

COURS PRÉNATAUX

DOCUMENT DES PARENTS

Présenté par Mélissa Petit et Jennifer Picard, infirmières cliniciennes
Élaboré par Geneviève Lavigne et Mélissa Petit
Pavillon des Naissances
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins de Cowansville
Révisé par le service d'anesthésiologie
Mise à jour : 14/04/2020

ENSEMBLE
pour la
Vie

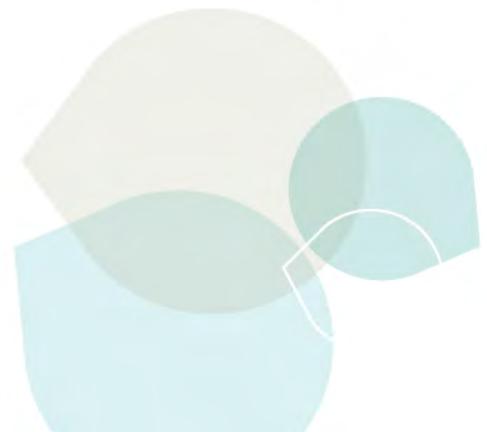
QUI SOMMES-NOUS?

- **Initiative Amis des bébés:**

- Programme de qualité des soins initié par l’OMS et l’Unicef qui repose sur des données probantes. Cette initiative vise à créer des milieux de soins où l’allaitement maternel constitue la norme . Dans un établissement « Amis des bébés» toutes les familles profitent du programme que le bébé soit allaité ou non . (MSSS 2020) .

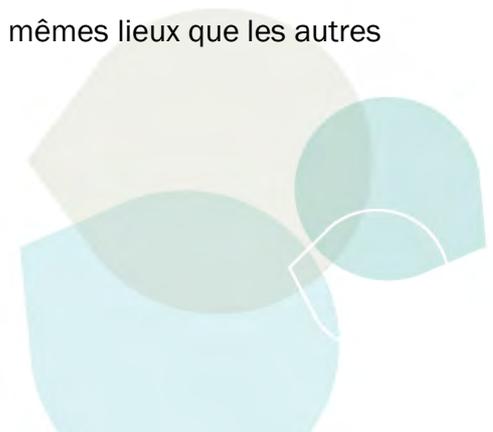
- **International childbirth initiative**

- Modèle de soins faisant la promotion de la santé et du bien-être de toutes les femmes et leur bébé pendant la grossesse , l’accouchement et l’allaitement . Ce modèle permet de :
- Développer l’appropriation et réappropriation de son pouvoir en matière d’accouchement
- Développer la culture de l’accouchement physiologique
- Améliorer notre accompagnement
- Développer des méthodes non-pharmacologiques
- Responsabiliser tous ceux qui interviennent



QUI SOMMES-NOUS (SUITE)

- **Initiative Amis des pères au sein des familles (IAP)**
 - Permet d'accompagner les pères dans leur vécu et leurs préoccupations lors des interactions avec le personnel soignant en périnatalité . Cette initiative valorise l'engagement paternel. (Montigny , Gervais & Dubeau , 2017)
- **Programme AMPRO:**
 - Signifie l'Approche Multidisciplinaire en Prévention des Risques Obstétricaux cette approche a été développé par la Société des obstétriciens gynécologues du Canada (SOGC) , Le programme vise à l'amélioration de la qualité des soins et la diminution des risques indésirables .
- **Amis des chiens d'assistance :**
 - Permet de s'assurer que le propriétaires de chiens d'assistance aient accès aux mêmes lieux que les autres usagers .



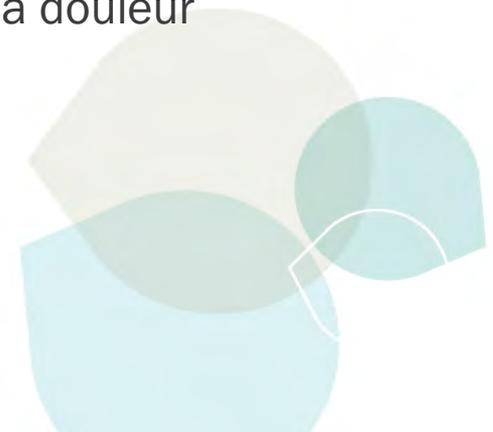
NOS OBJECTIFS

- 1. Informer les couples des multiples bienfaits d'une approche physiologique de l'accouchement.**
 - Dans le but de favoriser la santé de la mère et de l'enfant, l'attachement et l'allaitement maternel.
- 2. Optimiser les forces et les ressources intérieures de la femme.**
 - Afin de mieux soulager la douleur physique du travail et de l'accouchement.
 - Et ultimement, favoriser la satisfaction du couple suite à cette expérience de vie unique.
- 3. Informer et préparer les couples face aux différentes étapes de l'accouchement et les différentes avenues possibles.**



PROGRAMME

- 1) Qu'est-ce qu'une naissance physiologique?
- 2) Nos ressources endogènes: Les hormones
- 3) La préparation du corps à l'accouchement
- 4) La physiologie normale du travail et de l'accouchement
- 5) Quand faut-il se présenter à l'hôpital?
- 6) La douleur du travail et de l'accouchement
- 7) Méthodes non-pharmacologiques de soulagement de la douleur
- 8) Méthodes pharmacologiques de soulagement de la douleur
- 9) Positions durant le travail
- 10) Positions durant l'accouchement
- 11) Interventions obstétricales possibles



QU'EST-CE QU'UNE NAISSANCE PHYSIOLOGIQUE?

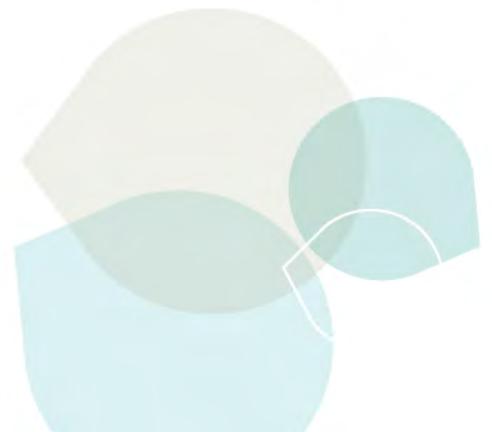
- La naissance physiologique est définie comme une approche du travail et de l'accouchement qui maximise les forces inhérentes et la physiologie normale de la femme et du fœtus et s'abstient d'interventions extérieures à moins que le bien-être ou la sécurité de la paire ne soient compromis.
- Inversement, la naissance médicalisée remplace la biologie et utilise des interventions (médicaments et procédures chirurgicales).
- On peut combiner les deux approches, mais la femme qui accouche devrait toujours être en contrôle absolu (consentement éclairé).

(Bonapace, J. & al., 2018)



NOS RESSOURCES ENDOGÈNES: LES HORMONES

- Ocytocine
- Endorphines
- Adrénaline
- Prolactine



L'OCYTOCINE

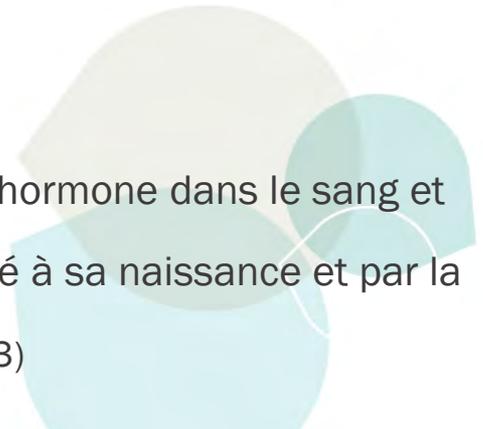
- **Hormone qui provoquent les contractions utérines durant le travail.**
- L'ocytocine est également à l'origine:
 - **Réflexes d'éjection qui expulsent le fœtus et le placenta**
 - **Réflexe d'éjection du lait maternel**
- L'ocytocine libérée dans la circulation sanguine a des effets tant psychologique que physique:
 - **Favorise l'amour, l'attachement et le calme**
 - **Atténue la douleur**
- Le taux d'ocytocine augmente chez la mère durant le travail et s'accroît lors de l'accouchement (Pic d'ocytocine...réflexe de Ferguson)
- Traverse la barrière placentaire, alors bébé bénéficie des bienfaits de cette hormone.
- Suite à la naissance, le contact peau à peau mère-enfant fait monter ce taux.
- Donne lieu à des contractions utérines efficaces qui préviennent l'hémorragie post-partum.
- La poursuite du peau à peau, le contact visuel, le toucher et la stimulation des mamelons par le bébé contribuent à une sécrétion optimale.

(Bonapace, J. 2013)

LES ENDORPHINES

- **Hormone analgésique** sécrétée par le cerveau pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement.
- Le taux de cette hormone dans la circulation sanguine est élevé durant la grossesse, mais augmente exponentiellement à la douleur durant le travail
- Rôles principaux:
 - **Soulagement de la douleur**
 - **Altère l'état de conscience des mères**
 - Suite à l'accouchement, peuvent déclencher un **sentiment de plaisir et d'euphorie immense**
 - **Responsable du lien d'attachement**
- L'accouchement physiologique entraîne un taux élevé de cette hormone dans le sang et le colostrum, ce qui pourrait faciliter l'adaptation du nouveau-né à sa naissance et par la suite s'il est allaité.

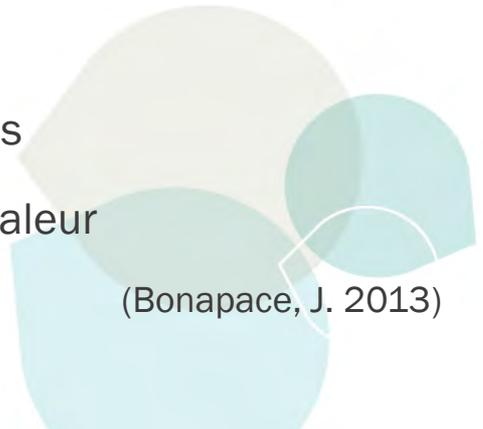
(Bonapace, J. 2013)



L'ADRÉNALINE

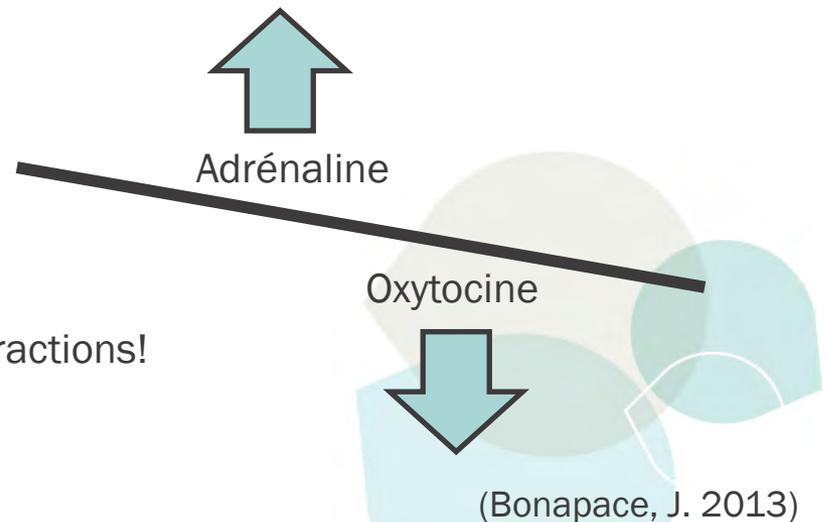
- **Hormones du stress**
- La quantité de ce type d'hormones dans la circulation sanguine devient élevée à la fin du travail et diminue rapidement après la naissance.
- Cette hausse en fin du travail permet:
 - **Augmentation de l'attention et de l'énergie de la femme.**
 - **Procure à la femme les ressources nécessaires pour faire naître son enfant.**
- De plus, cette hausse soudaine prépare le fœtus à sa venue au monde:
 - En le protégeant contre une baisse du taux d'oxygène
 - En optimisant ses fonctions respiratoires et métaboliques
 - En optimisant également sa capacité à produire de la chaleur

(Bonapace, J. 2013)



L'ADRÉNALINE (SUITE)

- Le stress et les dérangements perturbent l'équilibre hormonal délicat pouvant perturber le travail.
- Un de ces mécanismes hormonaux observés est l'élévation du taux d'adrénaline dans la circulation sanguine.
- Cette augmentation peut venir altérer la quantité et la qualité des contractions.
- Exemples de stress pouvant faire augmenter le taux d'adrénaline durant le travail:
 - Changements d'endroits
 - Lumières vives
 - Bruits excessifs
- Un stress excessif peut même arrêter les contractions!



