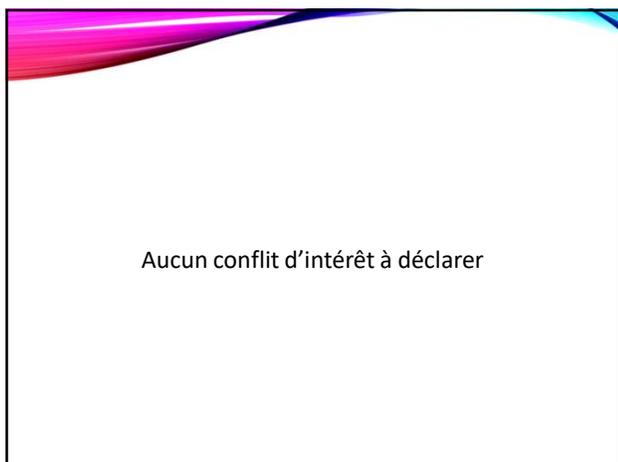
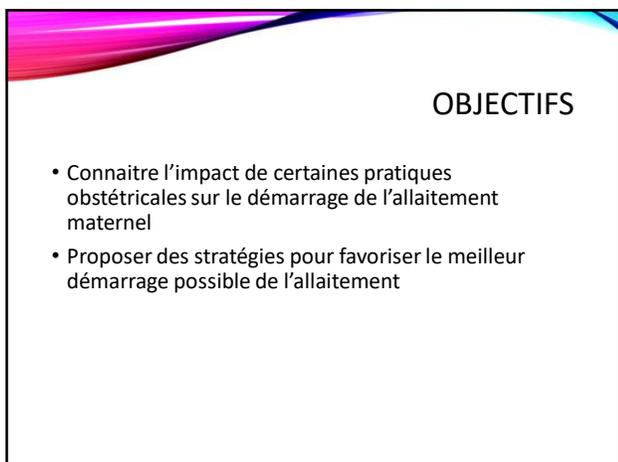




1



2



3

Quelques précisions:

- Pratiques obstétricales essentielles, qui peuvent sauver des vies
- Pas une remise en question de ces pratiques

Questionné:

- Utilisation non-discriminatoire
- Consentement éclairé

Littérature:

- Peu de données probantes
- Difficulté rencontrée: cascade d'interventions → difficile de mesurer l'effet d'une seule pratique

4

PLAN

- Péridurale
- Ocytocine
- Liquide IV à la mère
- Césarienne
- Séparation mère-bébé
- Stratégies

5

LA PÉRIDURALE

Technique qui consiste à injecter, dans l'espace épidural, une solution contenant des agents analgésiques et anesthésiques dans le but de soulager la douleur liée aux contractions utérines

Médicaments (les plus fréquents):

- Fentanyl (analgésique)
- Ropivacaine (anesthésique)



6

LA PÉRIDURALE

Taux d'anesthésies épidurales dans les accouchements vaginaux (%)

	2018-2019	2019-2020	2020-2021
Québec	73,5	74,3	76,4
Canada	60,4	61,9	64,8

Par province

Institut Canadien d'information sur la santé (ICIS) 2022

7

LA PÉRIDURALE

Taux d'anesthésies épidurales dans les accouchements vaginaux (%)

	2018-2019	2019-2020	2020-2021
Capitale Nationale	66,6	78	80,7
Montréal	76,7	78,6	80,7
Mauricie Centre du Québec	70,6	69,6	72,1

Par région

Institut Canadien d'information sur la santé (ICIS) 2022

8

LA PÉRIDURALE

Médicaments liposolubles, traversent le placenta, diffusent rapidement chez le fœtus

Fentanyl → demi-vie: 2 à 4 heures chez adulte
3 à 13 heures chez nouveau-né
ça prend 5 demi-vies pour éliminer un médicament, donc chez n-né: **jusqu'à 65 heures** pour éliminer le fentanyl accumulé

Walker, 2011

9

LA PÉRIDURALE

The Association Between Common Labor Drugs and Suckling When Skin-to-Skin During the First Hour After Birth

Étude de Brimdyr, *Birth* 2015

Association entre les médicaments reçus pendant le travail et la **succion** du nouveau-né dans la 1^{ère} heure de vie, pendant qu'il est en peau à peau avec sa mère

- 63 femmes, grossesse faible risque
- Avec ou sans anesthésie ou analgésie
- Filmer les nouveau-nés pendant 1^{ère} heure de vie, en peau à peau sur leur mère

10

LA PÉRIDURALE

En fonction de la quantité de Fentanyl reçu

Commence à diminuer à partir d'environ 150 mcg

Brimdyr, 2015

11

LA PÉRIDURALE

Commence à diminuer à partir d'environ 150 mcg

Dans l'étude: concentration Fentanyl de 2 mcg/ml
 Bolus à l'installation: 100 mcg
 Débit perfusion : 8 ml/h (donc 16 mcg/h)
 Bolus additionnel* : 4 ml q 15min (8mcg/bolus)

Donc:
 Après 4 heures de péri: 100 mcg + (16 mcg x 4) = **148 mcg + Bolus**

* Bolus auto-administré par la patiente

Petit calcul rapide....

