

# Travail et accouchement



# Travail et accouchement

---

---

## TABLE DES MATIÈRES

Objectifs généraux.....	5
Objectifs spécifiques.....	5
Pour les animatrices.....	5
Pour la clientèle.....	6

## RENCONTRES PRÉNATALES

Recommandations pour l'animation.....	7
Autres thèmes du programme-cadre.....	7
Durée.....	8
Activités d'animation.....	8
<b>1. Accueil et introduction.....</b>	<b>8</b>
<b>2. Retour sur la rencontre précédente afin de répondre aux questions et aux besoins.....</b>	<b>8</b>
<b>3. Présentation du thème de la soirée et des objectifs.....</b>	<b>8</b>

## INFORMATIONS PRÉNATALES

<b>1. Choix de l'intervenant et du lieu de naissance.....</b>	<b>10</b>
Intervenant.....	10
Lieux de naissance dans la région de la Capitale-Nationale.....	11
Hôpital Saint-François d'Assise – CHUQ.....	12
Centre mère-enfant – CHUQ.....	20
Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix.....	30
Maison de naissance de la Capitale-Nationale.....	35
Maison de naissance Mimosa - Le service sage-femme.....	38
<b>2. Brève explication des thèmes courants.....</b>	<b>40</b>
Contractions.....	40
Modifications du col.....	41

	Différentes présentations du fœtus .....	42
	Stations dans le bassin .....	46
<b>3.</b>	<b>Signes précurseurs du travail .....</b>	<b>46</b>
	Légère perte de poids .....	46
	Pertes vaginales plus abondantes .....	46
	Engagement du bébé .....	46
	Perte du bouchon muqueux .....	46
	Légères pertes sanguines .....	47
	Contractions préparatoires dites de « Braxton-Hicks » .....	47
	Bébé remue moins .....	47
	Regain d'énergie chez la mère .....	47
	Modification du fonctionnement intestinal .....	47
	Rupture des membranes .....	47
	Besoin de « nidification », d'intériorisation, de ressourcement et de recueillement .....	47
<b>4.</b>	<b>Travail efficace et travail préparatoire .....</b>	<b>48</b>
<b>5.</b>	<b>Étapes du travail et de l'accouchement .....</b>	<b>49</b>
	Phase de latence .....	49
	Phase active .....	50
	Phase de transition .....	51
	Phase d'expulsion .....	52
	Phase de délivrance .....	53
<b>6.</b>	<b>Résumé des phases du travail .....</b>	<b>54</b>
<b>7.</b>	<b>Préparation du périnée .....</b>	<b>56</b>
	Technique de massage du périnée .....	56
<b>8.</b>	<b>Positions et mobilité .....</b>	<b>58</b>
	Pendant le premier stade de travail .....	58
	Pendant le deuxième stade de travail .....	58
<b>9.</b>	<b>Début des efforts de poussée pendant le deuxième stade .....</b>	<b>63</b>
	Efforts de poussée pendant le deuxième stade .....	63
<b>10.</b>	<b>Test APGAR .....</b>	<b>64</b>
<b>11.</b>	<b>Cordon ombilical .....</b>	<b>65</b>
	Faut-il attendre avant de le couper ou non? .....	65
<b>12.</b>	<b>Soins pour le bébé et pour la mère après la naissance .....</b>	<b>66</b>
	Soins pour le nouveau-né .....	66
	Soins pour la mère .....	68
<b>13.</b>	<b>Différentes façons de mettre au monde .....</b>	<b>69</b>
	Accouchement naturel .....	69
	Accouchement avec anesthésie locale ou régionale .....	69
	Césarienne sous anesthésie .....	69

<b>14. Examens et interventions possibles .....</b>	<b>69</b>
Surveillance de la santé fœtale ou monitoring fœtal.....	69
Toucher vaginal.....	70
Nutrition en cours de travail .....	70
<b>15. Méthodes de soulagement de la douleur .....</b>	<b>71</b>
Généralités.....	71
Méthodes simples de soulagement.....	71
Apport technique à l'analgésie simple.....	74
Narcotiques : Mépéridine, Nalbuphine, Fentanyl, Butorphanol.....	77
Anesthésies.....	78
<b>16. Théorie du portillon.....</b>	<b>82</b>
<b>17. Déclenchement médical et stimulation du travail .....</b>	<b>82</b>
Mécanisme du travail .....	83
Induction du travail .....	83
Grossesse prolongée .....	84
Quand induire le travail? .....	84
Techniques pour la maturation du col utérin .....	85
Techniques pour induire le travail .....	85
Études comparatives.....	88
Gel de prostaglandine et accouchement vaginal après césarienne (AVAC) ....	88
Gel de prostaglandine et rupture prématurée des membranes .....	89
Stimulation des mamelons .....	89
Tiges laminaires (DILATERIA <sup>R</sup> , DILAPAN <sup>R</sup> ) .....	89
Amniotomie .....	89
<b>18. Ventouse et Forceps .....</b>	<b>92</b>
Description .....	92
Quelques précisions sur les indications de la ventouse.....	93
Quelques précisions sur les contre-indications de la ventouse .....	94
Avantages et désavantages de la ventouse .....	94
Autres solutions.....	94
<b>19. Épisiotomie .....</b>	<b>97</b>
Abandon de l'épisiotomie systématique.....	97
Indications médicales de l'épisiotomie .....	97
Épisiotomie médiane modifiée .....	98
Éléments de prévention pendant la grossesse .....	99
Éléments de prévention pendant l'accouchement .....	100
Contrôle du deuxième stade .....	101
Facteurs de risque de déchirure .....	102
Soins du périnée en post-partum .....	102
<b>20. Perfusion intraveineuse (soluté).....</b>	<b>104</b>
<b>21. Situation imprévue .....</b>	<b>104</b>
Césarienne.....	104
Impact sur la vie familiale.....	106
Thèmes à aborder lors des rencontres .....	107

