

GUIDE DE SANTÉ POSTNATALE

Neuf mois plus tard...



DIMENSION BIOLOGIQUE



Alimentation de la mère 1-2

Sommeil et repos 3

Involution utérine 4

Lochies 4

Soins du périnée 5

Prévention des infections urinaires 6

Soins de la plaie de césarienne 6



Constipation 7

Soins des hémorroïdes 7



Exercices 8-11

Sexualité 12-13



DIMENSION PSYCHOSOCIALE

Adaptation de la fratrie à la venue du nouveau-né 14



Blues et dépression 15



DIMENSION BIOLOGIQUE

Allaitement maternel

Anatomie et physiologie du sein 16-17

Évolution du lait maternel 18

Mise au sein 19-22

Première mise au sein, comportement du bébé, positions d'allaitement, expression manuelle du lait.

Difficultés de la mise au sein 23-26

Douleur aux seins, engorgement, insuffisance de lait, réflexe d'éjection puissant, positionnement de la langue.

Situations particulières

Séparation mère-bébé 27-29

Expression avec tire-lait électrique, conservation du lait.

Naissance multiple 30

Césarienne 31

Substituts de lait maternel 32-33

Préparation et conservation des formules de lait, administration des boires.

Élimination des selles et des urines 34

Soins des fesses et organes génitaux 35

Soins du cordon ombilical 36

Circoncision 36

Ictère du nouveau-né 37

Température et fièvre 38-39



DIMENSION PSYCHOSOCIALE

Comportements du nouveau-né 40-41

PRÉVENTION

Syndrome de mort subite du nourrisson 42

Syndrome du bébé secoué 43

Sièges d'auto, lits d'enfants et exposition au soleil 44-45



INFORMATION À LA MÈRE

M Les régimes amaigrissants sont contre-indiqués en période post-partum. Une diète équilibrée et variée, selon les principes du Guide alimentaire canadien, favorise le bien-être, la récupération, la guérison des tissus et prévient des problèmes liés à l'anémie.

La plupart des femmes, qu'elles allaitent ou pas, perdent du poids d'une façon accélérée durant le premier mois post-partum (entre 5,5 kg et 7 kg). Par la suite, une perte de poids raisonnable serait de 0,5 kg à 1 kg par semaine pour les mères qui n'allaitent pas, et de 1 kg à 2 kg par mois pour les mères qui allaitent.

Après la naissance, la mère n'a plus besoin de supplément de fer. Elle peut favoriser la restauration de ses réserves de fer tout simplement en consommant des aliments riches en fer.

(voir tableau)

Dans certaines circonstances, le médecin prescrira des suppléments de fer en période post-partum, par exemple lorsque la mère présente une hémoglobine inférieure à 100 g/l, ou bien des symptômes reliés à l'anémie (faiblesse, étourdissements, fatigue, pâleur de la peau et des muqueuses, dyspnée et tachycardie à l'effort, céphalée, difficulté à se concentrer...).

SUPPLÉMENTS DE FER

- ▶ Les aliments tels le café, le thé, le lait, le son, le jaune d'œuf et les oxalates présents dans les épinards, diminuent l'absorption du fer. Éviter de les consommer au même moment que le supplément.
- ▶ Les suppléments de fer sont mieux absorbés lorsque l'estomac est vide. Donc il est avantageux de les prendre entre les repas (1 h avant), avec des breuvages autres que le lait, café ou thé.
- ▶ S'il y a oublié, prendre le supplément aussitôt que possible, mais ne pas doubler la dose.
- ▶ La consommation de suppléments de fer peut entraîner des selles noires et vertes.
- ▶ La constipation est souvent liée à la consommation de fer. Une diète riche en fibre et une consommation de liquide sont recommandées.

La consommation de végétaux riches en vitamine C favorise l'absorption du fer. En acidifiant l'environnement gastrique et en

permettant au fer de rester soluble, la vitamine C rend le fer 2 à 3 fois plus disponible pour l'absorption.

La première règle d'or chez la mère qui allaite est de s'alimenter selon les principes du Guide alimentaire canadien et de ne rien modifier à son alimentation les 30 premiers jours après la naissance, afin de permettre à la production de lait de bien s'établir.

Les besoins énergétiques chez la mère qui allaite sont encore plus grands que pendant la grossesse. La mère qui allaite devrait augmenter sa consommation d'environ 500 kcal comparativement à une femme non enceinte.



Éviter de passer plus de 3 h sans manger, afin de conserver l'énergie et la résistance. Prendre au moins 3 repas et 3 collations nutritives par jour.

Prioriser les aliments riches en protéines et en fibres afin de prévenir les baisses d'énergie.

(voir tableau)

Une consommation de 3 à 4 portions de produits laitiers par jour favorise l'absorption de calcium dont la mère a besoin.

Si la mère ne consomme pas de produits laitiers, il est important qu'elle prenne des suppléments de calcium, soit 1000 mg par jour. Consulter une nutritionniste au besoin.

L'augmentation de la quantité de liquide bu par la mère n'a pas d'effet sur la production lactée, tout comme sa consommation de lait. Cependant, il est important de boire suffisamment pour étancher la soif.

Les signes d'un manque d'hydratation sont, entre autres, des urines concentrées et de la constipation chez la mère.

La mère qui opte pour un végétarisme strict (aucun aliment d'origine animale) doit s'assurer de consommer quotidiennement suffisamment de vitamines B12 (1,5 mcg par jour), de calcium (1000 mg par jour) et de vitamine D (5 mcg ou 200 U.I. par jour). Les laits de soya (1 l par jour) enrichis de calcium, de vitamine D et de vitamine B12, ainsi que les suppléments alimentaires, peuvent être des options. Une consultation avec une nutritionniste est recommandée. (voir tableau)



Les mères peuvent boire du café lorsqu'elles allaitent. En général, la quantité de caféine contenue dans 750 ml (5 tasses) ou moins de café ne cause pas de problèmes tant pour la mère que pour le bébé.

Identifier toutes les sources de caféine. Une quantité excessive de caféine peut nuire au réflexe d'éjection chez certaines femmes et rendre le bébé irritable et le garder éveillé. (voir tableau)

Les mères peuvent, de façon occasionnelle, consommer de l'alcool lorsqu'elles allaitent. L'alcool passe librement dans le lait maternel et atteint un niveau maximal 30 min à 60 min après

sa consommation, et 60 min à 90 min s'il est absorbé en mangeant. Il faut environ 2 h à 3 h à une femme de 55 kg pour éliminer l'alcool contenu dans un verre de vin ou une bière. Plus la quantité d'alcool est grande, plus le temps d'élimination est long, et plus les effets (sommolence, sommeil profond, faiblesse, retard de croissance) sur le bébé allaité sont importants.

Les restrictions alimentaires varient souvent d'une culture à l'autre. En général, la mère peut manger avec modération tous les aliments qu'elle désire.

Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans, p.130-132.

PRINCIPAUX NUTRIMENTS

NUTRIMENTS	EFFET DE LA CONSOMMATION	CARACTÉRISTIQUES	SOURCES
FER	Contribue au transport de l'oxygène. Contribue à la formation des globules rouges.	Garder l'eau de cuisson.	Viandes rouges, foie Huîtres, palourdes Légumineuses Pains et céréales enrichis Noix Épinards
VITAMINE C	Facilite l'absorption du fer. Augmente la résistance à l'infection. Maintient la santé des dents et des gencives. Maintient les parois des vaisseaux sanguins en bon état.	La cuisson affecte sa teneur. Cuire rapidement avec peu d'eau.	Poivron vert ou rouge, tomate, jus de tomate, brocoli, cresson, navet, famille des choux (chou, chou de Bruxelles, chou-fleur, brocoli) Agrumes (orange, pamplemousse, citron), cantaloup, fraises, jus enrichis
PROTÉINES	Construisent et réparent les tissus de l'organisme. Forment les anticorps (qui permettent de lutter contre les infections). Fournissent de l'énergie.	Peu affectées par la cuisson	Viandes, volaille Poissons et crustacés Noix Céréales Légumineuses Œufs, lait, produits laitiers
FIBRES	Les fibres insolubles augmentent la vitesse du transit intestinal. Les fibres solubles améliorent le contrôle de la glycémie, et abaissent le taux de cholestérol sanguin.		Légumineuses Noix et graines Fruits et légumes frais, fruits séchés Son, pain de blé entier, céréales de son
CALCIUM	Contribue à la formation des os et des dents. Facilite la coagulation. Facilite la croissance.		Produits laitiers, lait Saumon avec arêtes, sardines Amandes, graines de sésame
VITAMINE B12	Contribue au développement des globules rouges et des tissus nerveux. Joue un rôle dans la réaction intracellulaire.	Non affectée par la cuisson	Bœuf, veau, agneau, abats (foie, cœur de bœuf, rognons) Saumon en conserve, maquereau, huîtres Œufs, produits laitiers
CAFÉINE	Une quantité excessive peut garder bébé éveillé et le rendre irritable; peut aussi nuire au réflexe d'éjection chez la mère qui allaite.	5 tasses ou 750 ml de café par jour bien toléré en général	Café, thé, chocolat, boissons gazeuses de type cola, boissons énergisantes commerciales Certains médicaments ●

(Lagacé, 1999; Santé Canada, 1999)



INFORMATION AUX PARENTS

FAVORISER LE REPOS ET LE SOMMEIL

- ❑ Il est normal de se sentir fatiguée suite à la naissance. Retrouver le niveau d'énergie habituel prendra quelques semaines.
- ❑ Ne pas chercher à abattre toutes les activités domestiques (ménage, lavage, cuisine...) après le retour à la maison. Se consacrer aux soins du nouveau-né les premières semaines. Par la suite, reprendre les activités progressivement.
- ❑ Récupérer les heures de sommeil sur une période de 24 h en prenant plusieurs siestes quotidiennes. «Prendre le sommeil quand il passe»!
- ❑ S'étendre ou s'asseoir confortablement durant les périodes d'allaitement.

- ❑ Demander de l'aide à un parent, ami ou gardienne durant le jour pour récupérer.
- ❑ S'il y a lieu, demander aux enfants de faire des tâches en fonction de leurs habiletés et leur développement.
- ❑ Demander en cadeau des repas préparés à l'avance.
- ❑ S'assurer d'alterner les moments de répit entre les deux parents.
- ❑ Donner le bain au bébé avant le dernier boire de fin de soirée peut favoriser une durée de sommeil plus longue en début de nuit.
- ❑ Limiter le nombre et la durée des visites. Le père peut être un défenseur du repos et du sommeil de la mère. ●

Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans, p.121-122.





INFORMATION À LA MÈRE

STRATÉGIES POUR SOULAGER
LES TRANCHÉES

- ❑ Uriner souvent, en prenant soin de bien vider la vessie, assure un meilleur confort et permet d'éviter le relâchement de l'utérus et l'infection urinaire.
- ❑ Se coucher sur le ventre et placer un oreiller sous le bas du ventre. Cette position exerce une pression sur l'utérus qui demeure ainsi contracté.
- ❑ Se détendre, prendre des respirations lentes et profondes.
- ❑ Appliquer sur l'abdomen un sac de glace enveloppé dans une serviette.
- ❑ Prendre la médication analgésique prescrite au besoin. Éviter de prendre de l'acide acétylsalicylique (AAS) qui peut augmenter les saignements. ●



INFORMATION À LA MÈRE

LOCHIES ET RETOUR DES MENSTRUATIONS

- ❑ Les pertes sanguines (ou lochies) devraient avoir la même odeur que le flot menstruel. Une odeur désagréable peut indiquer une infection.
- ❑ Les saignements devraient diminuer au fur et à mesure que les jours avancent, passant de rouges (jours 1 à 3), à roses (jours 4 à 14), à blancs (jours 15 à 28).
- ❑ Une infection de l'endomètre peut être suspectée lorsqu'il y a présence de douleur abdominale, de fièvre et de saignements persistants.
- ❑ La douche est permise dès qu'il est possible de marcher.
- ❑ Le bain (dans une baignoire propre) est permis dès le 2^e jour du post-partum ou selon les recommandations du médecin.
- ❑ La baignade dans une piscine ou un lac est permise lorsque les saignements sont terminés.
- ❑ S'abstenir d'utiliser des tampons durant la période des lochies afin d'éviter le syndrome toxique.

RETOUR DES PREMIÈRES MENSTRUATIONS
APRÈS L'ACCOUCHEMENT

- ❑ Les premières menstruations peuvent être plus abondantes que d'habitude. Elles retrouveront leur débit normal après quelques cycles.
- ❑ Les menstruations apparaissent le plus souvent vers la 6^e semaine suivant l'accouchement, ou même plus tard tant pour les mères qui allaitent moins de 1 mois que pour celles qui n'allaitent pas.
- ❑ Pour les mères qui allaitent à long terme, le retour des menstruations varie d'une femme à l'autre. Elles peuvent ne réapparaître qu'après le sevrage. ●

Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans, p.122-123.





INFORMATION À LA MÈRE

SOINS DU PÉRINÉE

- ❑ La région du périnée peut être douloureuse après l'accouchement. Épisiotomie, déchirure ou hémorroïdes peuvent être en cause.
- ❑ Se laver les mains avant et après les soins du périnée.
- ❑ L'application de glace sur le périnée pendant 20 min toutes les 2 h ou 3 h diminue l'œdème, l'inconfort et produit un effet anesthésiant, surtout les premiers 24 h.
- ❑ Lorsque l'œdème est résorbé, l'application de chaleur active la circulation et favorise la guérison.
- ❑ Un bain de siège froid ou chaud peut être utilisé au goût, 3 fois par jour ou au besoin durant 20 min.
- ❑ En position couchée sur le dos, élever le bassin plus haut que le cœur réduit la douleur et l'œdème. (*voir illustration*)
- ❑ Des contractions musculaires du plancher pelvien, comme pour retenir l'urine ou les gaz, peuvent réduire l'œdème et la douleur en plus d'accélérer la guérison du périnée. Ces contractions sont faites soit assise, soit couchée. Il n'y a pas à craindre pour le bris des points de suture puisque ce type d'exercice les rapproche davantage.
- ❑ Mesure de confort pour s'asseoir: placer un oreiller sur le fauteuil. Se serrer les fesses et expirer tout en s'asseyant. Une fois assise, relâcher complètement la région du périnée.
- ❑ Éviter la position debout de façon prolongée durant les premières semaines, car elle provoque:
 - un étirement des points de suture.
 - une poussée de la vessie et de l'utérus vers le bas car le plancher pelvien est alors relâché.

- ❑ Serrer les muscles du plancher pelvien (verrouillage périnéal) avant de faire un effort (tousser, rire, éternuer, prendre le bébé), diminue la douleur ressentie au niveau du périnée.
- ❑ Après chaque élimination, s'essuyer de l'avant vers l'arrière par petits tapotements.
- ❑ Laver le périnée avec de l'eau tiède et du savon non parfumé, ou avec un jet d'eau, et bien assécher.
- ❑ Changer de serviette sanitaire à chaque élimination vésicale et intestinale, ou au maximum à chaque 4 h.
- ❑ Éviter de toucher l'intérieur de la serviette.
- ❑ Éviter les coussins en forme de beigne, car ils diminuent l'apport sanguin au périnée.
- ❑ Appliquer les crèmes ou onguents à action locale recommandés après le bain de siège, durant les soins périnéaux.



ALERTE

SIGNES D'INFECTION

- ▶ Rougeur
- ▶ Chaleur
- ▶ Écoulement purulent
- ▶ Séparation des parois de la plaie
- ▶ Douleur localisée ●



INFORMATION À LA MÈRE

PRÉVENIR LES INFECTIONS URINAIRES

- ❑ Se laver les mains avant et après avoir uriné.
- ❑ Retirer la serviette sanitaire de l'avant vers l'arrière.
- ❑ Changer de serviette sanitaire à chaque élimination vésicale et intestinale, ou au maximum à chaque 4 h.
- ❑ Porter des sous-vêtements de coton blanc et laver au savon doux, sans javellisant ni assouplisseur.
- ❑ Le port de vêtements serrés augmente la température et l'humidité de la région périnéale et favorise la propagation des bactéries.
- ❑ L'utilisation des mousses de bain, désodorisants, douches vaginales et savons parfumés peuvent irriter l'urètre.
- ❑ S'hydrater en buvant 6 à 8 verres d'eau par jour.

❑ Uriner avant et après chaque relation sexuelle.

❑ L'acidité du jus de canneberge abaisserait le pH de l'urine et rendrait le milieu moins favorable à la propagation de bactéries.

❑ Certains aliments (yogourt et lait à base d'Acidophilus) préviendraient les infections urinaires et vaginales.

❑ Certaines boissons (alcool, caféine, thé) peuvent irriter la vessie. ●



INFORMATION À LA MÈRE

❑ Soins de la plaie:

● Utiliser eau et savon doux et bien assécher la plaie.

- Les pansements de rapprochements (*stéri-strips*) peuvent être retirés après 10 jours.
- Consulter s'il y a signes d'infection (rougeur, chaleur, écoulement, fièvre, douleur).

❑ Activité physique:

● Faire un verrouillage périnéal avant tout effort physique (ex.: prendre le bébé dans ses bras). Le verrouillage périnéal consiste à contracter les muscles du plancher pelvien, si l'effort physique a pour effet de provoquer une pression sur le plancher pelvien.

(voir exercices)

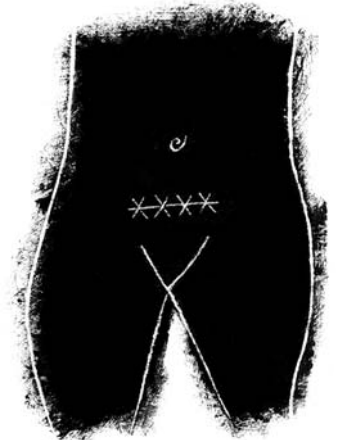
- Éviter, durant le 1^{er} mois après la césarienne, les activités qui exigent un effort des muscles abdominaux, tels les travaux domestiques (passer la balayeuse, soulever les sacs d'épicerie...).
- Faire des exercices en période postnatale de façon progressive.

❑ Gestion de la douleur:

- La prise d'analgésique de façon régulière tel que prescrit permet de demeurer dans une «zone de confort» tout au long de la période de récupération.

❑ Sexualité:

- Les activités sexuelles peuvent être reprises lorsque les saignements ont cessé et que la plaie est bien cicatrisée, autour de la 4^e semaine après l'accouchement. Les parents sont les meilleurs juges pour évaluer le moment opportun. ●



ALERTE

SIGNES D'INFECTION DE LA PLAIE

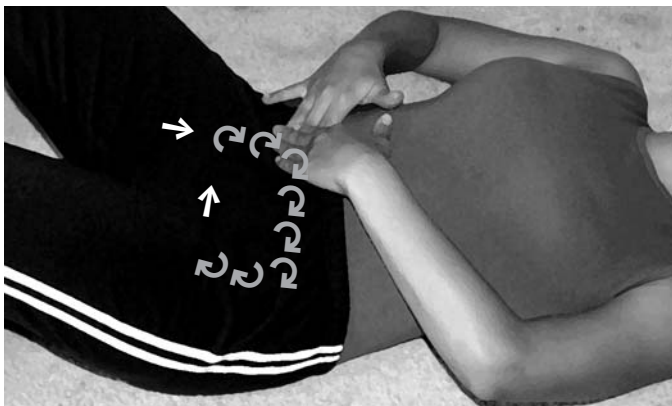
- ▶ Douleur ▶ Rougeur ▶ Chaleur
- ▶ Écoulement purulent ▶ Induration
- ▶ Fièvre ▶ Inconfort généralisé





INFORMATION À LA MÈRE

- ▣ Boire 1,5 l à 2 l de liquide par jour.
- ▣ Augmenter la consommation de fibres. *(voir alimentation)*
- ▣ Pratiquer une activité physique légère, comme la marche par exemple.
- ▣ Pratiquer des massages de l'abdomen pour stimuler le transit intestinal: faire des mouvements circulaires sur l'abdomen en exerçant une légère pression. Le mouvement part du côté droit vers le haut (colon ascendant), se poursuit vers la gauche (colon transverse) pour ensuite se diriger vers le bas (colon descendant). *(voir illustration)*
- ▣ Utiliser cette position pour faciliter l'évacuation des selles:
 - S'asseoir les pieds écartés.
 - Si possible, placer les pieds 15 cm plus haut que le sol (sur un bottin téléphonique).
 - Se pencher vers l'avant le dos droit.
 - Expirer doucement en soufflant dans le poing fermé devant la bouche et en rentrant le ventre.
 - Éviter de bloquer la respiration, pour ne pas exercer une trop grande pression sur le périnée.
 - Ne pas insister s'il n'y a aucune évacuation. Attendre d'en ressentir de nouveau le besoin.
 - Supporter le périnée avec une serviette sanitaire s'il y a crainte d'avoir mal lors de la défécation. ●



- ▣ Les hémorroïdes causées par la pression lors de l'expulsion du bébé se résorbent souvent d'elles-mêmes en moins de 2 semaines.
- ▣ Les hémorroïdes sont aggravées par la constipation, donc tous les traitements pour la constipation sont utiles. *(voir constipation)*
- ▣ Les efforts excessifs lors de l'élimination intestinale sont à éviter.
- ▣ La station debout prolongée est à éviter.
- ▣ Les exercices des muscles du plancher pelvien favorisent la circulation. *(voir exercices page 9)*

MÉTHODES DE SOULAGEMENT

- ▣ Glisser les hémorroïdes vers l'intérieur après avoir appliqué de la crème sur le doigt, et les pousser doucement de l'autre côté de l'anus.
- ▣ Un bain de siège peut être pris au besoin (3 fois par jour et plus) durant 10 min à 20 min. Certaines femmes préfèrent l'eau chaude (38°C à 40°C); d'autres, l'eau froide. La chaleur stimule l'irrigation des tissus, tandis que le froid a un effet anesthésiant et diminue l'œdème les premières heures après la naissance.
- ▣ Appliquer un sac de glace recouvert d'une débarbouillette sur les hémorroïdes.
- ▣ Appliquer une crème ou onguent topiques à effet anti-inflammatoire et anesthésiant. ●

Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans, p.133.