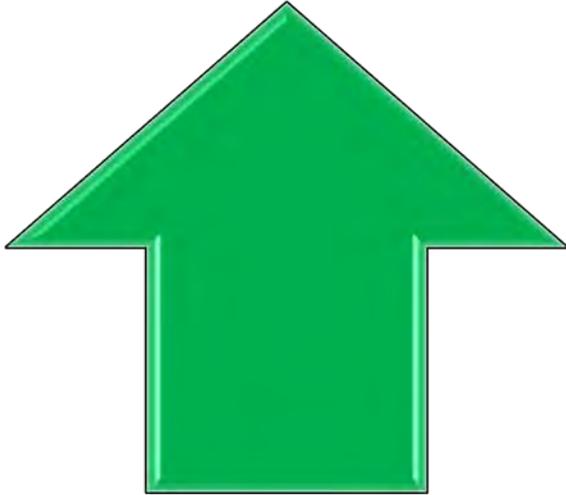
LA PROLACTINE

- Hormone qui stimule la production de lait maternel.
- La prolactine optimise également l'adaptation de la femme à son nouveau rôle de mère.
- Cette hormone peut aussi:
 - Réduire le stress
 - Réduire le désir sexuel (Permet la guérison du corps de la femme)
- Le taux de prolactine augmente graduellement durant la grossesse, mais la production de lait maternelle est inhibée par voie hormonale jusqu'à l'expulsion du placenta.
- Une fois le placenta expulsé, le taux élevé de prolactine dans la circulation sanguine stimule ses récepteurs et favorise une production de lait maternel adéquate.
- Fait intéressant, les pères qui participent activement aux soins de bébé et au jeu à deux secrètent eux aussi de la prolactine réduisant ainsi leur niveau de stress et leur désir sexuel afin que la dynamique familiale soit plus équilibrée!

(Bonapace, J. 2013)

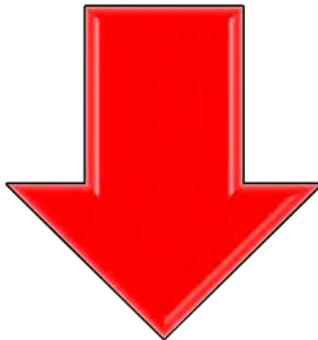


EN RÉSUMÉ...



Ocytocine, endorphine et prolactine

- La dilatation du col progresse normalement.
- La femme demeure calme, confortable et sa confiance en elle-même augmente.
- Suite à la naissance le lien mère-enfant est supporté et l'allaitement maternel s'amorce bien.

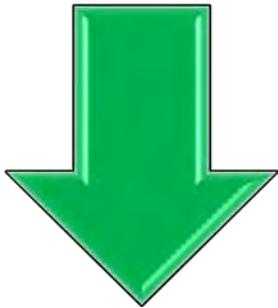


Adrénaline

Il y a absence de peur, de fuite et de colère.

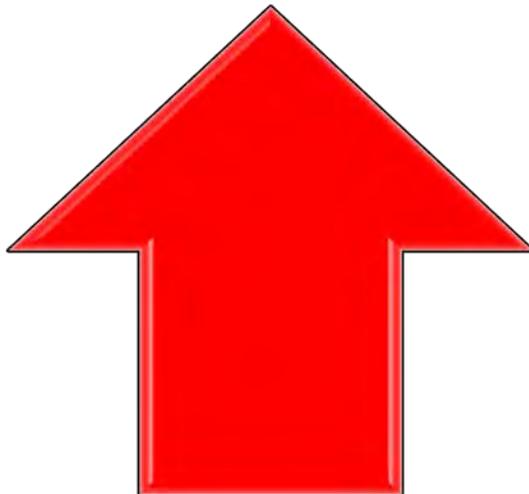
- Les contractions ne ralentissent pas et ne deviennent pas irrégulières.
- La douleur des contractions ne devient pas de la souffrance, ni intolérable pour la femme en travail.

ET INVERSEMENT...



Ocytocine, endorphine et prolactine

- La dilatation du col progresse lentement ou pas.
- La femme a de la difficulté à demeurer calme, confortable et confiante
- Le lien mère-enfant et l'allaitement maternel peut être plus difficile initialement.



Adrénaline

La peur s'installe.

- Les contractions peuvent ralentir, devenir plus irrégulières et diminuer en intensité.
- La douleur des contractions devient de la souffrance et intolérable pour la femme en travail.

(Bonapace, J. & al. 2018)

CE QUI AIDENT VERSUS CE QUI PERTURBENT

Facteurs favorisants

- Cultiver la confiance
- Pénombre
- Limiter le bruit
- Température ambiante confortable
- Pouvoir manger et boire
- Liberté de mouvements
- Présence de personnes significatives et aidantes

Facteurs nuisibles

- Cultiver le doute et la peur
- Lumières vives
- Bruits excessifs
- Froid
- Se sentir observée
- Se faire poser des questions
- Certains examens

(Bonapace, J. 2013)



LA PRÉPARATION DU CORPS À L'ACCOUCHEMENT



LA PRÉPARATION DU CORPS À L'ACCOUCHEMENT

Un principe de base...

... La femme accouche avec son corps

Une bonne forme physique constitue la base de la préparation du corps pour l'accouchement, elle aide à créer les conditions propices à un accouchement aisé. Une bonne forme physique permet au corps *de se renforcer, s'assouplir et de s'aligner.*

(Bonapace, J. & al. 2018)





 Ne pas faire avant 36 sem. : Favorise dilatation du col

 Prépare le périnée en le renforçant et l'assouplissant

Image repérée:
(Bonapace, J. 2013)

LA MARCHÉ

- Une simple marche quotidienne d'environ 30 minutes est bénéfique pour l'accouchement.
- Elle renforce et assouplit votre bassin.
- Améliore votre endurance cardio-vasculaire.

(INSPQ, 2020)



LE YOGA

Si vous êtes déjà des yogis, Bravo! On vous encourage fortement à poursuivre votre pratique quotidiennement.

Mais sachez qu'il n'est jamais trop tard pour débiter, il y a tant de bénéfices!

- Prépare bien le corps à la naissance en ciblant les zones particulières (poitrine, bas du dos, abdominaux, jambes, plancher pelvien).
- Permettra à votre bébé à se positionner de manière optimale dans le bassin.
- Aide à se détendre et améliore la qualité de la respiration.

(Bonapace, J. 2013)

LA POSTURE ACCROUPEE

- Prépare le bassin et le périnée à l'accouchement:
 - Met en tension le périnée, ce qui le rend plus fort et plus souple à la fois (Aide à diminuer déchirure)
 - Fait basculer le sacrum
 - Permet une plus grande ouverture des ischions (petit bassin).



- Avoir le bassin plus bas que les genoux suffit à adopter une position accroupie... (Bonapace, J. 2013)
- S'asseoir sur un petit banc ou sur la première marche d'un escalier fonctionne très bien.

Renforcer le plancher pelvien (Les exercices de Kegel)

Ces exercices consistent à faire remonter les muscles entourant l'anus, le vagin et l'urètre comme pour retenir l'urine ou un gaz. Il est alors important de **ne pas serrer les fesses ou les cuisses, de ne pas rentrer le ventre et de ne pas bloquer la respiration.**

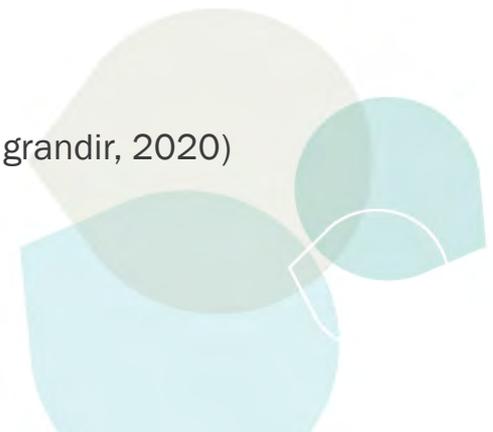
1. Tentez de remonter l'anus et le vagin jusqu'à 60 à 80 % de votre maximum sans bloquer votre respiration.
2. Maintenez cette position le plus longtemps possible sans contracter les fesses ni les cuisses, mais ne dépassez pas 10 secondes.
3. Prenez une pause du double de temps de la contraction. Par exemple, si vous avez tenu 5 secondes, prenez une pause de 10 secondes. Il est important de s'assurer de relâcher complètement les muscles pour éviter les tensions dans cette région et maintenir sa souplesse.
4. Répétez le nombre de fois que vous le souhaitez selon vos capacités, mais sans dépasser 10 répétitions.
5. Faites cet entraînement pendant 2 semaines, puis réévaluez votre progression et ajustez le nombre de secondes et de répétitions.

Renforcer le plancher pelvien (Les exercices de Kegel)

Il est important de **s'assurer que ces muscles sont forts et souples pour qu'ils puissent bien fonctionner**, ce qui présente plusieurs avantages:

- Cela prévient les fuites d'urine, de gaz ou de selles.
- Cela diminue le risque d'une descente de vessie, de l'utérus ou du rectum.
- Cela facilite les relations sexuelles tant pour diminuer les douleurs que pour favoriser l'atteinte du plaisir.
- Cela stabilise le bassin, le dos et les hanches et contribue donc à prévenir et à réduire les douleurs.

(Naître et grandir, 2020)



Le massage du périnée

C'est quoi?

Consiste à étirer manuellement les muscles du vagin dans le but d'améliorer l'élasticité des tissus.

Pourquoi?

Réduirait les risques de blessures nécessitant des points de suture et réduirait les risques de subir une épisiotomie (incision du périnée).

Comment?

Faire soi-même ou par son partenaire.

Après avoir utilisé du lubrifiant, entrer deux doigts dans le vagin et masser doucement vers le bas en formant un mouvement de U.

Débuter vers la 34^e semaine de grossesse jusqu'à l'accouchement de 2 à 7 jour/semaine, selon tolérance.

Les études démontrent un effet positif modeste et se limiterait aux femmes accouchant de leur premier enfant.

La respiration abdominale

Bénéfices lors du travail:

- Favorise une meilleure oxygénation pour le bébé et pour vous
- Évite l'hyperventilation ou le blocage
- Aide le corps à se détendre durant la contraction
- Diminue la sensation de douleur de la contraction
- Augmente la concentration de la mère et l'aide à contrôler ses pensées

Technique utilisée: Inspirer normalement lorsque vous en ressentez le besoin et expirer le plus longuement possible...

Positionnement du fœtus

Positionnement souhaitable
(occipito-illiaque antérieure)



On souhaite que le derrière de la tête du bébé se présente dans le vagin et que sa colonne vertébrale suit la paroi de votre ventre.

Positionnement non-favorable
(occipito-postérieur)



On ne souhaite pas qu'il se présente par le front, sa colonne vertébrale contre la votre.

Pour aider bébé à bien se positionner

Placez-vous idéalement de façon à ce que votre ventre soit orienté vers l'avant:

- Faire du 4 pattes.
- S'asseoir à l'envers sur une chaise.
- S'appuyer contre un comptoir ou une table.

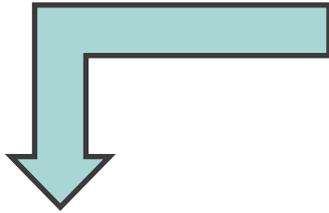
Éviter les postures où le dos est orienté vers l'arrière (divan!) ou carrément couché sur le dos.



(Bonapace, J. 2013)

POSITION POUR AIDER BÉBÉ QUI SE PRÉSENTE EN SIÈGE À SE TOURNER

Autour de 36 semaines le bébé est souvent placé la tête vers le bas, si votre médecin décide qu'il se présente par les fesses (siège) vous pouvez opter pour cette position: À l'aide de la gravité, le bébé dégage ses fesses du bassin ce qui pourrait lui permettre de faire une rotation de sa tête vers le bas.