Brimdyr, 2015

12

LA PÉRIDURALE

En fonction de la durée de la péridurale

La majorité des dyades
↓
Syntocinon

Brimdyr, 2015

13

LA PÉRIDURALE

Anesthésiques → Effet sur les nerfs sensitifs de la mère
Effet **probable** sur les **nerfs sensitifs** du nouveau-né

Coup d'œil rapide → 6 nerfs crâniens impliqués dans la tétée

14

LA PÉRIDURALE

Nerf	Fonction
Hypoglosse	Contrôle mouvements de la langue → permet de s'attacher et téter
Glossopharyngien	Sensitive: palais postérieur et langue Motrice: déglutition
Nerf vague	Sensitive et motrice : larynx, trachée, pharynx, tractus GI,
Spinal accessoire	Innerve muscles trapèze et sternocléidomastoidien: Nécessaire pour stabiliser tête de l'enfant et maintenir les voies respiratoires ouvertes
Trijumeau	Sensitive: palais, langue, mâchoire inférieure et nez Odorat
Facial	Sensitive: palais, 2/3 antérieur de la langue et dans plusieurs fonctions proprioceptives de la bouche du bébé.

15

LA PÉRIDURALE

Fonctions sensitive et motrice des nerfs peuvent aussi être affectées par:

- Forceps
- Ventouse
- Torticolis
- Etc.



16

LA PÉRIDURALE

En somme, risques de :

- diminuer les comportements spontanés de foussement et de succion
- affecter les sens (toucher, odorat...)
- diminuer capacités motrices (suction, déglutition..)

Et....

Cascade d'interventions: ocytocine, ventouse, forceps, césarienne etc.

17

PLAN

- Péridurale
- Ocytocine
- Liquide IV à la mère
- Césarienne
- Séparation mère-bébé
- Stratégies

18

OCYTOCINE NATURELLE

Grossesse et accouchement → un cocktail d'hormones

Late pregnancy hormones

→

Active labor hormones

→

Postfeeding attachment hormones

Catécholamines
 Épinéphrine
 Norépinéphrine
 Prolactine
 et
OCYTOCINE

Buckley, 2015 et 2019

19

OCYTOCINE NATURELLE

- Agit en se liant à des récepteurs, nombre varie
- Plus il y a de récepteurs, plus l'hormone agit et plus il y a d'effet

Activation: Oxytocin Receptors

Myometrial OTR Density in Pregnancy and labor

Stage	Myometrial OTR Density (receptors/cm²)
non-pregnant	1.87
13-27 wks	11
37-41 wks	1140
early labour	3550

37-41 sem Début travail

Buckley, 2019

20

OCYTOCINE NATURELLE

Mécanisme de rétroaction positive

Stronger labor contractions

↑

Increase in OT to uterus

Increase in feedback to brain

↓

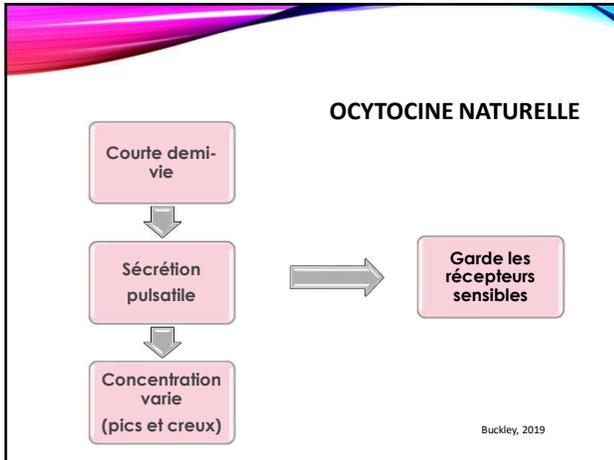
Increase in brain OT release

Ocytocine au cerveau:

- Diminue la douleur
- Réduit la mémoire
- Récompense, plaisir
- Attachement
- Active SNS, réduit SNS
- Réduit peur, augmente la confiance et la sociabilité

Buckley, 2019

21



22

OCYTOCINE NATURELLE

- Hormone sécrétée naturellement pendant le travail, l'accouchement et l'allaitement et aussi ++++ pendant **le peau à peau**
- Rôle important:
 - contraction de l'utérus
 - diminution de la douleur pendant accouchement
 - éjection du lait
 - maternage
 - interactions mère-enfant
 - amélioration du bien-être maternel pendant allaitement

23

OCYTOCINE NATURELLE

Après la naissance:

- Concentration **élevée x 60 minutes**, reliée au comportement pré-allaitement du bébé et la tétée
- Contracte utérus: diminue les saignements
- Vasodilatation a/n paroi thoracique: réchauffe le bébé
- Facilite l'expression du colostrum (si nécessaire)

En post-natal:

- Peau à peau et contact visuel: augmentent la sécrétion
- Hormone de l'allaitement
- Hormone de l'attachement

Buckley, 2019

24

OCYTOCINE SYNTHÉTIQUE

Chimiquement équivalente à l'ocytocine naturelle mais agit différemment:

- Pas sécrétée à partir du cerveau et dans le cerveau
- Passage minime à travers la barrière hémato-encéphalique
- Pas pulsatile
- Concentration élevée (désensibilise et réduit le nombre de récepteurs)

Buckley, 2019

25

OCYTOCINE SYNTHÉTIQUE

- Administrée pour induire ou accélérer le travail et l'accouchement ou en post-partum pour diminuer risque HPP 
- Peut désorganiser la sécrétion naturelle: affectant le statut d'ocytocine endogène (↓ la prolifération ou la sensibilité des récepteurs dans l'utérus et les seins): ↓ réponse ocytocine naturelle et même synthétique (*Kalmakoff 2017*)

Ces effets peuvent être évidents ad 2 mois pp
et avoir impact sur le durée allaitement



26

OCYTOCINE SYNTHÉTIQUE

Gestion active du 3^{ème} stade du travail (SOGC , 2018)

L'ocytocine (10 UI), administrée par voie intramusculaire, constitue l'agent (et la voie d'administration) à privilégier pour la prévention de l'HPP dans le cadre des accouchements vaginaux ne s'accompagnant que de faibles risques. **Les fournisseurs de soins devraient administrer ce médicament à la suite de l'accouchement de l'épaule antérieure (I-A).**



