

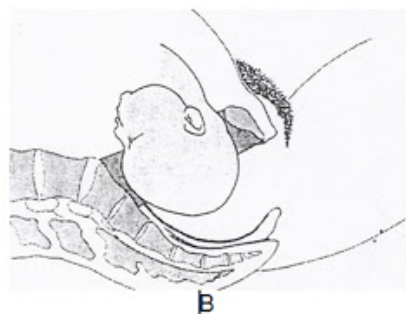
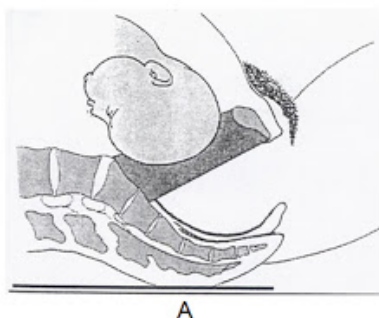
ACCOUCHEMENT ET POSTURES

DEUXIEME PHASE DU TRAVAIL : de la dilatation complète du col jusqu'à la naissance.

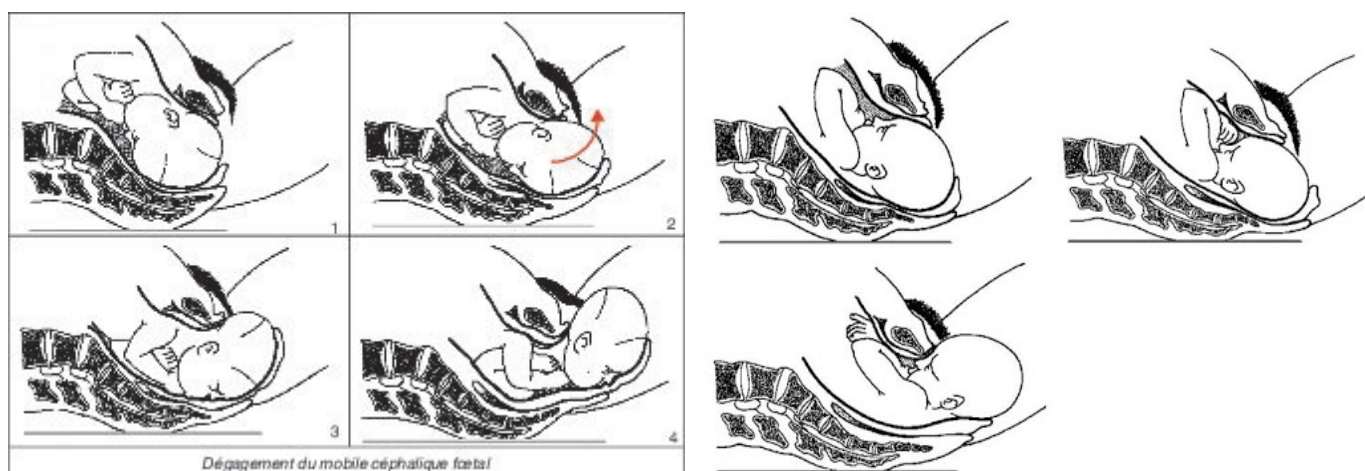
Elle se décompose en 3 temps :

- l'engagement,
- la descente
- l'expulsion

L'engagement représente le franchissement du détroit supérieur du bassin par la tête du bébé. La présentation est alors dite « engagée ». Cette notion est importante car elle détermine si un accouchement par voie basse est possible ou non. On laisse de manière générale, 2 heures pour ce temps d'engagement lorsque c'est un premier accouchement voie basse. Ce temps peut être spontanément raccourci quand la patiente accouche de son 2^{ème} enfant ou plus.



Au moment de diagnostiquer l'engagement, on détermine l'orientation de la tête fœtale dans le bassin à l'aide des 2 fontanelles (antérieure et postérieure) et des sutures de la tête.



Le bébé peut orienter sa tête dans le bassin de 2 façons, soit il regarde vers le bas, soit il regarde vers le haut.

L'orientation la plus « physiologique » est lorsque le bébé regarde vers le bas. Dans le cas contraire (on parle de variété postérieure), on vous propose pendant le travail différentes postures afin de le faire tourner, ou d'essayer de le retourner manuellement lors d'un examen du col.

Si votre bébé décide de ne pas se retourner, l'accouchement voie basse est tout à fait possible, cela peut éventuellement rallonger la durée des efforts expulsifs.

La descente correspond au parcours de la tête fœtale dans le bassin maternel avant d'atteindre le périnée.

L'expulsion correspond aux efforts de poussée. Ils débutent généralement lorsque la patiente ressent l'envie de pousser et que la tête fœtale est sur le périnée. Ils durent en moyenne 30 minutes.

Une fois la tête sortie, vient l'engagement et la sortie des épaules. Le reste du corps suit ensuite et l'enfant naît. En cas de difficulté à l'engagement et à la sortie des épaules, différentes manœuvres obstétricales sont réalisées afin d'y remédier.

Lors d'un accouchement par le siège, ce sont les fesses qui viennent en premier et non pas la tête. L'équipe médicale présente à l'accouchement est plus nombreuse car il existe un risque que la tête se défléchisse au moment des efforts de poussée.