3x/jour à raison de 15 minutes

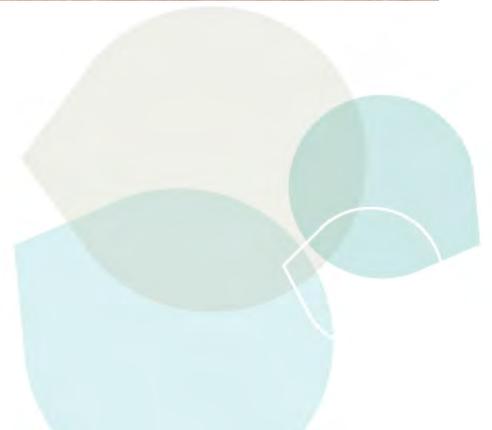


Contre-indication:

**Si le bébé a déjà la tête vers le bas
ou Hypertension artérielle**

(Bonapace, J. & al. 2018)

Positions de confort



La Physiologie normale du travail et de l'accouchement



Contractions de Braxton-hicks

Il s'agit de:

- Serrement du ventre
- Contractions non douloureuses, irrégulières et peu fréquentes
- Elles n'ont pas d'effet sur le col
- Elles peuvent se produire tôt ou jamais au cours de la grossesse
- Elles cessent généralement en changeant de position ou en se reposant
- Ce n'est pas dangereux, processus tout à fait normal

(INSPQ, 2020)



Travail de préparation (Faux travail)

- Contractions avec une certaine régularité qui peuvent être douloureuses et qui n'ont malheureusement pas d'effet sur la dilatation du col.
- Surviennent généralement après 37 semaines de grossesse.
- Très importantes, ces contractions aident à faire mûrir le col, préparer la mère et le bébé à ces nouvelles sensations.
- Intensité stable
- Cessent après quelques heures... Mais peuvent reprendre un peu plus tard.

Quoi faire?

Éviter de s'épuiser, relaxer et se reposer autant que possible.

(INSPQ, 2020)

Début du travail

Phase de latence

- Contractions qui se régularisent, qui augmentent en intensité, en durée et en fréquence.
- Contractions qui agissent sur le col (dilatation et effacement).
- Peut durer quelques heures à plusieurs heures, le col se prépare et le bébé se positionne.

Quoi faire?

Rester à la maison aussi longtemps que possible (temps que vous vous sentez en sécurité)

Se reposer si c'est la nuit, vaquer normalement à ses occupations si c'est le jour.

Utiliser des méthodes non-pharmacologiques pour votre confort.

Continuer de bien boire et manger.

1^{re} phase: Travail actif

- Contractions régulières, intenses, longues et fréquentes

Chaque 2-3 minutes, durant minimalement 60 secondes et qui demande toute votre attention

- Elles agissent sur le col et amènent une dilatation complète.
- Sécrétion hormonale +++

Quoi faire?

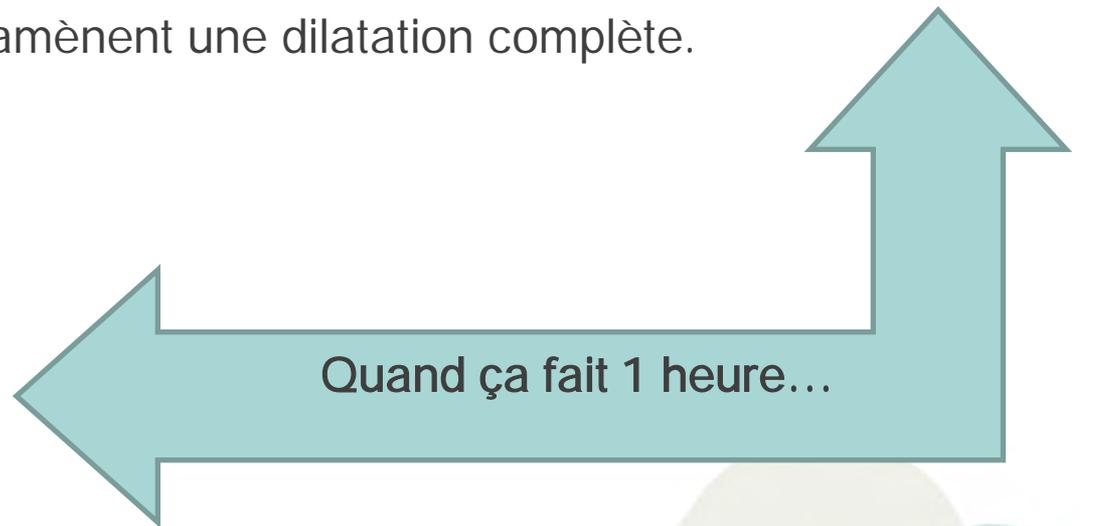
Se rendre à l'hôpital

S'assurer d'avoir du soutien.

Utiliser des méthodes non-pharmacologiques pour le soulagement de la douleur des contractions (massages, acupression et bouger librement).

Continuer de bien boire et de manger lorsque vous en ressentez le besoin.

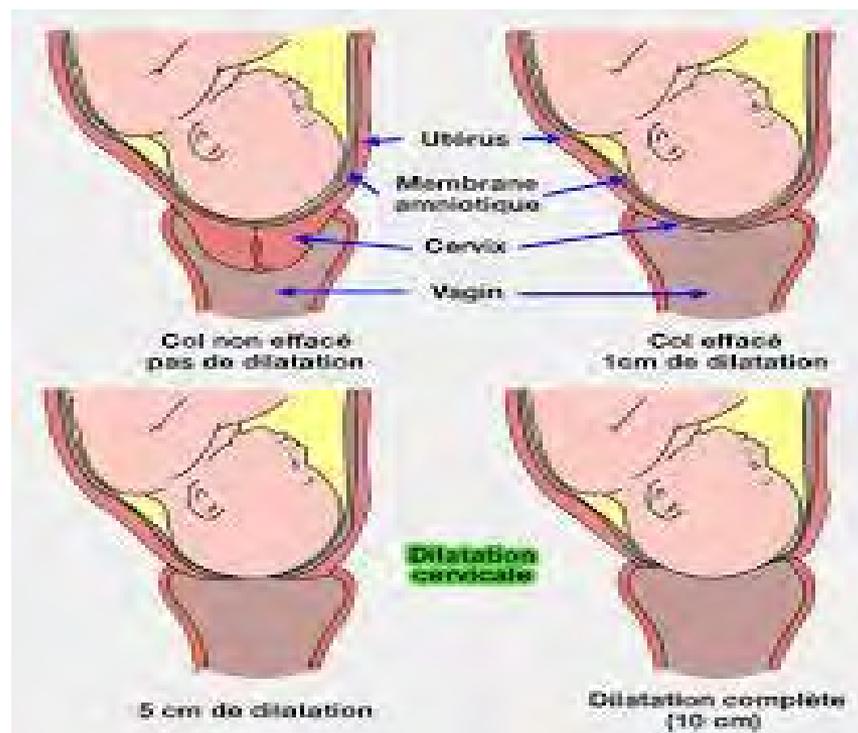
Favoriser un environnement calme et intime.



1^{re} phase: travail actif (suite)

- Ratio d'une infirmière pour une femme en travail actif (1:1)
- Des examens vaginaux effectués le moins possible et seulement afin de suivre la progression du travail ou au besoin.
- La dilatation normale pour un premier bébé est généralement de ½ cm par heure en travail actif.
- Auscultation de la fréquence cardiaque fœtale afin de surveiller le bien-être tout au long du travail.
 - **Auscultation intermittente**
Écoute du CF durant 1 min entre 2 contractions q 15-30 min durant travail actif
 - **Monitoring fœtal externe en continu**
Surveillance du bien-être fœtal à l'aide d'un tracé
Lors de présence de facteurs de risques durant la grossesse

Effacement du col de l'utérus et dilatation



2^e phase: La poussée

- Le col est complètement dilaté (10 cm).
- Arrivée du réflexe de Ferguson qui se traduit par l'envie spontanée et instinctive de pousser.
- Sécrétion d'adrénaline en grande quantité, alerte et regain d'énergie
- C'est le moment... il est temps de pousser!

Quoi faire?

Pousser de manière instinctive, mais si l'envie de pousser se fait attendre...

- Varier les positions
- Maintenir un environnement adéquat (calme et intimité)
- Attendre que ce réflexe se fasse ressentir si possible

(INSPQ, 2020 & Bonapace, J. 2013)



3^e phase: La délivrance du placenta

- Le bébé est né et le placenta est ensuite expulsé dans les minutes qui suivent (5 à 15 min).
- Bébé immédiatement placé et gardé en peau à peau sur la mère pour favoriser la sécrétion d'ocytocine et ainsi prévenir l'hémorragie post-partum.
- Injection d'ocytocine artificielle (par voie i/m ou i/v) à la mère.
- Clampage tardif du cordon ombilical si possible (lorsqu'il n'y a plus de pulsation).
- Début de la routine de surveillance pour la mère et le bébé.

4^e phase: La rencontre

- Durant les 2 premières heures suivant la naissance de bébé ou plus
- Période d'adaptation et la découverte
- Flambée d'hormones chez la mère et le bébé.

Quoi faire?

- Poursuivre le peau à peau
- Débuter l'allaitement ,lorsque bébé démontre des signes qu'il est prêt
- Préserver le calme et l'intimité

**** Souvent à ce stade qu'il y a trop de visiteurs et de cellulaires utilisés!****

(Bonapace, J. 2013)



Quand se présenter à l'hôpital



Se présenter si:

- Travail prématuré (contractions régulières ou douloureuses avant 37 semaines)
- Diminution des mouvements fœtaux (minimum 6 mouvements/2hrs)
- Traumatisme abdominal (Chute, coups, accident...)
- Suspicion de perte de liquide
- Saignement rouge avec ou sans douleur
- Suspicion de travail actif
 - 1 heure de contractions aux 2-3 minutes durant 60 secondes et demandant toute votre attention

**Idéalement toujours téléphoner au Pavillon des Naissances
avant de vous présenter
(450) 266-4342 Option: 5 poste: 35503**



La douleur du travail et de l'accouchement



Comprendre la douleur

En temps normal, la douleur est essentielle pour nous protéger du danger.

Contrairement aux autres types de douleur, les sensations intenses ressenties par la femme lors du travail et de l'accouchement

ne sont pas un signe de danger, de pathologie ou de complications.

Elles jouent un rôle important dans le processus physiologique du travail:

- Stimulent la production d'hormones
- Averties la femme que le travail commence et la pousse instinctivement à trouver un endroit sécuritaire
- Renseignent sur la progression du travail
- Aident à découvrir les positions physiques qui la soulagent
- Guident les efforts expulsifs (réflexe de Fergusson)

(Bonapace, J. & al. 2018)

Distinguer la douleur de la souffrance

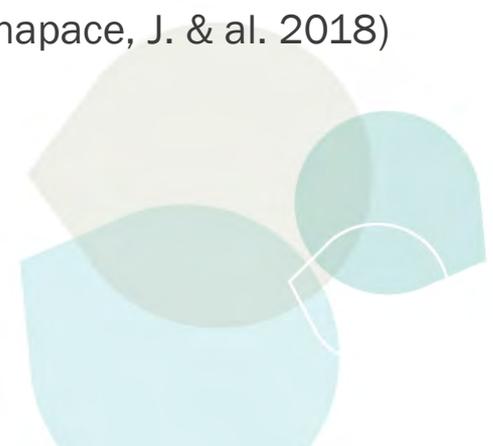
La souffrance découle de l'incapacité de la femme à activer ses propres mécanismes de soulagement de la douleur.

Les diverses méthodes de soulagement ont comme objectif commun de prévenir la souffrance.

Enfin, la meilleure façon de prévenir la souffrance est d'utiliser des approches non-pharmacologiques de prise en charge de la douleur, ainsi que d'être soutenu.

Des méthodes non-pharmacologiques et pharmacologiques peuvent être utilisées afin de prévenir la souffrance chez certaines femmes...