27

OCYTOCINE SYNTHÉTIQUE

Effets possibles:

- Difficulté réflexe éjection: ↑ supplémentation
- Désensibilise les récepteurs : ↑ risque hémorragie
- N'a pas l'effet antalgique et anti-stress de l'ocytocine endogène (ne traverse pas la barrière hémato-encéphalique): ↑ douleur et stress
- Affecte le comportement spontané de foussement et succion chez le nouveau-né ▶▶
- Effet anti-diurétique: œdème → sein → aréole : difficulté à prendre le sein ou à exprimer le lait ▶▶

28

OCYTOCINE SYNTHÉTIQUE

La majorité
des dyades
↓
Péridurale

Probability of Babies Achieving Sucking in First Hour

Pitocin (milli-units)

3h: ~ 70%

5h: ~ 65%

6 - 7h: 50%

Selon notre protocole:
20u dans 500 ml lactate ringer
Perfusion de **2mu par min**,
avec des **↑ de 2mu q 30 min**

Après:

3h → 1260 mu
5h → 3300 mu
6h → 4680 mu
7h → 6300 mu
8h → 8160 mu
9h → 10260 mu

Brimdyr, 2015

29

Œdème aréole

Plus souvent au sein gauche...

Photo: Diane Toussignant

30

OCYTOCINE SYNTHÉTIQUE

Effets **possibles**:

- Augmentation rapide de la force et fréquence des contractions:
 - pression sur le bébé (tête)
 - Réduit sang et oxygène au bébé
 - diminue temps de récupération entre les CU

↓

souffrance fœtale → forceps, ventouse, césarienne ...

- plus de douleur pour la mère → médication/péridurale ...

Cascade d'interventions

31

OCYTOCINE SYNTHÉTIQUE ET ALLAITEMENT

Effets **possibles**:

- Diminue la probabilité de téter dans la 1^{ère} heure de vie
- Moins de tétée dans le 1^{er} 4h de vie
- Succion plus faible
- Réduit les comportements de foussement
- Peut perturber processus physiologique de la prolactine
- Plus d'abandon d'allaitement
- Moins d'allaitement exclusif au départ de l'hôpital
- Durée d'allaitement plus courte

Note: en fonction de la dose reçue

Buckley, 2015

32

OCYTOCINE SYNTHÉTIQUE ET ALLAITEMENT

Lien avec l'allaitement à J2:

Plus la mère a reçu d'ocytocine pendant le travail, plus la concentration d'ocytocine endogène est basse dans le 2^{ème} jour post-partum

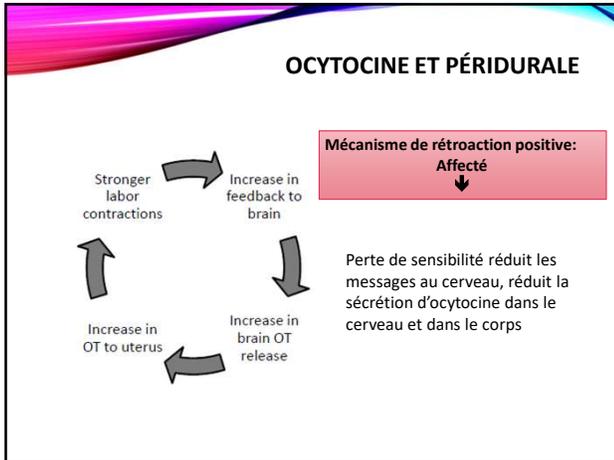
Effet anti-diurétique + ↓ d'ocytocine endogène

↓

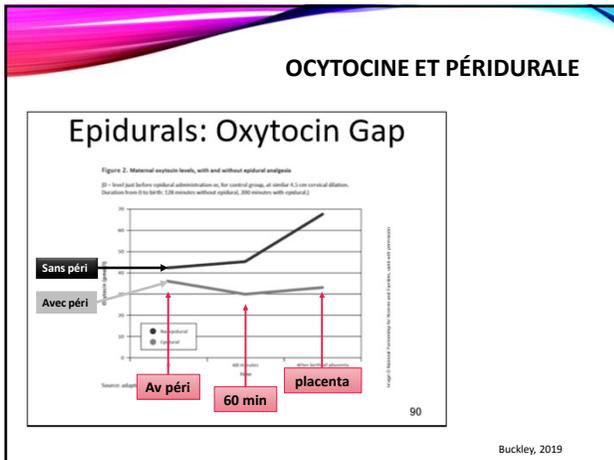
Expression du colostrum?

Buckley, 2015 et 2019

33



34



35

OCYTOCINE ET FENTANYL

Étude de Brimdyr (2019): Effet des médicaments reçus pendant le travail sur le comportement du n-né dans la 1^{ère} heure de vie

4 groupes:

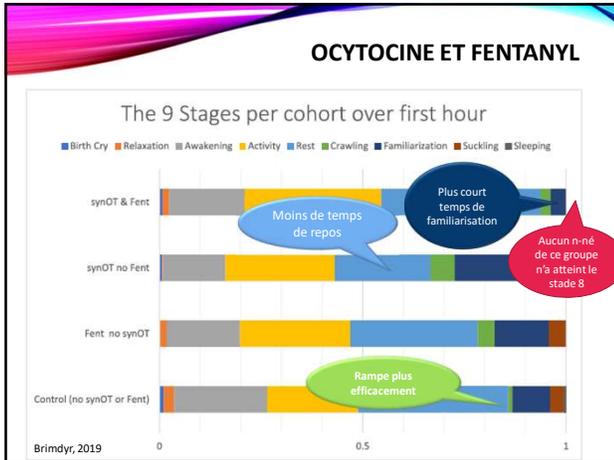
1. Contrôle, aucun médicament n=10
2. Fentanyl, pas d'ocytocine n=16
3. Ocytocine, pas de fentanyl n= 12
4. Fentanyl et ocytocine n=25