INFORMATION À LA MÈRE

Les premières semaines suivant la naissance, il est normal de se fatiguer plus rapidement et parfois de façon soudaine. Il est donc important d'écouter son corps et de doser l'énergie utilisée lors d'activités physiques (comme des promenades).

TABLEAU DES EXERCICES À FAIRE APRÈS UN ACCOUCHEMENT

	JOUR DE L'ACCOUCHEMENT	1 ^{er} JOUR SUIVANT	1 ^{re} SEMAINE	2 ^e SEMAINE
EXERCICES RESPIRATOIRES	V C	V C		
EXERCICES CIRCULATOIRES	V	V C		
SOINS DU PÉRINÉE		V	V	V
RENFORCEMENT DU PLANCHER PELVIEN				V C
RENFORCEMENT DES ABDOMINAUX		V C	V C	V C
DIASTASE *				
RENFORCEMENT ET ASSOULISSEMENT DU DOS		V C	V C	V C

(Dumoulin, 2000)

* Cet exercice ne se pratique qu'à partir de la 6^e semaine. La démonstration peut toutefois être faite à la mère par l'infirmière lors de son séjour à l'hôpital.

Pour les exercices devant être débutés après les 2 premières semaines, se référer à l'ouvrage de Dumoulin.

Dumoulin, C. 2000. *En forme après bébé. Exercices et conseils*. Collection Parents. Montréal : Hôpital Sainte-Justine.

1. EXERCICES RESPIRATOIRES

BUT

- Favoriser l'oxygénation et la relaxation.

QUAND

- Jour de l'accouchement et les jours subséquents au besoin.

COMMENT

- Position couchée ou assise
- Expirer par la bouche en rentrant l'ombilic (sans forcer l'expiration), de façon à contracter les muscles du ventre, et chasser l'air des poumons pour sentir les muscles du ventre se contracter.

SPÉCIFICITÉS DE LA POSITION ASSISE

- Placer les genoux au-dessus ou au même niveau que les hanches.
- L'usage d'un tabouret peut être utile.
- Avoir un soutien adéquat pour le dos.

FRÉQUENCE

- Répéter l'exercice 10 fois toutes les 2 ou 3 h.



2. EXERCICES CIRCULATOIRES

BUT

- Activer la circulation sanguine et favoriser la résorption de l'œdème.

QUAND

- Jour de l'accouchement et les jours subséquents au besoin.

COMMENT

- Surélever les jambes au-dessus du niveau du cœur (en élevant le pied de lit ou en ajoutant des oreillers sous les genoux et les mollets).
- Effectuer des rotations des chevilles en bougeant les orteils.

SPÉCIFICITÉS

- Le même exercice peut être effectué avec les poignets lorsqu'il y a œdème des poignets.



- Élever les poignets au-dessus du cœur.
- Faire des rotations des poignets en ouvrant et en fermant les mains.

FRÉQUENCE

- Durant 2 min toutes les 2 h ou 3 h (voir illustration)

3a. SOINS DU PÉRINÉE

APPLICATION DE GLACE ET ÉLÉVATION DU BASSIN

BUT

- Réduire la douleur et l'œdème.

QUAND

- Jour de l'accouchement et le 1^{er} jour suivant.

COMMENT

- Mettre des glaçons dans un sac de plastique et recouvrir d'une débarbouillette humide.
- Appliquer sur la partie du périnée affectée (sur épisiotomie, déchirure, hémorroïdes).
- Simultanément avec la glace, relever le pied de lit ou utiliser un oreiller pour surélever le bassin au-dessus du niveau du cœur, pour permettre une résorption plus rapide de l'œdème.

FRÉQUENCE

- Glace sur le périnée pendant 20 min toutes les 2 h ou 3 h.



3b. EXERCICES DU PÉRINÉE

CONTRACTIONS MUSCULAIRES DU PLANCHER PELVIEN

Le plancher pelvien est formé de trois épaisseurs de muscles qui ferment le bas du bassin, et s'étendent entre le pubis et le coccyx.

EXERCICE DE « LA VAGUE »

BUT

- Renforcer les muscles du plancher pelvien pour assurer un contrôle adéquat de l'urine, des gaz, des selles, et le soutien des organes pelviens (vessie, utérus) et favoriser une plus grande satisfaction sexuelle chez la femme et son partenaire.

QUAND

- Deux semaines après l'accouchement ou lorsque le périnée n'est plus douloureux.

COMMENT

- Position couchée sur le dos et les genoux fléchis pour commencer.
- Après quelques semaines de pratique, passer en position assise.
- En expirant par la bouche et en rentrant le nombril, contracter les muscles du plancher pelvien en partant de l'anus vers le vagin pendant 5 s à 10 s.
- Relâcher tout le périnée ainsi que le ventre.
- Doubler le temps de repos entre chaque contraction.
- Faire 3 séries de 10 répétitions.

SPÉCIFICITÉS

- Les exercices des muscles pelviens sont parfois faits incorrectement; au lieu d'une contraction, une poussée sur le plancher est exercée (Sampselle et Miller, 1996).
- S'assurer que l'exercice est bien exécuté avant de le répéter à plusieurs reprises, car une poussée du plancher pelvien pourrait l'affaiblir.
- Pour vérifier la qualité de l'exécution, il suffit d'insérer le doigt dans le vagin.
- Si le doigt est serré par les muscles du plancher pelvien ou aspiré vers l'intérieur, c'est que la contraction du plancher est efficace.
- Si le doigt est expulsé vers l'extérieur, c'est que le plancher pelvien est poussé plutôt que contracté.

FRÉQUENCE

- 1 à 2 fois par jour
- Dumoulin (2000) propose d'autres exercices pour favoriser le renforcement des muscles du plancher pelvien. Pour des informations supplémentaires, vous référer à son ouvrage.

4. EXERCICES DE RENFORCEMENT DES MUSCLES ABDOMINAUX

LE TRANVERSE (muscle profond)

Rentrée du nombril en position couchée sur le dos.

BUT

- Renforcer les muscles de la colonne vertébrale pour diminuer les douleurs au bas du dos.

QUAND

- 1^{er} jour après l'accouchement, jusqu'à 4 semaines.



COMMENT

- S'installer en position couchée sur le dos, les jambes fléchies.
- En expirant par la bouche, faire une entrée

du nombril vers la colonne vertébrale de façon à contracter le ventre.

- Évaluer le durcissement des muscles en plaçant la main sur le bas-ventre près des hanches.

- Faire 3 séries de 10 mouvements de rentrée du nombril, en



prenant 1 min de repos entre chaque série.

- Le même exercice peut être répété en position à quatre pattes, en s'assurant de ne pas courber ou creuser le dos durant l'exercice.

SPÉCIFICITÉS

- Les muscles du plancher pelvien doivent rester contractés pendant l'exercice des muscles abdominaux, afin d'éviter une augmentation de pression abdominale sur les viscères, qui peut affaiblir davantage le plancher pelvien.

- Le renforcement des abdominaux doit se faire en partant des muscles profonds vers les intermédiaires, pour terminer par les muscles superficiels (les grands droits).

Note. – Étant donné que les exercices abdominaux intermédiaires et superficiels se font 2 et 6 semaines respectivement après l'accouchement, ils ne seront pas traités dans ce document. Se référer à l'ouvrage de Dumoulin (2000).

FRÉQUENCE

- 1 fois par jour, 5 fois par semaine.

5. EXERCICES DE RENFORCEMENT DES MUSCLES ABDOMINAUX PROFONDS ET INTERMÉDIAIRES

BASCULE DU BASSIN ET ÉTIREMENT DU TRONC

BUT

- Rapprocher les muscles grands droits en serrant les muscles profonds et intermédiaires.



QUAND

- 1^{er} jour ou 1^{ère} première semaine après l'accouchement.

COMMENT

- Position couchée sur le dos, les jambes fléchies et le dos bien à plat.

- Contracter les muscles du plancher pelvien.

- Étirer le corps en imaginant qu'une ficelle tire la tête vers le haut et qu'une autre tire les fesses vers le bas.

- Faire 3 séries de 10 mouvements.

- Prendre 10 s de repos entre chaque mouvement et 1 min de repos entre chaque série.

SPÉCIFICITÉS

- Augmenter le niveau de difficulté en refaisant le même exercice en position debout.

FRÉQUENCE

- 1 fois par jour, 5 fois par semaine.

6. ÉVALUATION DE LA DIASTASE DES GRANDS DROITS

La diastase est une ouverture qui se crée entre les muscles grands droits de l'abdomen. C'est un phénomène fréquent: 30%

des femmes présentent une diastase durant la grossesse.

BUT

- Adapter la progression des exercices abdominaux en fonction de la force musculaire des grands droits.

QUAND

- Cet exercice ne se pratique qu'à partir de la 6^e semaine. La démonstration peut toutefois être faite à la mère par l'infirmière lors de son séjour à l'hôpital.

COMMENT

- Se placer sur le dos, les jambes fléchies.
- Placer les doigts de la main entre les deux muscles grands droits à partir du nombril.



- Contracter le plancher pelvien.
- Soulever la tête jusqu'à ce que les omoplates ne touchent plus le sol.

SPÉCIFICITÉS

- Si plus de 3 doigts peuvent être insérés de façon perpendiculaire aux grands droits, continuer à faire les exercices qui tonifient les muscles profonds et intermédiaires.

- Les redressements assis effectués trop rapidement après l'accouchement peuvent entretenir la faiblesse des muscles abdominaux.

- S'il n'y a aucune diastase des grands droits, les exercices de renforcement des muscles grands droits (redressements assis) peuvent être débutés seulement à partir de la 6^e semaine après l'accouchement.

7. EXERCICE DE SOUPLESSE POUR LE DOS

BUT

- Retrouver une musculature souple et forte

QUAND

- 1^{er} jour après l'accouchement et au besoin par la suite.

COMMENT

- Position couchée sur le dos, les genoux fléchis et pieds en appui sur le sol.
- Amener un genou vers l'abdomen à l'aide des mains.
- Revenir à la position initiale.
- Refaire le même mouvement avec l'autre jambe.
- Si bien toléré, poursuivre en amenant les deux genoux vers l'abdomen.

SPÉCIFICITÉS

- S'assurer de garder le dos bien à plat durant l'exécution de l'exercice.

FRÉQUENCE

- 1 à 2 fois par jour et au besoin.

8. RETOUR AUX ACTIVITÉS SPORTIVES

MARCHE, NATATION, SPORTS DE SAUTS

BUT

- Tonifier les muscles du dos, de l'abdomen et des jambes.



- Développer l'endurance et la coordination.

QUAND

- Marche: 2 à 3 semaines après l'accouchement.
- Natation: 1 mois après l'accouchement.
- Sports de sauts: 3 à 4 mois après l'accouchement.

COMMENT

- Marche: augmenter graduellement la distance et la cadence.
- Natation: le crawl et la marinière (sur le côté) sont davantage recommandés. Le papillon et la nage sur le dos accentuent la courbure du dos et peuvent causer des douleurs lombaires.

SPÉCIFICITÉS

- Renforcer les muscles du plancher pelvien et les muscles abdominaux avant la pratique de toute activité sportive. Faire un retour aux activités sportives de façon progressive pour éviter toute blessure.

9. EXERCICE SPÉCIFIQUE APRÈS UNE CÉSARIENNE

EXERCICE RESPIRATOIRE ABDOMINALE AVEC FLEXION DU TRONC



BUT

- Stimuler le mouvement intestinal.
- Prévenir le ballonnement et la constipation.

QUAND

- Lorsqu'il est possible de se lever et de marcher dans la chambre.

COMMENT

- Se pencher vers

l'avant, les bras et la tête en appui sur une table ou un banc.

- Les jambes sont légèrement écartées.
- Expirer par la bouche en rentrant le nombril.
- Relâcher en inspirant.

FRÉQUENCE

- 10 fois toutes les 3 h •



INFORMATION AUX PARENTS

ACTIVITÉS SEXUELLES

QUAND

- Les saignements ont cessé.
- L'épisiotomie est guérie (afin d'éviter l'infection).
- Entre la 2^e et la 4^e semaine après l'accouchement.
- Le couple est le meilleur juge pour évaluer le bon moment.

PARTICULARITÉS

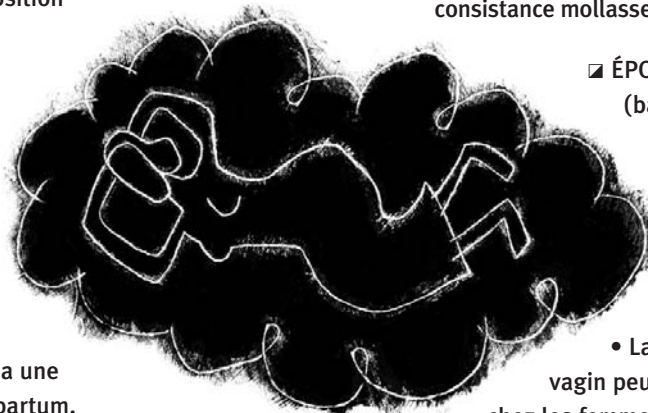
- Il arrive que le vagin se lubrifie moins bien naturellement pendant les 6 premiers mois. Une gelée lubrifiante peut aider.
- Il est possible que les réactions physiologiques à la stimulation sexuelle, et la force de l'orgasme, soient diminuées les 3 premiers mois après la naissance. De plus longs préliminaires peuvent aider. Exercer les muscles du plancher pelvien sont aussi à même d'augmenter la satisfaction sexuelle. (voir exercice page 9)
- Une sensibilité accrue peut être ressentie lors de la pénétration. Des positions où la femme a le contrôle sur la profondeur de l'insertion du pénis sont à considérer (position sur le côté, femme sur le dessus).
- Les pleurs et bruits du bébé durant la relation sexuelle influencent le déroulement des relations sexuelles et créent parfois de l'insatisfaction et de la frustration. Communication claire, compréhension mutuelle et patience devraient aider à composer avec la situation.
- En moyenne, la mère qui n'allait pas a une ovulation autour de la 45^e journée post-partum. Cependant environ 2% de ces femmes sont fertiles immédiatement après la naissance. Une méthode contraceptive efficace d'ici la visite chez le médecin à la 6^e semaine post-partum est recommandée, compte tenu des risques d'ovulation durant cette période.

MÉTHODES CONTRACEPTIVES NON HORMONALES

- CONDOM (barrière)**
 - Taux de succès de 88%
 - Spermicide recommandé (utilisé en même temps que le condom); efficacité contraceptive augmentée à 98%.
 - Lubrifiant à base d'eau seulement
 - Compatible avec l'allaitement maternel

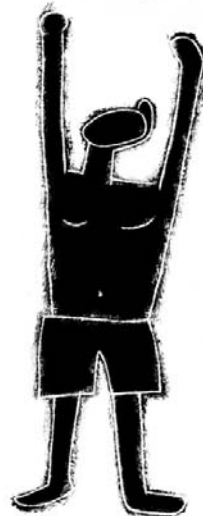
- DIAPHRAGME (barrière)**
 - Taux de succès de 92% à 96% avec un usage adéquat.
 - Spermicide nécessaire pour chaque nouveau rapport sexuel.
 - Attendre 6 à 8 semaines après la naissance pour utiliser le diaphragme, compte tenu des modifications du vagin. À vérifier en période postnatale et réajuster au besoin.
 - Lubrifiant à base d'eau seulement
 - Compatible avec l'allaitement maternel

- CAPE CERVICALE (barrière)**
 - Le taux de succès chez les femmes qui ont donné naissance est de 73%, comparativement à 87% chez celles qui n'ont pas accouché.
 - La modification de la forme du col peut expliquer cette baisse d'efficacité.
 - Le spermicide est nécessaire pour chaque nouveau rapport.
 - Il faut attendre 6 à 8 semaines après la naissance pour utiliser la cape cervicale, compte tenu des modifications du col après la naissance. À vérifier en période postnatale et réajuster au besoin.
 - Non recommandée durant l'allaitement, car le col garde une consistance molle qui rend l'ajustement difficile.


ÉPONGE VAGINALE
(barrière et spermicide en un seul produit)

- Le taux de succès chez les femmes qui ont donné naissance est de 74%, comparativement à 79% chez celles qui n'ont pas accouché.
- La modification de la forme du vagin peut expliquer la baisse d'efficacité chez les femmes qui ont déjà donné naissance.
- L'association éponge-condom augmente le taux de succès à 98%.
- Lubrifiant à base d'eau seulement
- Compatible avec l'allaitement maternel

- STÉRILET (dispositif intra-utérin)**
 - Taux de succès de 98%
 - Risque plus élevé d'expulsion si installé tôt après la naissance.
 - Installer au-delà de la 4^e semaine.
 - Compatible avec l'allaitement maternel
 - Risque d'expulsion non augmenté avec la pratique de l'allaitement maternel.



- Aucun effet sur la qualité et la quantité du lait maternel.

MAMA
(Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée)

Comme l'allaitement retarde l'ovulation, il peut prévenir la grossesse à 98% quand des conditions précises sont respectées.

MAMA repose sur trois conditions:

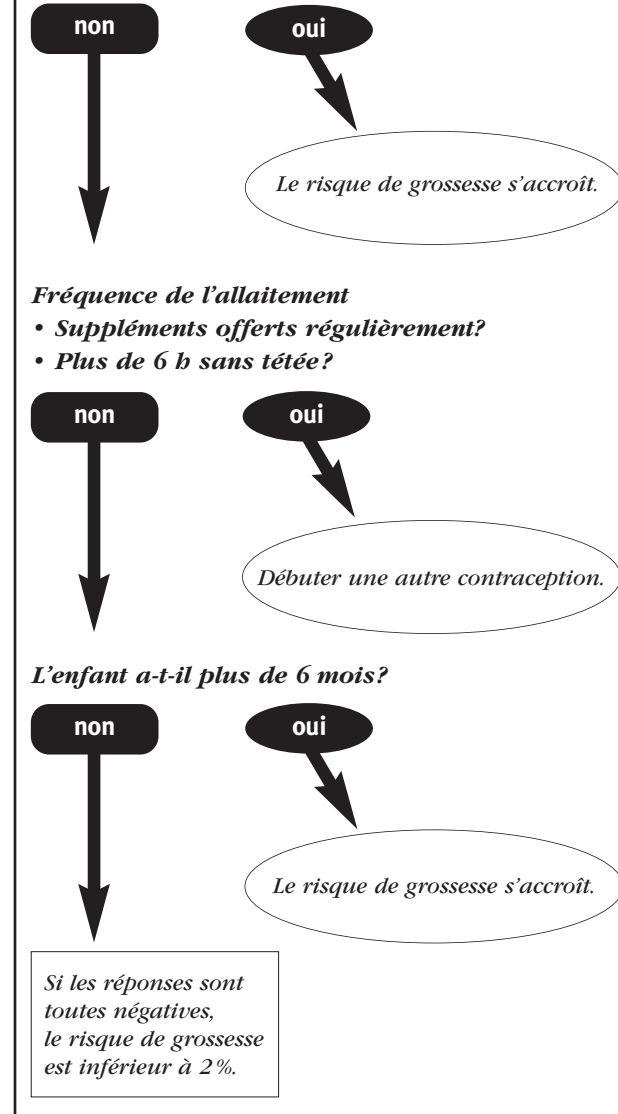
- Aucune menstruation ou perte sanguine après le 56^e jour suivant l'accouchement.
- Allaitement exclusif d'un enfant de moins de 6 mois à la demande jour et nuit (l'enfant ne consomme aucun autre lait ou aliment).
- Bébé ne dort pas plus de 6 h consécutives par nuit.