(Bonapace, J. & al. 2018)



Méthodes non-pharmacologiques pour le soulagement de la douleur du travail et de l'accouchement



Agir sur la perception de la douleur à l'aide de 3 mécanismes endogènes

Objectif: Modifier le signal douloureux de la contraction avant que le cerveau n'ait le temps de l'interpréter et ainsi permettre à la femme de mieux composer avec la douleur du travail.

1) La théorie du portillon:

Stimulation non douloureuse sur la région douloureuse.

2) Contrôles inhibiteurs diffus nociceptives (CIDN):

Création d'une seconde douleur.

3) Le contrôle du système nerveux central:

Contrôle de l'esprit en déviant l'attention.

1^{er} Mécanisme: La théorie du portillon

Mécanisme activé	Type de stimulations	Techniques
Théorie du portillon	<ul style="list-style-type: none">• Massage léger sur la zone douloureuse.• Entre les contractions• Libération d'endorphines	<ul style="list-style-type: none">• Massage léger• Jet d'eau de t° agréable• Bain de t° agréable• Application de serviettes de t° agréable• Application d'un sac magique• Bouger

Birth Massage

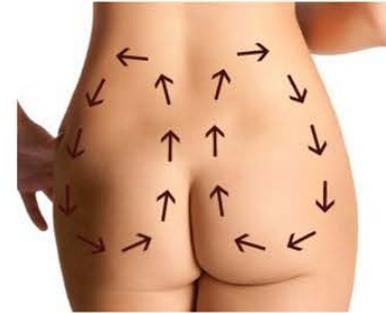
Shoulders



Back & Buttocks



Buttocks



Upper Back



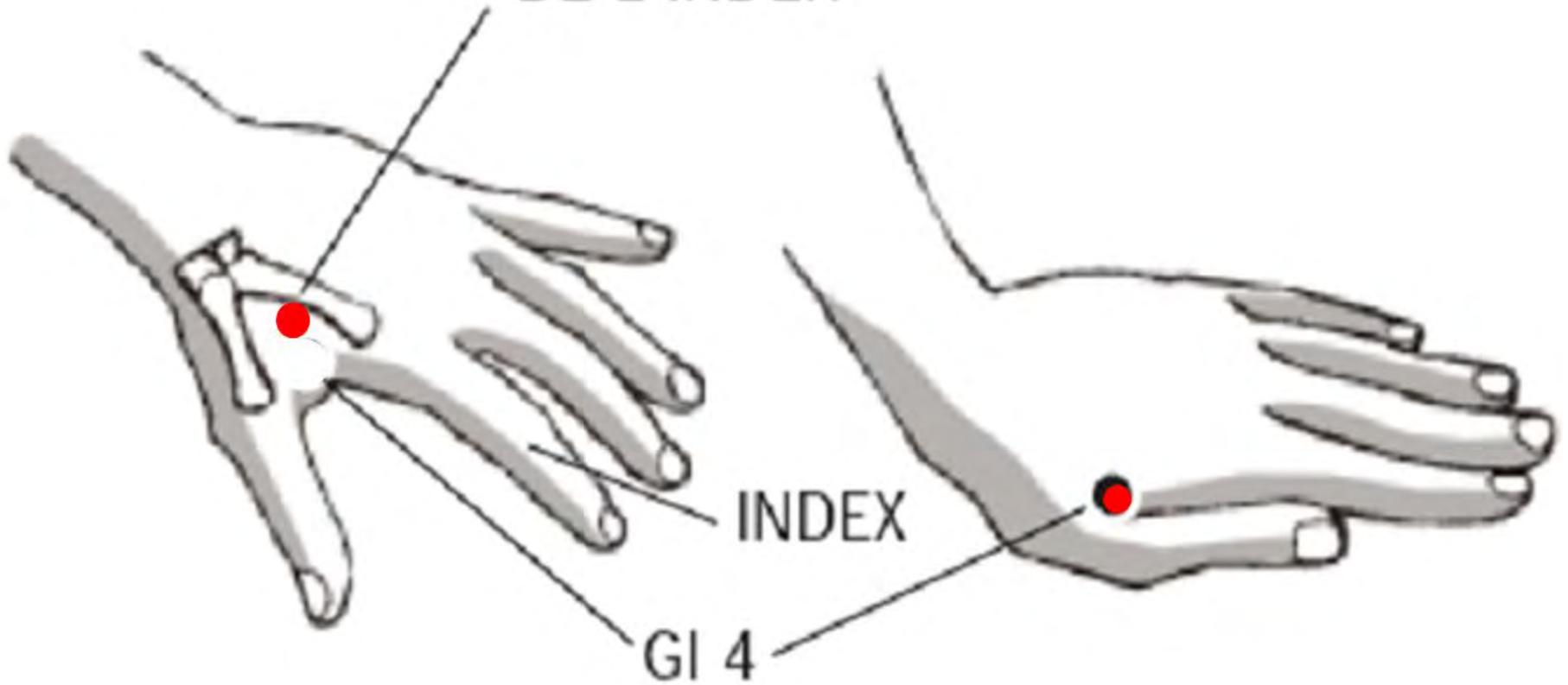
Sacrum



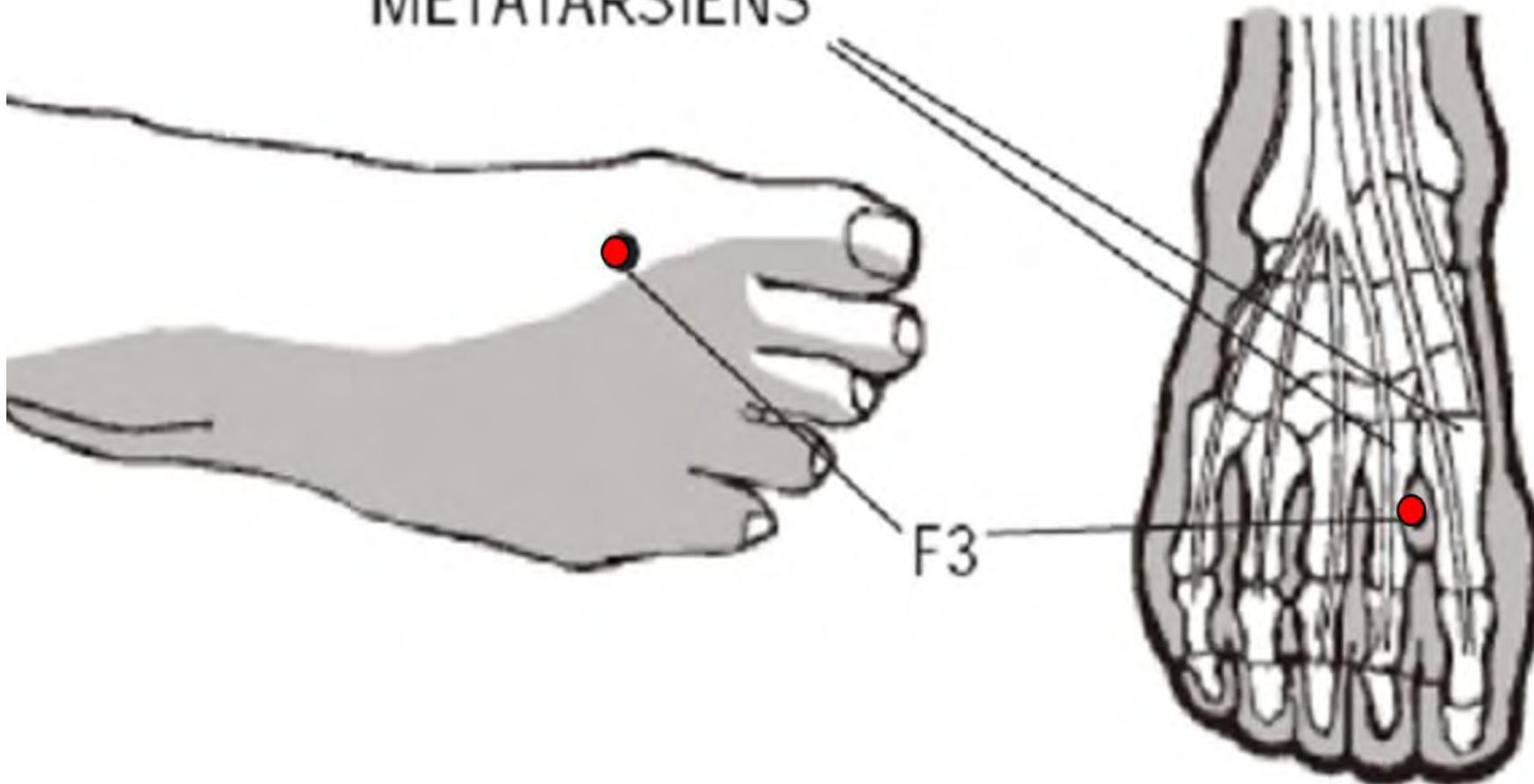
2^e Mécanisme: Contrôle inhibiteur diffus nociceptif

Mécanisme activé	Type de stimulation	Techniques
Contrôle inhibiteur diffus nociceptif (CIDN)	<ul style="list-style-type: none">• Créer une deuxième douleur sur une zone précise du corps (main, pieds, tibia, sacrum et piriforme)• Durant la contraction (au pic de la contraction)• Libération d'endorphines	<ul style="list-style-type: none">• Massage douloureux• Acupression• Glace