Total: 63

Évaluer la durée de chacun des 9 stades de la séquence comportementale du nouveau-né:

1. Cri de naissance
2. Relaxation
3. Éveil
4. Activité
5. Repos
6. Rampage
7. Familiarisation
8. Succion
9. Sommeil

36



37

OCYTOCINE ET FENTANYL

Étude de Brimdyr (2019): *Effet des médicaments reçus pendant le travail sur le comportement du n-né dans la 1^{ère} heure de vie*

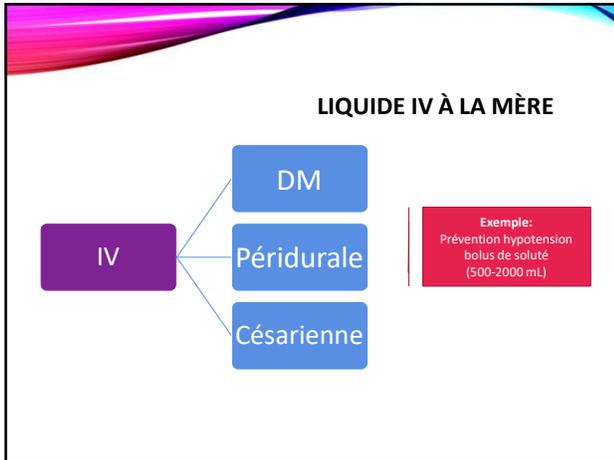
- 1^{ère} heure de vie: « once-in-a-lifetime experience » : période sensible
- Forte corrélation (inverse) entre:
 - doses fentanyl et ocytocine
 - et
 - altération du comportement du nouveau-né

38

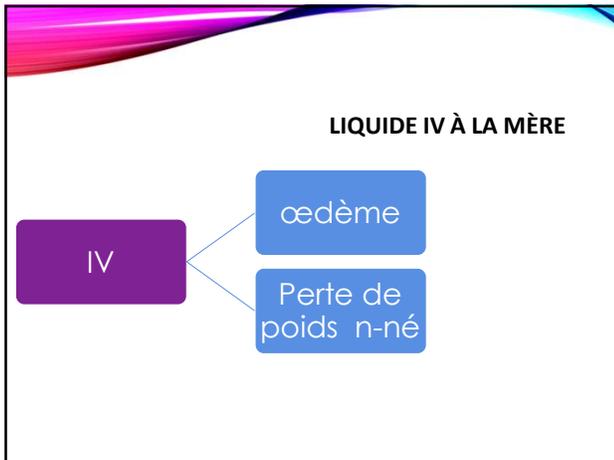
PLAN

- Péridurale
- Ocytocine
- Liquide IV à la mère
- Césarienne
- Séparation mère-bébé
- Stratégies

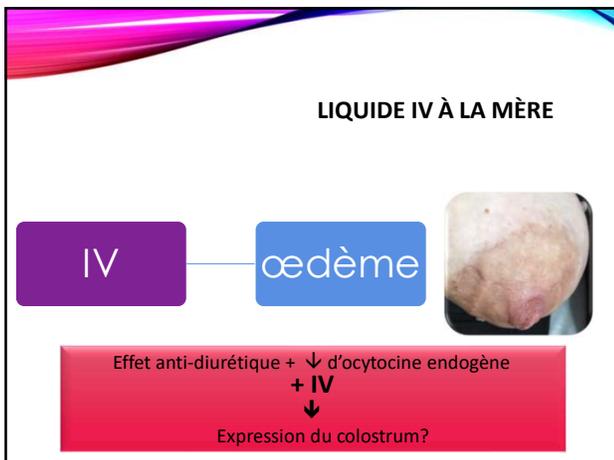
39



40



41



42

LIQUIDE IV À LA MÈRE

IV

Perte de poids
N-né

43

LIQUIDE IV À LA MÈRE

Perte de poids
N-né

Quelques recommandations:

SCP: (Liste de vérification de la préparation au congé du nouveau-né à terme)

*Lorsque la perte de poids avoisine ou dépasse 10 % du poids à la naissance, il faut évaluer l'alimentation avant le congé et offrir une **éducation et un soutien supplémentaire** à la mère. Lorsque la mère allaite, il faut prévoir des mesures pour surveiller le poids du nouveau-né et offrir un soutien à la lactation à la mère après le congé.*

SCP: Société canadienne de pédiatrie

44

LIQUIDE IV À LA MÈRE

Perte de poids
N-né

Quelques recommandations:

AAP: Normale: $\leq 7\%$, et aucune perte après 5 jours de vie
Exemple de protocole hôpital:

- normale 7%, n'excède pas 10%, retour poids naissance : J10
- > 7% premiers 72h: **évaluation/ soutien all**

ABM: perte moyenne 5,5%
8-10% peut être normale si tout le reste est ok
> 10%: transfert de lait? **requiert évaluation**

AAP: American Academy of Pediatrics
ABM: Academy breastfeeding medicine

45

LIQUIDE IV À LA MÈRE

Perte de poids
N-né

Noel-Weiss (2011):

Corrélation entre le volume perfusé et:

- délai entre la naissance et la montée laiteuse (> 72h)
- pourcentage de perte de poids et le volume des mictions et selles

Moment d'administration: impact plus important si reçu dans les 2h précédant la naissance

Recommandation: **poids de 24 h de vie comme référence**

46

LIQUIDE IV À LA MÈRE

Perte de poids
N-né

Étude de Watson et al (2012):

- Perte de poids augmente quand le volume perfusé > 2500 ml
- Prestataires de soins encouragés à **considérer les liquides IV comme un facteur qui peut contribuer** à la perte de poids du n-né