<b>22. Devenir « Maître » du déroulement de la naissance .....</b>	<b>107</b>
Douleur.....	107
Facteurs qui augmentent la perception de la douleur .....	108
Facteurs qui diminuent la perception de la douleur .....	108
Vécu psychologique pendant le travail.....	109
Attitudes pour vivre pleinement l'expérience de la grossesse et de l'accouchement.....	110
<b>23. Comment faire tourner un bébé qui se présente en siège? .....</b>	<b>110</b>
<b>24. Comment offrir un soutien à la femme pendant le travail et l'accouchement? .....</b>	<b>111</b>
Qui sera présent?.....	111
Pourquoi le soutien est-il si important? .....	111
Comment l'accompagnant peut-il aider?.....	111
<b>25. Guide pour l'accompagnant en cours de travail .....</b>	<b>113</b>
Le soutien émotif.....	113
Le pouvoir du toucher .....	113
Le côté pratique .....	114
La relaxation est efficace .....	114
Les suggestions .....	114
<b>26. Massages et acupression .....</b>	<b>115</b>
Massage de détente.....	115
Massage en position assise .....	116
Massage doux au bas du dos dans le sens « antihoraire » .....	117
Massage par friction des muscles fessiers pendant la grossesse .....	117
Massage pendant la grossesse et entre les contractions .....	117
<b>27. Présentation d'un film sur le thème : Travail et l'accouchement .....</b>	<b>118</b>
<b>28. Présentation de la rencontre sur l'allaitement.....</b>	<b>118</b>
<b>29. Mot de la fin .....</b>	<b>118</b>

# Travail et accouchement

## OBJECTIFS GÉNÉRAUX

- Favoriser l'expression et la consolidation des compétences des participants en regard du travail et de l'accouchement.
- Amener la clientèle à croire en son pouvoir de donner naissance.
- Connaître le déroulement de la naissance, les avantages et les inconvénients des différentes interventions qui peuvent survenir.

## OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

### POUR LES ANIMATRICES

- Inviter les participants à exprimer leurs attentes et à définir leurs besoins.
- Répondre aux besoins exprimés par les participants ainsi qu'à leurs interrogations.
- Encourager les participants à s'exprimer librement sur la façon dont ils souhaitent vivre la naissance de leur enfant.
- Inciter les participants à communiquer leurs attentes mutuelles et la place qu'ils désirent occuper lors de l'accouchement.
- Renseigner les participants sur les choix à faire au regard des intervenants et des lieux de naissance.
- Renseigner les participants sur les services offerts en centre hospitalier (CH) et en maison de naissance.
- Amener les participants à reconnaître les signes précurseurs du travail.
- Permettre aux participants d'acquérir des connaissances sur le travail préparatoire précédant le travail efficace à la naissance.
- S'assurer que l'accompagnant est conscient du rôle qu'il pourra jouer pendant le travail et l'accouchement.
- Informer les participants sur les conditions gagnantes pour accueillir leur enfant.
- Renseigner les participants sur les étapes du travail et de l'accouchement.
- Renseigner les participants sur les soins possibles que la mère et le bébé peuvent recevoir immédiatement après la naissance et dans les heures qui suivent.
- Renseigner les participants sur les différentes façons de mettre au monde un enfant.
- Informer les participants sur les examens et les interventions possibles pouvant être utilisés en cours de travail et d'accouchement.
- Encourager les participants à partager leurs appréhensions au regard d'une situation imprévue comme la césarienne.
- Informer les participants sur leurs droits et les amener à prendre en main la naissance de leur enfant.
- Faire comprendre aux parents l'importance de la proximité en centre hospitalier et de la gestion du nombre de visiteurs pendant leur séjour.

- Renseigner les parents sur la durée de leur séjour et sur les services qu'ils recevront de la part du personnel.
- Aviser les parents du suivi offert par les CLSC à la suite de leur séjour en centre hospitalier.

## POUR LA CLIENTÈLE

- Trouver des réponses à ses besoins.
- Être en mesure de connaître les différents services offerts en centre hospitalier et en maison de naissance ainsi que la façon de les joindre et d'y aller les visiter.
- Connaître le déroulement du travail et de l'accouchement.
- Comprendre ses droits.
- S'assurer qu'elle reçoive les services auxquels elle a droit.
- Savoir qu'elle peut exprimer ses besoins et ses choix au sujet de la naissance en rédigeant un plan de naissance.
- Connaître les différentes interventions et leurs effets sur la mère et sur l'enfant.
- Comprendre l'importance du peau à peau avec le nouveau-né dès la naissance, laisser le temps accomplir son œuvre et ainsi mettre en place les conditions gagnantes pour l'allaitement.
- Connaître les moyens pour bien se préparer au travail et à l'accouchement.

À la fin de la rencontre, les participants devraient être en mesure de se faire davantage confiance afin de vivre une expérience enrichissante.

## RENCONTRES PRÉNATALES

### RECOMMANDATIONS POUR L'ANIMATION

---

- Il est important que les animatrices connaissent les services offerts par les centres hospitaliers ainsi que par les maisons de naissance. Une visite doit être faite dans chacun des milieux.
- Les animatrices doivent participer à différentes formations qui leur permettront de mieux assimiler le contenu telles : formation en réflexologie, naissance sous hypnose (hypnonaissance), interventions pendant le travail et l'accouchement.

### AUTRES THÈMES DU PROGRAMME-CADRE

---

Dans le programme-cadre, vous retrouverez différents thèmes qui vous permettront d'aborder le travail et l'accouchement.

#### ACCUEIL

Ce thème a comme objectif de faire connaître les services offerts dans notre région dont ceux des centres hospitaliers. Il permet d'aborder la préparation à la naissance, les respirations, les exercices physiques ainsi que le rôle de l'accompagnant. Il est essentiel d'expliquer le plan de naissance (*Rencontres prénatales offertes par les CSSS de la région de la Capitale-Nationale - Cahier des parents*) comme outil de soutien, d'expression des besoins et des sentiments afin de favoriser le respect des choix de chacun pendant le séjour en centre hospitalier ou en maison de naissance et le suivi après la naissance.

#### HABITUDES DE VIE

L'intervenant doit expliquer aux parents l'importance des habitudes de vie et la préparation à la naissance : exercices physiques, respirations, points de pression, relaxation et autres.

#### DEVENIR PARENTS

Cette rencontre amène l'intervenant à parler du rôle de la personne qui accompagne la mère en cours de travail. Elle nous permet également d'aborder les craintes et les peurs des participants pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et les soins à prodiguer au nouveau-né.

## **DURÉE**

Deux rencontres sont prévues pour une durée totale de quatre heures.

## **ACTIVITÉS D'ANIMATION**

### **1. ACCUEIL ET INTRODUCTION**

Beaucoup d'informations ont été communiquées concernant ce que nous estimons essentiel ou à tout le moins important de savoir pour donner naissance.