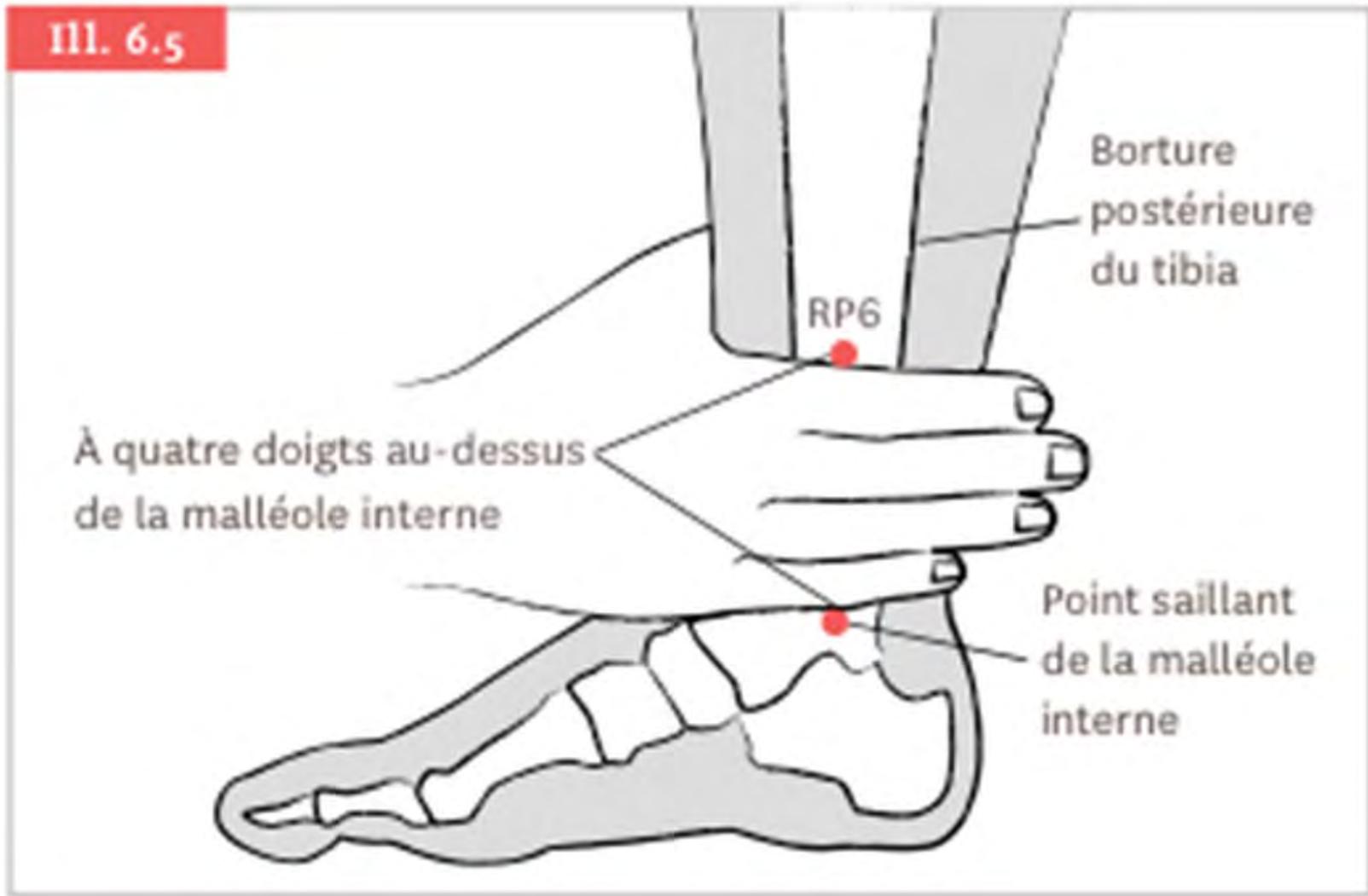
MÉTACARPIEN DE L'INDEX

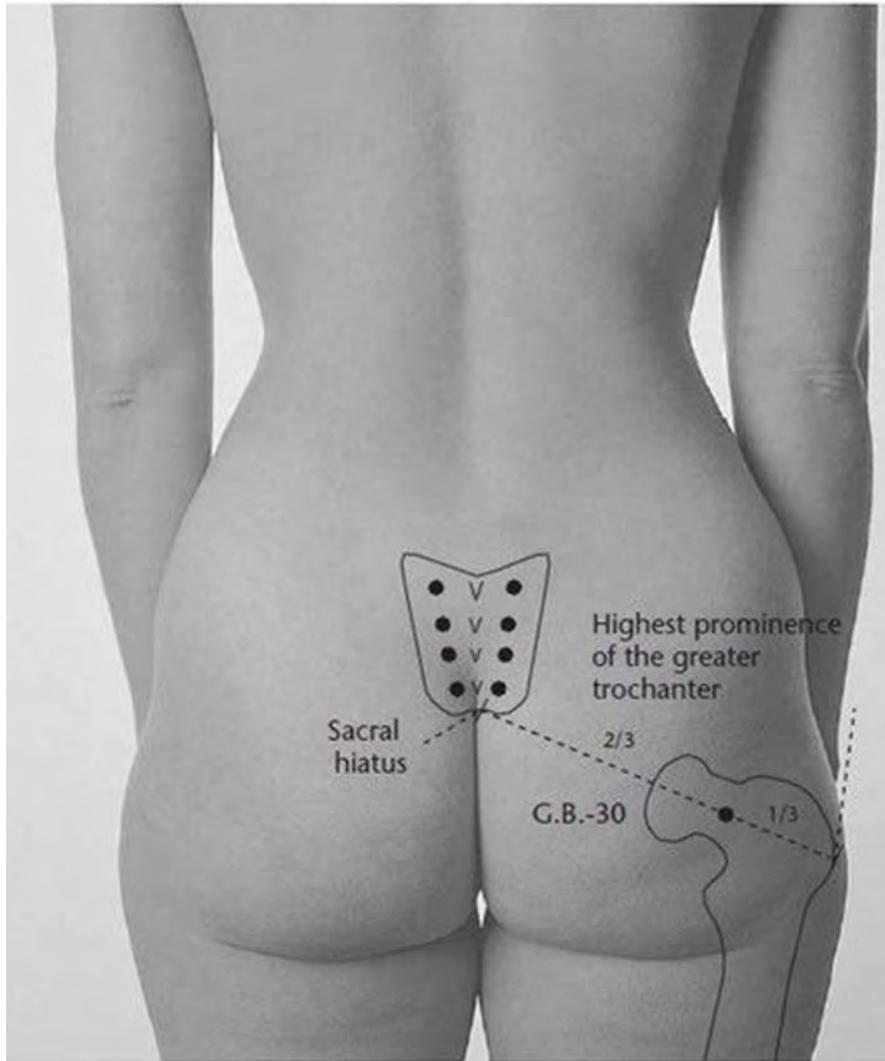


MÉTATARSIENS



Ill. 6.5







3^e Mécanisme: Contrôle de la pensée

Mécanisme activé	Type de stimulation	Techniques
Contrôle de la pensée	<ul style="list-style-type: none">• Dévier l'attention en utilisant diverses techniques.• Tout au long du travail	<ul style="list-style-type: none">• Relaxation• Visualisation• Dialogue intérieur• Hypnose• Respiration abdominale• Faire des sons• Aromathérapie• Musique• Environnement

Une Approche combinée pour des résultats optimaux

L'association du soutien continu durant le travail à au moins une technique faisant appel à un mécanisme endogène (approche combinée) est **la méthode la plus efficace pour aider les femmes à composer avec la douleur.**

Elle serait associée à une diminution significative:

- du taux de césarienne
- d'extraction instrumentale (ventouse/forceps)
- d'analgésie péridurale
- de la durée moyenne du travail

(Bonapace, J. & al. 2018)



En conclusion...

« Les méthodes non-pharmacologiques peuvent également permettre aux femmes et à leur bébé d'être moins exposés aux risques et aux effets secondaires potentiels des traitements pharmacologiques de la douleur.»

Donc ...

- Peuvent réduire les interventions obstétricales
- Augmente les taux d'allaitement maternel
- Donc, améliore la satisfaction de la mère et l'expérience du couple!

Méthodes pharmacologiques pour le soulagement de la douleur du travail et de l'accouchement



Administration d'un opiacé par voie orale ou sous-cutanée

Opiacé utilisé: Morphine 5 à 10 mg

- Méthode surtout utilisée lors de phase de latence prolongée.
- Efficacité limitée
- Effets indésirables chez la mère: Somnolence et nausées
- Devrait être utilisée avec précaution et être administrée idéalement quatre heures avant l'heure prévisible de la naissance en raison du risque de dépression respiratoire chez le nouveau-né.
- Tous les opiacés traversent la barrière placentaire. Donc, la variabilité du rythme cardiaque fœtal peut être affectée puisque le bébé y est exposé.

(INSPQ, 2018)

Administration d'un opiacé par voie intraveineuse

Opiacé utilisé: Fentanyl 50 mcg

- Méthode utilisée surtout lors de la phase active travail.
- Efficacité également limitée mais peut être répétée.
- Devrait aussi être utilisée avec précaution et être administrée idéalement plus de quatre heures avant l'heure prévisible de la naissance en raison du risque de dépression respiratoire chez le nouveau-né.
- En outre, le fentanyl comme la morphine traverse la barrière placentaire. Donc, la variabilité du rythme cardiaque fœtal peut être affectée puisque le bébé y est exposé.

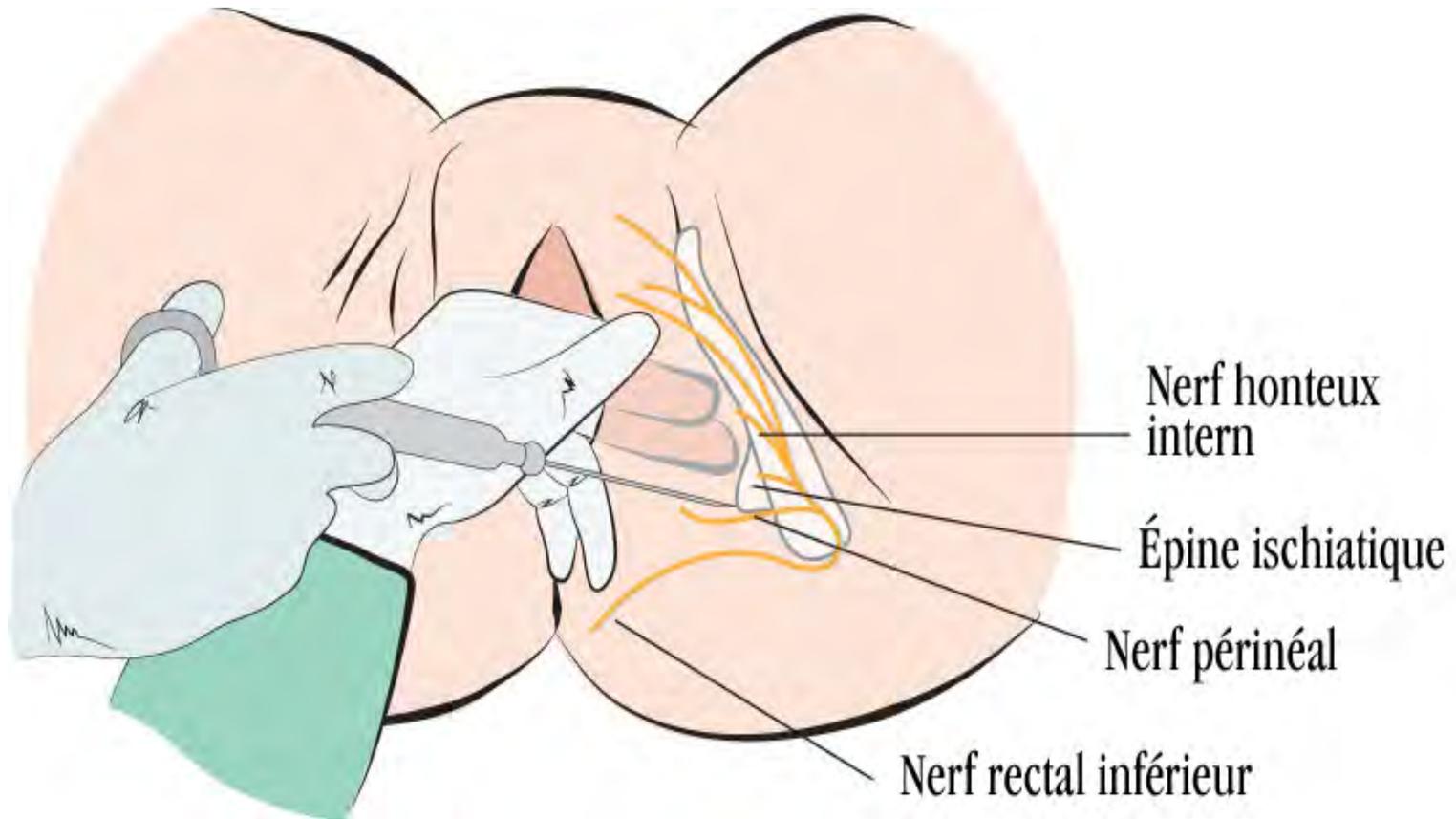
L'Anesthésie locale

Anesthésiant locale utilisé: Xylocaïne 1%

- Sert à anesthésier la région périnéale pour une réparation suite à l'accouchement.
- Peut-être utilisée aussi pour anesthésier des nerfs se trouvant dans le bassin.
- Méthode utilisée qu'en fin d'accouchement ou lors d'interventions instrumentées (ventouses ou forceps) si la femme n'est pas déjà sous péridurale ou n'est plus bien soulagée par celle-ci.
- Méthode également appelée dans le jargon médical bloc honteux.
- Technique effectuée par le médecin accoucheur ou le gynécologue.
- Peut ensuite servir lors des réparations du périnée s'il y a lieu.

