflexes néonataux**, dont ceux liés à l'allaitement;
- **Perturbation de la coordination** succion-déglutition-respiration;
- Augmentation du risque de **séparation mère/bébé;**
- Augmentation de l'utilisation de **préparation pour nourrisson;**
- Augmentation du risque de **production insuffisante;**
- **Diminution de la durée de l'allaitement;**
- **Diminution du taux d'allaitement exclusif.**

**Ne sont listés que les effets secondaires suite à l'administration de l'épidurale, pas ceux liés à la mise en place de l'épidurale qui comporte elle aussi des risques (lésion neurologique, réaction allergique, abcès, hématome...).*

interventions médicales les plus fréquentes pendant le travail, les femmes restent mal informées des effets secondaires possibles sur la suite de leur accouchement, sur la naissance de leur bébé et sur l'allaitement. Pourtant de nombreuses études et méta-analyses scientifiques rapportent les impacts de l'épidurale. Ils varient selon les médicaments utilisés pour l'épidurale, leur dosage et le temps auquel la mère y est exposée.

Étant donné que la césarienne nécessite une anesthésie (en général une épidurale ou une rachianesthésie), tous les effets secondaires de l'épidurale mentionnés plus haut sont aussi valables pour la césarienne.

COMPLICATIONS POSSIBLES ET SPÉCIFIQUES À LA CÉSARIENNE POUR LA MÈRE :

- **Besoin d'aide pour s'occuper de son bébé** dans les premiers jours voire les premières semaines;
- Prolongation de la durée du séjour à l'hôpital;
- **Douleur**;
- Pertes de sang plus importantes qu'après un accouchement vaginal, ce qui peut entraîner une carence en fer;
- **Fatigue**;
- Hémorragie, problèmes de coagulation;
- Formation d'un caillot sanguin dans une veine;
- Infection du site opératoire;
- Formation d'adhérences;
- Augmentation du risque de césarienne lors des grossesses ultérieures;
- Augmentation du risque de placenta prævia ou accréta lors des grossesses ultérieures;
- Augmentation du risque de rupture utérine lors des grossesses ultérieures.

CONSÉQUENCES POSSIBLES ET SPÉCIFIQUES À LA CÉSARIENNE POUR LE BÉBÉ ET LIÉES À L'ALLAITEMENT :

- Détresse respiratoire (en général légère et passagère);
- Plus de sécrétions dans les poumons du bébé pouvant nécessiter une aspiration mécanique;
- Température corporelle plus basse ce qui augmente le **risque d'hypoglycémie**;
- Augmentation du risque de transfert en néonatalogie;
- **Moins de mises au sein** dans la première heure post-partum;
- **Moins de peau à peau** dans les premières heures suivant la naissance.

décidée pendant le travail. Bien que la césarienne soit souvent présentée comme un moyen simple, rapide et sans problème de faire naître un bébé, il n'en demeure pas moins que c'est une intervention chirurgicale, et comme toute intervention chirurgicale, elle peut avoir des conséquences à court et à long terme, aussi bien pour la mère que le bébé.

SOLUTÉ

Lorsque la mère reçoit une épidurale, de l'ocytocine de synthèse ou un autre médicament délivré par un **soluté**, son corps

CÉSARIENNE

La **césarienne** est une opération chirurgicale qui est pratiquée dans les cas où l'accouchement naturel présente des risques pour la santé de la mère ou celle du fœtus. Au Québec, environ une femme sur quatre accouche par césarienne. La césarienne se déroule généralement sous anesthésie locorégionale (épidurale ou rachianesthésie), mais dans de rares cas, une anesthésie générale peut être nécessaire. La césarienne peut être planifiée ou être

absorbe une grande quantité de liquide, parfois plusieurs litres durant l'accouchement. Cet excès de liquide peut entraîner de l'œdème au niveau des seins pouvant rendre la mise au sein difficile et douloureuse. Une partie de ce liquide est également absorbé par le corps du fœtus qui naît ainsi avec un surplus d'eau. Le poids de naissance est donc faussé. **La perte de poids des bébés nés de mère ayant eu un soluté étant plus importante, elle peut dépasser la limite des 10% et mener à des interprétations erronées. Lorsque la perte de**

poids excède 10%, des interventions sont mises en place, notamment l'utilisation de préparation pour nourrisson.