Parallèlement, les rencontres prénatales devraient permettre d'expliquer les multiples transformations du corps, de la vie à deux, des désirs ressentis, des besoins et des moyens mis à la disposition des parents pour bien vivre la grossesse et l'accouchement. Les participants auront le sentiment d'être en contrôle, d'être en pleine possession de leur pouvoir s'ils ont obtenu l'information qu'ils jugent nécessaire et s'ils ont le sentiment qu'ils peuvent vivre la naissance tel qu'ils le désirent.

Les futurs parents se sont ouverts chaque semaine, chaque mois au processus de la naissance. Il importe qu'ils développent au cours des dernières semaines une confiance en leurs capacités à mettre au monde leur enfant, à l'aimer et à répondre à ses besoins. Au début des rencontres, le plan de naissance a été proposé. Est-ce que les futurs parents le jugent utile comme outil de communication avec leur intervenant? Ont-ils des interrogations concernant la grossesse, l'accouchement, la vie à deux, auxquelles il serait important de répondre?

La rencontre doit permettre au participant d'obtenir une réponse à ses questions auprès de l'intervenant.

### **2. RETOUR SUR LA RENCONTRE PRÉCÉDENTE AFIN DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS ET AUX BESOINS**

### **3. PRÉSENTATION DU THÈME DE LA SOIRÉE ET DES OBJECTIFS**

Le processus de la naissance est différent d'une femme à une autre. La durée et l'intensité des contractions sont variables. Plusieurs facteurs peuvent influencer cette variabilité dont la culture, l'origine ethnique, la résistance de la femme, l'âge maternel, la parité, les expériences de vie, la religion, les croyances, le stress, la fatigue etc. Certains facteurs sont variables comme l'analgésie, l'anesthésie, l'environnement de naissance, la confiance de la mère en elle-même, l'éducation maternelle, les attentes par rapport à l'enfant, les sentiments de contrôle et d'être maître de la naissance et enfin, le soutien personnel et professionnel en cours de travail.

L'information et la préparation que la femme reçoit en cours de grossesse sont de la plus grande importance. Plus la femme aura confiance dans son pouvoir de donner naissance,

plus sa perception de la douleur sera différente et même moindre. Prendre le temps de parler de la signification de la naissance et de croire à la capacité de la femme à accoucher aidera à rassurer sur les issues du travail.

## SUGGESTIONS D'ACTIVITÉS

### Questions

- Comment percevez-vous le travail et l'accouchement?
- Quand vous pensez à votre travail et à votre accouchement, que vous imaginez-vous?

### Explication des mythes

Pendant la grossesse, les couples entendent plusieurs mythes. L'intervenant doit prendre le temps d'en discuter avec eux et de les démystifier pour les aider à comprendre le processus du travail et de l'accouchement.

Les mythes, vrai ou faux :

- lors d'une première grossesse, les femmes accouchent souvent avant la date prévue;
- plus de femmes accouchent à la pleine lune;
- ma mère a eu un travail difficile donc j'aurai un travail qui ressemblera au sien.

## INFORMATIONS PRÉNATALES

### 1. CHOIX DE L'INTERVENANT ET DU LIEU DE NAISSANCE

#### INTERVENANT

L'important est de choisir un intervenant qui a autant confiance en vous que vous avez confiance en lui.

Qui est-il?

#### **Obstétricien-gynécologue**

Il consacre généralement son attention aux femmes à haut risque et au traitement de complications graves. Sa pratique est axée sur l'intervention et la résolution de problèmes. Il est responsable des actes de chirurgie obstétricale.

Approche

- Médecine scientifique et humaniste qui s'adresse aux femmes et aux nouveau-nés;
- rôle de consultant expert auprès des autres intervenants de la santé.

Clientèle

- Femmes qui vivent une grossesse à risque.

#### **Médecin de famille accoucheur et praticien généraliste**

Il peut assumer les tâches du dispensateur de soins obstétricaux et celles d'un accouchement normal.

Approche

- Médecine holistique qui s'adresse aux individus dans leur contexte familial et social et qui met l'accent sur la relation continue avec le patient, l'éducation et la prévention.

Clientèle

- Femmes qui vivent une grossesse normale ou à moyen risque.

## **Sage-femme**

Elle est compétente pour donner des soins obstétricaux et elle est particulièrement qualifiée pour prodiguer des soins obstétricaux et ceux pour un accouchement normal.

### Approche

- La sage-femme prodigue les soins et donne le soutien et les conseils nécessaires à la femme tout le long de la période périnatale, en respectant le processus physiologique de la grossesse et de l'accouchement, l'autonomie et les compétences de la femme et en la guidant vers un choix éclairé de même qu'en favorisant la relation égalitaire.

### Clientèle

- Femmes qui vivent une grossesse normale.

## **LIEUX DE NAISSANCE DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE**

- Hôpital Saint-François d'Assise – CHUQ
- Centre mère-enfant – CHUQ
- Unité de naissances de Charlevoix, Hôpital de La Malbaie
- La Maison de naissance de la Capitale-Nationale
- Maison de naissance Mimosa

## Hôpital Saint-François d'Assise – CHUQ

Personne de référence : Chantal Labbé, infirmière clinicienne  
Josée Veilleux, infirmière clinicienne



Tout doux, tout doux...  
comme il est beau!

### CONSULTATION EXTERNE DE GROSSESSE

### CLINIQUE DE GYNÉCOLOGIE

Chirurgies mineures et colposcopies

### CLINIQUE DE PÉRINATALITÉ

### Généticien avec demande de consultation

### Examens

Échographies : suivi de grossesse, cas gynécologiques  
Amniocentèse  
Test de réactivité foetal

**Nutritionniste et infirmière:** suivi des femmes avec diabète gestationnel en collaboration avec un endocrinologue

**Suivi de grossesse à risque :** problèmes sociaux et problèmes de santé reliés à la grossesse



### VISITE DES ÎLOTS PARENTS-ENFANTS

Les familles peuvent également prendre rendez-vous pour une visite des îlots parents-enfants en appelant au numéro de téléphone suivant : 418 525-4306.  
ou en consultant : [www.chuq.qc.ca/visite\\_virtuelle\\_sfa](http://www.chuq.qc.ca/visite_virtuelle_sfa)

Nombre d'accouchements pour 2008-2009 : **3 354**

## SERVICE D'ACCUEIL OBSTÉTRICAL (ARRIVÉE EN CENTRE HOSPITALIER)



### SERVICE D'ACCUEIL OBSTÉTRICAL

Avant de se rendre à l'hôpital, les couples peuvent appeler s'ils ont besoin d'information, au numéro de téléphone suivant : 418 525-4444, poste 54111.

