

Enquête sur l'alimentation du nouveau-né dans Lanaudière, 2003-2004



Par André Guillemette
et Dalal Badlissi

Fascicule 15 Modes d'alimentation et interventions obstétricales

Préambule

Les spécialistes en périnatalité s'entendent sur le fait que la décision d'allaiter et la durée de l'allaitement sont intimement associées à plusieurs déterminants. Les caractéristiques de la mère comme son âge, sa scolarité, son revenu, son titre d'emploi, son histoire obstétricale (nombre d'enfants nés vivants), l'attitude et le soutien de son conjoint et de son entourage vis-à-vis l'allaitement, son état de santé et celui de son nourrisson, la nature et la qualité de l'information prénatale sont des éléments, parmi beaucoup d'autres, qui peuvent exercer une influence sur la décision d'allaiter et sur sa durée. Même si les avis à cet égard semblent parfois être divergents parmi les chercheurs, les interventions obstétricales peuvent aussi avoir un impact significatif sur la prévalence et la durée de l'allaitement. Certaines interventions obstétricales peuvent faire en sorte que le nouveau-né n'est pas mis rapidement en contact peau à peau avec sa mère et qu'il ne cohabite pas toujours avec elle durant son séjour hospitalier, ce qui a pour effet d'augmenter les risques de sevrage (Shealy et autres, 2005).

Afin de vérifier s'il existe un lien entre le mode d'alimentation des nouveau-nés et certaines interventions obstétricales, les responsables de l'*Enquête sur l'alimentation du nouveau-né dans Lanaudière, 2003-2004* ont retenu ce thème pour ce quinzième fascicule en s'attardant à la césarienne et à l'anesthésie¹.

¹ Dans ce fascicule, le terme « anesthésie » désigne indifféremment l'épidurale, l'anesthésie locale ou générale et tout autre moyen pour soulager la douleur lors de l'accouchement.

Des interventions obstétricales relativement fréquentes

Selon les données de l'enquête, une répondante sur cinq (20,7 %) déclare avoir eu une césarienne lors de son accouchement (figure 1). Cette proportion se situe à 20,5 % au CSSS du Nord de Lanaudière, constituante CHRDL et à 19,4 % pour le CSSS du Sud de Lanaudière, constituante CHPLG. Une proportion moindre de Lanaudoises qui accouchent à la Cité de la santé de Laval (17,7 %) ont une césarienne, alors que l'inverse est observé pour celles qui donnent naissance dans un centre hospitalier montréalais (25,7 %)².

UNE BRÈVE PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE

L'*Enquête sur l'alimentation du nouveau-né dans Lanaudière, 2003-2004* a débuté le 1^{er} septembre 2003 par l'envoi d'un questionnaire aux Lanaudoises ayant un enfant âgé de six mois et elle s'est poursuivie jusqu'au 31 août 2004. Durant cette collecte de données, 3 020 questionnaires ont été postés aux Lanaudoises. De ce nombre, 1 647 questionnaires ont été retournés complétés pour un taux de réponse de 54,5 %.

L'enquête visait à établir le niveau de satisfaction des mères face à l'information et aux services reçus durant la période périnatale au regard de l'allaitement et à connaître les caractéristiques du mode d'alimentation des nourrissons. Des représentants de Nourri-Source Lanaudière, des CSSS missions CLSC et CH et de la Direction de santé publique et d'évaluation de Lanaudière ont activement participé à la conception et à la réalisation de l'enquête.