TROISIEME PHASE DU TRAVAIL : de la naissance de l'enfant jusqu'à l'expulsion du placenta

Une fois le bébé né, on accorde 30 minutes pour que le placenta soit expulsé naturellement. L'utérus se contracte ce qui permet le décollement du placenta et son expulsion. Une fois sorti, celui-ci est rigoureusement examiné afin de s'assurer qu'il soit complet. S'il n'est pas complet ou en cas de doute, on peut avoir recours à une révision utérine afin de vérifier manuellement s'il ne reste pas une partie du placenta dans l'utérus. Le papa/l'accompagnant et le bébé sont alors temporairement emmenés dans une petite salle attenante, le temps du geste.

Lorsqu'au-delà de 30 minutes le placenta ne s'est pas décollé, le placenta doit être récupéré manuellement. C'est la délivrance artificielle. Là aussi, le papa/l'accompagnant et le bébé sont temporairement emmenés dans une petite salle attenante, le temps du geste.

Techniques de poussée :

On distingue 2 types de poussée lors des efforts expulsifs : la poussée « bloquée » et la poussée « en expiré ». Sur une contraction, la patiente pousse en moyenne

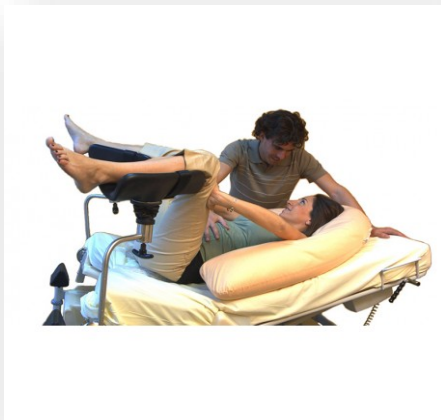
3 fois. La patiente peut pousser en gardant son air, c'est-à-dire en apnée, ou pousser en soufflant son air.

Vous pouvez aussi bien pousser en tirant sur l'arrière de vos cuisses ou au contraire en appuyant dessus, vous pouvez vous tenir au papa/ à l'accompagnant derrière la table, ou tirer sur une liane accrochée au plafond. Des poignées sont aussi à votre disposition sur les côtés du lit.

L'équipe présente à l'accouchement (la sage-femme et l'auxiliaire de puériculture) vous aideront et vous guideront pour trouver avec vous ce qui vous convient le mieux.

Positions d'accouchement :

Plusieurs types de positions d'accouchement sont possibles : la position gynécologique, sur le côté, à 4 pattes, debout.... Cela sera discuté avec la sage-femme qui s'occupera de vous lors du travail en fonction de vos souhaits et des possibilités (position debout impossible lorsque vous bénéficiez d'une anesthésie péridurale par exemple).



Vidéo de l'émission « La maison des maternelles » sur les positions d'accouchement :

<https://www.youtube.com/watch?v=4NOnUmUAMPQ>



Recours à la ventouse ou à la césarienne

La ventouse

Lors des efforts de poussée, différents évènements peuvent expliquer le recours à une aide, la ventouse. Il s'agit le plus souvent d'un arrêt de progression de la tête lors de la poussée ou des anomalies du rythme cardiaque du bébé qui imposent une naissance rapide. La ventouse est posée par le gynécologue de garde sur la tête du bébé, et une traction douce sur sa tête est effectuée lorsque la patiente pousse.

La césarienne

Une césarienne peut être pratiquée avant le travail (programmée à l'avance), ou en cours de travail lorsque les circonstances le nécessitent (anomalies du rythme cardiaque fœtal, stagnation de la dilatation, non engagement de la présentation...). La salle de césarienne est attenante aux salles de naissance. En raison de l'épidémie de Covid-19 actuelle le papa/l'accompagnant n'est pas autorisé en salle de césarienne. Les premiers soins du bébé sont faits dans une petite salle juste à côté.

Hémorragie du post-partum

Lors de l'accouchement, une hémorragie peut survenir pour diverses raisons (manque de tonicité utérine, placenta incomplet...) Dans ce cas-là, une prise en charge complémentaire est nécessaire. On pratique notamment une révision utérine (vérification manuelle d'une absence de résidus dans l'utérus). Votre bébé et le papa/accompagnant sont emmenés dans une salle attenante le temps de la prise en charge. Le temps de surveillance en salle de naissance sera rallongé par sécurité.

Episiotomie et déchirure périnéale

Lors de l'accouchement, une déchirure périnéale peut survenir. Les points de suture sont faits par la sage-femme avec des fils résorbables. La suture est faite une fois la délivrance du placenta terminée. A ce moment-là votre bébé reste contre vous en peau à peau. Si vous bénéficiez d'une anesthésie péridurale, elle suffit généralement pour que vous ne ressentiez aucune douleur. Une petite anesthésie locale peut être effectuée en complément si nécessaire.

Une épisiotomie peut être réalisée lorsque la personne qui réalise l'accouchement le juge nécessaire. Aucune épisiotomie n'est réalisée en systématique.

La surveillance en salle de naissance

Les premiers soins de votre bébé sont réalisés dans la salle de l'accouchement, sur le loxo (cf visite virtuelle de la maternité). Si votre bébé présente des difficultés d'adaptation respiratoire au moment de la naissance, il peut être emmené dans une salle attenante où des soins spécifiques pourront lui être prodigués, il sera ensuite ramené vers vous.

Une fois votre bébé né, lui et vous restez 2 heures en salle de naissance en surveillance. On surveille la quantité des saignements, on fait les premiers soins du bébé (pesée et examen clinique) et la première alimentation lui est donnée (mise au sein ou biberon). Votre bébé sera mesuré le jour de la sortie dans le service. Vous êtes ensuite raccompagnée dans votre chambre dans le service de maternité par l'équipe de salle de naissance.