## ACCUEIL

### Qui peut s'y présenter?

Les femmes, ayant plus de 20 semaines de grossesse, peuvent se présenter à l'accueil sans rendez-vous pour une évaluation reliée à un épisode de travail ou une problématique de santé. Une période d'observation et une orientation subséquente aux divers services ou ressources du milieu seront entamées par la suite. Si le problème est mineur et ne nécessite aucune intervention particulière (par exemple, un rhume), la femme doit se présenter à une clinique médicale pour éviter l'engorgement de l'accueil et pour permettre aux femmes qui ont des besoins plus urgents de recevoir le service approprié.

### Comment s'y rendre?

Les femmes peuvent emprunter la porte de l'urgence et se rendre au 4<sup>e</sup> étage ou elles peuvent tout simplement entrer par la porte donnant sur le stationnement.

### Quels soins recevront-elles?

Vous y retrouverez quatre civières pour l'accueil. Les femmes seront vues et évaluées par un médecin ou un résident, au besoin. Un cardiotocographe sera installé. Quelquefois des prélèvements seront faits.

Les femmes enceintes de 34 semaines et plus pourront accoucher à l'Hôpital Saint-François d'Assise (SFA). Pour les femmes en travail prématuré (34 semaines et moins), on tentera d'arrêter le travail. Si le travail cesse, la femme sera hospitalisée à SFA sinon, elle sera transférée au Centre mère-enfant (CME).

## PLAN DE NAISSANCE



Le personnel aime travailler avec le plan de naissance préparé par la mère et son accompagnant. Il permet de connaître les choix de la famille. Il serait important de tenir compte des imprévus, de faire preuve d'une grande souplesse et d'utiliser des termes comme *j'aimerais, je désire* lorsque les familles le rédigent.

### ANTE PARTUM (TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT)

Le SFA offre dix salles d'accouchement, deux salles d'opération ou de chirurgie (césarienne) et une salle de récupération pour les femmes ayant subi une césarienne.

#### Moniteur fœtal

Il est installé à la mère à son arrivée au centre hospitalier puis placé en permanence dès le début de la péridurale ou pendant le déclenchement du travail.

#### CÉSARIENNE

Le taux de césarienne était de 19,8 % en 2005 et 18,7 % en 2006.

#### Accueil

La femme doit se présenter à 7 heures à l'unité d'accueil au A4 après que la personne responsable de l'admission lui a confirmé sa chirurgie et que la préparation est faite. Dans la salle de réveil, la femme recevra un soluté et au besoin, un rasage sera fait avec une tondeuse chirurgicale. La sonde urinaire sera installée en salle de chirurgie avec la péridurale et le soluté. L'accompagnant sera en attente pour environ une demi-heure avant d'entrer.

#### Types d'anesthésies utilisés

##### Péridurales :

- **rachidienne** pour les femmes avec césarienne élective : plus rapide, soulagement pour 24 heures;
- **épimorphe** pour les femmes déjà en travail.

#### Note

La péridurale a un effet de soulagement de 24 heures avec une coanalgie.

**Anesthésie générale** : césarienne d'urgence (cœur fœtal ou autres) ou pour les patientes qui ont un problème de coagulation.

## **Accompagnement**

La présence d'un accompagnant dans la salle de chirurgie est autorisée.

## **À quoi s'attendre?**

La femme aura les mains attachées pour la césarienne et détachées pour accueillir son enfant.

## **Grossesse gémellaire**

Si les jumeaux ont une bonne présentation, le travail aura lieu en chambre de naissance et le cathéter péridural sera installé lorsque le col sera dilaté à 5 ou 6 cm. L'accouchement aura lieu en salle de chirurgie.

## **Accouchement vaginal après césarienne (AVAC)**

La mère recevra un soluté dans la chambre de naissance. Elle sera surveillée grâce à un cardiotocographe et l'accouchement se fera dans la chambre de naissance.

## **SALLE DE RÉCUPÉRATION**

### **Après la césarienne**

Les couples y resteront pour une période de deux heures. Le bébé sera présent et la mère pourra l'allaiter. L'anesthésie continuera à faire effet. La mère pourra recevoir du Naproxen ou du Tylenol et Colace en automédication par la suite (24 heures plus tard), dans les chambres de séjour.

### **Présence du bébé**

Le bébé accompagnera ses parents dans la chambre de séjour. Il faut cependant que le bébé se porte bien et ne demande aucun soin particulier. Sinon, il séjournera aux soins intermédiaires.

### **Séjour en centre hospitalier**

Le séjour sera de 72 à 96 heures après une césarienne. Pour le premier 24 heures après la chirurgie, la mère doit être accompagnée en permanence. Cet accompagnant s'occupera à répondre aux besoins du bébé et de la mère.

## **PROCÉDURE POUR LE DÉCLENCHEMENT**

### **Classement**

Selon l'urgence, selon le score de Bishop, le centre hospitalier appellera la famille pour confirmer l'admission. La date du déclenchement est fixée par le médecin. Le nombre de déclenchements est de trois par jour, sept jours sur sept.

## Méthodes

Les femmes sont admises en soirée pour une maturation du col avec gel : Cervidil, Prépildil ou Prostin.

Le déclenchement se fait par amniotomie, Syntocinon, sonde ou ballonnet (très rare), selon la recommandation médicale, le besoin et la raison.

Déclenchement par Syntocinon est un service privé de surveillance par une infirmière. Le suivi est étroit, le cardiocytographe est toujours placé et l'infirmière surveille également le relâchement utérin.

Le Syntocinon est utilisé le matin chez les multipares quelquefois avec ou sans rupture de membranes.

## SALLES D'ACCOUCHEMENT



Quelle joie de t'accueillir!  
Bienvenue!

## Chambres de naissance

Le SFA comprend dix chambres de naissance ou salles d'accouchement avec salles de bains, un bain à remous à jet d'air (thérapeutique), un bain à remous à jet d'eau (traditionnel) et des douches.

Des ponctions veineuses seront effectuées et des examens gynécologiques seront faits. Le cœur fœtal sera écouté toutes les 15 à 30 minutes en phase de latence et toutes les 15 minutes en phase active. Elles pourront utiliser le ballon et le bain à remous.

Les bains à remous sont utilisés en travail actif. Ils procurent un effet de détente et aident à l'évolution du travail dans plusieurs cas, ils sont stimulants. On peut arrêter les jets pour diminuer la stimulation.