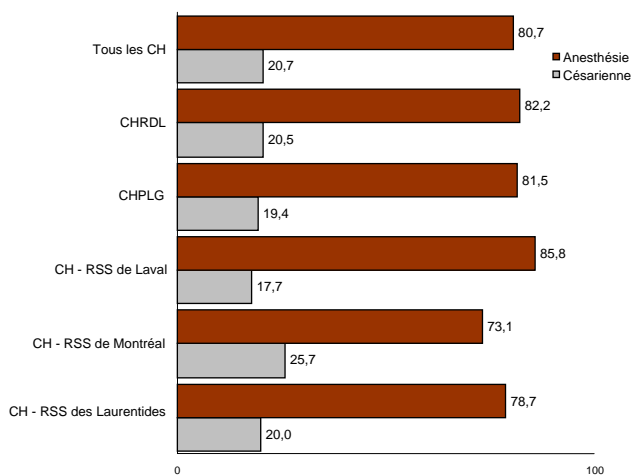
Huit participantes sur dix (80,7 %) ont reçu une forme ou l'autre d'anesthésie lors de leur accouchement (figure 1). Les deux centres hospitaliers lanaudois présentent des pourcentages de femmes qui ont subi une anesthésie légèrement supérieurs avec des valeurs de 82,2 % pour le CSSS du Nord de Lanaudière,

² Ce pourcentage pourrait s'expliquer en partie par un taux très élevé de césariennes à l'Hôpital Sainte-Justine (35,0 %) où se retrouvent une plus forte proportion d'accouchements à risques (grossesse gémellaire, mauvaise présentation, problème de santé chez le fœtus, etc.).

constituante CHRDL et de 81,5 % pour le CSSS du Sud de Lanaudière, constituante CHPLG. La proportion la plus faible est observée lorsque les Lanaudoises accouchent dans un centre hospitalier montréalais (73,1 %) et la plus élevée est observée quand elles accouchent à Laval (85,8 %).

Parmi les répondantes qui ont eu une anesthésie durant leur accouchement, une très forte majorité ont eu une épidurale (94,6 %), alors qu'une proportion minimale ont eu une anesthésie générale (1,5 %).

Figure 1 Interventions obstétricales auprès de la mère lors de l'accouchement selon le lieu de l'accouchement, Enquête sur l'alimentation du nouveau-né dans Lanaudière, 2003-2004 (en %)



L'INFLUENCE DES ÉQUIPES OBSTÉTRICALES SUR L'ALLAITEMENT

Les soins obstétricaux prodigués à la mère durant la période péripartum peuvent nuire au démarrage de l'allaitement s'ils génèrent une séparation temporaire avec le nouveau-né. Les chercheurs ne semblent toutefois pas être totalement en accord quant à l'importance des conséquences que peuvent avoir sur l'allaitement (prévalence et durée) des interventions obstétricales comme l'accouchement provoqué, l'épisiotomie ou la césarienne (Newton, 1997).

« L'équipe obstétricale a la possibilité d'avoir un impact significatif sur le démarrage et la durée de l'allaitement. [...] L'influence d'un corps médical favorable à l'allaitement encouragera les femmes à allaiter avant toute grossesse. [...] Pendant l'accouchement, l'équipe soignante doit être consciente que ses interventions peuvent induire des problèmes de démarrage de l'allaitement. Les professionnels de la santé doivent garder à l'esprit la priorité que constitue le démarrage de l'interaction mère-enfant dès la naissance » (Newton, 1997, p. 3).

Des césariennes qui retardent le contact mère-enfant

Un peu moins de la moitié (47,0 %) des répondantes ayant eu une césarienne ont cohabité à temps plein avec leur poupon comparativement à 58,5 % pour les mères ayant eu un accouchement vaginal. De plus, 10,8 % des participantes qui ont eu une césarienne n'ont pas du tout cohabité avec leur nouveau-né contre seulement 6,6 % pour les autres mères. Le tiers des mères (33,6 %) qui ont eu une césarienne n'ont pas été mises en contact peau à peau avec leur bébé dès sa naissance contre 7,7 % pour celles qui n'ont pas eu de césarienne. Une forte majorité de ces mères (88,1 %) ont été en contact avec leur nouveau-né moins d'une heure après sa naissance tandis que cette proportion chute à 8,9 % dans les cas de césarienne. Un peu plus du tiers (36,9 %) des mères qui ont été en contact peau à peau avec leur bébé plus de deux heures après sa naissance expliquent cette situation par une césarienne.