(INSPQ, 2018)

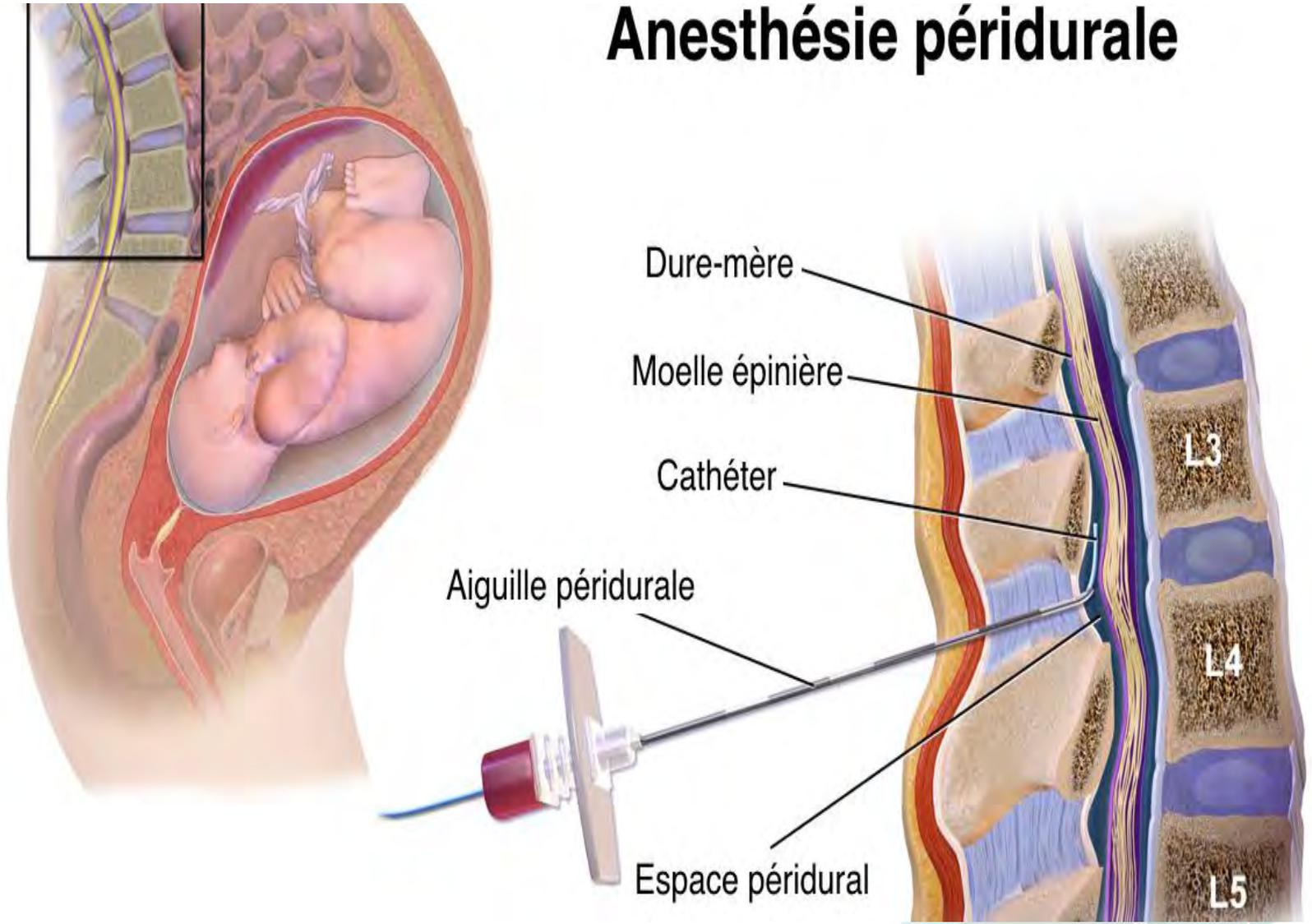
Bloc honteux



L'anesthésie péridurale

- Administration via un cathéter placé dans l'espace péridurale d'une solution constituée d'un anesthésiant local et d'un opiacé.
- Anesthésiant local utilisé: Ropivacaïne 0.08% ou Bupivacaine 0.125% à 0.0625%
- Opiacé utilisé: Fentanyl 50 mcg (dilué à 2mcg/ml)
- Technique effectuée par un anesthésiste.
- Lors d'une épidurale:
 - Installation d'une voie intraveineuse,
 - Monitoring foetal externe en continu est débuté,
 - Arrêt d'ingestion d'aliments solides jusqu'à l'accouchement
 - Seul les liquides clairs seront permis une fois la péridurale amorcée.
 - Suggérons breuvage de type Gatorade.

Anesthésie péridurale



L'anesthésie péridurale

L'anesthésie péridurale est considérée comme la méthode pharmacologique de soulagement de la douleur la plus efficace pour la femme en travail mais est également la plus invasive.

Taux d'échec de 2 à 5 %

Taux insatisfaisant d'analgésie de 10 à 15%

(American association of nurse anesthetists, 2017)

Indication pour l'anesthésie péridurale

Soulagement de la douleur du travail et de l'accouchement.

Peut être demandée à tout moment par la femme en travail actif qui en ressent le besoin ou qui désire utiliser cette méthode pharmacologique pour effectuer et poursuivre son travail.

- 1) Pas de différence significative sur la durée du premier stade du travail (dilatation du col jusqu'à 10cm).
- 2) Influence possible sur la durée du deuxième stade du travail (poussée).
- 3) Toutefois, il est suggéré d'attendre que le travail soit bien amorcé avant d'envisager la péridurale. Ainsi la femme et le bébé pourront bénéficier de l'action des hormones durant le temps où celle-ci sera en travail dit physiologique.
- 4) Si le travail progresse de façon normale, il convient d'abord d'offrir à la femme des méthodes non-pharmacologiques à moins qu'elle ne demande expressément autres choses.

(American association of nurse anesthetists, 2017 & INSPQ, 2018)

Recommandations médicales

Comorbidité: Pré éclampsie et maladie cardiaque

La péridurale lors du travail actif peut aider les femmes à contrôler leur pression artérielle, en atténuant la réponse hypertensive à la douleur.

Grossesse gémellaire (jumeaux) : lors de l'accouchement vaginal

La péridurale peut être également recommandée puisque le risque d'interventions médicales ou chirurgicales est augmenté au moment de la naissance du deuxième bébé. Une péridurale est souhaitable si des forceps doivent-être appliqués ou encore si le gynécologue doit procéder à une grande extraction pour faire naître l'enfant.

*Dans les 2 cas mentionnés ci-dessus, le risque d'accouchement d'urgence est important. La péridurale permet d'être encore plus sécuritaire pour la mère et le fœtus si une telle éventualité survient.

(American association of nurse anesthetists, 2017 & INSPQ, 2018)

D'autres indications de l'anesthésie péridurale (suite)

Un travail prolongé / dystocique

Le ralentissement du travail peut être un signe de stress excessif et possiblement de souffrance.

On fait référence à la souffrance et non à la douleur lorsque la femme est incapable ou n'est plus en mesure d'activer elle-même ses propres mécanismes d'adaptations face à la douleur ce qui se traduit souvent par une perte de contrôle.

Une méthode pharmacologique, telle que la péridurale, devrait être offerte et administrée tout en poursuivant les diverses méthodes non-pharmacologiques si la femme souffre ou qu'elle le demande afin que le travail progresse à nouveau de façon normale.

(American association of nurse anesthetists, 2017; Queensland Health, 2017 & INSPQ, 2018)

Les contre-indications possibles de l'anesthésie péridurale

- Refus de la patiente (peut retirer son consentement à tout moment)
- Coagulopathie / thrombopénie / tout autre anomalie sanguine
- Hypovolémie non corrigée
- infection locale ou généralisée
- Hypertension intracrânienne
- Risque augmenté si non collaboration ou si accès dos limité (exemple: scoliose instrumentée / Spina bifida)
- Risque de délais selon disponibilité du personnel (Urgence ailleurs)

(American association of nurse anesthetists, 2017 & INSPQ, 2018)

Effets indésirables et complications possibles de l'anesthésie péridurale

Toutes les méthodes pharmacologiques de soulagement de la douleur ont des effets indésirables, ce qui inclut la péridurale.

De plus, aucune intervention médicale n'est totalement exempte d'effets indésirables, de risques et/ou de complications, même lorsque toutes les précautions possibles sont prises.

La péridurale est une intervention médicale.

(American association of nurse anesthetists, 2017 & South Australian maternal, neonatal & gynecology community of practice, 2017)



Effets indésirables et complications possibles de l'anesthésie péridurale

- Hypotension maternelle pouvant conduire à des anomalies de la fréquence cardiaque fœtale (décélérations)
- Démangeaisons
- Nausées et vomissements
- Rétention urinaire
- Hyperthermie
- Douleur légère au site de ponction pouvant durer quelques jours/semaines (30%)
- Céphalée suite à la ponction accidentelle de la dure-mère (1%)
- Infection (1/150000), hématome (1/250000) pouvant rarement mener à la paralysie / symptômes neurologiques transitoire ou permanent.

(American association of nurse anesthetists, 2017 & INSPQ, 2018)

D'autres effets indésirables de l'anesthésie péridurale

Puisque l'administration de la péridurale réduit la libération d'ocytocine endogène il est possible que le travail puisse ralentir et que le réflexe de Ferguson soit inhibé, donc des interventions obstétricales peuvent être utilisées afin de pallier à ces situations:

- 1) **Augmentation de l'utilisation d'ocytocine synthétique pour stimuler le travail**
- 2) **Augmentation de l'utilisation de la ventouse et des forceps**

Cependant, les études n'ont pas démontré que la péridurale aurait une influence directe sur le taux de césarienne.

(American association of nurse anesthetists, 2008 & Schneider, M. et al.)

Y a-t-il des effets sur mon Bébé?

Les effets sur le fœtus sont possibles et peuvent se produire de **2 façons**:

Par absorption intraveineuse du médicament utilisé:

- 1) Puisque le Fentanyl est liposoluble et traverse la barrière placentaire. Il y a donc une possibilité qu'il soit diffusé au fœtus.
- 2) Dans un tel cas, il pourrait provoquer une sédation fœtale et néonatale, une diminution des accélérations et de la variabilité fœtale ainsi qu'un risque de détresse respiratoire à la naissance.
- 3) Cependant, nous savons maintenant que la concentration des médicaments qui composent la recette utilisée est minime et qu'ils ont un très long chemin à parcourir avant d'atteindre le bébé. De cette façon, **il y a peu ou aucune absorption intraveineuse par le fœtus** et les issues mentionnées ci-dessus sont rares.
- 4) **Apgar est équivalent avec ou sans péridurale**

(INSPQ, 2018)

Y a-t-il des effets sur mon bébé? (suite)

Par l'effet de la péridurale sur la femme

1) Si la mère ayant reçu une péridurale lors de son travail accuse des effets indésirables graves comme une hypotension sévère, il est possible qu'il y ait des répercussions sur le bien-être du fœtus. Des **décélérations de la fréquence cardiaque fœtale** pourraient être observées puisque la perfusion utéro-placentaire (maman/fœtus) pourrait être moins efficace.

S'il y a lieu, une **réanimation intra-utérine sera débutée**:

- Tourner la mère sur le côté gauche
- Administrer à la mère une grande quantité de soluté intraveineuse afin de faire augmenter sa tension artérielle
- Cesser toute administration de médicaments provoquant des contractions

(The academy of breastfeeding medicine protocol committee, Martin. E., Vickers. B., et al., 2018)

Mon allaitement maternel risque-t-il d'être compromis?

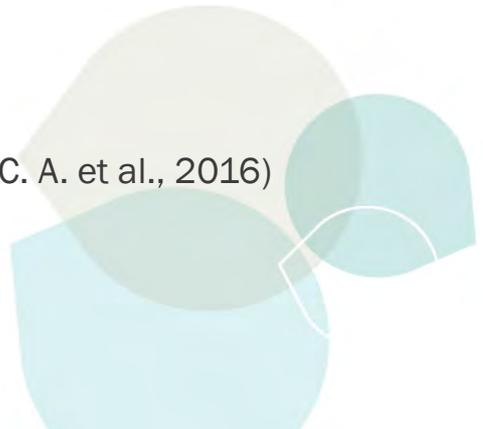
- La péridurale n'a pas d'effet à 6 semaines post-partum sur les femmes dont le désir d'allaiter leur nouveau-né est fort et /ou la cohabitation est pratiquée.
- Par contre, une attention particulière devrait tout de même être offerte à ces mères afin de leur offrir un bon soutien à l'allaitement.
- La proactivité de la femme envers son allaitement sera la clé du succès afin de bien amorcer sa production laiteuse.
 - La stimulation de ses seins aux 2-3 heures, soit par:
 - L'allaitement (Mise au sein du bébé) ou
 - L'expression manuelle ou
 - Le tire-lait électrique (15 minutes aux 3 heures)

(French, C. A. et al., 2016 & Lee Al. & al., 2017).