Mulder et al (2010):

- En l'absence de d'autres indicateurs d'allaitement inefficace, la perte de poids de > 7% dans le 1^{er} 48h peut être dû à une **diurèse physiologique**

47

LIQUIDE IV À LA MÈRE

Perte de poids
N-né

Hirth et al (2012):

- Après avoir exclu la médication pd travail et acc, l'anesthésie et le mode d'accouchement, **les liquides IV ont été identifié comme le facteur le plus significatif** associé à une perte de poids maximale
- Malgré que les recherches soient limitées, les résultats préliminaires ont tendance à inclure dans l'évaluation de la perte de poids de l'enfant, **les liquide reçus par la mère**

48

LIQUIDE IV À LA MÈRE

Perte de poids
N-né

Humbert, G. (2021):

- Les bébés nés par césarienne perdent plus de poids que ceux nés par voie vaginale
- La cause possible: passage transplacentaire des liquides IV perpartum
- Protocole futur: tolérance face perte de poids plus importante et renforcer le soutien à l'allaitement

49

LIQUIDE IV À LA MÈRE

Perte de poids
N-né

Exemple

- G1, 40 2/7 sem, bébé à terme et en santé, sans facteur de risques
- Césarienne pour siège
- Poids naissance: 3860 g
- Poids 24h de vie: 3564 g
- Poids 48h de vie: 3396 g

50

LIQUIDE IV À LA MÈRE

Perte de poids
N-né

<p>Dossier bébé:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Premier 24h: <ul style="list-style-type: none"> • 7 tétées (nutritives) • 5 méco / 6 mictions • Deuxième 24h: <ul style="list-style-type: none"> • 7 tétées (nutritives) • 2 méco / 5 mictions 	<p>Dossier mère:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 L IV avant césarienne
---	---

51

LIQUIDE IV À LA MÈRE

Perte de poids
N-né

- Poids naissance: 3860 g
- Poids 24h de vie: 3564 g
- Poids 48h de vie: 3396 g

↓ 7,7 %

↓ 12 %

Dossier bébé:

- Premier 24h:
 - 7 tétés (nutritives)
 - 5 méco / 6 mictions
- Deuxième 24h:
 - 7 tétés (nutritives)
 - 2 méco / 5 mictions

Dossier mère:

- 2 L IV avant césarienne

On fait quoi?

52

LIQUIDE IV À LA MÈRE

Perte de poids
N-né

- Poids naissance: 3860 g
- Poids 24h de vie: 3564 g
- Poids 48h de vie: 3396 g

↓ 7,7 %

↓ 12 %

Poids
référence 24h:
↓
↓ 4,7 %

On fait quoi?

Rien de spécial !

Explication et Réassurance ++++

53

LIQUIDE IV À LA MÈRE

Perte de poids
N-né

- Poids naissance: 3860 g
- Poids 24h de vie: 3564 g
- Poids 48h de vie: 3396 g

↓ 7,7 %

↓ 12 %

Poids
référence 24h:
↓
↓ 4,7 %

Ce qui a été fait?

10 mL de PCN à 48h de vie

Et supplémenter q boire ad prise de poids

54

LIQUIDE IV À LA MÈRE

Perte de poids
N-né

Conclusion

Poids du n-né:

- Un élément d'évaluation parmi plusieurs autres et non le seul critère à considérer pour une décision clinique
- Poids de référence à 24h de vie?

IMPORTANT: Évaluation de la situation globale

(et non des décisions basées sur un seul chiffre)

55

PLAN

- Péridurale
- Ocytocine
- Liquide IV à la mère
- Césarienne
- Séparation mère-bébé
- Stratégies

56

CÉSARIENNE

- Taux total de césarienne (%)
- Par province

	2018-2019	2019-2020	2020-2021
Québec	25,5	25,7	26,1
Canada	29,4	29,9	31

Institut Canadien d'information sur la santé (ICIS) 2022

57

CÉSARIENNE

- Taux total de césarienne (%)
- Par région

	2018-2019	2019-2020	2020-2021
Capitale Nationale	27,4	27,4	27,1
Montréal	28	28,4	28,2
Mauricie Centre du Québec	20,4	20	21,3

Institut Canadien d'information sur la santé (ICIS) 2022

58

CÉSARIENNE

Hobbs et al, (2016) Étude canadienne, Alberta **3021 mères**

Contexte théorique: les mères qui ont une césarienne:

- Allaité moins
- Retard d'initiation à l'allaitement, pouvant être associé à:
 - Séparation mère-bébé (moins de peau à peau)
 - ↓ habileté du bébé à téter
 - ↓ réceptivité du bébé
 - ↓ production de lait

59

CÉSARIENNE

Hobbs et al, (2016) Étude canadienne, Alberta 3021 mères

Résultats:
Association entre le mode d'accouchement et:

- Succès première tétée
- Allaitement dans le 1^{er} 24h de vie
- Succès de l'allaitement au départ de l'hôpital
- Besoin d'aide en postnatal

Les mères ayant eu une **césarienne d'urgence** avaient de moins bons résultats que les mères ayant accouché par voie vaginale ou par césarienne planifiée

60

CÉSARIENNE

Hobbs et al, (2016) Étude canadienne, Alberta 3021 mères

Résultats: patiente ayant eu césarienne, **problèmes** de:

- Prise du sein
- Positionnement (douleur)
- Transfert de lait (plus bas dans les 5 premiers jours)
- Retard montée laiteuse

Hypothèse: perturbation de la réaction hormonale qui stimule la lactogénèse, causée par stress de la mère ou la diminution de la sécrétion d'ocytocine