Si l'une de ces trois conditions n'est pas présente, il est recommandé d'utiliser une autre méthode contraceptive efficace. (voir illustration)

MÉTHODES CONTRACEPTIVES HORMONALES

- CONTRACEPTIFS ORAUX À BASE D'ŒSTROGÈNE ET PROGESTÉRONE**
 - Le taux de succès est de 97%.
 - Ne devraient pas être débutés à moins de 3 semaines post-partum, à cause des risques de thrombo-embolie liés à l'œstrogène.
 - Non recommandés pour les femmes qui allaitent. L'œstrogène peut réduire le volume de lait maternel, ainsi que la quantité de protéines et de lactose dans le lait maternel.
- CONTRACEPTIFS ORAUX À BASE DE PROGESTÉRONE SEULEMENT**
 - Le taux de succès varie de 90% à 99%.

Y a-t-il retour des menstruations?



- Avec une prise régulière quotidienne et à heure fixe, on obtient une efficacité comparable aux contraceptifs à base d'œstrogène.
- L'Organisation mondiale de la Santé rapporte que les contraceptifs oraux à base de progestérone n'ont aucun effet secondaire sur la production de lait lorsqu'ils sont débutés à la 6^e semaine post-partum.
- La quantité d'hormones transférée au bébé allaité est minime et aucun effet n'a été noté sur le bébé.
- CONTRACEPTIF INJECTABLE À BASE DE PROGESTÉRONE (Depo-Provera)**
 - Taux de succès de 99,7%
 - L'injection doit être répétée de 10 à 13 semaines plus tard.
 - La femme qui n'allait pas peut recevoir l'injection tout de suite après l'accouchement.
 - La femme qui allaite doit attendre au moins 3 jours après l'accouchement avant de recevoir l'injection, car la chute du taux de progestérone suite à la naissance est un élément nécessaire à l'initiation de la production de lait.
 - Le progestatif n'a aucun effet sur la qualité et la quantité de lait maternel lorsque débuté 6 semaines après la naissance.

Des rapports cliniques suggèrent que, pour certaines femmes, l'usage de Depo-Provera avant la 6^e semaine peut entraîner une diminution de production de lait.

- « PILULE DU LENDEMAIN » (CONTRACEPTION D'URGENCE)**
 - Taux de succès de 75% à condition de prendre les contraceptifs dans les 72 h suivant le rapport sexuel.
 - Les œstroprogestatifs à haute dose peuvent diminuer la production lactée des mères qui allaitent. ●

Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans, p.126-129.

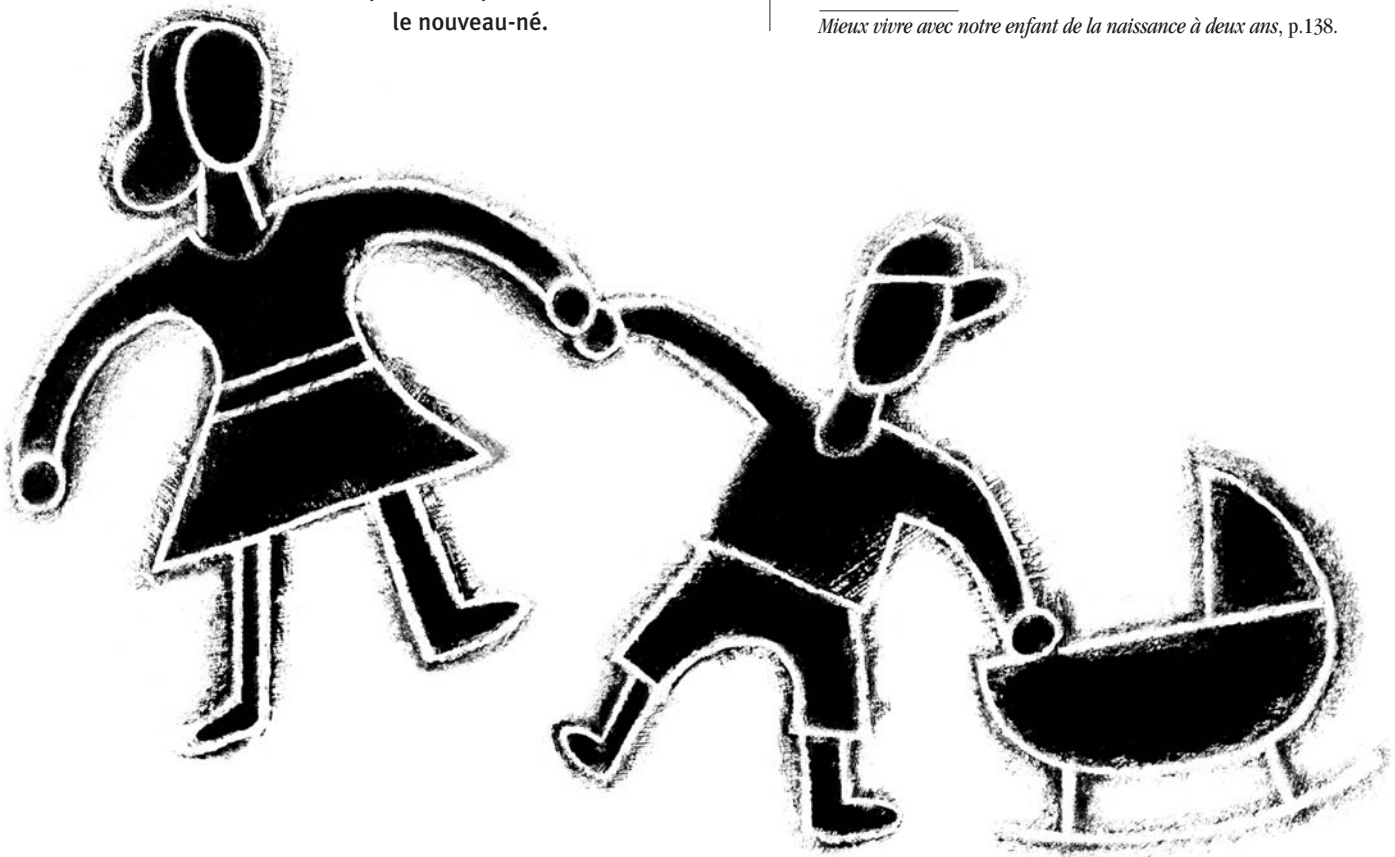


INFORMATION AUX PARENTS

- ☑ Il est normal que le frère ou la sœur démontrent des changements de comportement (positifs et régressifs) après la naissance du nouveau-né.
- ☑ Les enfants plus vieux ont besoin d'être rassurés quant à l'amour inconditionnel des parents.
- ☑ Leur adaptation à l'arrivée du nouveau-né prend du temps.
- ☑ Des contacts directs avec le nouveau-né en santé ne l'exposent pas à des organismes pathogènes, dans la mesure où la fratrie ne couve pas une maladie infectieuse. Le lavage des mains avant le contact avec le bébé demeure toutefois la mesure préventive la plus efficace pour la protection contre les infections.
- ☑ Stratégies pour favoriser l'acceptation du nouveau-né auprès de la fratrie :
 - Tenter de préserver une certaine stabilité dans les habitudes de vie des autres enfants.
 - Voir à ce qu'ils fassent partie des premières personnes à visiter le nouveau-né.

- Faire une tournée de l'unité de maternité ou de la maison de naissance avec le frère ou la sœur, en indiquant les similarités avec leur propre naissance.
- Lors des premiers contacts, ne pas forcer l'interaction entre le nouveau-né et les autres enfants, souvent plus intéressés à voir maman et à être rassurés quant à son amour.
- Avoir un petit cadeau à leur donner.
- Lors du retour à la maison, confier le nouveau-né à quelqu'un d'autre, afin de se garder les mains libres pour les recevoir.
- Les complimenter pour leurs comportements d'aînés, de sorte qu'être plus vieux soit valorisant.
- Pendant qu'un parent donne des soins au nouveau-né, l'autre parent peut leur consacrer du temps. Les enfants aiment avoir de l'attention des deux parents.
- Donner une photo du nouveau-né aux enfants d'âge préscolaire ou scolaire, pour qu'ils puissent la montrer à leurs amis.
- Permettre de participer aux soins du bébé, en fonction des habiletés et du développement. •

Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans, p.138.





INFORMATION AUX PARENTS

STRATÉGIES POUR ATTÉNUER LES SYMPTÔMES RELIÉS AUX *BLUES*

- ☑ Se rappeler que le «baby blues» est normal.
- ☑ Prendre le sommeil quand il passe. Profiter des moments où le bébé dort pour se reposer.
- ☑ Utiliser des techniques de relaxation.
- ☑ Communiquer les sentiments, les attentes, avec le conjoint.
- ☑ Se donner du temps pour découvrir et s'adapter aux soins à prodiguer au bébé.
- ☑ Garder du temps pour soi: prendre un bain, faire une marche pendant que le conjoint ou une personne de confiance prend soin du bébé...
- ☑ Utiliser les ressources communautaires.
- ☑ Ne pas hésiter à partager toute inquiétude ou préoccupation à l'infirmière ou un autre professionnel de la santé en qui vous avez confiance.

SYMPTÔMES QUI PERMETTENT DE DIFFÉRENCIER LE *BLUES* DE LA DÉPRESSION POST-PARTUM

- ☑ Détérioration de l'insomnie et incapacité de s'endormir après que les soins du bébé aient été donnés, en dépit d'une fatigue extrême.
- ☑ Changement de l'appétit, désordres alimentaires.
- ☑ Augmentation de l'intensité et de la durée des symptômes du *blues*.
- ☑ Augmentation de l'inconfort lié au rôle maternel.
- ☑ Peurs constantes pour l'enfant
- ☑ Pensées suicidaires
- ☑ Difficulté à composer avec la fatigue.
- ☑ Retrait et isolement social
- ☑ Perceptions négatives du bébé (bébé exigeant, encombrant). ●





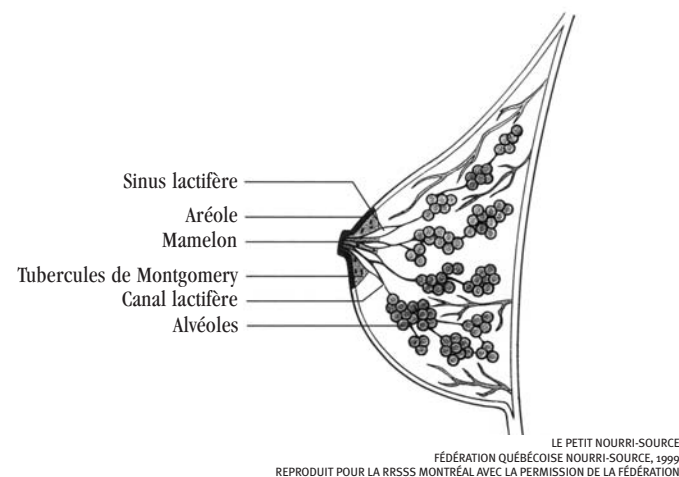
INFORMATION AUX PARENTS

Anatomie du sein

COMPOSANTES DU SEIN	CARACTÉRISTIQUES
TISSU GLANDULAIRE	• Produit et transporte le lait.
TISSU CONJONCTIF	• Soutient le sein.
SANG	<ul style="list-style-type: none"> • Le sein est grandement vascularisé. • Fournit les nutriments au lait maternel. • Nourrit les tissus du sein.
LYMPHE	<ul style="list-style-type: none"> • Agent essentiel à la défense de l'organisme et à la résistance aux maladies. • La majorité des vaisseaux lymphatiques joignent les ganglions axillaires (sous les aisselles).
NERFS	<ul style="list-style-type: none"> • L'innervation du sein débute à partir des 4^e, 5^e et 6^e nerfs intercostaux. • Aréole, partie la plus sensible du sein. • Mamelon, partie la moins sensible du sein.
TISSU ADIPEUX	• Offre une protection contre les blessures.

COMPOSANTES DE LA GLANDE MAMMAIRE

ALVÉOLE	<ul style="list-style-type: none"> • Unité de base de la glande mammaire sous forme de grappes. • Sécrète le lait. • Entourée de cellules myoépithéliales, qui favorisent l'éjection du lait sous l'action de l'ocytocine.
CANALICULE	• Branche ou petit canal qui permet de collecter le lait provenant des alvéoles.
CANAL LACTIFÈRE (galactophore)	• Canal plus grand qui permet la trajectoire du lait vers le sinus lactifère.
SINUS LACTIFÈRE	<ul style="list-style-type: none"> • L'élargissement du canal lactifère (situé sous l'aréole et le mamelon); permet au lait de s'accumuler. • Une prise adéquate de l'aréole permet au bébé de comprimer les sinus lactifères et de recevoir le lait maternel.
LOBE	<ul style="list-style-type: none"> • Correspond à une branche importante d'alvéoles. • 15 à 25 lobes par sein
MAMELON	<ul style="list-style-type: none"> • Le rétrécissement des sinus lactifères forme une ouverture sur le mamelon, c'est le pore du mamelon. • 15 à 20 pores par mamelon



ARÉOLE	<ul style="list-style-type: none"> • Zone la plus foncée du sein; pigmentation et diamètre augmentent durant la grossesse. • Peut servir de cible au bébé pour repérer le centre du sein.
TUBERCULES DE MONTGOMERY	<ul style="list-style-type: none"> • Situés sur l'aréole. • Se gonflent durant la grossesse. • Lubrifient l'aréole. • Modifient le pH de la peau et empêchent la prolifération de bactéries sur le mamelon et l'aréole. • 4 à 28 tubercules de Montgomery par sein

VARIATIONS

ASYMÉTRIE DES SEINS	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquente • Sein gauche souvent plus gros que sein droit
COULEUR DE L'ARÉOLE ET DU MAMELON	<ul style="list-style-type: none"> • Rose chez les femmes blondes • Brune chez les femmes brunes • Noire chez les femmes à la peau foncée
MAMELON SURNUMÉRAIRE	<ul style="list-style-type: none"> • Peut se développer sur la lignée mammaire. • La ligne mammaire va de la région axillaire à la région inguinale. • Se développe le plus souvent à la région axillaire et sur le thorax. • Peut grossir et devenir sensible durant la période de lactogénèse II (montée laiteuse). Se résorbe par la suite.
MAMELONS PLATS ET INVAGINÉS	<ul style="list-style-type: none"> • La saillie des mamelons s'améliore durant la grossesse, et continue de s'améliorer à chaque grossesse et période d'allaitement. • Comme le bébé apprend à téter sur l'aréole, la forme du mamelon est secondaire. Par ailleurs, dans certaines circonstances, la mère ayant des mamelons invaginés peut avoir besoin d'un soutien particulier.



Physiologie du sein

HORMONES	CARACTÉRISTIQUES
ŒSTROGÈNE	<ul style="list-style-type: none"> • Augmente au cours de la grossesse. • Favorise la croissance des canalicules.
PROGESTÉRONE	<ul style="list-style-type: none"> • Favorise le développement des alvéoles et des lobes.
PROLACTINE	<ul style="list-style-type: none"> • Présente en faible quantité durant la grossesse, elle fait augmenter le volume de la glande mammaire.
Rôle de la prolactine	<ul style="list-style-type: none"> • Essentielle à la production du lait maternel. • Amène une sensation de bien-être et de calme durant l'allaitement. • Retarde le retour à l'ovulation.
Physiologie	<ul style="list-style-type: none"> • Un taux élevé de progestérone et d'œstrogène durant la grossesse inhibe la libération de prolactine en grande quantité. • À la séparation du placenta, il y a chute abrupte de progestérone et d'œstrogène, ce qui favorise une libération importante de la prolactine. • La succion du bébé stimule les nerfs sous l'aréole; un signal est envoyé à l'hypothalamus. • L'hypothalamus stimule la libération de la prolactine qui est produite par l'hypophyse antérieure.
Mère qui n'allait pas et prolactine	<ul style="list-style-type: none"> • Le niveau de prolactine diminue au même niveau qu'avant la grossesse.
OCYTOCINE	<ul style="list-style-type: none"> • Est libérée par l'hypophyse postérieure en réponse à la succion du bébé.
Rôle de l'ocytocine	<ul style="list-style-type: none"> • Essentielle à l'éjection du lait maternel. • Augmente dans le sang après une stimulation de 1 min, demeure élevée tout au long de la stimulation, et retourne au niveau de base environ 6 min après que la stimulation ait cessé. • L'augmentation du niveau d'ocytocine provoque le réflexe d'éjection. Le réflexe d'éjection est une contraction des cellules musculaires qui entourent les alvéoles (petits sacs de la glande mammaire qui collectent et sécrètent le lait). Cette contraction musculaire éjecte le lait vers les ouvertures du mamelon.



L'ALLAITEMENT MATERNEL. COMITÉ DE PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL DE L'HÔPITAL SAINTE-JUSTINE, 1999. REPRODUIT POUR LA RRSSS MONTRÉAL AVEC LA PERMISSION DE L'HÔPITAL.

RÉFLEXE D'ÉJECTION	<ul style="list-style-type: none"> • Fait contracter l'utérus ce qui, en retour, aide à contrôler les hémorragies et favorise l'involution utérine. Ces contractions peuvent persister jusqu'à 20 min après la tétée.
Signes perçus chez la mère	<ul style="list-style-type: none"> • Au niveau des seins: picotements, chaleur, écoulement du lait avec ou sans jet, gonflement des alvéoles (petites bosses qui apparaissent soudainement autour du sein). Tranchées utérines, sensation intense de soif, sensation de détente.
Signes observés chez le bébé	<ul style="list-style-type: none"> • Changement dans le rythme de succion et de déglutition. • Les mouvements de succion deviennent plus lents, le bébé avale régulièrement et respire après un ou deux mouvements de succion. • Du lait apparaît au coin de la bouche de bébé.
CARACTÉRISTIQUES DU RÉFLEXE D'ÉJECTION	<ul style="list-style-type: none"> • Durant une même tétée, il est possible d'avoir plus d'un réflexe d'éjection. • Certaines femmes ressentent le réflexe d'éjection, tandis que d'autres ne le ressentent pas, même s'il est présent. • Le réflexe d'éjection est indépendant de la volonté et de la conscience. Il peut être lié à l'état émotionnel de la mère. Ainsi la détente et le repos favorisent le réflexe d'éjection. • Il peut survenir dès que la mère met le bébé au sein, ou après une ou quelques minutes de tétées. Il peut même aussi survenir lorsque la mère pense au bébé.
FACTEURS QUI INHIBENT LE RÉFLEXE D'ÉJECTION	<ul style="list-style-type: none"> • Fatigue, stress, douleur, manque de confiance en ses capacités d'allaiter, certains médicaments (ex.: contraceptifs oraux à base d'œstrogène), usage de nicotine et d'alcool. ●

Protocole de dépistage de la violence conjugale

Q U E S T I O N N A I R E

Nom _____

Prénom _____

N° de dossier _____

A - COMPORTEMENTS NON PHYSIQUES

Après 3 réponses positives, vous pouvez poursuivre à la question 14.