Mon allaitement maternel risque-t-il d'être compromis? (Suite)

Selon les études actuelles, l'association entre la péridurale et le comportement du nouveau-né (mouvement de la main vers la bouche, toucher de l'aréole, mouvement de succion de la bouche et etc.) sont controversées et inconcluantes en ce qui concerne son impact à long terme sur le déroulement de l'allaitement maternel.

(French, C. A. et al., 2016)



Mon allaitement maternel risque-t-il d'être compromis? (Suite)

Même si les effets de l'exposition à l'ocytocine synthétique ont été peu étudiés jusqu'à maintenant, selon l'INSPQ (2020), des recherches tendent à montrer que cette hormone pourrait nuire à la réussite de l'allaitement maternel.

Elle réduirait la prolifération et la sensibilité des récepteurs d'ocytocine dans l'utérus et aussi au niveau du sein et par conséquent la sécrétion d'ocytocine naturelle. Cette diminution d'ocytocine naturelle altère à son tour la sécrétion de prolactine, hormone responsable de la synthèse du lait maternel.

(INSPQ, 2020 & Tousignant. D.,2018)

Mon allaitement maternel risque-t-il d'être compromis? (Suite)

En conclusion, il y aurait peut-être un lien à faire entre la péridurale et les difficultés qui pourraient être éprouvées au moment d'amorcer l'allaitement maternel, mais les études ne nous permettent pas de le certifier présentement.

Par contre, il est important de souligner que toutes les autres interventions obstétricales qui peuvent suivre l'installation d'une péridurale pourraient avoir leur part de responsabilité dans ces difficultés vécues par ces nouvelles mamans.

(The academy of breastfeeding medicine protocol committee, Martin. E., Vickers. B., et al., 2018)



L'anesthésie péridurale: un outil

Il est important de considérer la péridurale comme un outil disponible pour la femme en travail afin de soulager les sensations intenses ressenties. Au même titre que toutes les autres méthodes pharmacologiques et non-pharmacologiques. La femme à aujourd'hui le choix d'accoucher avec ou sans péridurale.

Il se peut même qu'initialement votre désir ait été d'accoucher physiologiquement, mais en cours du travail et malgré toutes les mesures de confort appliquées vous ayez finalement recours à une péridurale car vous aurez atteint votre limite. Ce n'est pas plus grave que ça!

Personne ne vous en tiendra rigueur et surtout ne vous culpabilisez pas. Votre infirmière restera présente auprès de vous en tout temps afin de vous aider à demeurer mobile ainsi qu'à protéger votre précieuse bulle jusqu'à la fin. Votre satisfaction face à votre accouchement est notre souhait le plus cher et prévenir votre souffrance est notre objectif.

Positions durant le travail



POSITIONS DURANT LE TRAVAIL









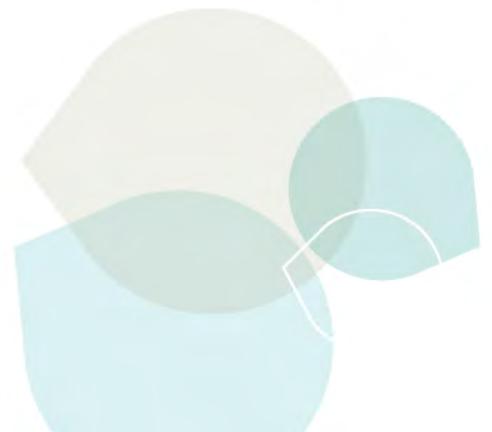
(Bonapace. J., 2013)

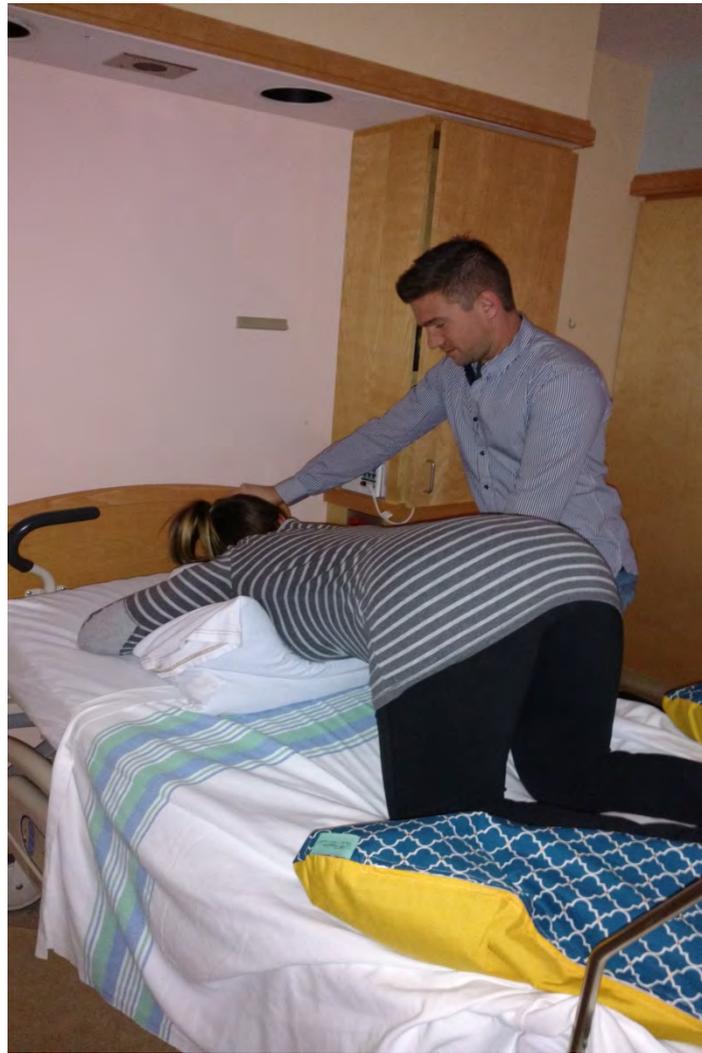


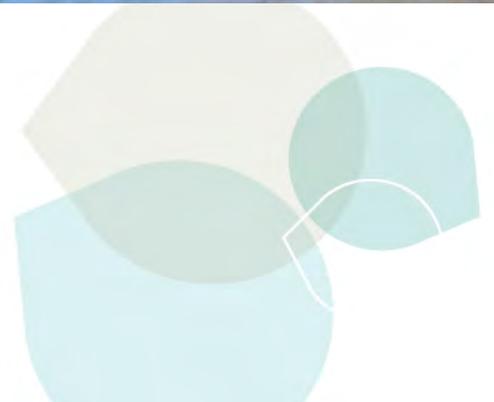
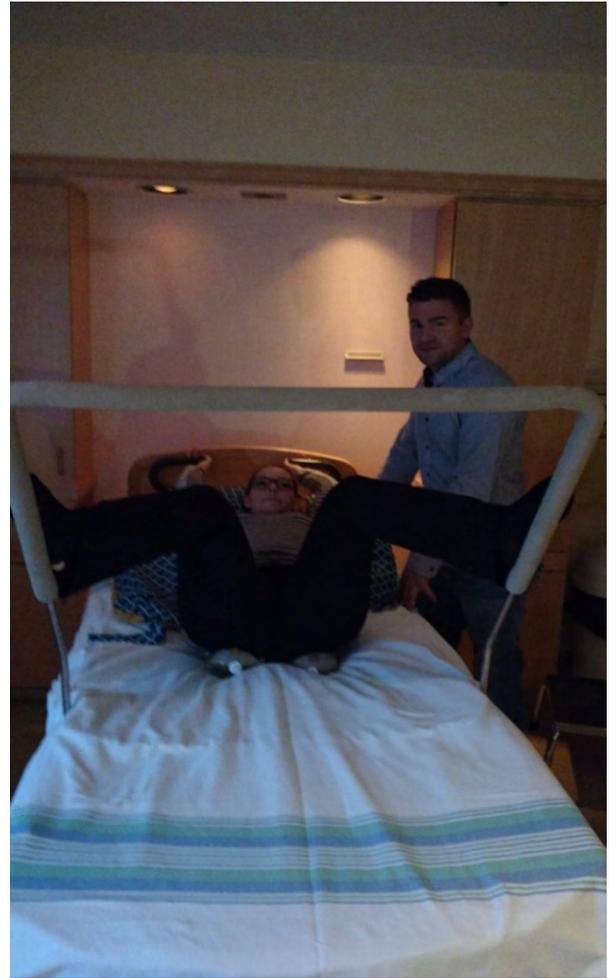


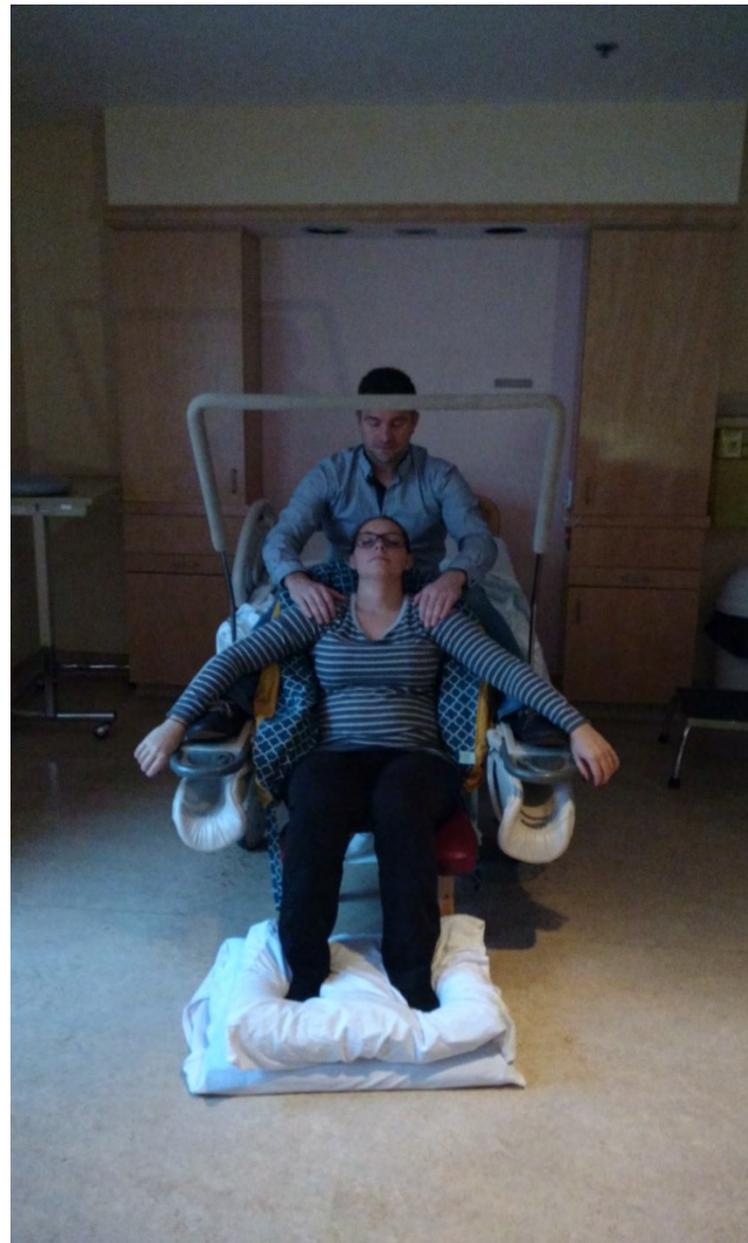
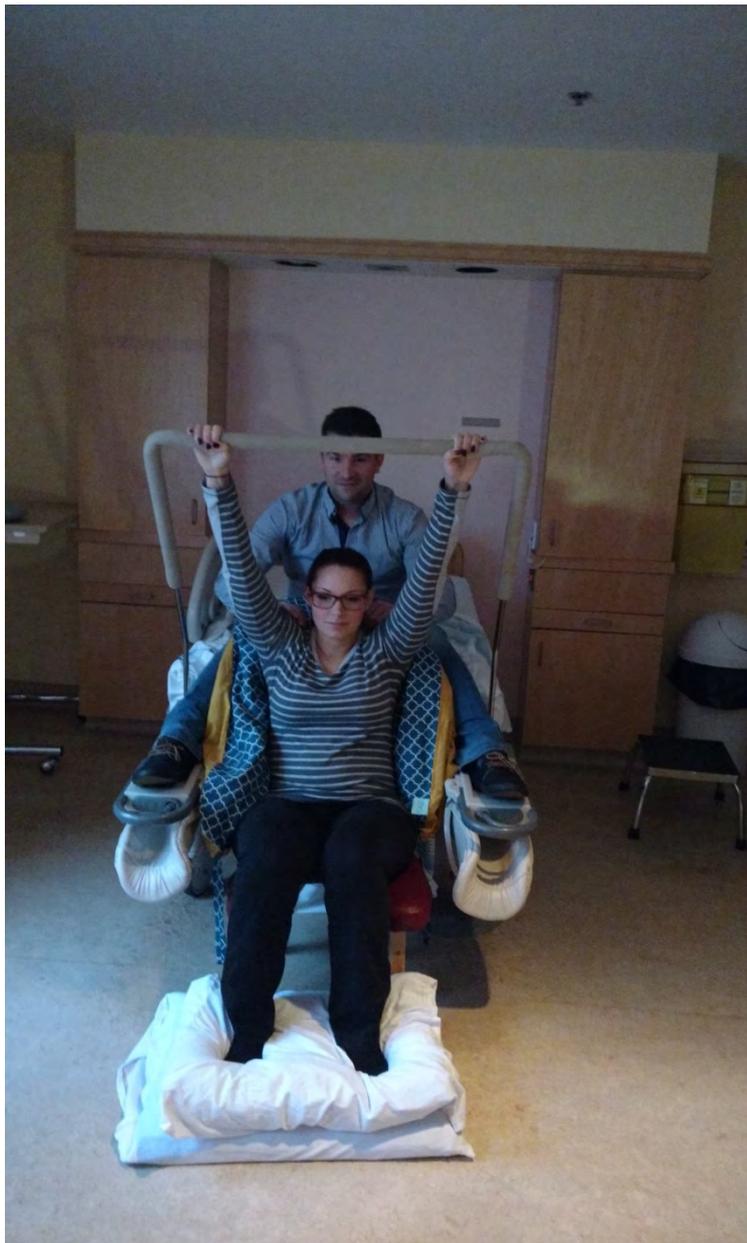
(Bonapace. J., 2013)