61

CÉSARIENNE

Hobbs et al, (2016) Étude canadienne, Alberta 3021 mères

Characteristic	Vaginal n (%)	Emergency CS n (%)	Planned CS n n (%)	P-value
No intention to breastfeed	3.4	2.7	7.4	0.003
Not initiate breastfeeding	1.8	2.5	4.3	0.012
Difficulties	28.9	41.1	32.6	0.002
Used more resources before leaving hospital	40.0	67.1	49.3	<.001
Used more resources after leaving hospital	51.9	57.8	40.6	<.001

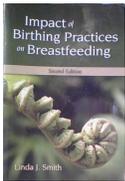
62

CÉSARIENNE

L. J. Smith (Congrès ILCA Chicago, 2016)

Césarienne:

- Impact sur l'allaitement, l'adaptation maternelle et l'HPP
- Mère et bb: manque l'élévation d'épinéphrine et norépinéphrine qui survient en fin de travail : moins alertes
- Plus de morbidité néonatale
- Douleur post-partum plus importante: moins mobilité
- Plus de médication
- Séjour hôpital plus long
- Plus de frustration maternelle et de ↓ estime de soi



63

CÉSARIENNE

Buckley 2015:

- Perturbation de la réaction hormonale 2 jours post-partum après césarienne urgence: absence ou diminution oxytocine pulsatile et possiblement, pas élévation prolactine
- Initiation de l'allaitement: 240 min si césarienne, comparé à 75 minutes si accouchement vaginal
- Perturbation sécrétion prolactine: peut manquer élévation pré-travail, pic pendant le travail et ↑ post-partum (même avec tétée précoce)

64

PLAN

- Péridurale
- Ocytocine
- Liquide IV à la mère
- Césarienne
- Séparation mère-bébé
- Stratégies

65

SÉPARATION MÈRE-BÉBÉ

Beaucoup de données, récentes et moins récentes!

Buckley 2015:

- Absence de peau à peau: ↓ oxytocine
- Perturbe processus normal d'initiation à l'allaitement
- Possible déficit hormones maternelles et processus d'adaptation: impact long terme sur l'attachement

66

SÉPARATION MÈRE-BÉBÉ

Beaucoup de données, récentes et moins récentes!

Righard (1990):

38 bébés non-séparés (PAP minimum 1h ou jusqu'après la 1^{ère} tétée)

34 bébés séparés après 15-20 min de PAP pour des soins de routine qui prennent environ 20 min. Ensuite les bébés étaient retournés à leur mère

67

SÉPARATION MÈRE-BÉBÉ

Righard (1990):

Résultats:

	Succion		Pas de succion après 2 hres de vie
	Correct	Incorrect	
Non-séparés	24	4	10
Séparés	7	11	16

Différences significatives

68

SÉPARATION MÈRE-BÉBÉ

Righard (1990):

Résultats:

	Succion		Pas de succion après 2 hres de vie
	Correct	Incorrect	
Non-séparés	24	4	10
Séparés	7	11	16

Lorsque le bb retournait sur sa mère → perte des réflexes
Alors, la mère amenait son mamelon près de la bouche du bébé et dès que le bb ouvrait la bouche, elle insérait son mamelon, ce qui résultait prise du sein superficielle

69

SÉPARATION MÈRE-BÉBÉ

Bramson 2010 (cité dans Cadwell 2017) :

- Plus de **22000** dyades
- Effet du PAP immédiat ou de la séparation précoce sur l'**allaitement exclusif à l'hôpital**



Relation **dose-réponse forte** entre PAP immédiat à la naissance et l'allaitement maternel exclusif à l'hôpital

70

SÉPARATION MÈRE-BÉBÉ

L. J. Smith (Congrès ILCA Chicago, 2016)

- Affecte initiation et le maintien de l'allaitement
- Augmente supplémentation
- Augmente l'utilisation de la suce
- Affecte le développement du lien mère-enfant
- Augmente les risques d'infections nosocomiales

71

SÉPARATION MÈRE-BÉBÉ

Walker 2011

Effets secondaires possibles:

- Réduit interaction mère-bébé
- Réduit l'opportunité d'apprendre à reconnaître les signes de faim
- Diminue l'accès au sein (moins de tétées)
- Augmente la supplémentation
- Peut retarder la lactogénèse 2
- Bébé pleure davantage
- Enfant expérimente moins de sommeil calme

72

SÉPARATION MÈRE-BÉBÉ

Walker 2011
Effets secondaires possibles (suite):

- Enfant sursaute plus
- Température plus basse (bébé)
- Glycémie plus basse (bébé)
- Diminution durée de l'allaitement
- Bébé exposé à beaucoup plus de stimuli (lumière, bruit...)

73

PLAN

- Péridurale
- Ocytocine
- Liquide IV à la mère
- Césarienne
- Séparation mère-bébé
- Stratégies

74

STRATÉGIES

Facile!!!!

- Accouchement physiologique
- Peau à peau ininterrompu pendant 2 heures
- Tétée précoce



peut-être un peu trop utopique.....

75

STRATÉGIES

Enfin...
 Pourquoi le bébé ne tète pas?
 Pourquoi l'expression du colostrum est difficile?