Le recours à l'anesthésie ne semble toutefois pas avoir une influence sur la rapidité du contact peau à peau entre la mère et son bébé ou la présence du nouveau-né dans la chambre de la mère durant le séjour à l'hôpital.

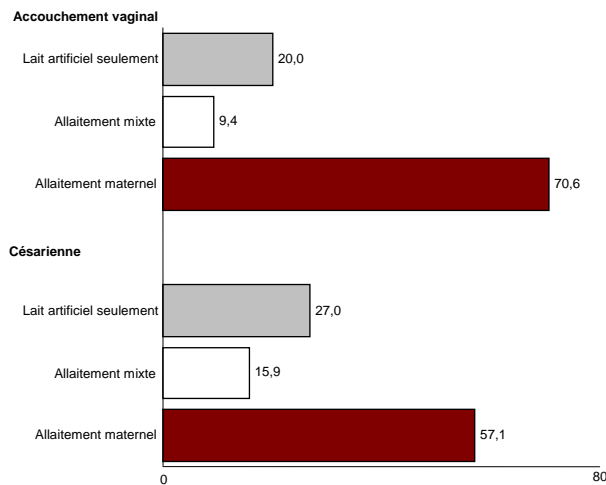
Un lien entre la césarienne et la prévalence de l'allaitement

À la sortie de l'hôpital, 70,6 % des répondantes qui ont accouché par voie vaginale allaitaient exclusivement leur nourrisson (figure 2) alors que cette proportion tombe à 57,1 % pour les mères qui ont eu une césarienne. Le pourcentage de mères qui donnaient du lait artificiel à leur bébé se situait à 20,0 % pour les premières et à 27,0 % pour les secondes. Les mères qui ont eu une césarienne sont proportionnellement plus nombreuses (15,9 %) à avoir donné un allaitement mixte (lait maternel et lait artificiel) à leur enfant comparativement aux autres mères (9,4 %).

Les répondantes qui n'ont pas eu une anesthésie et celles qui en ont eu une présentent des taux d'allaitement similaires à la sortie de l'hôpital. Il en est de même pour l'allaitement mixte et l'alimentation au lait artificiel. Ce constat n'entre pas en contradiction avec les résultats d'autres études où le lien entre le type d'anesthésie (et la nature de l'analgésique) et la prévalence de l'allaitement n'a pas été démontré avec certitude (Jordan et autres, 2005).

En ne considérant que les répondantes qui avaient pris, avant d'accoucher, la décision d'allaiter leur enfant, les résultats de l'enquête montrent que la césarienne peut être défavorable à l'allaitement. Ainsi, 94,8 % des mères qui voulaient allaiter et qui ont eu un

Figure 2 Type d'accouchement selon le mode d'alimentation* à la sortie de l'hôpital, Enquête sur l'alimentation du nouveau-né dans Lanaudière, 2003-2004 (en %)



* Avec ou sans solides et jus.