1. Est-ce que votre partenaire a déjà dit ou fait des choses pour vous faire de la peine ou vous humilier? **Oui** **Non**
2. A-t-il déjà menacé de vous frapper ou de vous lancer un objet? **Oui** **Non**
3. A-t-il déjà quitté la pièce ou la maison en claquant la porte? **Oui** **Non**
4. Vous a-t-il déjà interdit de quitter la pièce ou la maison? **Oui** **Non**
5. A-t-il déjà crié après vous ou vous a-t-il engueulée? **Oui** **Non**
6. A-t-il déjà frappé, cassé ou donné un coup de pied à un objet? **Oui** **Non**
7. A-t-il déjà bousculé ou frappé le chien, le chat ou un autre animal de la maison? **Oui** **Non**
8. Vous a-t-il déjà empêchée de prendre un travail à l'extérieur de la maison? **Oui** **Non**
9. Vous a-t-il déjà interdit de rencontrer certaines personnes? **Oui** **Non**
10. A-t-il déjà conduit la voiture de façon dangereuse afin de vous effrayer? **Oui** **Non**
11. A-t-il déjà menacé de vous quitter ou d'avoir une aventure? **Oui** **Non**
12. A-t-il déjà menacé de vous enlever les enfants? **Oui** **Non**
13. A-t-il déjà menacé de se suicider? **Oui** **Non**

AUTRE comportement physique _____

B - COMPORTEMENTS PHYSIQUES

Après une réponse positive, vous pouvez poursuivre à la question 24.

14. Est-ce que votre partenaire vous a déjà giflée? **Oui** **Non**
15. Vous a-t-il déjà poussée, agrippée, soulevée, bousculée ou immobilisée? **Oui** **Non**
16. Vous a-t-il déjà lancé un objet? **Oui** **Non**
17. Vous a-t-il déjà donné un coup de pied, mordu ou frappée avec son poing? **Oui** **Non**
18. Vous a-t-il déjà projetée par terre, sur un mur ou sur un meuble? **Oui** **Non**
19. Vous a-t-il déjà infligé une brûlure? **Oui** **Non**
20. Vous a-t-il déjà frappée ou a-t-il déjà essayé de vous frapper avec un objet? **Oui** **Non**
21. Vous a-t-il déjà battue (frappée de plusieurs coups)? **Oui** **Non**
22. A-t-il déjà tenté de vous étrangler? **Oui** **Non**
23. A-t-il utilisé contre vous un couteau, une arme à feu ou une arme quelconque ou vous a-t-il déjà menacée avec un couteau ou une arme à feu? **Oui** **Non**

AUTRE comportement physique _____

C - COMPORTEMENTS SEXUELS

Une réponse positive suffit.

24. Est-ce que votre partenaire a déjà exercé des pressions pour avoir une relation sexuelle avec vous? **Oui** **Non**
25. Vous a-t-il déjà obligée à subir un geste sexuel ou à poser un geste que vous ne vouliez pas? **Oui** **Non**
26. A-t-il déjà utilisé la force pour vous obliger à avoir un rapport sexuel avec lui? **Oui** **Non**

AUTRE comportement sexuel _____

Rempli par _____

Date _____

Signature de l'intervenant _____

jour mois année



INFORMATION AUX PARENTS

ÉVOLUTION DU
LAIT MATERNEL

CARACTÉRISTIQUES

COLOSTRUM

- Premier lait
- Présent les 3 premiers jours, il diminue graduellement par la suite pour être remplacé par le lait de transition et le lait mature.
- Épais
- Coloration jaunâtre due à la présence de la bêta-carotène.
- Riche en minéraux, et protéines telles les immunoglobulines.
- Teneur en gras et glucides plus faible que le lait mature.
- Le volume moyen par 24 h dépend du nombre de boires : environ 30 ml et peut varier de 7 ml à 123 ml.
- Volume par boire varie de 7 ml à 14 ml.
- Les mères qui ont eu d'autres grossesses et ont allaité auraient au départ un volume de colostrum plus grand, qui augmente aussi plus rapidement.

Propriétés

- Facile à digérer.
- Facilite le transit intestinal et l'évacuation du méconium, ce qui diminue les risques d'ictère.
- Favorise la croissance de la flore intestinale.
- Protège le bébé contre les infections (concentration d'immunoglobulines élevée).

LAIT DE
TRANSITION

- Lait produit entre le colostrum et le lait mature.
- Ses composantes changent graduellement.
- Apparaît vers la 3^e, 4^e journée.
- Le volume de lait produit vers la 5^e journée est d'environ 500 ml par 24 h.

LAIT MATURE

- Apparaît de façon plus importante entre la 8^e et la 15^e journée.
- Coloration bleutée, blanchâtre
- Augmentation de la concentration de lactose et de lipides
- Diminution de la concentration en protéines
- Diminution de la concentration en immunoglobulines. Noter cependant que la quantité totale d'immunoglobulines demeure relativement constante au cours de la lactation, compte tenu que le volume de lait maternel augmente avec la croissance du bébé.

Propriétés

- Contient environ 10 % de matières solides pour fournir de l'énergie et maintenir la croissance. Le reste est composé d'eau. Cette forte proportion d'eau répond au grand besoin d'hydratation du bébé. Des concentrations similaires se retrouvent chez presque tous les mammifères, à l'exception de certaines espèces arctiques (phoque, baleine).
- Change de composition durant la tétée : plus aqueux en début de tétée pour étancher la soif du bébé, et plus riche en gras et en calories en fin de tétée pour satisfaire la faim de l'enfant.
- Complètement adapté pour la croissance et le développement du cerveau du bébé.
- Facile à digérer.
- Absorption optimale
- Qualités immunitaires uniques (diminue les risques de gastro-entérite, entérocolite nécrosante, infection des voies respiratoires et otite). ●



INFORMATION AUX PARENTS

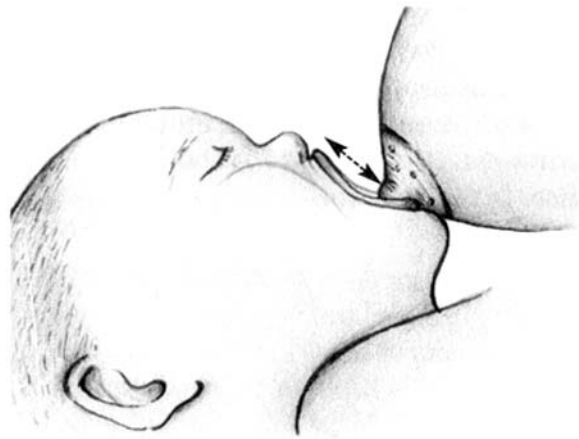
Première mise au sein

Dans la première heure suivant la naissance, le bébé est souvent alerte et démontre une succion vigoureuse.

QUE FAIRE POUR FAVORISER LA TÉTÉE DU BÉBÉ ?

Après la naissance, mettre le bébé en contact peau à peau avec sa mère lui permet d'explorer et de lécher le sein. Stimuler le réflexe de fouissement (réflexe de la recherche du sein), en chatouillant la bouche du bébé avec le mamelon. Exprimer quelques gouttes de colostrum pour encourager le bébé à lécher et à téter. (voir expression manuelle du lait maternel)

COMMENT RECONNAÎTRE QUE LA MISE AU SEIN EST ADÉQUATE ?



L'ALLAITEMENT MATERNEL,
COMITÉ DE PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL
DE L'HÔPITAL SAINT-JUSTINE, 1999. REPRODUIT POUR
LA RRSSS MONTRÉAL AVEC LA PERMISSION DE L'HÔPITAL.

Amener le bébé vers le ventre de la mère de façon à ce que l'oreille, l'épaule et la hanche soient sur une même ligne droite.

Attendre que le bébé ouvre grand la bouche.

Approcher le bébé du sein, de façon à ce que son menton touche le sein en premier.

S'assurer que le bébé prenne une plus grande partie du bas de l'aréole.

Vérifier si les lèvres du bébé sont retroussées et si le menton touche le sein.

Une succion adéquate est forte et non douloureuse. Le bébé tête, prend une courte pause et recommence; il avale.

Recommencer si le bébé fait des pauses trop longues (plus que quelques secondes), s'il ne tête pas, si la mère ressent de la douleur, ou si le bébé pleure ou lâche le sein.

Il arrive que le bébé n'accepte pas tout de suite de boire après la naissance. Le contact peau à peau avec sa mère favorise l'accoutance.

Il y a peu de chance de réussir à mettre le bébé au sein si ce dernier pleure ou baille. Il a la bouche grande ouverte, mais son réflexe de succion est absent.

Des résultats d'études ont démontré que les nouveau-nés qui bénéficient du contact peau à peau dans les 90 min suivant la naissance pleurent beaucoup moins.

Suite à la naissance

COHABITATION

Elle est encouragée de façon continue car elle permet:

- aux parents de répondre rapidement aux signaux de l'enfant, entre autres les signes de faim, et de répondre à ses besoins dans les plus brefs délais. (voir signes de faim ci-dessous)
- de découvrir les comportements du nouveau-né, de se familiariser avec les soins à lui donner, de façon à être en confiance lors du retour à la maison.

COMPORTEMENTS DU BÉBÉ AVANT LA TÉTÉE

- Après la période d'éveil suivant la naissance, la plupart des bébés s'endorment et semblent récupérer. Certains se montrent peu intéressés à l'allaitement maternel, tandis que d'autres démontrent des signes de faim après quelques heures de récupération.
- Observer le bébé et lui offrir le sein lorsqu'il démontre des signes de faim.
- Ces signes peuvent apparaître dans la période de sommeil léger, de somnolence, et lorsqu'il est éveillé.

SIGNES DE FAIM

- Mouvements rapides des globes oculaires sous les paupières
- Mouvements de la bouche
- Mouvements de succion
- Mimiques faciales
- Déplacement de la main vers la bouche ou le visage
- Mouvement des bras et des jambes
- Réflexe de fouissement (recherche du sein)
- Pleur

Le pleur est un signe de faim tardif. L'irritabilité ou l'impatience du bébé peut rendre la mise au sein difficile.

REPÈRE ANATOMIQUE

- L'estomac du bébé naissant a la grandeur d'un pois chiche. Il a besoin de 10 ml à 100 ml de lait par 24 h les



deux premiers jours. Le colostrum répond donc entièrement aux besoins du nouveau-né, tant dans sa composition que dans sa qualité.

FRÉQUENCE DES TÉTÉES

Il est attendu que le bébé tête 8 à 12 fois par 24 h, à la demande.

Ces périodes d'allaitement sont entrecoupées de périodes de sommeil et d'éveil.

Certains bébés font des tétées regroupées à certaines périodes de la journée, et plus espacées à d'autres périodes. Tout cela est normal. L'important c'est qu'il tête régulièrement pour ingérer une quantité suffisante de lait et pour en stimuler la production.

DURÉE DES TÉTÉES

Il n'y a pas de durée idéale pour téter. À titre indicatif, les tétées peuvent durer de 5 min à 30 min par sein. Chaque bébé a son propre rythme, sa propre personnalité. Laisser le bébé téter jusqu'à ce qu'il arrête de lui-même.

Au fur et à mesure que le bébé vieillit, les tétées tendent à durer moins longtemps.

Une tétée ne devrait pas durer plus d'une heure. Au besoin, faire évaluer la prise du sein et la qualité de la succion du bébé, par une infirmière ou un personne compétente en allaitement maternel.

COMPORTEMENT DU BÉBÉ DURANT LA TÉTÉE

Au début de la tétée, le bébé tête rapidement pour activer le réflexe d'éjection.

Lorsque le réflexe de succion est présent, la succion devient plus lente et profonde.

Le bébé peut faire des pauses durant la tétée. Elles deviennent de plus en plus longues au fur et à mesure qu'il se satisfait.

Stimuler le bébé qui n'a pas tendance à reprendre la succion de façon spontanée (frotter la plante du pied, caresser la joue, masser le dos).

INTERRUPTION DE LA SUCCION

Si la succion demeure faible et courte,



L'ALLAITEMENT MATERNEL,
COMITÉ DE PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL DE L'HÔPITAL SAINT-JUSTINE, 1999.
REPRODUIT POUR LA RRSSS MONTRÉAL AVEC LA PERMISSION DE L'HÔPITAL.



l'interrompre en introduisant l'index au coin de la bouche, et la briser en plaçant le doigt entre les gencives.

Faire faire un rot, changer la couche et offrir le deuxième sein. Si bébé refuse, il est satisfait.

ROT Frotter doucement le dos du bébé durant 1 min à 3 min et vérifier s'il a encore faim, car l'air avalé peut avoir comblé un espace dans l'estomac. Ne pas insister si le rot ne vient pas.

Au prochain boire, offrir d'abord le sein auquel le bébé a peu bu ou pas du tout.

COMPORTEMENT DU BÉBÉ SATISFAIT APRÈS LA TÉTÉE

Il se détache de lui-même.

Il est détendu (ses membres sont complètement détendus et en extension).

Il dort paisiblement.

AUTRES SIGNES POUR SAVOIR SI LE BÉBÉ BOIT SUFFISAMMENT

Durant les 5 premiers jours, le bébé mouille un nombre de couches qui correspond au nombre de jours de vie: jour 1, 1 couche; jour 2, 2 couches; jour 4, 4 couches...

À partir de la 6^e journée, le bébé mouille au moins 6 couches par jour.

À partir de la 3^e journée, le bébé fait au moins 3 selles par jour, brunâtres ou jaunâtres et souvent liquides.

Le bébé est vigoureux (ses pleurs sont puissants, il bouge beaucoup). Le regard est brillant et alerte.

Un allègement est ressenti au niveau des seins.

Après la perte de poids initiale des 3 à 4 premiers jours, le bébé grandit et reprend son poids de naissance entre le 10^e et 14^e jour.

DIFFÉRENCE ENTRE RÉGURGITATION ET VOMISSEMENT

RÉGURGITATION

- Rejet d'une petite quantité de lait (5 ml à 15 ml); c'est normal au moment du rot ou après le boire.
- Elle disparaît vers l'âge de 1 an.
- Non inquiétante chez l'enfant qui prend du poids, qui ne tousse pas et qui est de belle humeur.

VOMISSEMENT

- Éjection du contenu de l'estomac.
- Le vomissement occasionnel de l'enfant qui a trop mangé n'est pas inquiétant.

M Position de la mère

Il existe plusieurs positions pour allaiter le bébé. La mère devrait choisir une position avec laquelle elle est confortable. Souvent les mères adoptent spontanément la «madone». Si la mère est confortable avec cette position, elle peut la maintenir. Les positions de base suggérées dans ce document permettent de guider la tête du bébé lors de la mise au sein, ou favoriser le repos et le confort dans des situations particulières. Pour le bébé qui apprend à téter, le contrôle de la tête permet à la mère de rapprocher rapidement la tête en fonction du moment où l'enfant ouvre grand la bouche.

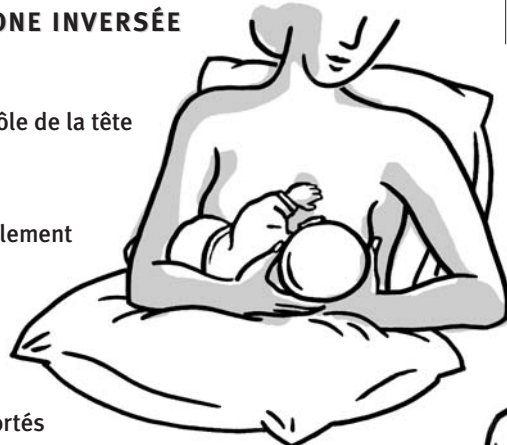
POSITION MADONE INVERSÉE

QUAND

- ❑ Besoin d'un contrôle de la tête
- ❑ Seins volumineux
- ❑ Bébé prend difficilement le sein.

COMMENT

- ❑ Position assise
- ❑ Dos et bras supportés par des oreillers.
- ❑ Pieds bien à plat supportés par un tabouret, afin que les genoux soient à même hauteur que les hanches.
- ❑ Bébé est placé au même niveau que les seins.
- ❑ Le bras opposé au sein auquel le bébé tète, longe le corps pour soutenir le dos et la nuque du bébé.
- ❑ Bébé est placé sur le côté, ventre à ventre avec la mère, et la bouche fait face au mamelon.
- ❑ Oreille, épaule et hanche du bébé sont alignées.
- ❑ La main du côté du sein auquel le bébé boit, le soutient en formant un prise en u, qui l'aide à prendre l'aréole.



POSITION COUCHÉE



QUAND

- ❑ Besoin de repos tout en allaitant.
- ❑ Douleur au niveau du périnée
- ❑ Césarienne (si la mère tolère la position couchée)

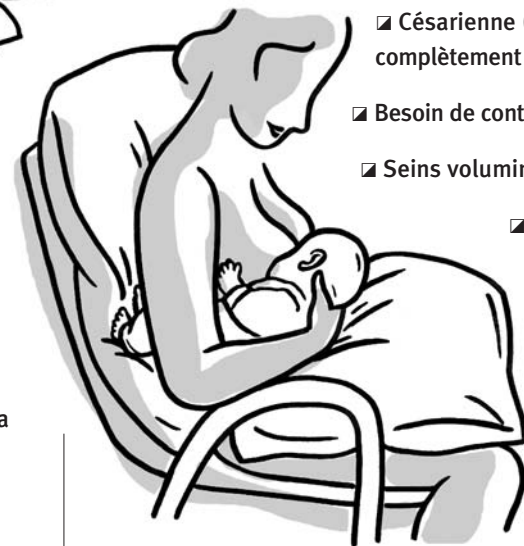
COMMENT

- ❑ S'étendre sur le côté, les jambes légèrement fléchies.
- ❑ La mère et le bébé sont couchés sur le côté et se font face.
- ❑ La bouche du bébé est à la hauteur du sein.
- ❑ Des oreillers sont placés sous la tête, le dos et entre les jambes de la mère pour offrir confort et soutien.
- ❑ Une couverture roulée soutient le dos du bébé.
- ❑ Les fesses du bébé sont rapprochées du ventre de la mère, pour aider à dégager son nez.

POSITION FOOTBALL

QUAND

- ❑ Césarienne (la plaie se trouve ainsi complètement dégagée).
- ❑ Besoin de contrôle sur la tête du bébé.
- ❑ Seins volumineux



- ❑ Mamelons plats
- ❑ Jumeaux
- ❑ Bébé prématuré

COMMENT

- ❑ Le corps du bébé repose sur le côté du sein offert.
- ❑ Un ou deux oreillers sont placés sous le bébé afin que sa bouche soit à la même hauteur que le sein.
- ❑ Un oreiller est placé dans le dos de la mère pour son confort, et pour procurer un espace supplémentaire pour les pieds du bébé.
- ❑ La main du côté du sein supporte le dos et la nuque du bébé.
- ❑ La main opposée au sein fait une prise en c pour aider le bébé à prendre l'aréole.

Soins des seins

- ❑ Inutile de laver les seins avant chaque tétée.
- ❑ Laver les seins à l'eau claire une fois par jour lors de la douche ou du bain.
- ❑ Éviter l'usage de savon crème ou onguent, qui risquent d'assécher et irriter la peau.
- ❑ Se laver les mains avant de prendre le bébé est la meilleure protection contre les infections.
- ❑ La mère est libre de porter ou non un soutien-gorge pour son confort.
- ❑ Éviter les soutiens-gorge à cerceaux car ils augmentent les risques de compression du sein, de blocage de canaux et de mastite.
- ❑ Laisser les seins à l'air libre le plus souvent, en abaissant les rabats du soutien-gorge.
- ❑ Éviter l'humidité. Choisir des compresses d'allaitement de coton ou de papier sans doublure de plastique. Les changer régulièrement.

Expression manuelle du lait maternel

Disponible en tout temps, en tout lieu, n'exigeant aucune pile ou électricité, cette méthode peut être utile dans plusieurs circonstances pour :

- ❑ exprimer du colostrum en début de tétée, pour encourager bébé à téter.
- ❑ soulager des seins engorgés.
- ❑ étendre du colostrum sur le mamelon suite à une tétée pour favoriser la guérison.
- ❑ exprimer du lait pour un boire.
- ❑ ajouter aux céréales du bébé en temps opportun (autour de 6 mois).

Avec de la pratique, la technique de l'expression manuelle du lait maternel s'acquiert vite et elle permet de collecter plusieurs millilitres rapidement (environ 20 min).

ÉTAPE 1 : PRÉPARATION

- ❑ Trouver un endroit confortable où se sentir à l'aise pour exprimer le lait.
- ❑ Bien se laver les mains.
- ❑ Prendre un contenant propre pour recueillir le lait.