## Types d'accouchement

Accouchement naturel ou sous péridurale (auto-injection). Le taux de péridurale est d'environ 80 %. La péridurale ambulatoire n'est pas offerte pour l'instant, mais les femmes peuvent recevoir du Fentanil intraveineux ou des injections de papules d'eau dans le dos.

## **Suggestions en cours de travail**

Les femmes peuvent se promener, bouger, changer de position, se détendre et utiliser différentes méthodes de soulagement de la douleur dont l'hypnose, l'acupuncture, les points de pression, la réflexologie, l'écoute du sacrum et autres.

## **Accompagnement**

Il est suggéré de vivre le travail dans l'intimité et de se limiter à un maximum de deux personnes pour accompagner la femme en travail.

## **Hydratation et alimentation**

La femme peut manger et boire pendant le travail jusqu'au moment où elle fera le choix d'accoucher sous anesthésie.

## **Péridurale**

Le moment pour recevoir la péridurale est variable. Il dépend du médecin et de sa pratique, des contractions, de la dilatation (environ 5 cm). Le cathéter (péridurale continue) est installé au moment de l'intervention. L'anesthésique utilisé est la Marcaïne et sera administré de façon continue par pompe (ACP). L'infirmière fera un suivi. Un bolus est injecté au départ puis de façon continue ou au besoin.

Un accompagnant peut être présent s'il porte un masque.

## **Rémifentanyl**

Cet anesthésique est utilisé de façon exceptionnelle pour les femmes ayant des problèmes de dos (scoliose).

## **Accueil du bébé**

- Le contact peau à peau avec maman puis papa (lorsque le bébé aura été allaité) est fortement suggéré. Les avantages seront la création des liens parents-enfants, la mise en place de l'allaitement, la colonisation microbienne du bébé, le contrôle de sa température et d'un milieu l'humide et le bien-être (bien naître);
- l'identification de bébé, papa et maman se fera rapidement. Les gouttes ophtalmiques, la vitamine K et les autres soins seront donnés un peu plus tard;
- le bébé doit être en forme et en santé pour demeurer avec ses parents;
- la présence des parents pendant tout le séjour hospitalier du nouveau-né est recommandée.

## **Séjour**

Il sera de 36 heures après un accouchement vaginal et de 96 heures après une césarienne.

## Médecins

- Le pédiatre de garde (femme accouchant avec un gynécologue) fera l'examen du nouveau-né après la naissance et avant sa sortie du centre hospitalier;
- le médecin de famille s'occupera du bébé et de la mère.

## Grossesse à risque élevé (GARE)

Les femmes qui ont une grossesse à risque ou celles qui souffrent d'hypertension gravidique avec ou sans protéinurie (prééclampsie) seront installées dans des chambres qui offrent une plus grande tranquillité.

Les femmes souffrant de prééclampsie sévère recevront du sulfate de magnésium.

## POST-PARTUM (SÉJOUR HOSPITALIER)

### Chambres de séjour



On retrouve au SFA 27 chambres de séjour. Il existe présentement, trois chambres privées avec salles de bains individuelles, les autres ont une salle de bains communicante. À son arrivée au centre hospitalier, le couple doit préciser son choix de chambre : privée, semi-privée (souvent payée par les compagnies d'assurance personnelle) ou une salle (sans frais au Québec).

Le conjoint ou l'accompagnant s'occupera de l'admission. En fonction des disponibilités, deux familles peuvent partager la même chambre.

### Proximité

La famille cohabitera tout le long du séjour, mais ce sera toujours conditionnel à l'état de santé du bébé. Le père devra prévoir tout ce dont il aura besoin pour ses soins et son alimentation.

### Enseignement

- La famille recevra un enseignement dans la chambre pour tout ce qui concerne les soins corporels, l'allaitement et l'utilisation des laits industriels (au besoin);
- les parents donneront le 1<sup>er</sup> bain, environ 10 heures après la naissance du bébé, entre 8 h et 21 h avec le soutien de l'infirmière.

### Contact peau à peau avec le bébé

Tout le long du séjour, le contact peau à peau du bébé avec ses parents est favorisé et même souhaitable. Les parents sont invités à penser en fonction du bébé afin de respecter ses besoins.

## Visiteurs

Il est important de sensibiliser les parents sur les services offerts en post-partum et sur les difficultés rencontrées liées à la présence de plusieurs personnes. Les visiteurs sont autorisés. Cependant, il faut penser que la présence de plusieurs visiteurs dans la chambre peut être dérangement pour les nouveaux parents qui doivent prendre soin de leur nouveau-né, répondre à ses besoins et privilégier de petits moments de détente. Ils pourraient se limiter à la présence de personnes très importantes, qui sont très près d'eux.

## HOSPITALISATION DU BÉBÉ



Nous t'accompagnerons,  
tout le long de ton séjour.

## Soins intermédiaires

Seuls les parents peuvent se présenter à la pouponnière. Aucun visiteur n'est accepté à cause des risques d'infection.

Lors d'un séjour hospitalier prolongé pour le bébé, le SFA offre deux autres chambres de parents qui peuvent accueillir cinq mères. Les familles doivent répondre à tous leurs besoins.

## VALISE

La valise doit contenir tout ce qui est essentiel pour les soins corporels et surtout des serviettes hygiéniques (quatre ou cinq sont fournies par SFA) ainsi que des stylos pour remplir des formulaires.

## Centre mère-enfant – CHUQ

Personne de référence : Linda Mercier, infirmière clinicienne



Nous voilà réunis, nous pouvons te voir, te prendre dans nos bras!



### VISITE VIRTUELLE DES ÎLOTS PARENTS-ENFANTS

Visite virtuelle qui explique les services offerts au CME. Les animatrices de rencontres prénatales pourront présenter le DVD ou les parents pourront le visionner dans les salles d'attente du CME ou sur le site du CHUQ : [www.chuq.qc.ca/visite\\_virtuelle\\_cme](http://www.chuq.qc.ca/visite_virtuelle_cme)

Sur le site du CHUQ, les parents peuvent se procurer le formulaire de préadmission en version électronique ou obtenir une version papier en se présentant au bureau d'admission du CME ou au CLSC. Ils devront le remplir et le retourner au bureau d'admission du centre hospitalier (avant l'accouchement) ou l'envoyer par télécopieur : 418 654-2781.

Nombre d'accouchements en 2006 - 2007 : environ **4 500**  
2008 – 2009 : **4 941**

### CLINIQUE EXTERNE

Des services sont offerts aux femmes vivant une grossesse à risque (GARE) comme un suivi en génétique ou médical (diabète gestationnel).