ANESTHÉSIE À L'ACCOUCHEMENT ET ALLAITEMENT

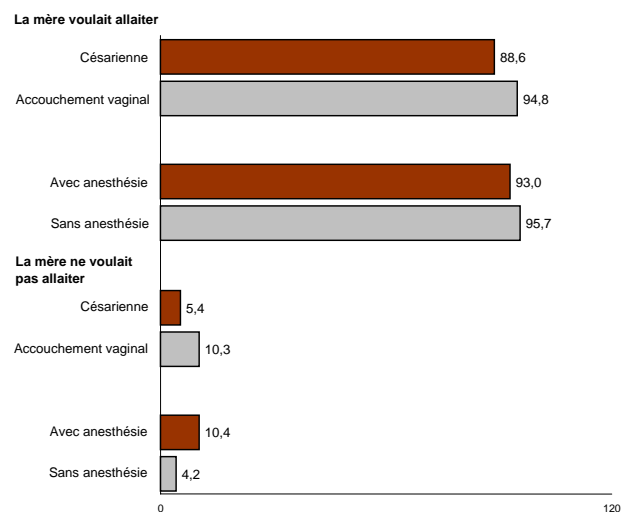
De nos jours, une forte majorité de femmes réclament une anesthésie pour contrer la douleur lors de leur accouchement. Ainsi, en 2001-2002, 63,1 % des accouchements survenus dans la région de Lanaudière ont été réalisés sous épidurale (ICIS, 2004). Les nombreuses études portant sur le sujet ne s'entendent pas sur les effets de l'épidurale sur la prévalence et la durée de l'allaitement. Toutefois, une majorité d'entre elles soulignent qu'il n'y a pas de relation entre, d'une part, l'épidurale et, d'autre part, la prévalence et la durée de l'allaitement à la condition que le nouveau-né soit mis en contact peau à peau avec sa mère rapidement après l'accouchement. Certains analgésiques sont en effet compatibles avec l'allaitement parce qu'ils n'affectent en rien le réflexe de succion du bébé, donc sa capacité à téter. Néanmoins, il est reconnu que le fentanyl, notamment, utilisé durant l'accouchement peut affecter à la baisse les capacités de succion du nouveau-né (Jordan et autres, 2005 ; Marzan Chang et Heaman, 2005).

accouchement vaginal nourrissaient au lait maternel (exclusivement ou en partie) leur bébé à la sortie de l'hôpital (figure 3). Toujours pour les mères qui voulaient allaiter, mais cette fois-ci en retenant seulement celles qui ont eu une césarienne, le taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital chute à 88,6 % (écart statistiquement significatif). C'est donc dire que la césarienne peut être associée au fait que des mères n'allaitent pas leur nouveau-né même si elles le

désirent. Quoique non significative statistiquement, la tendance semble démontrer que les mères qui ne voulaient initialement pas allaiter et qui ont eu un accouchement vaginal décident plus souvent d'allaiter (10,3 %) que celles qui ont la même position et qui ont eu une césarienne (5,4 %).

L'anesthésie, toutes formes confondues, lors de l'accouchement ne semble pas être en lien avec la décision d'allaiter et l'allaitement effectif à la sortie de l'hôpital.

Figure 3 Taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital selon l'intention d'allaiter avant l'accouchement et le type d'intervention obstétricale lors de l'accouchement, Enquête sur l'alimentation du nouveau-né dans Lanaudière, 2003-2004 (en %)



AVOIR UNE CÉSARIENNE ET ALLAITER

Les études confirment que, suite à une césarienne, le volume de lait transféré par la mère à son nouveau-né est inférieur à celui produit à la suite d'un accouchement vaginal parce que la production de lait chez la mère est alors retardée. La quantité de lait produite devient toutefois équivalente pour les deux modes d'accouchement après six jours (Evans et autres, 2003).

Puisque l'essentiel pour favoriser l'allaitement consiste à avoir, entre la mère et son bébé, un contact peau à peau rapide et prolongé, il importe d'offrir à la mère qui a eu une césarienne un soutien intense et soutenu. Cette pratique contribue à la mise au sein précoce dès que le nouveau-né présente des signes d'éveil et que son état de santé ne nécessite pas des soins urgents.

Il est à noter que la césarienne sous épidurale facilite plus l'allaitement que la césarienne réalisée sous anesthésie générale car la mère demeure consciente, donc plus rapidement apte à entrer en contact avec son bébé.

Constats

- ◆ Le cinquième des mères subissent une césarienne lors de leur accouchement.
- ◆ Une forte majorité de mères profitent d'une forme ou l'autre d'anesthésie lors de leur accouchement.
- ◆ Les mères ayant eu une césarienne sont, en proportion, moins nombreuses à cohabiter avec leur bébé et elles sont moins rapidement mises en contact peau à peau avec eux.
- ◆ Les mères qui profitent d'une forme d'anesthésie et celles qui ont accouché naturellement n'affichent pas de différences notables quant au mode de cohabitation avec leur nouveau-né et à la rapidité du contact peau à peau.
- ◆ À la sortie de l'hôpital, les mères qui n'ont pas eu de césarienne sont proportionnellement plus nombreuses à allaiter exclusivement leur bébé.
- ◆ La césarienne peut inciter des mères qui avaient, avant leur accouchement, pris la décision d'allaiter à nourrir plutôt leur bébé avec du lait artificiel.