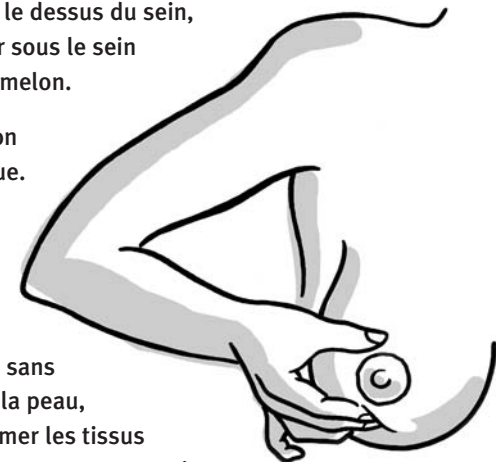
ÉTAPE 2 : STIMULATION DU RÉFLEXE D'ÉJECTION

Pour que le lait gicle, le réflexe d'éjection doit être stimulé. Que faire pour le stimuler?

- ❑ L'application de chaleur (douche, compresses) peut favoriser l'écoulement du lait.
- ❑ Stimuler les mamelons en les roulant entre le pouce et l'index.
- ❑ Masser les seins en partant du haut vers l'aréole et en traçant des cercles du bout des doigts.
- ❑ Caresser les seins du haut du sein vers l'aréole en parcourant tous les quadrants (comme un chatouillement).
- ❑ Secouer les seins en se penchant vers l'avant, de manière à ce que la gravité aide à l'éjection du lait.

ÉTAPE 3 : EXPRESSION DU LAIT

- ❑ Placer le pouce sur le dessus du sein, et l'index et le majeur sous le sein à environ 3 cm du mamelon.
- ❑ Exercer une pression vers la cage thoracique.
- ❑ Rouler le pouce et les doigts vers le mamelon en faisant un mouvement de pince, sans glisser les doigts sur la peau, de façon à ne pas abîmer les tissus délicats du sein. Ce mouvement comprime et draine les réservoirs de lait.
- ❑ Répéter en cadence ces trois mouvements: placer, presser, rouler; placer, presser, rouler...
- ❑ Continuer en déplaçant les doigts pour faire le tour du sein, afin de vider tous les quadrants. Au besoin, utiliser l'autre main pour être plus confortable.
- ❑ Pour exprimer le plus de lait possible, alterner l'expression d'un sein à l'autre. Refaire un court massage au changement de sein.
- ❑ Au début de l'expression, le lait coule goutte à goutte.
- ❑ Au fur et à mesure que la cadence de l'expression augmente, le réflexe d'éjection est stimulé et plusieurs jets apparaissent. Pendant le réflexe d'éjection, il est facile de collecter plusieurs millilitres en quelques minutes.
- ❑ Continuer à exprimer jusqu'à ce que le lait ne coule plus ou peu. ●





INFORMATION À LA MÈRE

Les mamelons douloureux, l'engorgement et la perception d'une insuffisance de lait sont les raisons principales d'un arrêt précoce de l'allaitement maternel.

Douleur aux seins

CARACTÉRISTIQUES

- ❑ Allaiter devrait être agréable et non douloureux.
- ❑ La sensibilité des mamelons, particulièrement en début de tétée, est considérée comme normale au cours de la première semaine.
- ❑ Une douleur non résolue peut s'aggraver et entraîner des gerçures et crevasses.
- ❑ Les gerçures et les crevasses se présentent sous forme de rougeurs et de fissures dans la peau. Elles constituent une porte d'entrée idéale pour les bactéries (mastite) et les champignons (muguet).

CAUSES

La principale cause de la douleur au sein est un mauvais positionnement du bébé lors de la mise au sein.

STRATÉGIES

- Faire vérifier la position du bébé lors de la mise au sein. S'assurer que le bébé ouvre grand la bouche pour prendre le sein. (voir mise au sein)
- Débuter l'allaitement maternel par le sein le moins douloureux.
- Varier les positions d'allaitement. (voir mise au sein)
- Éviter que le nez du bébé pointe vers le site de la douleur, car c'est l'endroit où la succion est à son plus fort.
- S'assurer de rompre la succion avant de retirer le sein de la bouche du bébé.
- Mettre quelques gouttes de colostrum ou lait maternel sur le mamelon à la fin de la tétée, pour favoriser la guérison des tissus.
- Garder les seins au sec. Changer régulièrement les compresses d'allaitement maternel. Exposer les seins à l'air.
- Appliquer une mince couche de lanoline deux fois par jour après la tétée. On peut la laisser en place lors de la tétée suivante.

- Éviter de laver les seins avec du savon, qui risque de rendre le mamelon plus vulnérable aux irritations.
- Prendre des analgésiques si nécessaire (ex.: acétaminophène).
- Au besoin, consulter une infirmière, un groupe d'entraide ou une consultante en allaitement maternel.

Engorgement mammaire

CARACTÉRISTIQUES

- ❑ Engorgement mammaire physiologique:
 - Se présente souvent entre le 3^e et le 6^e jour après la naissance.
 - Les seins deviennent chauds, fermes et peuvent être douloureux suite à la montée laiteuse.
 - Bébé réussit à avoir une prise sur l'aréole et le lait s'écoule aisément.
 - Se résout rapidement avec des tétées fréquentes et efficaces.
- ❑ Engorgement mammaire pathologique:
 - Stase des capillaires et des canaux lymphatiques, et enflure des tissus du sein.
 - Écoulement plus difficile du lait maternel.
 - Le sein devient dur, engorgé de lait, douloureux.
 - Évolution vers une mastite si des mesures ne sont pas prises.
 - Peu ou pas de fièvre
 - L'engorgement pathologique peut diminuer la production lactée de façon significative.

CAUSES

- ❑ Premier allaitement retardé
- ❑ Restriction du nombre de tétées
- ❑ Peu de tétées
- ❑ Durée des tétées limitée
- ❑ Utilisation de compléments

PRÉVENTION

- ❑ Contact peau à peau précoce et fréquent dans le but de favoriser la tétée.
- ❑ Cohabitation continue pour être à l'écoute des signes de faim du bébé.
- ❑ Allaitement exclusif
- ❑ Usage de la tétine d'amusement à éviter les 4 à 6 premières semaines, afin de favoriser des tétées fréquentes.



STRATÉGIES

- ❑ Pour faciliter l'écoulement, appliquer de la chaleur sur les deux seins 1 min ou 2 min avant la tétée, ou bien prendre une douche ou s'étendre sur le côté dans le bain, tout en massant légèrement.
- ❑ Au besoin exprimer un peu de lait pour faciliter la prise de l'aréole.
- ❑ Masser le sein durant la tétée pour favoriser l'écoulement.
- ❑ Orienter le nez du bébé vers la partie la plus engorgée.
- ❑ Offrir les deux seins dans la mesure du possible.
- ❑ Si les seins sont encore douloureux après l'allaitement, exprimer un peu de lait peut soulager.
- ❑ Pour diminuer l'enflure et soulager la douleur, appliquer du froid entre les tétées pendant environ 20 min (glace concassée enveloppée dans une serviette, sac de légumes congelés, feuilles de chou réfrigérées).
- ❑ Varier les positions d'allaitement pour favoriser le drainage de tous les canaux.
- ❑ S'il y a engorgement sévère (bébé ne réussit pas à téter, le lait sort très difficilement), éviter l'application de chaleur. Préférer plutôt de la glace pour diminuer l'enflure.
- ❑ Prendre un analgésique au besoin pour se soulager de la douleur.
- ❑ Restreindre la quantité de liquide consommée. Le bandage, des seins et un soutien-gorge serré ne sont pas efficaces et augmentent l'inconfort de la mère.

Insuffisance de lait ?

CARACTÉRISTIQUES

Le fréquent besoin de téter, des attentes quant au sommeil du bébé la nuit, son agitation, le manque de confiance dans la capacité d'allaiter et les commentaires de l'entourage sont souvent des sources d'angoisse pour les parents, qui en viennent à craindre une insuffisance de lait.

- ❑ L'insuffisance de lait physiologique est très rare. Elle peut être notée lorsque:
 - les seins n'ont pas augmenté de volume durant la grossesse ou la montée laiteuse.
 - il n'y a pas de montée laiteuse.
 - une chirurgie mammaire a été effectuée.
 - il existe un problème hormonal (ex.: hypothyroïdie).
- ❑ Il s'agit plus souvent d'une impression d'insuffisance de lait:
 - Il est possible d'avoir l'impression de manquer de lait

- durant les périodes de fringales (poussées de croissance) du bébé, alors qu'il demande plus fréquemment à boire.
- Les fringales ne durent que quelques jours. Après, le bébé reprend son rythme habituel.

STRATÉGIES

- ❑ Allaiter le bébé plus souvent, s'il le faut chaque 1 h ou 2 h pour une période de 24 h à 48 h. Ainsi, il recevra un lait plus riche en gras (lait de la fin de la tétée).
- ❑ La production de lait s'ajuste rapidement à la demande du bébé.
- ❑ Se reposer, bien s'alimenter et faire confiance en sa capacité de nourrir le bébé.
- ❑ Si le bébé urine (6 à 8 fois par 24 h) et fait des selles (4 à 6 selles par 24 h, les 4 premières semaines), normalement il est bien nourri.
- ❑ La tentation d'introduire des aliments solides peut se présenter quand le bébé a des fringales. L'introduction d'aliments solides avant l'âge de 4 à 6 mois n'est pas recommandée, parce que ce type d'aliment ne correspond pas aux besoins d'un bébé de cet âge, en plus de provoquer souvent des réactions d'intolérance et des malaises digestifs.
- ❑ Si des inquiétudes persistent, consulter une personne compétente en allaitement maternel (infirmière du CLSC, groupe d'entraide ou consultante en allaitement maternel).

Réflexe d'éjection puissant

CARACTÉRISTIQUES

- ❑ Éjection du lait avec force qui entraîne une difficulté à avaler chez le bébé.
- ❑ Bébé reçoit «trop de lait, trop rapidement».
- ❑ Se présente souvent durant les premières semaines d'allaitement.
- ❑ Conséquent au comportement irritable du bébé, la mère peut avoir l'impression qu'elle n'a pas assez de lait, que son bébé ne tolère pas son lait ou qu'il a des coliques.

SIGNES CHEZ LE BÉBÉ

- Gain de poids normal et même rapide.
- Plusieurs mictions par jour
- Selles avec fréquence normale qui peuvent être verdâtres à l'occasion.
- Développement normal de l'enfant
- Succion forte lors de la tétée
- Difficulté à avaler une grande quantité de lait assez rapidement: toux, étouffement.



- Retrait du sein, dos arqué, pleur durant la tétée.
- La mère peut entendre le lait heurter le fond de l'estomac ainsi que des contractions de l'estomac.
- Présence de coliques, gaz nombreux.
- Bébé se réveille rapidement après le boire et démontre des signes d'une faim intense (réflexe de foussement prononcé, succion vigoureuse de son poing, ouverture de la bouche).

SIGNES CHEZ LA MÈRE

- Plus d'un réflexe d'éjection durant la même session d'allaitement.
- Premier réflexe lors de la mise au sein souvent le plus puissant.
- Réflexe d'éjection possiblement douloureux.
- Forte éjection du lait dans le sein opposé pendant la tétée.

STRATÉGIES

- ▣ Allaiter le bébé fréquemment : plus le délai entre les boires est grand, plus le réflexe d'éjection est fort.
- ▣ Stimuler le réflexe d'éjection manuellement ou avec tire-lait avant de mettre le bébé au sein : ainsi le bébé ne subit pas le premier réflexe d'éjection qui est souvent le plus puissant.
- ▣ Mettre le bébé au sein lorsqu'il est dans un état de sommeil léger : étant plus détendu, sa succion est moins vigoureuse, et le réflexe d'éjection, plus faible. Le bébé avale moins d'air et se montre moins irritable.
- ▣ N'offrir qu'un sein durant le boire, et offrir le deuxième sein lors du prochain boire. Le lait de début de tétée est plus riche en lactose. L'excès de lactose augmente les mouvements de l'intestin et provoque des selles liquides, verdâtres et de la douleur. Le lait de la fin de la tétée, riche en gras, favorise un équilibre entre le lactose et le gras.
- ▣ Faire faire des rots fréquemment, par exemple dès que le bébé démontre des signes de difficulté à composer avec le débit de lait.
- ▣ Retirer le bébé du sein au moment du réflexe d'éjection et le remettre au sein par la suite.
- ▣ Adopter une position où la tête du bébé est plus haute que le sein; le jet de lait perd ainsi de sa force en raison de la gravité (position australienne : la mère est couchée sur le dos, et le bébé, sur le ventre de la mère).

Bébé somnolent

CARACTÉRISTIQUES AU COURS DES PREMIÈRES SEMAINES

- ▣ Dort entre les tétées.
- ▣ Manifeste peu d'intérêt lors de la mise au sein.
- ▣ Boit moins de 8 fois par 24 h.
- ▣ Ne prend pas assez de poids.
- ▣ Ne se réveille pas la nuit.

CAUSES POSSIBLES

- ▣ Médication reçue pendant le travail et l'accouchement
- ▣ Travail et accouchement difficile
- ▣ Jaunisse
- ▣ Infection chez le bébé
- ▣ Environnement trop stimulant pour le bébé

STRATÉGIES

- ▣ Contact peau à peau entre la mère et son bébé lors de la tétée.
- ▣ Stimuler le bébé à téter lorsqu'il se trouve en phase de somnolence, période de transition entre le sommeil et l'éveil.
- ▣ Diminuer les stimuli pour encourager le bébé à ouvrir les yeux : fermer les lumières, diminuer le bruit.
- ▣ Faire des massages dans le dos.
- ▣ Stimuler la succion du bébé en :
 - passant le doigt autour de la bouche pour stimuler le bébé à téter.
 - exprimant du lait maternel afin que le bébé puisse le lécher.
- ▣ Durant la séance d'allaitement, faire une compression du sein, ce qui augmente le débit de lait et encourage le bébé à continuer à téter.
 - Durant la tétée, comprimer le sein avec la main utilisée pour faire une prise lors de la mise au sein.
 - S'assurer de maintenir les doigts loin de l'aréole.
 - Maintenir la compression tant qu'il continue à avaler le lait.
 - Dès qu'il arrête de boire, relâcher la compression.
 - Recommencer à nouveau jusqu'à ce qu'il arrête de nouveau, ainsi de suite.



ALERTE

- S'il y a suspicion de causes médicales, en discuter avec l'infirmière ou le médecin le plus rapidement possible. ➔

Positionnement de la langue du bébé

CARACTÉRISTIQUES

- ▣ Signes que la langue est mal positionnée pendant la tétée :
 - Succion brisée
 - Joues creusées (petites fossettes dans les joues)
 - Bruits de clappement
 - Douleurs au sein

STRATÉGIES

- ▣ Mettre le bébé au sein avant qu'il ne soit complètement éveillé (il n'a alors pas le temps de commencer à téter sa langue).
- ▣ Utiliser la position football modifiée (bébé assis).
- ▣ Chatouiller les lèvres du bébé avec le mamelon peut l'encourager à sortir sa langue.
- ▣ Éviter l'usage du biberon.

- ▣ Faire un exercice pour l'entraîner à abaisser ou à avancer la langue vers l'avant lors de la tétée :
 - Se laver les mains et se couper l'ongle de l'index.
- Chatouiller sa bouche pour stimuler le réflexe des points cardinaux. Le bébé tournera et ouvrira la bouche en direction de la stimulation.
- Insérer lentement l'index dans la bouche, assez loin mais sans provoquer de haut-le-cœur.
- Faire un mouvement lent de va-et-vient pour stimuler la succion.
- Lors de la succion, la langue devrait se mouler à la forme du doigt et s'avancer au niveau de la gencive inférieure.
- Si la langue demeure rétractée au bout du doigt, tourner l'index doucement, de façon à ce que la pulpe du doigt repose sur la langue. Presser doucement sur la langue jusqu'à ce qu'elle s'avance au niveau de la gencive inférieure.
- Répéter cet exercice plusieurs fois avant de remettre le bébé au sein. ●



INFORMATION À LA MÈRE

Expression du lait maternel au tire-lait électrique

■ Dans certaines circonstances, par exemple lors d'une naissance prématurée, la mère se retrouve séparée de son bébé et ne peut l'allaiter. Pour plusieurs mères, l'expression du lait maternel devient une façon unique de contribuer aux soins du nouveau-né.

■ Les mères de bébés prématurés produisent un lait adapté au stade de développement du bébé. La composition en gras et en protéines de leur lait est plus élevée que celle des mères ayant accouché à terme, ce qui permet de répondre au besoin de croissance accélérée des prématurés.

Quand débiter l'expression du lait maternel avec tire-lait électrique après la naissance du bébé?

■ Prendre en considération la condition de la mère.

■ Se rappeler que le plus tôt est le mieux, idéalement dans les 6 premières heures qui suivent la naissance.

■ Dans une situation où le bébé ne peut téter au sein pour stimuler la montée laiteuse (par exemple, s'il est prématuré), il est recommandé d'utiliser un tire-lait électrique à gros moteur avec expression double.

■ Lire les instructions du fournisseur avant l'utilisation.

■ L'expression double, c'est-à-dire les deux seins à la fois, serait plus efficace pour maximiser la production de lait.

■ Location possible dans les pharmacies, groupes d'entraide, hôpitaux.

Combien de temps devrait durer la période d'expression?

■ Si on exprime le lait des deux seins en même temps, l'expression devrait durer environ 15 min. Poursuivre 2 min après que le lait ait cessé de couler permet d'aller «chercher» le maximum de gras de la fin de tétée, et de stimuler la production de prolactine.

■ Si l'expression se fait à un sein à la fois, exprimer le lait du premier sein pour une durée de 5 min et alterner avec l'autre sein pour la même durée. Répéter ce cycle 2 à 3 fois selon le débit de lait, de façon à stimuler chaque sein pour une durée de 10 min à 15 min.

■ Si aucune goutte de lait n'apparaît, s'assurer que l'appareil fonctionne bien.

Vérifications à faire:

- Au début de l'expression, ajuster la succion et le rythme de la pompe à son plus bas niveau.
- Lorsque l'expression est initiée, augmenter le rythme et la succion.
- Il est important d'obtenir une succion optimale pour favoriser une stimulation adéquate. Cependant l'expression doit être confortable, sans aucune douleur.
- Le rythme de la pompe peut être rapide au début pour imiter la succion du bébé qui commence à téter.
- Lorsque le réflexe d'éjection (*voir définition plus loin*) est présent, le rythme de la pompe peut être diminué à un niveau moyen standard.

■ Si malgré ces vérifications le lait ne coule pas, maintenir l'expression pendant environ 15 min pour chaque sein. Il est normal que seulement quelques gouttes s'écoulent lors des premières expressions après la naissance. La production augmente au fur et à mesure de la stimulation.

■ Consulter une personne compétente en allaitement maternel si des doutes persistent quant à la production de lait.

À quelle fréquence le lait devrait-il être exprimé?

■ Spécialement pour les 7 à 10 premiers jours, la fréquence d'expression devrait être similaire à la fréquence où le bébé vient au sein, soit environ aux 3 h.

■ L'expression fréquente est plus efficace qu'une durée d'expression plus longue séparée par de longs intervalles entre les expressions.

■ Durant la nuit, l'expression de lait maternel doit être adaptée au besoin de repos de la mère.

■ Certaines mères expriment leur lait une fois la nuit pour «maximiser leur production», ou pour se soulager de l'inconfort provoqué par l'engorgement. D'autres mères préfèrent avoir une nuit de sommeil sans interruption pour être en mesure de composer avec les activités de la vie quotidienne, et pour s'assurer que la fatigue et le stress ne diminuent pas leur production de lait.

■ Lorsque la production de lait est bien établie (après 10 à 14 jours), la mère devrait exprimer son lait au moins 5 fois par jour pour un total de plus de 100 min d'expression chaque jour, afin de conserver une production optimale.

Comment savoir si la production de lait est adéquate?

■ Si l'expression se fait régulièrement, soit chaque 3 h les premiers 10 à 14 jours, le volume de lait exprimé quotidiennement devrait être d'environ 750 ml à 1000 ml. Un minimum de 350 ml est attendu à cette période.



■ Plus la production est élevée, mieux c'est pour les semaines à venir. Une production abondante sert de réserve pour les baisses de production. Il est observé que les mères qui expriment leur lait sur une longue période, expérimentent souvent une baisse de production au cours du 2^e mois d'expression. Si la mère a une baisse de production de 50%, et qu'elle a produit initialement 1000 ml, elle produira probablement assez de lait pour répondre au besoin du bébé.