Certains gynécologues-obstétriciens font également le suivi des femmes enceintes à cet endroit.

Les femmes enceintes s'y présentent pour passer leur échographie obstétricale.

## SERVICE D'ACCUEIL OBSTÉTRICAL (ARRIVÉE EN CENTRE HOSPITALIER)



### SERVICE D'ACCUEIL OBSTÉTRICAL

Avant de se rendre à l'hôpital, les couples peuvent appeler s'ils ont besoin d'information au numéro de téléphone suivant : 418 577-2055.

## ACCUEIL (POSTE DE TRIAGE)

### Qui peut s'y présenter?

Les femmes ayant plus de 16 semaines de grossesse peuvent se présenter à l'accueil sans rendez-vous pour une évaluation de l'état de grossesse ou de santé, du travail et de l'accouchement, une consultation médicale **semi-urgente**, un diagnostic, de la prévention, une période d'observation et une orientation subséquente aux divers services ou ressources du milieu.

Si le problème est mineur et ne nécessite aucune intervention particulière (par exemple un rhume), la femme doit se rendre à une clinique médicale pour éviter l'engorgement de l'accueil et pour permettre aux femmes qui ont des besoins plus urgents de recevoir le service approprié.

### Quels soins recevront-elles?

L'infirmière écoutera le cœur fœtal et la patiente sera vue par un médecin ou un résident qui fera un examen vaginal.

Un moniteur est installé pour une vingtaine de minutes.

Des ponctions veineuses peuvent être effectuées.

### Que retrouve-t-on?

Vous y retrouverez six civières pour l'évaluation et la surveillance.

### Combien de temps la femme peut-elle rester à l'accueil?

Le temps maximal estimé pour l'évaluation et l'orientation est de deux heures.

## PLAN DE NAISSANCE



Le personnel aime travailler avec le plan de naissance préparé par la mère et l'accompagnant. Il permet de connaître les choix de la famille. Il serait important de tenir compte des imprévus, de faire preuve d'une grande souplesse et d'utiliser des termes comme *j'aimerais, je désire...* lorsque les familles le rédigent.

### Salle familiale et salle d'allaitement

À l'étage, une salle d'allaitement et une salle familiale sont disponibles afin de permettre aux parents d'être seuls avec leur bébé, ou d'allaiter en toute quiétude si leur bébé est en pouponnière ou qu'il y a beaucoup de visiteurs dans la chambre. La femme en travail peut les utiliser si le besoin se fait sentir de se retrouver dans un milieu différent.

### ANTE PARTUM (TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT)

Le CME offre 17 salles d'accouchement (CUS) avec salle de bains (toilette et douche) et 2 salles avec bains à remous (thérapeutiques). Trois salles d'opération ou de chirurgie (césarienne) et une salle de récupération pour les femmes ayant subi une césarienne du côté GARE.

### CÉSARIENNE



Elles sont magnifiques! N'est-ce pas?

En 2008, le taux de césarienne est d'environ 25 à 30 %.

### Type d'anesthésie utilisé

Les césariennes itératives se feront sous rachidienne, une injection d'Épimorphe, dont la durée de l'effet est de 24 heures et qui agit de façon plus intense au début avec une diminution progressive. Si la femme est déjà en travail avec une péridurale, elle aura une injection d'Épimorphe, le cathéter est retiré et elle sera également soulagée pour 24 heures.

La femme ayant un problème de coagulation, une diminution de plaquettes par exemple une patiente avec prééclampsie, recevra du Fentanyl ou du Rémifentanil I/V (Ultiva®).

Lors d'une césarienne urgente et la femme n'a pas de cathéter péridural installé, l'anesthésie générale sera utilisée et le conjoint ne pourra pas être présent dans la salle de chirurgie.

### **Accompagnement**

La présence d'un accompagnant dans la salle de chirurgie est autorisée. Sauf s'il y a une urgence et une anesthésie générale.

### **À quoi s'attendre?**

Le conjoint présentera le bébé à la mère. Le contact peau à peau, maman et bébé, se fera dans la salle de réveil.

### **SALLE DE RÉCUPÉRATION (QUATRE LITS)**

#### **Après la césarienne**

La femme y restera pour une période de deux heures environ. Le bébé sera présent et la mère pourra l'allaiter. L'anesthésie (rachidienne) continuera à faire effet pour 24 heures. La mère pourra prendre du Naproxen ou du Tylenol et Colace en automédication, 24 heures plus tard, dans les chambres de séjour.

#### **Présence du bébé**

Le bébé accompagnera ses parents dans la chambre de séjour. Il faut cependant toujours garder en mémoire qu'il est important que le bébé se porte bien et ne demande aucun soin particulier. Sinon, il séjournera en pouponnière ou à l'unité néonatale.

#### **Séjour en centre hospitalier**

Le séjour sera de 36 à 72 heures après une césarienne. Pour le premier 24 heures, la mère doit être accompagnée en permanence. Cet accompagnant s'occupera de répondre aux besoins du nouveau-né et de la mère.

#### **Moniteur fœtal**

Il est installé chez la mère en permanence dès le début de la péridurale ou pendant le déclenchement du travail avec Syntocinon. Une infirmière sera présente jusqu'à la fin du travail.

#### **PROCÉDURE POUR LE DÉCLENCHEMENT**

Les médecins sont avisés de prévenir l'hôpital 48 heures à l'avance par télécopieur, il inscrira la date désirée pour le déclenchement et les raisons pour lesquelles ils le suggèrent. Le personnel du centre hospitalier fera une sélection et avisera la femme le matin où il aura lieu.

La patiente, qui aura un déclenchement, ne passe pas par l'accueil à son arrivée elle se rend directement en obstétrique.

### **Classement**

Selon l'urgence, le centre hospitalier appellera la famille pour fixer la date et l'heure selon le score de Bishop favorable ou non. Il se fera surtout le matin au CME.

### **Méthodes**

Le déclenchement se fait par gel vaginal (Prostin®E<sub>2</sub>) après écoute du cœur fœtal par moniteur, amniotomie, Syntocinon, sonde ou ballonnet, selon la recommandation médicale, le besoin ou la raison. Ce qui est le plus fréquemment utilisé est le Syntocinon et le gel (par les médecins de famille). Le Prépilil intracervical est rarement utilisé.

Il peut arriver à l'occasion une hypercontractilité avec le Prostin, la Nitroglycérine sous la langue pourrait être utilisée.

Pour un arrêt de grossesse (GARE), le Misoprostol (Cytotec®) intravaginal est le plus utilisé.

