



# L'ACCOUCHEMENT



## Le travail



**Si le travail a débuté**, vous serez dirigée vers une salle de travail et de naissance. Nous vous invitons si vous le pouvez, à vous mobiliser autour du monitoring ou plus largement dans la salle, si vous êtes équipée du système de télémétrie. N'hésitez pas à demander un ballon ou swiffball, une galette, le coussin de grossesse ou que l'on vous installe le système de suspension selon votre ressenti et les informations que vous avez pu avoir en séance de

préparation à la naissance. Vous pouvez personnaliser cet espace en demandant à un membre de l'équipe de mettre votre CD de musique ou clé USB, tamiser les lumières.

Si vous souhaitez une anesthésie péridurale, après sa pose, vous pourrez changer de position mais ne pourrez plus vous déplacer.

La première phase du travail peut être un peu longue (plusieurs heures), **le monitoring** est là pour surveiller le rythme cardiaque du bébé et aussi la fréquence des contractions utérines...

L'enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal est intéressant pour la surveillance du bien-être de votre bébé. Il guide la Sage-femme et l'Obstétricien dans la conduite et la surveillance du travail.



**L'Obstétricien ou la Sage-femme** vous examinera toutes les heures pour suivre l'évolution de la dilatation du col et la descente du bébé. Si c'est nécessaire, la rupture artificielle des membranes sera pratiquée pour aider le bébé à solliciter le col et ainsi à le dilater.

La Sage-femme contrôlera de façon régulière vos constantes (tension artérielle, pouls et température).

Toute médication pourra vous être expliquée :

- les antibiotiques pour protéger le bébé contre une infection (respect des protocoles nationaux validés par le CLIN)
- du gel de prostaglandine pour maturer le col en vue d'un déclenchement
- le besoin d'ocytocique (Syntocinon) pour améliorer la qualité et la régularité des contractions
- les antispasmodiques pour assouplir le col

L'objectif est d'avoir **un travail avec une dilatation régulière et harmonieuse...**

Un travail trop long entraîne une fatigue chez le bébé (et la mère) et favorise le risque d'infection.

Durant ces heures de travail, il est recommandé de ne pas manger, les boissons sont possibles (dans tous les cas, la décision revient à l'équipe médicale).

Si une quelconque anomalie survient au cours du travail ou de l'accouchement, la Sage-femme préviendra votre Obstétricien ou l'équipe médicale de garde selon les cas.

## La poussée



Lorsque le col sera entièrement dilaté, que le bébé sera engagé dans le bassin et le périnée sollicité, arrivera alors la dernière phase de l'accouchement : **la poussée**.

Vous serez alors installée en position gynécologique mais une autre position d'accouchement pourra être envisagée en accord avec votre Obstétricien. La Sage-femme ou l'Obstétricien fera un sondage vésical (pour faciliter mécaniquement l'accouchement).

La Sage-femme et l'Obstétricien vous indiqueront comment pousser... pendant la contraction, de façon constante et maintenue...

**Progressivement le bébé arrive...** si cela est possible et que vous le souhaitez, vous pourrez le prendre dans vos mains et le poser sur vous (après vous être entendue à ce sujet avec l'équipe qui vous accompagne vers cette naissance, en particulier votre Obstétricien, pendant votre suivi de grossesse et en début de travail).

Si durant les efforts de poussée votre bébé montre des signes de fatigue ou s'il ne progresse plus, l'Obstétricien pourra poser des spatules ou un forceps, une ventouse, pour vous aider.

**Les instruments utilisés** pour aider à la mise au monde de votre bébé seront choisis par votre Obstétricien en fonction de la situation :

- **les spatules** aident à la flexion et à la rotation de la tête fœtale
- **les forceps** aident à la sortie du bébé par traction
- **la ventouse** permet de fléchir et de diriger la tête fœtale

**Lorsque le bébé sera né**, il pourra être proposé au père ou à la personne présente de couper le cordon, si vous en avez exprimé le souhait antérieurement. Ceci est fait dès que le cordon est clampé sans attendre l'arrêt des pulsations.