Positions d'accouchement









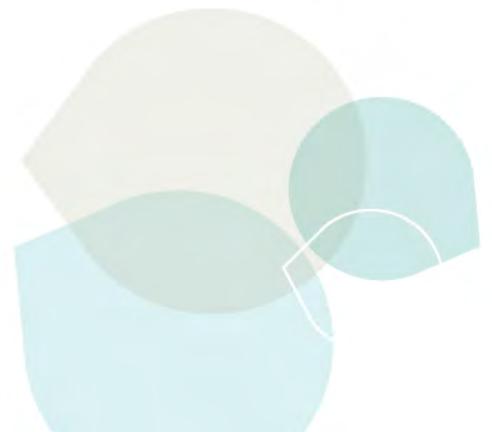


(Bonapace, J., 2013)



Multi-Track offert au pavillon des naissances

Interventions obstétricales possibles



Interventions obstétricales

Induction = Provoquer le travail

Balayage des membranes (stripping):

- **Consiste** à insérer un ou deux doigts dans le col de l'utérus et à utiliser un mouvement de balayage circulaire continu pour libérer la membrane de la partie inférieure de l'utérus.
- À pour but de faire sécréter des hormones (prostaglandines) et stimuler le travail.
- Utilisé vers la fin de la grossesse pour favoriser un travail spontané.

(Pregnancy and Childbirth Group, 2020)

Cervidil (Prostaglandine):

- Favoriser la maturation du col
et/ou
- Induire le travail par la libération d'hormones autour du col.
- Une bonne préparation de maturation du col favorise la réussite d'un déclenchement du travail.
(AMPROOB, 2019 & INSPQ, 2020)





Ocytocine Synthétique

- Pour induire ou stimuler le travail
- Hormone responsable des contractions utérines.

Nous tentons tout de même de vous garder mobile et active le plus possible...

(AMPROOB, 2019)



Interventions obstétricales (suite)

Cytotec (Misoprostol):

Pour faire murir le col et/ou induire le travail



Rupture artificielle des membranes:

Pour induire ou stimuler le travail



3 raisons pour garder les membranes intactes:

1. Aide le fœtus à se positionner correctement
2. Protège le fœtus contre les microorganismes externes
3. Aide la femme à gérer son travail

(AMPROOB, 2019)

Tire-lait:

Stimuler le travail

Stimuler production laiteuse en post-partum



Interventions obstétricales (suite)

Administration d'antibiotiques intraveineux:

- Si la femme est porteuse du Streptocoque de groupe B
- Si fièvre durant le travail

Auscultation intermittente:

- Écoute du cœur fœtal X1 min. après une contraction chaque 15-30 min. lors du travail actif

Monitoring fœtal en continu:

- Évaluer le bien-être fœtal à l'aide d'un tracé continu lorsque des facteurs de risques sont présents ou des signes de fatigue fœtale sont décelés

Réanimation intra-utérine:

- Augmenter la circulation sanguine vers le bébé lors d'un tracé atypique (décélérations)
- Arrêt de l'ocytocine synthétique, tourner la mère sur le côté et perfusion intraveineuse

Amnio-infusion:

- Consiste à introduire une solution stérile dans l'utérus, à l'aide d'un cathéter à pression intra-utérine.
- Dans le but de recréer une quantité optimale de liquide amniotique autour du bébé lorsque celui-ci démontre des signes de souffrance d'une quantité diminué.

(AMPROOB, 2019)

Interventions obstétricales (suite)

Toucher vaginal:

Sert à évaluer la progression du travail (évaluer aux 4 heures ou au besoin)

Dilatation (cm) / Effacement (%)

Épisiotomie:

Incision chirurgicale du périnée destinée à agrandir l'orifice vaginal

Poussées physiologiques:

Instinctives

Lorsque le réflexe de Ferguson se manifeste (envie incontrôlable de pousser)

Poussées bloquées:

Utiliser lorsque l'on veut précipiter la naissance (peut causer plus de blessures à la mère)

Patiente sous péridurale qui ne ressent pas l'envie de pousser

Interventions obstétricales (suite)

Version externe:

- Manœuvres externes offertes et exécuter, avec l'accord de la femme, lorsque le bébé se présente par le siège plutôt que par la tête.
- Il s'agit de tenter de changer la position du bébé (Tête vers le bas)
- Fait par le gynécologue.

TRF (test de réactivité fœtale):



- Vérification du bien-être fœtal par un monitoring
 - Lors de raisons médicales: 41+ sem., diabète, obésité, etc.
- Consiste à obtenir 2 accélérations du cœur fœtal en 20 min., ce qui révèle un état optimal de la santé du bébé.

(AMPROOB, 2019)

Interventions obstétricales (suite)

Ventouse:

- Consiste à faire une traction par succion sur la tête du bébé.
- Il s'agit d'accompagner la mère qui pousse lorsque la naissance doit être précipitée pour une raison médicale.



(AMPROOB, 2019)

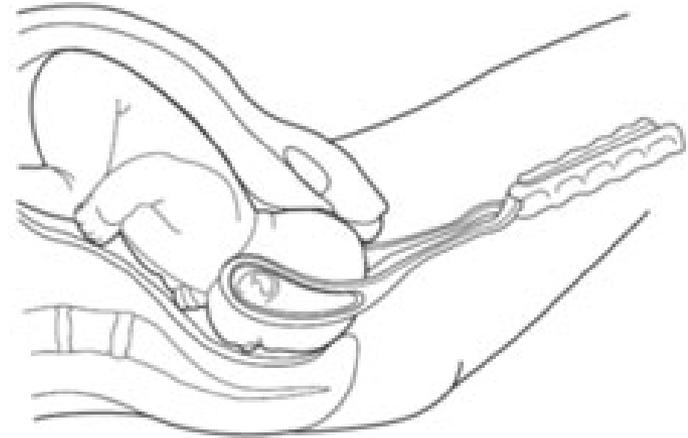
Interventions obstétricales (suite)

Forceps:

- Instruments chirurgicaux conçus pour faciliter l'expulsion du fœtus en l'aidant à faire une dernière rotation lorsque celui-ci est mal positionné dans le bassin.

Ou

- Indiqué en présence de tout problème qui menace la mère ou le fœtus en fin de travail.
- Fait par le gynécologue seulement



(AMPROOB, 2019)

Interventions obstétricales (suite)

Césarienne électorive:

- Prévüe à l'avance
- Si la grossesse se déroule sans particularité, la césarienne est toujours **planifiée dans la 39^{ième} semaine** de grossesse.
- Lundi et jeudi généralement

Césarienne urgente:

- Non-planifiée
- Priorité 1 = délai maximal de 30 minutes
- Priorité 2 = délai maximal de 1 heure
- Priorité 3 = lorsque l'équipe du bloc opératoire sera prête

Taux de césarienne de 20% chez les primipares (1/5)

(AMPROOB, 2019)



En espérant que vous vous sentez plus outillé face à cet évènement magique qui s'en vient et qui vous rendront les parents les plus fiers du monde!

Bonne rencontre...

L'équipe du pavillon des naissances de l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins



Bibliographie

American association of nurse anesthetists. (2017). *Practice guidelines: Analgesia and anesthesia for the obstetric patient*. Repéré sur <http://www.practice@aana.com>

AMPROOB. (2019). *Bien-être foetal et accouchement vaginal assisté*. Repéré sur amproob.com

Bonapace. J., Gagné. G.-P., Chaillet. N., et al. (2018). *Directive clinique de la SOGC : N°355- Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement : approche de soulagement basée sur les données probantes*. Publié par Elsevier au nom de La Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada.

Bonapace. J., (2013). *Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace*. Les éditions de L'Homme.

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

Institut nationale de santé publique du Québec (INSPQ). (2020). *Mieux-vivre avec son enfant: de la grossesse à l'âge de deux ans*. Repéré sur inspq.qc.ca/mieux-vivre.

Institut nationale de santé publique du Québec (INSPQ). (2018). *Travail et accouchement : composer avec la douleur*. Repéré sur <http://www.inspq.qc.ca>

Bibliographie

Lee AI, McCarthy RJ, Toledo P, Jones MJ, White N, Wong CA (2017). *Epidural Labor Analgesia-Fentanyl Dose and Breastfeeding Success: A Randomized Clinical Trial*. *Anesthesiology*. 2017;127:614-24.

Montigny, F., Gervais, C., et Dubeau D. (2017) La place des pères en périnatalité : le programme québécois « Initiative Amis des pères au sein des familles » .

Naître et Grandir (2020). *Exercices pour le périnée (Kegel), les cuisses et les abdos*. Repéré sur <https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/sante-bien-etre/fiche.aspx?doc=grossesse-exercices-perinee-kegel-cuisses-abdos>

Pregnancy and Childbirth Group, (2020). *Balayage des membranes pour déclencher le travail*. Repéré sur https://www.cochrane.org/fr/CD000451/PREG_balayage-des-membranes-pour-declencher-laccouchement

Queensland Health, (2017). *Queensland clinical guidelines: Epidural analgesia in labor*. Repéré sur <http://www.health.qld.gov.au/qcg>

Schneider, M., Drack. G., Hagmann. D., et al. (s. d.). *L'analgésie péridurale « pour le soulagement des douleurs liées à l'accouchement » : Information destinée aux femmes enceintes*. Repéré sur <http://www.sggg.ch> et <http://sgar-ssar.ch>

SOGC (2008). *Déclaration sur les temps d'attente en obstétrique-gynécologie* , numéro 204, mars 2008

Bibliographie

The academy of breastfeeding medicine protocol committee: Martin. E., Vickers. B., et al. (2018). *Protocole N°28: Analgésie et anesthésie en peripartum chez la mère qui allaite.*

Tousignant. D., (2018). *Obstétrique : Impacts de certaines interventions obstétricales sur l'allaitement maternel. Perspectives infirmières.* 15(5), 23-25.