- **FORMER / INFORMER**
- **EXPLIQUER**
- **RÉASSURER**

Les parents (parfois aussi les professionnels) sur la « normalité » de la situation étant donné les circonstances

Décision éclairée:
 Expert de contenu (professionnel)
 Expert de ce qui est le + imp (parent)
 Canal de communication

76

STRATÉGIES

Et, en plus des meilleures pratiques :

- Accouchement physiologique
- Peau à peau ininterrompu pendant 2 heures
- Tétée précoce

Respecter le rythme du bébé

↓

Phases d'adaptation

77

Les phases du bébé

	PHASE 1 0 à 4-6 h de vie	PHASE 2 4-6 h à 20-24 h de vie	PHASE 3 20-24 h à 36-48 h de vie	PHASE 4 Plus de 48 h de vie
	Éveillé ou sommeil léger	Récupération	« Rattrapage »	Trouve son rythme
	Le bébé est éveillé, actif, avec un bon réflexe de succion.	Le bébé récupère du travail et de l'accouchement. Il est plus endormi, les signes de faim peuvent être moins évidents.	Bébé très éveillé, dort peu. Il prend conscience de son nouvel environnement et il expérimente de nouvelles sensations. Il veut qu'on s'occupe de lui. Correspond souvent à la 2 ^e nuit!	Au retour à la maison, le bébé boit et dort selon son propre rythme.
États du nouveau-né				
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> • Contact peau à peau. • Laisser le bébé aller au sein. • Pas de limite de temps. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contact peau à peau. • Mise au sein aux premiers signes de faim. • Compression du sein. • Expression du lait maternel au besoin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contact peau à peau +++. • Mises au sein fréquentes. • Compression du sein. • Garder le bébé sur vous après la tétée sans trop le bouger, jusqu'à ce qu'il soit en sommeil profond. • Expression du lait maternel au besoin. <p>TRAVAILLER EN ÉQUIPE : Papa dort pendant la mise au sein et ensuite, si le bébé ne dort pas, il prend la relève pour que maman dorme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contact peau à peau • Mise au sein dès les premiers signes de faim.

78

STRATÉGIES

PHASE 2
4-6 h à 20-24 h de vie

Récupération

Le bébé récupère du travail et de l'accouchement. Il est plus endormi, les signes de faim peuvent être moins évidents.

- Contact peau à peau.
- Mise au sein aux premiers signes de faim.
- Compression du sein.
- Expression du lait maternel au besoin.

Plutôt un allaitement «normal» selon la situation...un allaitement en « installation »?

79

STRATÉGIES

PHASE 3
20-24 h à 36-48 h de vie

« Piétrapage »

Bébé très éveillé, dort peu. Il prend conscience de son nouvel environnement et il expérimente de nouvelles sensations. Il veut qu'on s'occupe de lui. Correspond souvent à la 2^e nuit!

- Contact peau à peau ++++
- Mises au sein fréquentes.
- Compression du sein.
- Garder le bébé sur vous après la tétée sans trop le bouger, jusqu'à ce qu'il soit en sommeil profond.
- Expression du lait maternel au besoin.

TRAVAILLER EN ÉQUIPE:
Papa dort pendant la mise au sein et ensuite, si le bébé ne dort pas, il prend la relève pour que maman dorme.

Pas nécessairement!

80

STRATÉGIES

Et, en plus des meilleures pratiques :

- Accouchement physiologique
- Peau à peau ininterrompu pendant 2 heures
- Tétée précoce

Plus facile de le faire moins longtemps plus souvent!

- **Expression du colostrum ++++**
↳ Contre-pression → oedème
- **Peau à peau au-delà du post-partum imm**
(pas seulement quand l'allaitement présente des défis)

81

STRATÉGIES

Et, en plus des meilleures pratiques :

- Accouchement physiologique
- Peau à peau ininterrompu pendant 2 heures
- Tétée précoce

Évaluation globale de la situation

82

STRATÉGIES

Et, en plus des meilleures pratiques :

- Accouchement physiologique
- Peau à peau ininterrompu pendant 2 heures
- Tétée précoce

A plus grande échelle:

- Encourager les décideurs à "investir" en allaitement
- Implanter Initiative Amis des Bébés
- Adopter le code de commercialisation des substituts du lait maternel

↓

Augmenter connaissances, compétences et **SOUTIEN**

83

CONCLUSION

De plus en plus de recherches démontrent
que les pratiques de soins en maternité
peuvent perturber les processus hormonaux,
diminuer leurs bénéfices
et créer de **nouveaux défis!**

84

Pas de recette!!!

Quand on comprend ce qui se passe,
nos interventions sont souvent mieux adaptés
et surtout **explicables**

↓

Tout le monde est plus confiant, moins stressé !!!

Moins de stress ⇔ plus d'ocytocine

Plus d'ocytocine ⇔ plus de lait !

85

Questions?
Commentaires?

Merci!

86

RÉFÉRENCES

- AAP. *Sample Hospital Breastfeeding Policy for Newborns*, American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding, Breastfeeding Support, Tools for Clinicians. Repéré à <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/clinical-practice-guidelines-for-breastfeeding-policy.pdf>
- ABM (2009). ABM Clinical Protocol #3: Hospital Guidelines for the Use of Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2009, *Breastfeeding medicine* Volume 4, Number 3, 2009, pages 179-182
- Bai, D. L., Wu, K. M. et Tarrant, M. (2013). Association between intrapartum interventions and breastfeeding duration. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 58(1), 25-32. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00254.x>
- Bell, A. F., White-Traut, R. et Rankin, K. (2013). Fetal exposure to synthetic oxytocin and the relationship with prefeeding cues within one hour postbirth. *Early Human Development*, 89(3), 137-143. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.earhumdev.2012.09.017>
- Brimdyr, K., Cadwell, K., Widstrom, A. M., Svensson, K., Neumann, M., Hart, E. A., ... Phillips, R. (2015). The association between common labor drugs and suckling when skin-to-skin during the first hour after birth. *Birth*, 42(4), 319-328. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1111/birt.12186>
- Brimdyr, K., Cadwell, K., Widstrom, A. M., Svensson, K., et Phillips, R. (2019). The effect of labor medications on normal newborn behavior in the first hour after birth: A prospective cohort study. *Early human development*, 132, (2019) 30-36
- Buckley, Sarah, (2019) Induction of labor: Hormonal Costs and consequences for mothers and babies, Handout of opening keynote in Gold perinatal online conference, by webinar, Octobre 2019
- Buckley S., (2015) *Hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies and maternity Care*, in www.childbirthconnection.org, 225 pages
- Cadwell, C. et al. (2017). Intrapartum administration of synthetic oxytocin and downstream effects on breastfeeding: elucidating physiologic pathways, *Annals of nursing research and Practice*, vol 2, issue 3, 8 pages.
- Dozier, A. M., Howard, C. R., Brownell, E. A., Wissler, R. N., Glantz, J. C., Terrullo, S. R., ... Lawrence, R. A. (2013). Labor epidural anesthesia, obstetric factors and breastfeeding cessation. *Maternal and Child Health Journal*, 17(4), 689-698. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-012-1045-4>