Par ailleurs, dans le souci de prévenir la survenue d'hémorragie de la délivrance, nous pratiquons la délivrance « dirigée » c'est à dire l'injection d'une dose d'ocytocine au cours du dégagement de l'épaule du bébé, provoquant le décollement rapide du placenta (consensus médical national).

Si toutefois le placenta ne se décolle pas, l'Obstétricien et/ou la Sage-femme pratique alors une délivrance artificielle, ce qui consiste à aller chercher manuellement le placenta, ceci sous anesthésie (locorégionale ou générale). Si le placenta ne vient que partiellement ou si les saignements restent importants, l'Obstétricien et/ou la sage-femme pratiqueront, toujours sous anesthésie (locorégionale ou générale) un contrôle de la vacuité utérine : cela s'appelle une révision utérine.

**Si le bébé va bien**, qu'il n'y a aucune indication à l'emmener immédiatement en salle de réanimation néonatale et si vous le souhaitez et que votre état le permet, en accord avec l'équipe médicale, **le « peau à peau » vous sera proposé ainsi qu'à votre enfant.** Il permet de garder le contact et rassure le bébé, en améliorant son adaptation à la vie extra utérine...



Deux bracelets d'identification seront placés ; un à la cheville de votre enfant et le deuxième à son poignet.

Pendant le temps de surveillance réglementaire de deux heures en salle de naissance, le bébé reste auprès de vous ; pendant un court moment, il sera pris en charge par les Auxiliaires de puériculture et la Sage-femme et/ou le Pédiatre pour les premiers soins : soin du cordon, pesée, ainsi que pour un premier examen médical pratiqué par le Pédiatre ou la Sage-femme.

Il arrive qu'un bébé ait des difficultés dans sa phase d'adaptation à l'air libre, la Sage-femme ou le Pédiatre l'emmène alors rapidement en salle de réanimation néo-natale pour lui prodiguer les premiers soins, le Pédiatre étant soit déjà présent soit appelé. Votre nouveau-né vous est ramené dès que son état le permet.

**L'administration de Vitamine K** (anti-hémorragique) par voie orale est systématique mais son administration se fera en service de suites de couches afin de ne pas perturber votre bébé dans ces premières heures d'adaptation à la vie extra-utérine.

Dans certains cas (poids du bébé inférieur à 2500 g ou supérieur à 4000 g ou si diabète chez la mère durant la grossesse), la glycémie (« dextro » ou taux de sucre dans le sang) sera contrôlée par un micro-prélèvement de sang au talon du bébé.



**La température de votre bébé sera contrôlée** : si elle est correcte, il pourra être habillé. Il peut aussi être remis en « peau à peau » si vous le souhaitez. Si sa température est basse, votre bébé sera placé **en couveuse** auprès de vous ou remis en « peau à peau » afin qu'il se réchauffe.

**L'allaitement est mis en place le plus tôt possible**, au sein ou au biberon en fonction de votre choix. Une « tétée de bienvenue » est proposée, que vous désiriez allaiter ou non, afin de permettre à votre enfant de bénéficier des bienfaits de l'apport de colostrum (anticorps, colonisation du tube digestif par une flore spécifique) sans vous contraindre à poursuivre au-delà si vous ne le souhaitez pas.



**L'auxiliaire de puériculture, l'IDE puéricultrice, et la Sage-femme** sont là pour vous aider et vous conseiller. Après votre accouchement vous resterez deux heures en salle de naissance pour surveillance.

Il peut arriver que cette durée soit prolongée en cas de saignements au dessus de la normale, une tension artérielle élevée ou autre anomalie médicale nécessitant une surveillance plus précise, ou dans l'attente qu'une chambre se libère en secteur d'hospitalisation.