### **Soutien du personnel**

Une infirmière sera présente tout le long du déclenchement avec Syntocinon.

### **ACCOUCHEMENTS**

Environ 27 médecins pratiquent en obstétrique au CME dont 15 médecins de famille et 12 gynécologues obstétriciens. Le médecin de famille sera accompagné d'un résident en médecine familiale. Le gynécologue-obstétricien aura avec lui des externes et un résident en gynécologie-obstétrique.

Il est à noter qu'un médecin du CME assiste les femmes qui veulent accoucher d'un bébé qui se présente par le siège.

### **Chambres de naissance**

Le CME compte 17 chambres de naissance ou salles d'accouchement, 2 bains à remous et des ballons. De plus, une chambre pour les femmes allergiques au latex est aussi disponible.

### **Types d'accouchement**

Accouchement naturel ou sous péridurale (auto-injection). En 2008, au CME le taux de péridurale était d'environ 85 %. La péridurale ambulatoire est offerte, mais les patientes ne circulent pas dans le corridor, elles peuvent cependant s'asseoir dans un fauteuil ou utiliser le ballon. Elles peuvent également recevoir du Fentanyl en intraveineuse (cette méthode est peu utilisée au CME) si la péridurale est impossible.

Les papules d'eau sont faites par les médecins de famille. La méthode appelée *hypno-naissance* ou hypnose est utilisée de plus en plus. Le bloc honteux est rarement utilisé sauf pour certains médecins de famille.

Le Démérol est peu utilisé en cours de travail.

### **Suggestions en cours de travail**

Les femmes peuvent se promener, bouger, changer de position, se détendre et utiliser différentes méthodes de soulagement de la douleur dont l'hypnose, l'acupuncture, la réflexologie, les points de pression, l'écoute du sacrum et autres.

### **Suivi**

L'écoute du cœur se fera régulièrement soit aux 30 minutes au début, puis aux 15 minutes en phase active et aux 5 minutes lors de la poussée ou immédiatement après.

### **Accompagnement**

Il est suggéré de vivre le travail dans l'intimité ou dans une atmosphère de calme et de se limiter à un maximum de deux personnes pour accompagner la femme en travail.

### **Hydratation et alimentation**

La femme peut manger et boire jusqu'au moment où elle fera le choix d'accoucher sous anesthésie. La femme peut boire environ 400 cc par heure d'eau, de jus de pomme, de thé ou surtout de Gatorade, il faut éviter entre autre le jus d'orange à cause de la pulpe. Tout breuvage autre que l'eau doit être apporté par les patientes.

### **Moniteur fœtal**

Il peut être installé une trentaine de minutes en cours de travail ou selon la recommandation du médecin.

### **Accueil du bébé**

- Le contact peau à peau du bébé de 34 semaines et plus, avec maman puis papa après l'allaitement, est suggéré. Les avantages seront la création des liens parents-enfants, la mise en place de l'allaitement, la colonisation microbienne du bébé, le contrôle de sa température et du taux d'humidité, et le bien-être (bien naître);
- l'identification de bébé, papa et maman se fera rapidement. Les gouttes ophtalmiques, la vitamine K et les autres soins seront donnés un peu plus tard;
- toute la durée du séjour, les deux parents devront être identifiés et conserver leurs bracelets. Le bébé aura deux bracelets et devra les porter jusqu'à la sortie du centre hospitalier, à l'occasion il peut les perdre à cause d'une diminution de poids, les parents devront veiller à les remettre même si le bébé demeure dans la chambre;
- il serait important d'insister sur le fait que le bébé doit être en forme et en santé pour demeurer avec ses parents;

- il ne faut pas oublier que la présence des parents est recommandée pendant tout le séjour hospitalier du nouveau-né.

## **Médecins**

- Le pédiatre de garde (femme accouchant avec un gynécologue) fera l'examen du nouveau-né après la naissance et avant sa sortie du CH;
- le médecin de famille s'occupera du bébé et de la mère.

## **AILE POUR GARE**

### **Ce que vous y retrouverez**

- Quinze lits pour l'hospitalisation à long terme;
- Cinq chambres d'accouchement;
- Trois salles de césarienne où le médecin fera la version au besoin;
- une salle de réveil;
- une grande salle avec un ordinateur, webcaméra, laveuse et sècheuse.

## **Personnel**

Pendant la grossesse, une infirmière est disponible, au besoin, pour assurer un suivi à domicile après le séjour hospitalier.

## **Médicaments**

Lors d'un travail prématuré, les médicaments utilisés sont Adalat (arrêt du travail) et Célestone (maturité des poumons). Pour l'hypertension gravidique : sulfate de magnésium (Mg SO 4).

## **POST-PARTUM (SÉJOUR FAMILIAL)**

### **PERSONNEL INFIRMIER**

- Le ratio pour le jour : huit individus dont quatre mères et quatre bébés. À noter que plusieurs bébés sont à l'unité néonatale donc l'infirmière pourra s'occuper de plus de mères;
- le ratio pour le soir et la nuit : dix individus dont cinq mères et cinq bébés;
- il y a au moins trois infirmières consultantes en allaitement pour le département;
- chaque infirmière du département peut suivre neuf heures de cours en allaitement sur les thèmes suivants : prématurité, succion, problèmes et autres. Il existe également des capsules d'information qu'elles peuvent consulter.

## CHAMBRES DE SÉJOUR

### Chambres



On retrouve 31 lits disponibles dans les chambres de séjour du CME : 7 chambres comprenant 2 lits et 17 chambres avec un lit. À son arrivée au centre hospitalier, le couple doit préciser son choix de chambre : privée, semi-privée (souvent payée par les compagnies d'assurance personnelle) ou une salle (sans frais au Québec). En fonction des disponibilités, deux familles peuvent partager la même chambre.

Si les 31 lits sont complets, la famille demeurera en chambre de naissance ou chambre unique de séjour (CUS).

Le séjour sera de 36 à 48 heures pour un accouchement vaginal et de 72 heures pour un accouchement par césarienne.

La mère sera sous automédication. Elle reçoit du Tylnol ou Naproxen et Colace. Elle repartira à la maison avec la médication restante. Il est suggéré également qu'elle apporte à l'hôpital toute autre médication prescrite qu'elle utilise comme par exemple, le Synthroid.

En plus, le CME offre deux chambres à deux lits soient quatre lits dans un autre département pour accueillir les mères dont les bébés sont hospitalisés à long terme.