87

RÉFÉRENCES

- French, C. A., Cong, X. et Chung, K. S. (2016). Labor Epidural Analgesia and Breastfeeding: A Systematic Review. *Journal of Human Lactation*, 32(3), 507-520. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1177/0890334415623779>
- Gionet, L. (2013). Tendances de l'allaitement au Canada. *Statistique Canada*, 62-624-X. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/statcan/92-624-x/92-624-x2013001-3-fra.pdf
- Gu, V., Feeley, N., Gold, I., Hayton, B., Robins, S., Mackinnon, A., ... Zolkowitz, P. (2016). Intrapartum synthetic oxytocin and its effects on maternal well-being at 2 months postpartum. *Birth*, 43(1), 28-35. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1111/birt.12198>
- Hirth, R., (2012). Maternal intravenous fluid and infant weight. *Clinical lactation*, vol 3-2, p. 59-63
- Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M. et Tough, S. C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 90. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1>
- Humbert, G. (2021) Impact du mode d'accouchement sur la cinétique pondérale du nouveau-né allaité. *Soins pédiatrie et puériculture*, no 322, septembre/octobre, pages 40-46
- Institut Canadien d'information sur la santé, (2022) Hospitalisations et accouchements 1995-1996 à 2020-2021 --Statistiques supplémentaires, Ottawa, CN: ICIS
- Jordan, S., Emery, S., Watkins, A., Evans, J. D., Storey, M. et Morgan, G. (2009). Associations of drugs routinely given in labour with breastfeeding at 48 hours: Analysis of the Cardiff Births Survey. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(12), 1622-1629; discussion 1630-1622. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02256.x>
- Kalmakoff, S., Gray, A. et Baddock, S. (2017). Predictors of supplementation for breastfed babies in a « Baby-Friendly » hospital. *Women Birth*. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.08.131>
- Langlois, H., Chaillet, N., Gagné, J. P., Moutquin, J. M. et Senikas, V. (2014). Le déclenchement du travail (p. 3). Repéré à <https://www.inspq.gc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/declenchement-du-travail.pdf>

88

RÉFÉRENCES

- Lavoie, A. et Dumitru, V. (2011). L'allaitement maternel : une pratique moins répandue au Québec qu'ailleurs au Canada. *Zoom santé*, octobre 2011(28), 1-8. Repéré à http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201109_28.pdf
- Lind, J. N., Perrine, C. G. et Li, R. (2014). Relationship between use of labor pain medications and delayed onset of lactation. *Journal of Human Lactation*, 30(2), 167-173. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1177/0890334413520189>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018*, p. 57. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-318-D1.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017, 20 juin). *Taux d'allaitement fixé par le programme « Ami des bébés »*. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/amis-des-bebes/taux-d-allaitement-fixe-par-le-programme-ami-des-bebes/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018, 10 avril). *Statistiques sur les soins et services en santé périnatale*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-00173178date=DESC>
- Mulder, P.J. (2010). *Excessive weight loss in breastfed infants during the postpartum hospitalization*, *JOGNW*, vol 39, issue 1, pages 15-26
- Neill, G., Beauvais, B., Plante, N. et Haiek, L. N. (2006). *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*. Repéré à http://www.lbdso.gouv.qc.ca/96c3-ten/multimedia/P901670_recueil_allaitement2006f00.pdf
- Noel-Weiss, J., (2011). An observational study of associations among materna fluids during parturition , neonatal output and breastfed newborn weight loss, *International breastfeeding journal*, 6,9, 10 pages
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Mise en œuvre de l'initiative Amis des Bébés dans les pays en 2017*. Repéré à <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255430/WHO-WMH-NHRC-17-4-fre.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Repéré à <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

89

RÉFÉRENCES

- Righart, L., (1990). Effect of delivery room routines on success of first breast-feed, *The Lancet*, vol. 336, p. 1105-1108
- Société Canadienne de pédiatrie, (2018) *Faciliter le congé du nouveau-né à terme et en santé*, Document de principe, Novembre 2018
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2009) *Prise en charge active du troisième stade du travail: Prevention et prise en charge de l'hémorragie postpartum*, SOGC. No 235, octobre 2009
- Smith, L. J. (2010). *Impact of birthing practices on breastfeeding* (2^e éd.) (p. 5). Burlington, MA : John and Bartlett Publishers Learning.
- Smith, L. J. (20-23 juill. 2016). *Birthing practices and their impact on breastfeeding*. Atelier au Congrès de l'International Lactation Consultant Association, Chicago (IL).
- Uvnäs-Moberg, K., et al. (2019) Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth – a systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19:285, 17 pages
- Walker, M. (2011). *Breastfeeding management for the clinician, using the evidence* (2^e éd.) (p. 204). Burlington (MA) : John and Bartlett Learning.
- Watson, J., (2012). A randomized controlled trial of the effect of intrapartum intravenous fluid management on breastfed newborn weight loss, *JOGNW*, vol 41, issue 1, pages 24-32

90