FORCEPS/VENTOUSE

Une **extraction instrumentale** (aussi appelé accouchement assisté) implique l'utilisation d'instruments comme les **forceps ou la ventouse obstétricale** pour extraire le fœtus par voie vaginale. Le médecin peut y avoir recours lorsque le bébé montre des signes de détresse durant la phase de poussée, qu'il ne progresse plus dans le bassin malgré les poussées, que la mère est très fatiguée et incapable de continuer à pousser ou que son état de santé ne lui permet pas de pousser de manière soutenue.

L'utilisation des forceps ou de la ventouse peut avoir des conséquences pour la mère comme pour le bébé. En général, le médecin pratique une épisiotomie pour avoir la place pour insérer les instruments et éviter les déchirures importantes et, dans de rares cas, les instruments peuvent engendrer des lésions internes et une hémorragie. **L'épisiotomie et les lésions peuvent causer de la douleur à la mère et interférer avec sa capacité à s'occuper de son bébé.** Pour le nouveau-né, l'usage des forceps peut causer des blessures au niveau de la tête, des tensions nerveuses ou musculaires sur les côtés du visage et des déviations de la mâchoire. L'utilisation de la ventouse est quant à elle associée à des blessures au cuir chevelu, des céphalohématomes (poches de sang entre le crâne et le cuir chevelu) et des saignements de la rétine de l'œil. **Toutes ces conséquences peuvent être à l'origine de douleurs crâniennes pour le bébé limitant ainsi sa capacité à bouger sa tête et son cou, ainsi que des diffi cultés d'allaitement.**

Se préparer et s'informer avant l'accouchement

Les parents qui sont confrontés à des diffi cultés d'allaitement liées au type d'accouchement expriment souvent le regret de ne pas avoir été assez préparés et

informés à l'avance pour pouvoir faire face aux diffi cultés rencontrées.

Afin de mettre toutes les chances de leur côté pour avoir un accouchement le plus naturel possible et assurer le meilleur démarrage possible de l'allaitement, les parents devraient d'abord prendre le temps de **choisir le lieu de naissance** de leur enfant. Au Canada, trois choix s'offrent à eux : à domicile, en maison de naissance ou à l'hôpital (accrédité ou non IAB²). Ils devraient également, s'ils le peuvent, prendre le temps de **choisir le ou la professionnel (le)** qui va s'occuper du suivi de la grossesse et assister à l'accouchement. Les sages-femmes sont réputées pour leur approche plus centrée sur la femme et plus naturelle, mais plusieurs médecins croient aussi qu'un accouchement naturel est plus avantageux. Les parents devraient de plus considérer avoir une **accompagnante à la naissance. Les études démontrent que la présence d'une accompagnante est associée à une diminution du nombre d'interventions médicales pendant l'accouchement ainsi qu'à un taux et une durée d'allaitement plus élevés.**

Pour se préparer à l'accouchement, les parents peuvent suivre des **cours prénataux** (CLSC, centre de ressources périnatales, en privé...) selon leurs besoins. Ils peuvent également participer à des réunions **d'information** comme celles de la Ligue La Leche et lire des **ouvrages qui encouragent et soutiennent l'accouchement naturel et l'allaitement.**

La plupart des hôpitaux permettent aux parents de faire part de leurs choix et de leurs souhaits pour l'accouchement et la période post-partum dans un plan de naissance. Il est important de discuter du contenu du **plan de naissance** avec le professionnel pour valider la faisabilité des choix. Les parents devraient donner une copie de leur plan de naissance à l'infirmière qui est responsable de la mère et, si possible, le relire avec elle. Ils devraient de plus en donner une copie à leur

²IAB : L'Initiative des amis des bébés est une stratégie mondiale lancée en 1991 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'UNICEF. Cette initiative vise la création de milieux de soins où l'allaitement maternel constitue la norme par la mise en place de pratiques favorables à l'allaitement.
(Source : <http://www.msss.gouv.qc.ca>)

accompagnante s'ils en ont une.