Qu'est-ce que le réflexe d'éjection?

■ Lorsque le sein est stimulé (par la succion du bébé ou le tire-lait), l'hypophyse postérieure relâche l'ocytocine pour provoquer le réflexe d'éjection.

■ Le réflexe d'éjection est une contraction des cellules musculaires qui entourent les alvéoles (petits sacs de la glande mammaire qui collectent et sécrètent le lait). Cette contraction musculaire éjecte le lait vers les ouvertures du mamelon.

■ L'ocytocine, essentielle à l'éjection du lait maternel, augmente dans le sang après une stimulation de 1 min, demeure élevée tout au long de la stimulation et retourne à son niveau de base environ 6 min après la fin de la stimulation.

SIGNES DU RÉFLEXE D'ÉJECTION

- Sensation de pression, de chatouillement dans le sein.
- Contractions utérines durant la stimulation du sein.
- Écoulement du sein
- Soif soudaine durant la stimulation
- Sensation de détente
- Augmentation soudaine du volume de lait durant l'expression.
- Pendant l'allaitement, changement dans le rythme de succion du bébé, qui passe de rapide à régulier et profond.

Quelles conditions peuvent inhiber le réflexe d'éjection?

- Stress
- Fatigue
- Douleur
- Bouleversement émotionnel
- Manque de confiance en sa capacité de produire du lait
- Usage de nicotine et d'alcool
- Certains médicaments (ex.: contraceptifs oraux à base d'œstrogène)

Quelles conditions favorisent le réflexe d'éjection?

- Environnement calme
- Massage et application de compresses chaudes sur le sein.

■ Contact peau à peau avec le bébé

■ Position assise à côté du bébé

■ Photo du bébé devant soi

■ Couverture ou vêtement du bébé, mis autour du cou de la mère, pour sentir son odeur.

■ Écoute des bruits vocaux ou des pleurs du bébé

Conservation du lait maternel

Est-il nécessaire de laver les seins avant de faire l'expression du lait maternel?

Non, une hygiène quotidienne avec la douche ou le bain est suffisante pour l'hygiène des seins. Il est cependant important de se laver les mains soigneusement avec du savon avant de faire l'expression et manipuler les accessoires. Il faut aussi éviter de toucher l'intérieur des contenants, d'éternuer ou de tousser sur l'équipement afin d'éviter la contamination.

Comment faut-il nettoyer les accessoires utilisés pour l'expression?

Avant de nettoyer ou stériliser les accessoires, vérifier auprès du fournisseur si toutes les pièces peuvent tolérer le savon et l'eau chaude (exemple: certains filtres de tire-lait Medela ne doivent pas être lavés avec du savon).

MARCHE À SUIVRE POUR LE NETTOYAGE

■ Désassembler toutes les pièces détachables.

■ Laver soigneusement avec du savon et de l'eau chaude après chaque expression de lait.

■ Rincer à l'eau froide et claire.

■ Assécher à l'air libre.

MARCHE À SUIVRE POUR LA STÉRILISATION À LA MAISON

Dans certaines circonstances, par exemple lorsque le bébé est né prématurément, l'équipement en contact avec le lait maternel peut exiger une stérilisation une fois par jour.

■ Démonter, laver, rincer toutes les pièces.

■ Mettre toutes les pièces dans une casserole de 4 l.

■ Remplir la casserole d'eau froide à 2,5 cm du bord.

■ Mettre le couvercle et faire bouillir pendant 20 min.

■ Égoutter l'eau et laisser les pièces refroidir dans la casserole non recouverte.

■ Enlever toutes les pièces et laisser sécher à l'air.



Quels contenants choisir pour conserver le lait ?

- ☑ Contenants de verre, de plastique rigide (polycarbonate) ou sacs de plastique épais spécialement conçus pour la congélation du lait maternel.
- ☑ Certaines unités de néonatalogie ont des préférences quant au type de contenants à utiliser. Vérifier avec votre unité ceux qu'elle recommande.
- ☑ Utiliser un contenant différent pour chaque expression de lait.

Comment identifier chaque contenant ?

À LA MAISON Inscrire la date sur le contenant bien fermé.
LAIT POUR L'HÔPITAL Inscrire sur le contenant : nom du bébé, n° de dossier, heure et date d'expression, et médicaments consommés par la mère dans les derniers 24 h.
 Note. – Ces informations sont à titre indicatif. Suivre les directives du milieu hospitalier.

Combien de temps peut se conserver le lait ?

(voir tableau)

- ☑ Le lait maternel est à son meilleur frais, bu au sein.
- ☑ Il se réfrigère et se congèle bien.
- ☑ Il peut prendre différentes teintes (blanc, bleu, jaune).
- ☑ Il se sépare (de son gras) après l'expression. Lorsque décongelé, agiter avant usage.

Comment congeler le lait maternel ?

- ☑ Mettre, dans un contenant de votre choix, une quantité qui correspond approximativement à ce que le bébé reçoit à chaque boire, afin d'éviter les pertes.
- ☑ Laisser un espace dans le contenant, car le lait prend de l'expansion avec la congélation.
- ☑ Faire refroidir le lait collecté au réfrigérateur dans un premier temps.
- ☑ Lorsque refroidi, ranger le lait au congélateur dans un contenant spécialement conçu pour la réserve de lait maternel.
- ☑ Éviter d'ajouter du lait fraîchement exprimé à du lait déjà congelé, pour ne pas altérer la qualité du lait.
- ☑ Utiliser le lait dont la date est la plus éloignée en premier.

Comment tiédir le lait maternel ?

La décongélation au four micro-ondes n'est pas recommandée, à cause du risque de brûlures et de la perte de propriétés

bactériostatiques du lait maternel, qui protègent le bébé contre les maladies respiratoires et digestives.

- ☑ Tiédir le lait sortant du réfrigérateur:
 - Tremper le contenant dans l'eau chaude jusqu'à ce qu'il soit tiède.
 - Mélanger le lait avant de servir pour assurer son homogénéité.
 - Vérifier la température sur le poignet.
 - Donner le boire au bébé.
- ☑ Tiédir le lait sortant du congélateur:
 - Laisser couler l'eau froide courante sur le contenant congelé.
 - Ajouter graduellement de l'eau chaude jusqu'à ce qu'il soit tiède.
 - Mélanger le lait avant de servir, pour assurer son homogénéité.
 - Vérifier la température sur le poignet.
 - Donner le boire au bébé

ou

- ☑ Mettre au réfrigérateur pendant 10 h à 12 h pour une décongélation graduelle:
 - Tremper le contenant dans l'eau chaude jusqu'à ce qu'il soit tiède.
 - Mélanger le lait avant de servir pour assurer son homogénéité.
 - Vérifier la température sur le poignet.
 - Donner le boire au bébé.

Le lait congelé perd une partie de ses propriétés bactériostatiques, c'est pourquoi il doit être utilisé le plus vite possible après la décongélation, pour éviter la multiplication des bactéries.

TEMPS DE CONSERVATION DU LAIT MATERNEL CHEZ LE BÉBÉ À TERME OU PRÉMATURÉ	LAIT MATERNEL FRAÎCHEMENT EXPRIMÉ		LAIT MATERNEL DÉCONGELÉ	
	BÉBÉ EN SANTÉ À TERME	BÉBÉ PRÉMATURÉ	BÉBÉ EN SANTÉ À TERME	BÉBÉ PRÉMATURÉ
TEMPÉRATURE AMBIANTE (°C)	4 h à 25°C 8 h à 19°C - 22°C	2 h	1 h	1 h
RÉFRIGÉRATEUR	3 à 5 jours	48 h	24 h	24 h
CONGÉLATEUR INTÉGRÉ AU RÉFRIGÉRATEUR	2 sem.	2 sem.	ne jamais recongeler	ne jamais recongeler
CONGÉLATEUR AVEC PORTE INDÉPENDANTE (-5°C à -15°C)	3 à 4 mois	3 mois	ne jamais recongeler	ne jamais recongeler
CONGÉLATEUR COFFRE (-20°C)	6 mois	6 mois	ne jamais recongeler	ne jamais recongeler

Note. – Ces informations sont à titre indicatif. Suivre les recommandations du personnel hospitalier si le bébé est hospitalisé. ●



INFORMATION À LA MÈRE

La mère qui donne naissance à des jumeaux, triplés ou quadruplés peut allaiter tant de façon exclusive que partielle. Il ne s'agit pas d'une situation du tout ou rien. C'est aux parents à décider ce qu'ils ont le goût de vivre comme expérience d'allaitement maternel.

Les principes de la physiologie de la production de lait sont les mêmes que pour la mère qui n'a qu'un seul enfant : la production varie en fonction de la stimulation, et de l'offre et la demande.

(voir anatomie et physiologie de la lactation)

Les demandes sont cependant plus grandes à tous les niveaux : énergie, temps consacré au soin des nouveau-nés, ressources financières...

Des stratégies doivent être mises en place pour favoriser le repos de la mère. La mère de grossesse multiple peut avoir besoin de plus de temps de récupération après la naissance.

(voir section sur la mère : sommeil et repos)

Pour toutes sortes de raisons, la mère peut parfois se sentir plus près de l'un des bébés : c'est tout à fait normal. Mettre l'emphase sur l'individualité de chacun des bébés favorise l'attachement.

STRATÉGIES

Les tétées précoces et fréquentes sont particulièrement importantes pour établir une production de lait qui correspond aux besoins des bébés.

Advenant que les bébés ne peuvent pas téter au sein après la naissance, il serait souhaitable que l'expression du lait maternel soit entreprise le plus tôt possible après la naissance.

(voir expression du lait maternel)

Certaines mères choisissent d'allaiter un bébé à la fois, d'autres préfèrent allaiter les deux bébés à la fois.

Lorsque la mère est à l'aise dans la mise au sein des bébés,

l'allaitement en tandem (deux bébés à la fois) permet de gagner du temps.

Certaines mères préfèrent «attirer» un sein à chaque enfant, d'autres donnent les deux seins à la fois en alternant.

Permettre aux bébés de venir à l'un ou l'autre sein favorise une stimulation visuelle variée, et permet d'équilibrer la production de lait de chaque sein, particulièrement si l'un des bébés a une succion plus faible.

L'allaitement en tandem peut aussi aider le bébé qui a plus de difficulté à téter. Le bébé qui tète le plus vigoureusement stimule le réflexe d'éjection. Cet afflux plus grand de lait encourage l'autre bébé à téter.

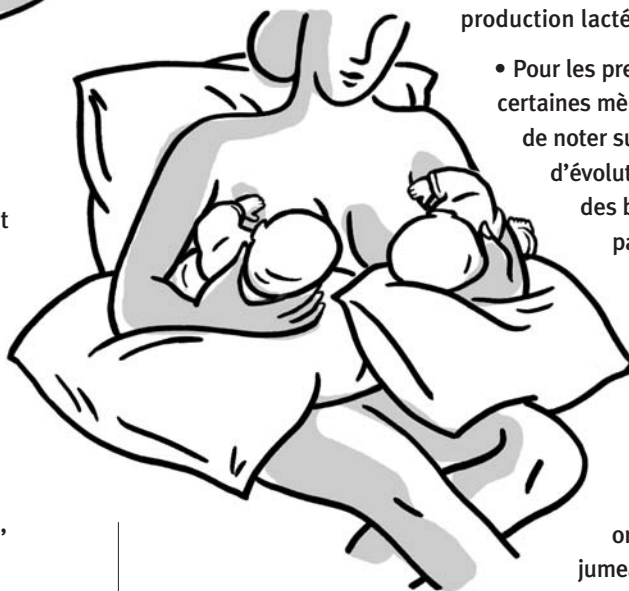
Ne pas limiter la durée des tétées afin que les bébés reçoivent le lait de la fin de tétée qui est plus riche en gras.

Le lait maternel peut aussi être donné par d'autres méthodes alternatives : tasse, seringue, doigt, biberon. La mise au sein peut parfois être plus difficile suite à l'usage de ces méthodes, particulièrement durant la période où le bébé est en apprentissage de la mise au sein (4 à 6 premières semaines).

Des formules de lait données en supplément au biberon peuvent être envisagées, tout en sachant qu'il y a un risque de diminuer la production lactée.

Pour les premières semaines, certaines mères trouvent utile de noter sur une fiche d'évolution les activités des bébés, ainsi que les particularités des selles et mictions.

Plusieurs mères apprécient le soutien qu'elles reçoivent des autres mères qui ont aussi allaité des jumeaux. L'infirmière peut fournir des références.





INFORMATION À LA MÈRE

- ❑ La césarienne peut entraîner un délai de la mise au sein.
- ❑ Une césarienne inattendue peut causer une déception, être perçue comme un échec et entraîner chez la mère la peur de l'échec de l'allaitement.
- ❑ Après une épidurale, la mère est souvent confortable et alerte, ce qui favorise la mise au sein dans les plus brefs délais.
- ❑ Après une anesthésie générale, la mère peut allaiter dès qu'elle se sent apte et bien éveillée.
- ❑ La position football est une position favorable pour éviter une pression sur la plaie.
- ❑ Quelques jours après la césarienne, la mère peut allaiter couchée sur le côté, si elle apprécie cette position.
- ❑ Il est important de se maintenir dans une «zone de confort» suite à la césarienne. Certaines mères éprouvent parfois des réticences à prendre des médicaments pendant l'allaitement. Il y a trois règles face à la médication et l'allaitement maternel :

- La plupart des médicaments passent dans le lait maternel.
- La plupart des médicaments sont détectables en petite quantité dans le lait.
- Très peu de médicaments sont contre-indiqués pour l'allaitement maternel.
- ❑ Bénéfices de l'allaitement maternel précoce après la césarienne:
 - L'allaitement précoce et sans restriction offre des avantages pour la santé de la mère (contractions de l'utérus) et du bébé, et prévient de nombreuses difficultés courantes, telles l'engorgement chez la mère, et la confusion entre tétine et mamelon pour le bébé.
 - L'allaitement peut rapprocher émotionnellement la mère et le bébé, ce qui est particulièrement important s'ils sont séparés après la naissance ou si la naissance a été traumatisante.
 - L'allaitement peut aider la mère à se sentir compétente.
 - Advenant que le bébé ne désire pas téter, le contact peau à peau entre la mère et le bébé favorise le rapprochement. Ce contact peut aussi se faire entre le père et le bébé. ●

Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans, p. 156-204.



INFORMATION AUX PARENTS

CHOIX DES FORMULES LACTÉES

Les préparations commerciales pour nourrissons à base de lait de vache additionnées de fer, constituent la solution de remplacement la plus acceptable jusqu'à l'âge de 9 mois à 12 mois.

Les laits à base de soya devraient n'être utilisés que pour des nourrissons qui ne peuvent consommer de produits laitiers, et sous avis médical.

PRÉPARATION DES FORMULES LACTÉES

- Elles se présentent sous trois formes : formules prêtes à servir, formules concentrées liquides ou formules concentrées en poudre.
- Toutes ces formes renferment les mêmes ingrédients.
- Suivre le mode d'emploi méticuleusement pour préparer les formules. Une dilution insuffisante pourrait provoquer des problèmes de santé pour le bébé (surcharge rénale), et une trop grande dilution pourrait à long terme conduire à des carences nutritionnelles.
- Se laver les mains soigneusement avant de commencer la préparation.
- Toutes les eaux recommandées (eau du robinet, de puits privé, en vrac ou embouteillée) doivent être bouillies pendant 1 min pour préparer le lait, jusqu'à ce que le bébé atteigne l'âge de 4 mois.
- Ne jamais utiliser l'eau chaude du robinet, car elle peut contenir du plomb et des microbes.
- Réchauffer le lait à l'eau chaude pour le tiédir à la température du corps.
- Agiter doucement le biberon.
- Vérifier la température du lait avant de le servir, en faisant couler quelques gouttes sur le poignet; il ne devrait être ni chaud, ni froid.

Le micro-ondes n'est pas recommandé parce qu'il ne peut réchauffer le lait de façon uniforme.

SI MALGRÉ TOUT LE PARENT DÉSIRE UTILISER LE MICRO-ONDES

- Ne réchauffer que des biberons venant du réfrigérateur (tiédir ceux à la température de la pièce sous l'eau chaude).
- Selon les fabricants, aucun biberon de plastique, de verre ou sac n'est conçu pour la cuisson au micro-ondes.
- Il est préférable de réchauffer le lait dans une tasse en verre. L'ouverture de la tasse permet à la chaleur de s'échapper.

- Effectuer le transfert du lait dans le biberon.
- Réchauffer les formules commerciales au maximum 30 s (120 ml) et 45 s (240 ml).
- Ne pas tiédir moins de 120 ml à la fois.
- Transvider le contenu dans le biberon et vérifier la température en laissant tomber quelques gouttes sur l'avant-bras. Au toucher, le biberon ne devrait être ni chaud ni froid (37°C).

CONSERVATION DES FORMULES LACTÉES

- Une fois préparé, le lait peut être conservé 1 h à la température de la pièce et jusqu'à 24 h à 48 h au réfrigérateur.

Les formules commerciales ne doivent pas être congelées, car il s'y forme des grumeaux.

LE BOIRE

POSITION DU BÉBÉ

- Prendre le bébé durant le boire favorise un contact chaleureux et diminue les risques d'aspiration. Les otites sont plus fréquentes chez les bébés qui prennent leur biberon en position couchée.
- Incliner le biberon pendant le boire, afin de garder le goulot plein de lait et d'éviter l'absorption d'air.
- S'assurer que le nourrisson ne soit pas trop emmaillotté, car il aura tendance à s'endormir pendant le boire.

LE ROT

- Faire faire le rot au milieu et à la fin de chaque biberon.
- Frotter doucement le dos du bébé durant 1 min à 3 min et vérifier s'il a encore faim, car l'air avalé peut avoir comblé un espace dans l'estomac équivalent à 30 ml de lait. Ne pas insister si le rot ne vient pas.
- Savoir qu'un nourrisson prend généralement la plus grande partie du biberon en 20 min excluant le rot.
- Ne pas forcer un nourrisson à terminer le biberon.

DIFFÉRENCE ENTRE RÉGURGITATION ET VOMISSEMENT

RÉGURGITATION

- Rejet d'une petite quantité de lait (5 ml à 15 ml) normale au moment du rot ou après le boire.
- Disparaît vers l'âge de 1 an.
- Non inquiétante chez l'enfant qui prend du poids, qui ne tousse pas et qui est de belle humeur.

STRATÉGIES POUR DIMINUER LES RISQUES DE RÉGURGITATION

- Tenter d'établir un lien entre les régurgitations et la façon d'alimenter l'enfant et corriger la situation si possible.
- Alimenter le nourrisson lentement dans une atmosphère calme.



- S'assurer de la dimension adéquate de l'orifice de la tétine en :
 - inversant le biberon.
 - évaluant si l'écoulement est d'un peu moins d'une goutte/sec.
- Maintenir la tétine toujours pleine durant le boire.
- Marquer des temps d'arrêt pour les rots, aux 30 ml ou 60 ml ou plus, selon les besoins du bébé.
- Éviter de suralimenter le nourrisson.
- Éviter de trop le bouger après le boire.

VOMISSEMENT

- Éjection du contenu de l'estomac
- Le vomissement occasionnel de l'enfant qui a trop mangé n'est pas inquiétant.



ALERTE

- Consultez si vomissement en jets répétitifs.

FRÉQUENCE DES BOIRES

- La fréquence des boires varie d'un bébé à l'autre et, souvent, chez le même bébé d'une journée à l'autre.
- De façon générale, le bébé boit, chaque 24 h, 6 à 10 biberons pendant les 15 premiers jours de vie; et de 6 à 8 biberons entre 15 jours et 1 mois.
- La quantité de lait nécessaire varie d'un bébé à l'autre.
- Le bébé peut prendre autour de 45 ml à 115 ml de lait par biberon les 15 premiers jours de vie, et 60 ml à 125 ml de 15 jours à 1 mois de vie.
- Le bébé communiquera sa faim par des signes spécifiques : succion de la bouche, mains portées au visage, mouvements des bras et des jambes, pleurs. Le pleur est un signe tardif.
- Répondre aux signes de faim du bébé, avant que les pleurs n'apparaissent, favorise une période de boire plus calme.