Suggestions

- ◆ Identifier avec les équipes obstétricales les moyens pouvant favoriser un contact mère-enfant précoce et une première tétée rapide suite à une intervention obstétricale.
- ◆ Sensibiliser les équipes obstétricales quant aux effets de certaines interventions obstétricales sur la prévalence et la durée de l'allaitement.
- ◆ Travailler en concertation avec les équipes obstétricales afin d'appliquer une ligne de conduite claire et flexible suite à une césarienne et de favoriser, selon l'état de santé de la mère et de son bébé, le contact rapide peau à peau et la première tétée.
- ◆ Favoriser, chez les mères en salle de réveil, un contact peau à peau avec leur bébé et une proximité constante afin qu'elles puissent l'allaiter.
- ◆ Pour les mères qui ont eu une césarienne, offrir un soutien plus intense par du personnel spécialisé en allaitement. Leur proposer des positions d'allaitement compatibles avec la plaie de la césarienne.
- ◆ Sauf pour les cas où il y a une recommandation médicale valable, éviter l'ajout de suppléments alimentaires (lait artificiel, eau sucrée ou non) à l'alimentation du nourrisson.

Références bibliographiques

EVANS, K.C. et autres. Effect of caesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life, *Archives of disease in childhood fetal and neonatal, Edition 2003*, vol. 88, 2003, p. F380-F382.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Donner naissance au Canada. Un profil régional*, Ottawa, ICIS, 2004, 68 p.

JORDAN, Sue et autres. The impact of intrapartum analgesia on infant feeding, *BJOG: an International journal of obstetrics and gynaecology*, 2005, vol. 112, n° 7, p. 927-934.

MARZAN CHANG, Zorina, et Maureen I. HEAMAN. Epidural analgesia during labor and delivery : effects on the initiation and continuation of effective breastfeeding, *Journal of human lactation*, vol. 21, n° 3, 2005, p. 305-314.

NEWTON, E.R. Influence des pratiques obstétricales sur le démarrage et le déroulement de l'allaitement : le rôle de l'équipe soignante, *Les dossiers de l'allaitement*, n° 35, La Leche League France, 1997, 3 p. (site Internet consulté le 25 avril 2006 : www.lllfrance.org).

SHEALY, Katherine R. et autres. *The CDC guide to breastfeeding interventions*, Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) , 2005, 67 p.

La réalisation de cette enquête a été rendue possible en partie grâce à une subvention conjointe du MSSS et de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière dans le cadre du Programme de subventions en santé publique.

Auteurs : André Guillemette, agent de planification, de programmation et de recherche, et Dalal Badlissi, médecin-conseil

Codification et saisie des données : Mélanie Renaud, technicienne en recherche psychosociale

Traitement et extraction des données : Christine Garand et Josée Payette, techniciennes en recherche psychosociale

Mise en pages : Johanne Laporte, secrétaire

Conception graphique : Josée Payette, technicienne en recherche psychosociale

Comité de lecture : Élizabeth Cadieux, Marie-Josée Charbonneau, Christine Garand, Johanne Laporte, Josée Payette et Mélanie Renaud.

Cote Santécom : 14-2006-026

Dépôt légal : deuxième trimestre 2006

ISBN : 2-89475-332-2 (version imprimée)
2-89475-334-9 (version PDF)

Bibliothèque nationale du Canada

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Ce document peut être reproduit sans autorisation si la source est mentionnée. Les personnes désirant obtenir le questionnaire de l'enquête ou tout renseignement additionnel peuvent communiquer avec les auteurs au 450 759-1157, au 1-800-668-9229 ou aux adresses électroniques suivantes : andre_guillemette@ssss.gouv.qc.ca et dalal_badlissi@ssss.gouv.qc.ca.