Plus les parents sont informés, plus ils seront capables de faire des choix et seront autonomes durant leur séjour sur le lieu de naissance. Pour cela, ils ne doivent pas hésiter à poser des questions sur les pratiques habituelles du personnel concernant les procédures médicales de routine, les interventions médicales durant l'accouchement et les modalités concernant

l'accueil du bébé (peau à peau, protocole de soins...). En ce qui concerne l'allaitement, les parents devraient se renseigner sur la politique officielle du lieu de naissance par rapport à l'allaitement maternel et ce qui peut être fait pour faciliter les débuts de l'allaitement. Il se peut qu'il faille de la diplomatie, de la courtoisie et de la persévérance pour obtenir des réponses à ces questions, mais c'est un investissement payant.

Quelques questions possibles à propos de l'allaitement :

- Le lieu de naissance est-il accrédité IAB?
- Quelles sont les pratiques habituelles pour la première tétée?
- Quelle est la politique en ce qui concerne les dons de complément de lait (indications médicales, priorité au lait maternel...)?
- Est-ce qu'un tire-lait est disponible au besoin?
- Quelles sont les options proposées pour donner un complément au bébé (lait maternel ou préparation pour nourrisson) : cuillère, gobelet à médicaments, compte-gouttes, seringue, biberon, expression directe de son colostrum par la mère sur les lèvres du bébé, dispositif d'aide à l'allaitement, etc.?
- Le service dispose-t-il d'une consultante en lactation accréditée IBCLC ou d'une personne compétente en allaitement?

Solutions pour démarrer l'allaitement après un accouchement médicalisé

LE PEAU À PEAU : UNE VALEUR SÛRE

Le **peau à peau** est une pratique qui présente d'immenses avantages aussi bien pour la mère que pour le bébé, mais aussi pour **permettre un début de l'allaitement optimal et prévenir les difficultés** liées à un accouchement médicalisé.

Pour la mère, le peau à peau permet la rencontre avec son bébé, une meilleure stimulation de la lactation, mais aussi un moyen de réparation émotionnelle quand l'accouchement ne s'est pas passé comme prévu.

Pour le bébé, le peau à peau lui permet de maintenir sa température corporelle, facilite la régularité de son rythme cardiaque et respiratoire, lui permet d'être colonisé par la flore bactérienne maternelle, d'être rassuré et plus paisible et ainsi ne pas perdre des calories à pleurer, d'être stimulé et de déployer le maximum de ses compétences.

C'est dans la première heure qui suit la naissance du nouveau-né que les

compétences et les réflexes qui lui permettent d'atteindre le sein, de le prendre et de téter sont à leur meilleur. Les bébés nés suite à un accouchement médicalisé peuvent avoir besoin de plus de temps pour arriver à téter, car leurs réflexes peuvent être affaiblis ou la coordination des mouvements nécessaires à l'allaitement peut être perturbée. Pour ces bébés, il est essentiel de rester en peau à peau durant les premières heures de vie afin d'avoir la chance de pouvoir téter quand ils seront prêts.

En cas de césarienne, de plus en plus d'hôpitaux permettent de mettre le bébé en peau à peau au bloc opératoire immédiatement après la naissance et de le garder contre le corps de sa mère en salle de réveil afin de favoriser une première tétée le plus tôt possible.