EAU ENTRE LES BOIRES

- Les bébés nourris aux formules peuvent avoir besoin d'eau. Avant l'âge de 4 mois, donner une eau bouillie et refroidie durant 1 min, quel que soit le type d'eau.
- L'eau bouillie se conserve 2 ou 3 jours au réfrigérateur, dans un contenant stérilisé et bien fermé, ou 24 h à la température ambiante.

- Éviter de donner l'eau dans l'heure qui précède le boire pour ne pas nuire à l'appétit.
- Le lait demeure l'aliment de base pendant la première année.

CROISSANCE

- C'est normal que le bébé perde du poids dans les premiers jours qui suivent sa naissance.
- Il reprend son poids de naissance généralement entre le 10^e et le 14^e jour.
- Il engraisse par la suite d'environ 20 g à 30 g par jour jusqu'à l'âge de 5 mois.
- Il grandit d'environ 2,5 cm par mois jusqu'à l'âge de 1 an.

POUSSÉES DE CROISSANCE (FRINGALES)

- Les poussées de croissance sont normales.
- La croissance rapide du nourrisson dans la 1^{ère} année entraîne, par périodes, une augmentation soudaine de l'appétit.
- Elles se manifestent particulièrement pendant les 3 premiers mois de vie.
- Signes des poussées de croissance : rapprochement des boires, signes de faim, pleurs.
- Augmenter la ration de lait de 15 ml à 30 ml par biberon jusqu'à un maximum de 240 ml.

ENTRETIEN DES TÉTINES ET DES BIBERONS

- Après le boire, rincer à l'eau froide le biberon, la tétine et le bouchon.
- Faire passer l'eau froide dans le trou de la tétine pour enlever le surplus de lait.
- Laver tous les accessoires (biberons, tétines, capuchons) dans l'eau savonneuse.
- Rincer à l'eau très chaude.
- En général, la stérilisation n'est pas nécessaire s'il y a une vigilance quant à la propreté.
- Dans certaines conditions, la stérilisation peut être recommandée, dans les situations où le système de défense du bébé est précaire (bébé prématuré par exemple).

MÉTHODES DE STÉRILISATION

- Stériliser au lave-vaisselle ou faire bouillir les biberons et les couvercles (sans lait ni tétine), et tous les ustensiles nécessaires à la préparation des biberons, durant 15 min à 20 min, dans une casserole remplie d'eau et recouverte.
- Égoutter.
- Couvrir et éviter tout contact avec l'air.

Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans, p. 211 à 225.



INFORMATION AUX PARENTS

Selles

▣ Avant la naissance, les intestins sont remplis de méconium. Ce sont des selles noires et gluantes qui ressemblent à du goudron. Elles sont constituées de cellules épithéliales, de bile, de lanugo et de liquide amniotique.

▣ La plupart des bébés passent leur première selle méconiale dans les premiers 12 h suivant la naissance.

▣ Il est attendu que le bébé ait sa première selle de méconium dans les premiers 48 h suivant sa naissance. Advenant le contraire, une évaluation est de mise.

▣ Vers la 3^e journée, les selles méconiales sont remplacées par des selles de transition. Ces selles sont verdâtres ou brunâtres. Ce sont des selles composées de méconium et matières fécales.

▣ Les selles peuvent varier (texture, couleur, fréquence) selon le type d'alimentation utilisé.

SELLES DE BÉBÉS ALLAITÉS

▣ Le colostrum est un laxatif naturel et il agit en aidant le bébé à expulser sa première selle.

▣ Dans les 48 h suivant la naissance, la montée laiteuse se produit et les selles changent de couleur et de consistance.

▣ Le bébé âgé de moins de 4 semaines devrait faire au moins 4 à 6 selles par 24 h. Ces selles sont de semi-liquides à pâteuses, de couleur jaune moutarde et pratiquement sans odeur. Une selle verte à l'occasion est normale.

▣ Des selles moins fréquentes peuvent aussi être normales chez le bébé allaité âgé de plus de 6 semaines. Certains bébés peuvent faire seulement une selle par semaine sans démontrer de signes de constipation.

▣ Bébé fait moins de 2 selles par jour au cours des 6 premières semaines de vie. Ce peut être un signe d'un apport insuffisant de lait maternel.

SELLES VERDÂTRES DE FAÇON CONTINUE

▣ Elles peuvent parfois indiquer que le bébé reçoit trop de lait aqueux, riche en lactose au début de la tétée et insuffisant en gras en fin de tétée.

▣ L'excès de lactose stimule le péristaltisme, ce qui augmente le transit intestinal et provoque des selles liquides et verdâtres.



▣ Si un déséquilibre est suspecté entre le lait de début de tétée et celui de la fin de tétée, attendre que le bébé ait fini de téter au premier sein avant de lui offrir le second.

SELLES DE BÉBÉS NOURRIS AU BIBERON

▣ Les selles sont jaunâtres à brunâtres et pâteuses.

▣ La fréquence des selles est variable d'un bébé à l'autre. Les selles sont au nombre de 5 à 6 par jour, à 1 selle aux 3 jours.

▣ La constipation se reconnaît par des selles dures et sèches. Le bébé dont le visage devient rouge en forçant pour faire une selle est tout à fait normal; ça ne signifie pas nécessairement que le bébé est constipé.

Urines

▣ Une première miction est attendue dans les premiers 24 h qui suivent la naissance.

▣ Par la suite, le bébé devrait faire un nombre de mictions correspondant au nombre de jours de vie: à 2 jours de vie, 2 mictions et plus; 4 jours, 4 mictions; et ainsi jusqu'à 6 jours de vie.

▣ Après 6 jours, le bébé devrait faire au moins 6 à 8 mictions par jour.

▣ Les mictions du nouveau-né sont jaune paille et presque inodores.

▣ Un dépôt couleur rose saumon peut aussi être présent. Il s'agit de cristaux d'urates qui sont normaux les 2 à 3 premiers jours de vie.

▣ Si les mictions ne sont pas assez fréquentes, c'est peut-être un signe de déshydratation, confirmé par une perte de poids, une dépression de la fontanelle antérieure et la présence d'un pli cutané.

Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans, p. 27 à 29.



ALERTE

► **Bébé fait moins de 2 selles par jour au cours des 6 premières semaines de vie; ce peut être un signe d'un apport insuffisant de lait maternel.**

► **Selles verdâtres de façon continue**

► **Sang dans les selles, diarrhée (anneau de liquide autour des selles, selles liquides comme de l'eau).**

► **Moins de 3 mictions (urine) par 24 h**

► **Urine concentrée (foncée)**

► **Méconium encore présent après la 4^e journée de vie.**

► **Selles dures et sèches •**



INFORMATION AUX PARENTS

Fesses

ÉRYTHÈME FESSIER (rougeurs aux fesses)

- ❑ Au contact des urines, les fesses du bébé peuvent devenir rouge vif, chaudes et douloureuses.
- ❑ Il arrive que les rougeurs soient reliées à une infection à champignons, particulièrement si le bébé a du muguet dans la bouche.

TRUCS POUR REMÉDIER À L'ÉRYTHÈME FESSIER

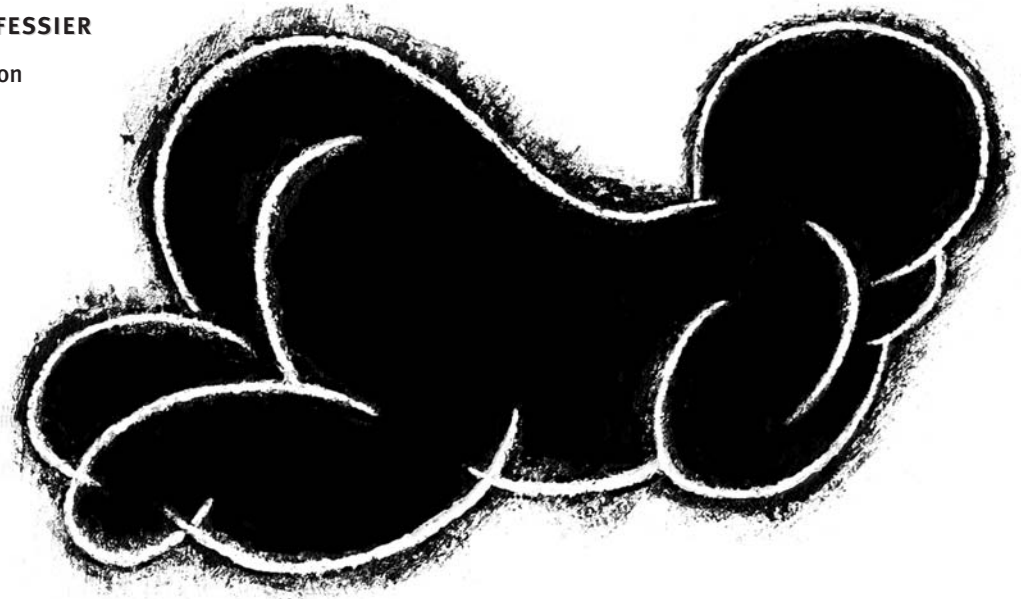
- ❑ S'assurer de bien rincer les couches en coton après usage.
- ❑ Certaines couches en papier sont plus irritantes. Changer de sorte au besoin.
- ❑ Changer la couche du bébé dès qu'elle est mouillée ou souillée.
- ❑ Laver les fesses avec une eau tiède dans laquelle on a ajouté une goutte d'huile d'olive. Bien assécher en épongeant, ne pas frotter.
- ❑ Exposer les fesses du bébé à l'air pendant 20 min, 3 à 4 fois par jour.
- ❑ Appliquer une crème à base d'oxyde de zinc non parfumée ou de la vaseline.
- ❑ S'il y a présence d'infection à champignons, un traitement antifongique doit être utilisé. Les rougeurs ne disparaissent pas avec les crèmes à base d'oxyde de zinc.
- ❑ Si les rougeurs persistent après 3 ou 4 jours malgré l'usage de crème à base d'oxyde de zinc, consulter un médecin.

Organes génitaux chez la fille

- ❑ Les petites lèvres sont gonflées pendant 2 à 3 jours après la naissance.
- ❑ Il peut y avoir présence de sécrétions vaginales teintées de sang. Il s'agit de pseudo-menstruations qui sont normales et conséquentes au retrait des hormones maternelles suite à la naissance.

SOINS

- ❑ Nettoyer la vulve lors du bain et à chaque changement de couche.
- ❑ Utiliser de l'eau et du savon doux en présence de selles, ou au moins 1 fois par jour.
- ❑ Nettoyer du méat urinaire vers l'anus afin d'éviter d'entraîner des matières fécales vers le vagin et l'urètre.
- ❑ Bien rincer et bien assécher afin de prévenir les irritations.



Organes génitaux chez le garçon

- ❑ Les testicules sont généralement descendus dans les bourses et le scrotum est rouge violacé.
- ❑ Le prépuce adhère au gland; il se détache du gland naturellement dans la première année de vie. 90% des garçons sont naturellement dilatés à 3 ans.

SOINS

- ❑ Laver quotidiennement le pénis avec un savon doux, rincer et assécher.
- ❑ Ne jamais faire des manipulations excessives pour décoller le prépuce du gland. ●

Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans, p. 24.



INFORMATION AUX PARENTS

CARACTÉRISTIQUES DU CORDON OMBILICAL

- ☑ De coloration blanchâtre à la naissance, il devient noir en séchant.
- ☑ La chute du cordon se produit entre le 7^e jour et le 20^e jour, mais peut prendre jusqu'à 1 mois pour tomber.

SOINS

- ☑ Nettoyer doucement la base du cordon avec un coton-tige imbibé d'eau 2 à 3 fois par jour, ou à chaque changement de couche jusqu'à cicatrisation. Ne pas utiliser d'alcool qui retarde la chute du cordon.
- ☑ Bien assécher, pour diminuer l'odeur et le risque infection.
- ☑ Toujours garder le nombril au sec et à l'air: ne pas couvrir avec une compresse ou avec la couche.

ALERTE



- ▶ Fièvre
- ▶ Saignement persistant après la chute du cordon
- ▶ Rougeur et œdème (enflure) autour du cordon
- ▶ Odeur nauséabonde du cordon ●

Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans, p. 42-43.



INFORMATION AUX PARENTS

- ☑ Le bébé est gardé à jeun 1 h à 2 h avant la procédure afin de prévenir l'aspiration.
- ☑ Durant l'intervention, le bébé est placé sur une planche spéciale afin d'immobiliser les jambes et les bras.
- ☑ Un pansement avec de la gelée de pétrole est appliquée sur le pénis afin d'éviter une adhérence à la couche. Si le pansement adhère au pénis, mouiller le pansement généreusement avec de l'eau; il devrait se détacher aisément.
- ☑ La couche est installée de façon plus lâche, pour éviter la friction entre le pénis et la couche.
- ☑ La circoncision est évaluée aux 30 min les premières 2 h pour tout signe de saignement excessif et ensuite aux 2 h. Il est normal que le pansement soit taché de sang, cependant ce saignement ne doit pas être continu.
- ☑ La première miction est notée afin de s'assurer que le bébé n'éprouve pas de difficulté à uriner.
- ☑ Vers la 2^e journée, un exsudat (dépôt de sécrétions) jaunâtre peut apparaître sur le gland. Ceci n'est pas un signe d'infection et ne devrait pas être enlevé. L'exsudat disparaît au cours de la guérison. Le pénis doit être nettoyé doucement au moins 1 fois par jour avec de l'eau.
- ☑ Aviser un intervenant de la santé (infirmière, médecin) si vous êtes inquiet de la présence de saignement, d'œdème (enflure), l'absence d'élimination, ou s'il y a suspicion d'infection. ●

Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans, p. 24.



INFORMATION AUX PARENTS

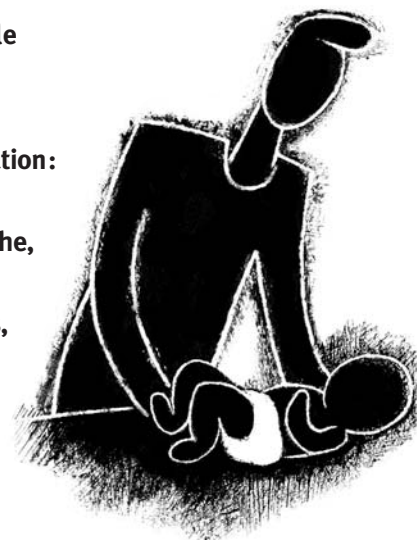
POUR DÉCELER L'ICTÈRE (ou jaunisse)

- ▣ Placer le nouveau-né à la lumière du jour afin d'éliminer la distorsion de la lumière artificielle.
- ▣ Presser avec un doigt pendant quelques secondes une proéminence osseuse (bout du nez, front, sternum); s'il y a ictère, la peau deviendra jaunâtre immédiatement après avoir pâli.
- ▣ Examiner les conjonctives (le blanc de l'œil) et les gencives; on décèle l'ictère plus facilement de cette façon chez les bébés à peau foncée.
- ▣ Dans le doute face à la coloration de la peau, consulter une infirmière ou un médecin.
- ▣ Les boires fréquents favorisent l'élimination de la bilirubine par les selles et les urines:
 - 8 à 12 fois par 24 h pour les bébés allaités.
 - Minimum 6 fois par 24 h pour les bébés nourris au biberon.
 - Réveiller le bébé dormeur pour les boires en le découvrant, ou en stimulant la paume de ses mains, sa tête et ses pieds.



ALERTE

- ▶ Difficulté à éveiller le bébé
- ▶ Léthargie
- ▶ Manque d'intérêt pour l'alimentation
- ▶ Tonus musculaire faible
- ▶ Irritabilité
- ▶ Signes de déshydratation:
 - somnolence,
 - sécheresse de la bouche,
 - yeux creux,
 - fontanelles affaissées,
 - urine foncée et moins fréquente.
- ▶ Selles décolorées et urine foncée ●



Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans, p. 25-26.



INFORMATION AUX PARENTS

PRISE DE TEMPÉRATURE

❑ L'usage des thermomètres à mercure n'est pas recommandé. Possibilité d'exposition à cette substance toxique en cas de bris.

❑ La température rectale est plus précise avec les enfants de moins de 2 ans.

❑ La température sous l'aisselle est moins précise. Elle peut cependant déceler la fièvre.

❑ Si la fièvre est décelée avec la prise de température sous les aisselles, utiliser aussi la voie rectale pour obtenir une lecture exacte.

❑ La prise de température buccale est à éviter avec les enfants de moins de 5 ans pour des raisons de sécurité.

❑ La prise de température par l'oreille n'est pas recommandée avec les enfants de moins de 2 ans pour des raisons de fiabilité (manipulation de l'appareil).

PROCÉDURES POUR PRENDRE LA TEMPÉRATURE RECTALE

(1^{er} CHOIX)

❑ Nettoyer le thermomètre à l'eau fraîche et savonneuse, puis rincez-le.

❑ Couvrir le bout argenté de gelée de pétrole (vaseline).

❑ Placer le bébé sur le dos, les genoux pliés.

❑ Insérer le thermomètre doucement dans le rectum à environ 2,5 cm, tout en le maintenant entre les doigts.

❑ Un signal sonore se fait entendre lorsque la température est prise.

❑ Nettoyer le thermomètre.

TABLEAU DE CONVERSION

°F	°C
105,8	41
105	40,5
104,4	40,2
104	40
103,8	39,9
103,4	39,7
103	39,4
102,2	39
102	38,8
101	38,5
100,9	38,3
100,8	38,2
100,4	38
100,2	37,9
100	37,8
99,8	37,6
99,7	37,6
99,6	37,5
99,5	37,5
99	37,2
98,6	37
98	36,6

LA TEMPÉRATURE NORMALE pour le nouveau-né varie selon la méthode utilisée:

AXILLAIRE
36,2°C à 37,2°C

RECTALE
36,5°C à 38°C

PROCÉDURES POUR PRENDRE LA TEMPÉRATURE SOUS LES AISSELLES

(2^e CHOIX)

❑ Si la fièvre est décelée avec la prise de température sous les aisselles, utiliser aussi la voie rectale pour obtenir une lecture exacte.

❑ Utiliser un thermomètre rectal.

❑ Nettoyer le thermomètre à l'eau fraîche et savonneuse, puis rincer. Placer le bout du thermomètre au centre de l'aisselle. Tenir le bras du nouveau-né bien collé sur le corps.

❑ Un signal sonore se fait entendre lorsque la température est prise.

Fièvre chez le nouveau-né

❑ La présence de fièvre chez le nourrisson nécessite une consultation médicale.

❑ Dans l'éventualité où l'enfant a besoin d'une consultation médicale immédiate, il est recommandé de s'abstenir de donner un antipyrétique. L'enfant sera évalué et traité sur place.

❑ Lorsque le nouveau-né fait plus de 38,5°C (voie rectale), un médicament comme l'acétaminophène est recommandé.

❑ Ne pas donner d'ibuprofène chez l'enfant de moins de 6 mois.

❑ L'usage de l'aspirine (ASA) est contre-indiqué.

❑ Le traitement de la fièvre vise principalement le confort de l'enfant.

❑ Administrer la dose selon le poids de l'enfant.

❑ Reprendre la température 60 min après l'administration du médicament.

❑ Une tenue vestimentaire légère, une réduction de la température de la pièce, sont plus efficaces lorsque employées environ 1 h après la prise d'acétaminophène.



❑ Le bain d'éponge et le bain tiède ne sont pas recommandés pour traiter la fièvre, car ils sont inefficaces et provoquent souvent de l'inconfort et des frissons.

❑ Ne pas frictionner avec de l'alcool à friction à cause du risque d'intoxication.

❑ Faire boire plus souvent pour éviter la déshydratation.

❑ S'assurer que le bébé mouille 6 à 8 couches par jour.

CONVULSION FÉBRILE

S'il y a perte de conscience ou mouvements saccadés, que faire?

❑ Rester calme.

❑ Tourner la tête de l'enfant sur le côté, ne rien mettre dans sa bouche.

❑ Consulter un médecin.

Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans, p. 402-408.