Si le bébé ne tète pas, tète peu ou mal

Il est alors très important que la mère commence à **extraire son colostrum** et qu'il soit donné au bébé le plus tôt et le plus fréquemment possible afin d'éviter une chute de glycémie, une jaunisse et le recours à une préparation pour nourrisson.

Durant les premières heures, la mère peut extraire son colostrum par **expression manuelle ou à l'aide d'un tire-lait** électrique double si possible de grade hospitalier et le donner à son bébé avec **une cuillère, une seringue ou un gobelet à médicament**. Si **6 heures après la naissance**, le bébé ne tète toujours pas, peu ou mal, elle devrait exprimer un minimum de **8 fois par 24h** jusqu'à ce que le bébé se mette à téter de manière efficace afin de stimuler suffisamment ses seins pour **ne pas retarder la montée laiteuse et assurer une production lactée optimale**.

La mère devrait également chercher de l'aide auprès d'une **personne compétente en allaitement** pour lui montrer comment bien extraire son colostrum et comment le donner au bébé, mais également pour voir pourquoi le bébé ne tète pas correctement et y remédier.

LA TÉTÉE AUX SIGNES D'ÉVEIL

Les premiers jours, en particulier si le bébé dort beaucoup, il est important que la maman n'hésite pas à offrir le sein chaque fois qu'elle observe les **signes d'éveil**.

Les premiers signes d'éveil apparaissent lorsque le bébé est très proche de l'éveil. Ses yeux bougent sous ses paupières fermées, il effectue de petits mouvements de succion et des mimiques, il bouge les bras et les jambes. Lorsqu'il s'éveille, le bébé peut être calme et observer autour de lui, mais sans chercher particulièrement le sein. C'est un bon moment pour lui proposer le sein, car il est dans de **bonnes conditions pour téter**. D'autres bébés passent rapidement en phase d'éveil agité. Dans cette phase, le bébé porte ses mains à la bouche, tourne la tête à la recherche du sein, ouvre la bouche et tire la langue. Il montre alors activement qu'il a faim et la mère devrait lui proposer rapidement le sein. Si ces signes ne sont pas perçus et que la demande n'est pas satisfaite, le bébé se mettra à pleurer et la mise au sein sera plus difficile.

SI LA MÈRE EST FATIGUÉE, A MAL OU EST INQUIÈTE

Il est beaucoup plus difficile de faire face aux difficultés d'allaitement quand il y a de la

fatigue, de la douleur ou de l'inquiétude. **La douleur, la fatigue et le stress sont des facteurs qui inhibent la sécrétion d'ocytocine et interfèrent avec la mise en place d'une bonne production lactée.**

Il est essentiel que la mère puisse se reposer le plus possible. Pour cela, on devrait l'aider à trouver une **position confortable** dans laquelle elle peut garder son bébé en peau à peau tout en se reposant et une position relaxante pour allaiter. La **position biologique ou zen** (« biological nurturing ») est tout indiquée pour les premiers jours et au-delà si le besoin s'en fait sentir.

Beaucoup de médicaments anti-inflammatoires et analgésiques sont **compatibles avec l'allaitement** et la mère ne devrait pas renoncer à un soulagement de la douleur et de l'inconfort par crainte pour son nouveau-né. Au contraire, plus elle va avoir mal et moins elle sera en mesure de bien s'occuper de son bébé et de l'allaiter.

Après une expérience d'accouchement imprévue ou difficile, une mère peut se sentir déçue, frustrée ou en colère contre elle-même ou contre son corps. Elle peut se sentir submergée par l'épreuve qu'elle vient de traverser et être épuisée. Elle peut également avoir peur d'avoir manqué le meilleur moment pour démarrer l'allaitement et que l'allaitement soit une autre lutte physique et émotionnelle. Elle peut alors **avoir besoin de soutien** pour avoir confiance qu'elle et son bébé peuvent allaiter avec succès. Quelle que soit son expérience d'accouchement, une nouvelle mère a besoin de sentir que l'on s'occupe d'elle et qu'elle et son bébé sont en sécurité. Elle peut alors relaxer en sachant que tout ce qu'elle a à faire est de s'occuper de son nouveau-né. Elle souhaitera également avoir une oreille pour l'écouter et la soutenir dans les moments de doute.

UN BAIN AVEC SON BÉBÉ

L'idée peut paraître inhabituelle, mais prendre un bain avec son nouveau-né peut être très relaxant pour la mère comme pour le bébé et cela procure un moment de peau à peau et un accès facile au sein. Bien sûr, on fera attention à la température de l'eau et à ce que le corps du bébé soit immergé

pour qu'il ne prenne pas froid, tout en gardant sa tête bien hors de l'eau. En étant tous deux détendus, la mère produit plus d'ocytocine et les réflexes du bébé peuvent pleinement s'exprimer. **Le bain avec son nouveau-né peut être particulièrement efficace pour les bébés qui refusent le sein ou qui se frustrant quand on le leur propose.**

UTILISER UN PORTE-BÉBÉ

Un autre moyen pour la mère de garder le bébé en peau à peau, mais sans avoir à rester allongée est l'utilisation d'un **porte-bébé ou d'un vêtement de peau à peau**. Elle aura ainsi la liberté de pouvoir se déplacer tout en offrant à son bébé chaleur, confort et sécurité. Elle pourra déceler les signes d'éveil et offrir rapidement le sein dès que le besoin est exprimé.

CHERCHER DE L'AIDE ET DU SOUTIEN

Dès que des difficultés d'allaitement pointent à l'horizon, la mère devrait immédiatement chercher de l'aide et du soutien auprès d'une **personne compétente en allaitement ou d'un groupe d'entraide en allaitement**. Les monitrices de la Ligue La Leche et les consultantes en lactation IBCLC (<http://www.ibclc.qc.ca/trouver-une-ibclc>) sont tout indiquées pour guider la mère dans son allaitement.

En conclusion

Allaiter après un accouchement médicalisé peut apporter les mêmes joies et les mêmes difficultés d'allaitement qu'après un accouchement naturel. Mais la mère étant confrontée à une plus grande fatigue, à une plus grande dépendance vis-à-vis de son entourage, à de la douleur et à de plus grands bouleversements émotionnels, elle aura d'autant plus besoin de soutien, de conseils compétents et d'une écoute empathique pour la guider et l'aider à réussir son projet d'allaitement.

S'informer à l'avance sur les réalités des interventions médicales durant l'accouchement, sur leurs impacts possibles sur le début de l'allaitement et sur les solutions aux difficultés qui peuvent en découler, c'est pour les parents l'occasion de mettre toutes les chances de leur côté

pour connaître les plaisirs de l'allaitement. La réussite de l'allaitement peut alors devenir pour les parents une véritable réparation, un baume sur la cicatrice psychique laissée par un accouchement éprouvant.

Biographie

- Audoin C. 2005. Vivre une césarienne et réussir son projet d'allaitement. Allaiter aujourd'hui n° 65, LLL France.
- Bergouignan MC. Les vrais impacts d'un accouchement naturel sur l'allaitement. Mythes ou réalité? <http://lasourceensoi.com/blog/>
- French CA, Cong X et KS Chung. 2016. Labor Epidural Analgesia and Breastfeeding: A Systematic Review. J Hum Lact 32(3):507-20.
- Gruber KJ, Cupito SH et CF Dobson. 2013. Impact of doulas on healthy birth outcomes. J Perinat Educ 22(1):49-58.
- Smith LJ et M Kroeger. 2009. Impact of Birthing Practices on Breastfeeding, 2e édition. Jones & Bartlett Learning.
- La Leche League International. 2009. Childbirth and Breastfeeding: Background Information for Leader Applicants and Supporting Leaders.