ALERTE

Une consultation médicale est requise si l'enfant présente une ou plusieurs de ces caractéristiques :

► Nourrisson de moins de 6 mois

► Convulsions fébriles

► Détérioration de l'état général

► Difficulté à réveiller ou consoler le bébé

► Refus de boire

► Vomissement fréquent

► Déshydratation

► État du bébé inquiétant •





INFORMATION AUX PARENTS

COMPORTEMENT DU NOUVEAU-NÉ

- ☑ Dès la naissance, le nouveau-né en santé est alerte et calme. Le contact précoce permet d'observer qu'il peut téter dès qu'il montre des signes de faim.
- ☑ Il a été démontré que les nouveau-nés qui bénéficient du contact peau à peau pleurent moins.
- ☑ Durant les premières 24 h de vie, le nouveau-né récupère de la naissance. Il peut être somnolent ou dormir pendant plusieurs heures. C'est possible qu'il ait besoin de stimulation pour boire durant cette période.
- ☑ Il est plus facile de le stimuler dans la phase de somnolence (paupières lourdes, succion de sa langue, mouvements des mains vers le visage), que pendant la période où il dort profondément (respiration régulière, sursauts occasionnels, aucun mouvement du visage).
- ☑ Après les premières 24 h, il adopte un cycle de sommeil et d'éveil. Il expérimente ces phases en alternance.

☑ Bien qu'il y ait des différences individuelles, le nouveau-né dort environ 18 h par jour.

☑ Une nouveau-né en santé peut pleurer jusqu'à 3 h par jour.

☑ Dès les premiers jours, les nouveau-nés démontrent des aptitudes innées.

APTITUDE À S'«AUTOCALMER»

- ☑ Main à la bouche
- ☑ Succion du poing ou de la langue
- ☑ Attention portée à un son ou un objet

Le nouveau-né a aussi besoin de consolations extérieures: voir un visage, se faire prendre, se faire bercer, être emmailloté.

APTITUDE DU NOUVEAU-NÉ À SE PROTÉGER DE L'HYPERSTIMULATION

Il est capable de se protéger de l'hyperstimulation en arrêtant de réagir à un stimulus répétitif. Par exemple, s'il sursaute la

première fois en entendant le téléphone sonner, sa réaction est moindre au fur à mesure que le stimulus se répète.

APTITUDE À S'ORIENTER PAR RAPPORT AUX STIMULI AUDITIFS ET VISUELS

☑ **STIMULI VISUELS:**

- Est attiré par les visages, les formes rondes.
- Cherche le contact visuel.
- Voit à une distance de 25 cm à 30 cm.

Pour stimuler sa fonction visuelle, se placer devant lui à une distance de 25 cm à 30 cm, et se déplacer lentement de gauche à droite ou lui parler doucement.

Certains bébés n'ouvrent pas leurs yeux. L'œdème des paupières, le bruit dans la chambre, peuvent expliquer ce comportement. Baisser la lumière et diminuer le bruit sont des interventions efficaces pour les encourager à ouvrir les yeux.

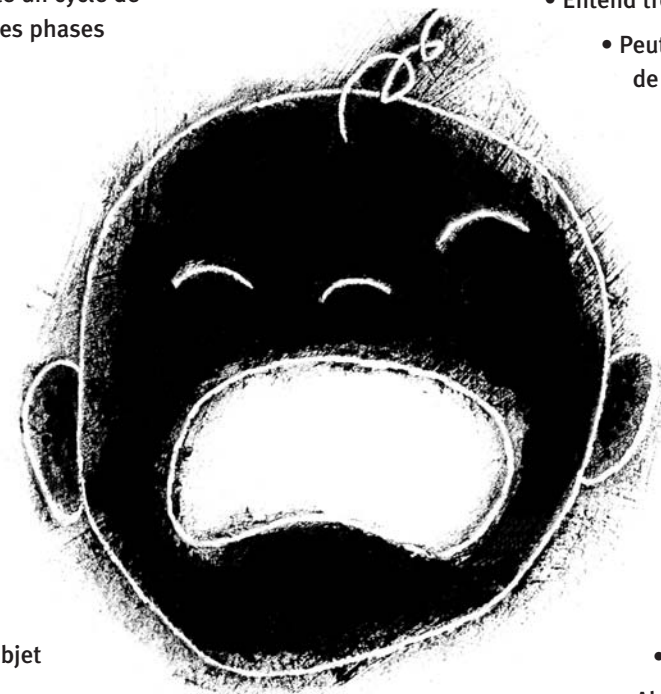
☑ **STIMULI AUDITIFS:**

- Entend très bien.
- Peut tourner la tête vers une variété de bruits.
- Est particulièrement attiré par la voix de sa mère, qui lui est familière.

Lorsqu'il grimace ou tourne la tête en direction opposée au stimulus, ceci peut signaler que la stimulation est trop grande pour lui.

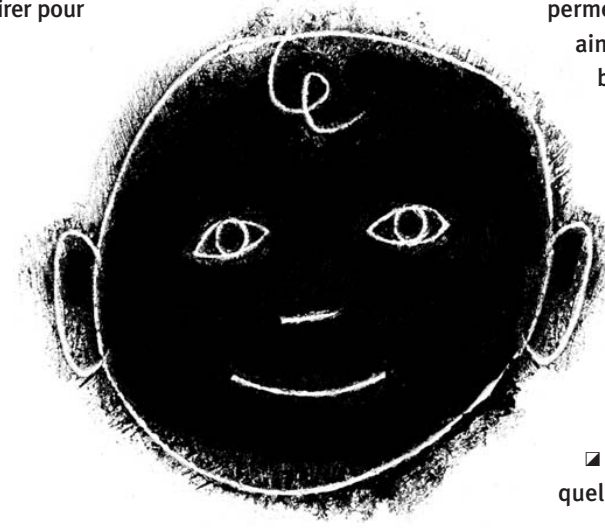
Le nouveau-né démontre des signaux d'engagement quand il est disposé à interagir avec l'environnement:

- Flexion des bras et jambes
- Bouche en forme de O
- Contact visuel yeux à yeux
- Alerte
- Consolable
- Mouvement de la main à la bouche
- Rythme respiratoire stable
- Mouvements lents et calmes
- Sourire volontaire (6^e semaine)
- Gazouillement (6^e semaine)



Le nouveau-né démontre des signaux de stress ou de désengagement pour indiquer qu'il reçoit trop de stimulation, ou qu'il a besoin de se retirer pour se reposer et se «réorganiser»:

- Yeux fermés
- Grimace faciale
- Éternuements
- Hoquet
- Bâillement
- Tremblements
- Langue sortie de la bouche
- Régurgitation ou vomissement
- Rythme respiratoire rapide
- Grognement
- Main à l'oreille
- Hyperextension du corps
- Pleur



Ces signaux n'indiquent pas en tout temps que le bébé est hyperstimulé. Cependant le fait de les connaître permet d'être un observateur averti pour ainsi évaluer la situation dans laquelle le bébé évolue.

COMMENT COMPOSER AVEC LES SIGNAUX DE DÉSENGAGEMENT DU NOUVEAU-NÉ?

- ☑ Lui parler doucement.
- ☑ Diminuer l'éclairage.
- ☑ L'emmailloter.
- ☑ Le prendre sur son épaule quelques minutes. ●





INFORMATION AUX PARENTS

- ❑ La position sur le dos n'augmente pas le risque pour un bébé en santé de s'étouffer, ni d'éprouver des difficultés respiratoires pendant son sommeil.
- ❑ Il faut informer tous les gardiens de positionner le bébé sur le dos pour dormir.
- ❑ Il n'y a aucun risque à placer le bébé sur le ventre lorsqu'il est éveillé et sous surveillance. Il peut être placé sur le ventre dès les premières semaines de vie.
- ❑ La position sur le ventre favorise le développement des muscles du cou et du tronc.
- ❑ Si le bébé s'endort pendant qu'il est en position ventrale, il est important de le repositionner ensuite sur le dos.
- ❑ En vieillissant, le bébé se retourne par lui-même dans la position qu'il préfère. Dans ces conditions, il n'est pas nécessaire de le remettre sur le dos durant son sommeil. Il est cependant recommandé de le positionner quand même sur le dos au coucher.
- ❑ Éviter un environnement avec fumée et drogue.
- ❑ L'allaitement maternel peut aider à protéger le bébé contre la mort subite du nourrisson.
- ❑ La température de la pièce doit être confortable (20°C à 22°C). Éviter de surchauffer.

- ❑ Il est recommandé d'utiliser un matelas ferme et plat, des draps et des couvertures légères.
- ❑ Les douillettes, les peaux d'agneaux, les jouets en peluche, les bordures de protection sont à éviter.
- ❑ Le bébé peut dormir avec ses parents, sauf si ceux-ci ont des réflexes altérés (consommation de drogue, alcool, fatigue excessive).
- ❑ Une conséquence possible de la position continue sur le dos est la plagiocéphalie positionnelle («tête plate»). Ce phénomène se produit lorsque la tête du nourrisson est toujours dans la même position quand il dort ou qu'il est éveillé.
- ❑ Comme les os du crâne du nourrisson sont mous, ils peuvent se déformer si la tête repose constamment dans la même position.
- ❑ Cet aplatissement de la tête ne nuit aucunement à la fonction et au développement du cerveau.
- ❑ Moyens pour prévenir la plagiocéphalie positionnelle ou «tête plate»:
 - Sous supervision, installer le bébé en position ventrale plusieurs fois par jour lorsqu'il est éveillé.
 - Alternier la position du bébé lors de la mise au lit. Une journée la tête du bébé peut être placée à la tête du lit, tandis que le jour suivant elle est placée au pied du lit.
 - Un mobile peut être placé du côté opposé où le bébé a l'habitude de regarder. ●

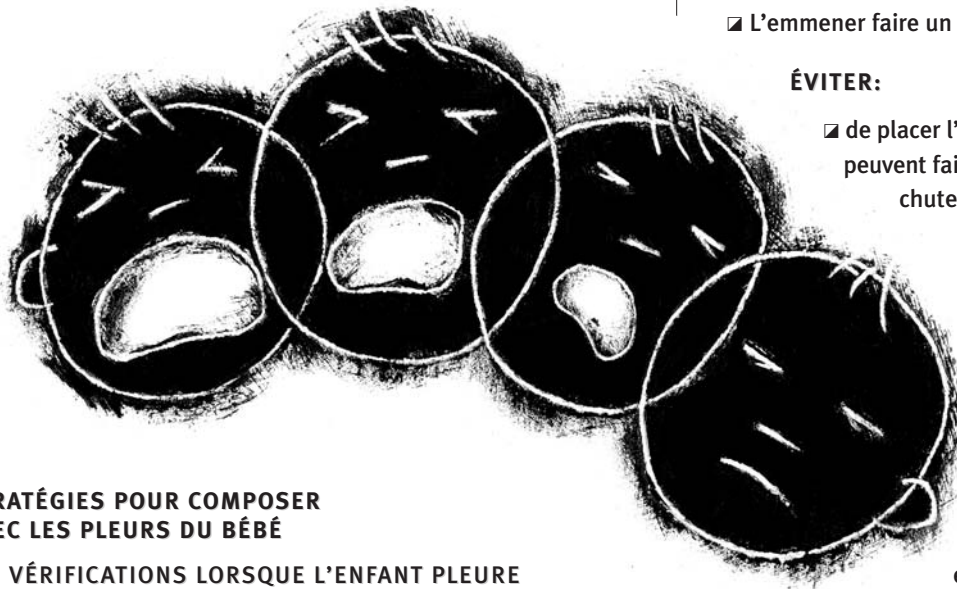
Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans, p. 62 à 64.





INFORMATION AUX PARENTS

Les bébés pleurent en moyenne 1 h à 1 h 30 par jour durant les 3 premières semaines de vie.



STRATÉGIES POUR COMPOSER AVEC LES PLEURS DU BÉBÉ

VÉRIFICATIONS LORSQUE L'ENFANT PLEURE

- ▷ A-t-il faim ?
- ▷ Le trou de la tétine est-il trop petit ?
- ▷ A-t-il besoin d'un changement de couche ?
- ▷ A-t-il besoin de faire un rot ?
- ▷ A-t-il de la douleur ?
 - Les coliques se présentent souvent en soirée.
 - Elles sont plus fréquentes de 3 semaines à 3 mois et vont en diminuant.
 - Le bébé est tendu, son visage est rouge, ses cuisses repliées sur le ventre.
- ▷ Est-il malade (fièvre, difficulté de boire) ?
- ▷ A-t-il froid ou chaud ?
- ▷ A-t-il besoin d'un changement de position ?
- ▷ A-t-il besoin de téter ?
- ▷ A-t-il besoin d'être réconforté par un contact physique ?
- ▷ Est-il fatigué ?

☑ Quand l'enfant pleure, tenter de le consoler le plus rapidement possible, en le prenant dans ses bras, par exemple.

☑ Il a été «collé» pendant neuf mois sur les bruits cardiaques de sa mère; on ne peut pas trop le gêner en le prenant contre soi, pour lui c'est même un besoin. Ainsi il apprend que l'on s'occupe de lui et qu'il peut faire confiance à ses parents.

☑ Chanter une berceuse, lui parler, lui faire écouter de la musique, l'envelopper dans une couverture réchauffée au préalable dans la sècheuse.

- ☑ Caresser son dos.
- ☑ Donner un bain.
- ☑ Le promener dans un sac ventral.
- ☑ L'emmener faire un tour d'auto.

ÉVITER:

☑ de placer l'enfant sur la sècheuse; les vibrations peuvent faire bouger l'enfant et entraîner une chute. Danger!

☑ les sacs magiques réchauffés aux micro-ondes, car ils peuvent causer des brûlures.

Si, malgré toutes ces interventions, votre bébé pleure encore et que vous êtes inquiet, consulter une infirmière ou un médecin.

Si malgré tout le bébé pleure encore et que vous ressentez impuissance, exaspération, désespoir:

NE JAMAIS SECOUER UN BÉBÉ. La musculature de son cou est faible et sa tête relativement grosse et pesante. L'impact de secousse sur la tête peut entraîner des saignements à l'intérieur du crâne, et conduire à des dommages neurologiques majeurs (retard mental, perte de la vue, de l'ouïe, paralysie, convulsions et décès).

AUTRES STRATÉGIES SUGGÉRÉES POUR PRÉVENIR LE SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ

- ▷ Demander à une personne calme, et disposée à faire face aux pleurs du bébé, de vous relayer.
- ▷ Envelopper le bébé dans une couverture, le coucher dans son berceau et quitter la chambre pour prendre du repos.
- ▷ Appeler quelqu'un pour en parler.
- ▷ Planifier des moments de répit en demandant l'aide d'une personne digne de confiance qui peut garder le bébé.
- ▷ Consulter si l'irritabilité du bébé vous inquiète.
- ▷ Faire preuve de vigilance dans le choix des gardiennes: la prudence s'impose avant de décider de laisser le bébé sous la garde d'une personne inexpérimentée, qui éprouve de la difficulté à contrôler sa colère, ou qui témoigne du ressentiment envers le nourrisson. ●



Sièges d'auto du nouveau-né

Le siège d'auto pour nouveau-né moule le corps du bébé et le retient confortablement dans une position semi-assise, avec un soutien adéquat au dos.

Il est recommandé de placer le bébé avec un autre passager au centre de la banquette arrière.

Le siège du nouveau-né est placé dans le sens contraire de la circulation. L'enfant regarde donc vers l'arrière du véhicule. Cette position permet de mieux protéger son cou et sa cage thoracique advenant un choc.

Le bébé peut être placé sur la banquette avant si :

- le véhicule n'est pas muni d'un coussin gonflable du côté du passager.
- le conducteur est seul avec le bébé.

ATTACHER LE SIÈGE DE L'ENFANT EN RESPECTANT LES CONSIGNES DU FABRICANT

Fixer le siège à la banquette de l'auto avec la ceinture de sécurité, qu'on passe dans les encoches situées sur le siège.

Passer la ceinture d'épaule (baudrier) derrière le banc.

Passer les courroies dans les fentes du siège situées un peu plus bas que les épaules du bébé, ainsi les courroies enveloppent ses épaules.

Enclencher la languette de métal dans la boucle et remonter l'attache qui relie les courroies au milieu de la poitrine de l'enfant, pour éviter qu'il ne soit éjecté de son siège lors d'un choc.

Laisser l'espace d'un doigt entre les harnais et la clavicule de l'enfant.

Tous les nouveau-nés doivent quitter l'hôpital dans un siège approprié.

Pour toute autre information, se référer au dépliant: *Un siège d'auto pour enfants mal installé: danger!* de la Société de l'assurance automobile du Québec (disponible à la SAAQ, aux postes de police de la Ville de Montréal ou dans les CLSC). Dans chaque poste de police, des policiers ont été formés pour évaluer la qualité des sièges de sécurité pour enfants et connaître leur installation.

Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans, p.17 à 19 et 359-360.

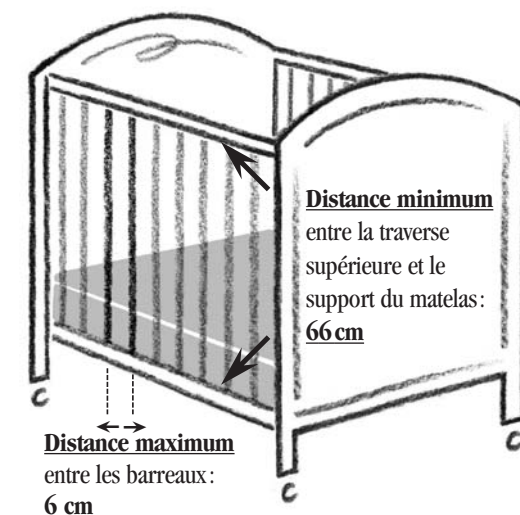
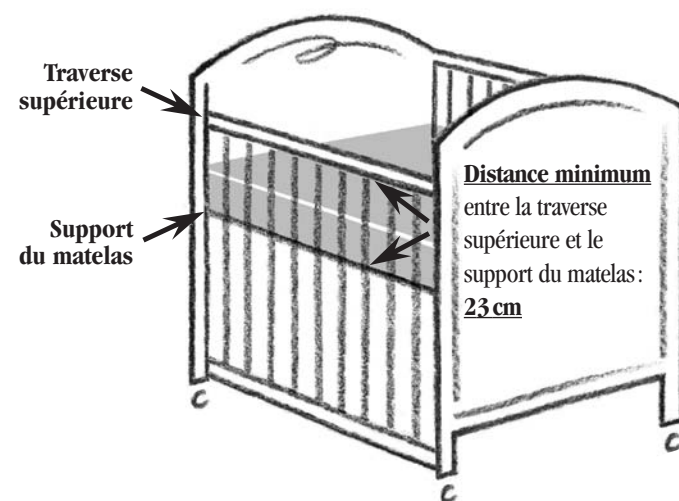
Lits d'enfants

POUR ÊTRE SÉCURITAIRE, LE LIT D'ENFANT DOIT RÉPONDRE À DES NORMES SPÉCIFIQUES

Le système de support doit être fixe. S'il est flottant, jeter ce lit (ne pas le donner à quelqu'un qui a un bébé) et se procurer un lit à support fixe.

L'espace entre les barreaux est d'un maximum de 6 cm.

La distance entre le matelas et les côtés ou extrémités du lit est d'un maximum de 3 cm.



L'épaisseur du matelas est d'un maximum de 15 cm.

Le côté abaissable est déclenché en deux coups simultanés et il s'enclenche automatiquement.

Lorsque le côté abaissable est descendu au maximum et que le support du matelas est monté au maximum, il y a une distance



minimale de 23 cm entre la traverse supérieure du côté abaissable et le support à matelas.

Lorsque le côté abaissable est monté au maximum, et que le support du matelas est à la position la plus basse, il y a une distance minimale de 66 cm entre la traverse supérieure du côté abaissable et le support à matelas.

Pour des informations supplémentaires, se référer au dépliant: *La sécurité des lits d'enfants* de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans, p. 352-353.

Exposition au soleil

COMME:

la peau est le plus grand organe du corps;

l'intensité des rayons ultraviolets est maximale entre 11 h et 16 h;

les effets les plus nocifs de l'exposition au soleil surviennent à la petite enfance;

IL EST RECOMMANDÉ:

jusqu'à l'âge de 6 mois, de placer le bébé dans des endroits ombragés. Puisque la peau est délicate, il vaut mieux éviter la crème solaire, qui peut causer des réactions allergiques.

de ne pas exposer le bébé de moins de 1 an à la lumière directe du soleil; le garder dans une poussette couverte, sous un parasol ou à l'ombre.

de garder le bébé à l'ombre et de s'assurer qu'il est bien protégé, par un chapeau à large bord et des vêtements à tissage serré. ●

Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans, p. 370-371.