S'il y a débordement, le département de chirurgie accueillera les mères qui ont subi une césarienne et dont les bébés sont hospitalisés à l'unité néonatale.

### Matériel disponible

- Des couches, des piqués et des serviettes hygiéniques fournies au début (trois à quatre puis les femmes doivent les avoir apportées).
- Des bonnets de différents modèles sont offerts par l'entreprise *Souris Mini*. Les parents peuvent faire un don volontaire.
- Les parents peuvent se servir eux-mêmes des serviettes, des débarbouillettes, de la literie, des pyjamas blancs (bébé de petit poids) et jaunes (bébé de poids moyen ou plus gros) également fournis.
- Pour un bébé avec ictère : il sera présent dans la chambre avec couverture de photothérapie à SFA, une est disponible et au CME, on en retrouve trois.

### Autre possibilité

Si les chambres sont remplies à pleine capacité, les familles demeureront du côté des salles d'accouchement (CUS).

### Proximité

La famille cohabitera tout le long du séjour, mais la cohabitation sera conditionnelle à l'état de santé du bébé. Le père devra prévoir tout ce dont il aura besoin pour ses soins et son alimentation.

## Enseignement

- La famille recevra un enseignement dans la chambre, pour tout ce qui concerne les soins corporels, l'allaitement et les autres laits (au besoin).
- Les parents donneront le 1<sup>er</sup> bain environ 10 heures après la naissance du bébé entre 8 h et 21 h avec le soutien de l'infirmière. Pour un 2<sup>e</sup> bébé, il n'y a pas d'enseignement de bain sauf pour les organes génitaux et le cordon.
- L'infirmière portera toujours des gants si le bébé n'est pas lavé.

## Contact peau à peau avec le bébé

Tout le long du séjour, le contact peau à peau du bébé avec ses parents est suggéré et même souhaitable. Les parents sont invités à penser en fonction du bébé afin de respecter ses besoins.

## Visiteurs

Les visiteurs sont autorisés. Cependant, il faut penser que la présence de plusieurs personnes dans la chambre peut être dérangement pour les nouveaux parents qui doivent prendre soin de leur nouveau-né, répondre à ses besoins et privilégier de petits moments de détente. Ils pourraient se limiter à la présence de personnes très importantes, qui sont très près d'eux.

Au cours de l'année 2009, le CHUQ prévoit mettre en place un règlement qui limiterait les heures d'accès au CH pour les visiteurs sauf pour la famille immédiate.

## HOSPITALISATION DU BÉBÉ



*J'aime te toucher, tu réagis, tu me souris.*

Le bébé doit demeurer en CH. Au total, quatre lits d'accompagnement sont disponibles dans deux chambres pour accueillir les parents, surtout pour les femmes qui allaitent. Quand ces chambres sont remplies, les mères doivent partager la chambre. Les pères ne sont pas admis dans ces chambres pour y séjourner. Elles sont situées au 1<sup>er</sup> étage du CME. Les familles doivent répondre à tous leurs besoins.

## VALISE

La valise doit contenir tout ce qui est essentiel pour les soins corporels et surtout des serviettes hygiéniques ainsi que des stylos pour remplir des formulaires.

## POUPONNIÈRE

La pouponnière de soins intermédiaires peut accueillir 11 bébés nécessitant certains soins médicaux particuliers ou une surveillance médicale. Elle est aménagée pour permettre aux parents d'avoir plus d'intimité avec leur poupon et faciliter également le travail des intervenants. Il est à noter qu'un seul parent peut entrer dans la pouponnière.

## UNITÉ NÉO-NATALE

Ce service peut accueillir 51 bébés nécessitant des soins spécialisés et plus précis comme les prématurés, les poupons avec des problèmes cardiaques, respiratoires et de santé.

Elle possède ses propres chambres d'accommodement pour les parents

## Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix

### Unité de Naissances de Charlevoix

Hôpital de La Malbaie, « Ami des bébés »  
Accrédité le 31 octobre 2007

Être *hôpital ami des bébés* c'est adopter une politique d'allaitement qui façonne le travail effectué par tous les membres de l'équipe de soins du CLSC, de l'Unité de naissances et du bloc opératoire (infirmières, médecins, préposées et autres). Cette politique comporte plusieurs objectifs. En voici quelques-uns:



Pastel de Marie-Lydie Joffre  
[www.marielydiejoffre.com](http://www.marielydiejoffre.com)

1. que **chaque mère accueille son bébé en contact peau à peau** dès la naissance de façon ininterrompue, aussi longtemps qu'elle le désire qu'elle accouche par voie naturelle ou par césarienne;
2. que le bébé **demeure près de sa mère et de son père** jour et nuit (cohabitation);
3. que tous les nouveaux parents soient accompagnés et soutenus dans le mode d'alimentation qu'ils ont choisi pour leur bébé.

### CLINIQUE DE PÉRINATALITÉ (SERVICE D'ÉVALUATION PRÉNATALE)

Après la première rencontre médicale, le médecin acheminera une demande d'entrevue avec l'infirmière de la clinique de périnatalité. Comme le territoire de Charlevoix est vaste, deux cliniques situées aux deux principaux pôles sont accessibles pour desservir la clientèle. Dans Charlevoix, toutes les femmes enceintes sont rencontrées à deux reprises durant la grossesse. Voici un aperçu du déroulement de ces rencontres :

#### Première rencontre entre la 12<sup>e</sup> et la 16<sup>e</sup> semaine de grossesse :

- examens prescrits par le médecin (prises de sang);
- informations de base, documentation disponible et gratuite, remise du livre *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans, guide pratique pour les mères et les pères*;
- ouverture du dossier prénatal qui suivra au centre accoucheur choisi;
- vérification des attentes et des besoins par rapport à la grossesse, la naissance;
- inscription aux rencontres prénatales de groupe;
- vérification de l'admissibilité aux programmes d'aide et de soutien du CLSC comme le programme OLO (Œufs, lait et oranges);
- suivi particulier (individuel ou en couple) pour toutes les situations problématiques ponctuelles en lien avec la grossesse et la naissance;
- consultation au besoin avec une nutritionniste.

## Deuxième rencontre entre la 26<sup>e</sup> et la 30<sup>e</sup> semaine de grossesse :

- examens prescrits par le médecin (prises de sang);
- informations sur l'approche familiale, la naissance, l'accueil du nouveau-né et le déroulement du séjour hospitalier;
- rencontres prénatales individuelles si la personne ne peut se joindre à un groupe;
- retour sur les attentes et les besoins par rapport à la naissance et au séjour hospitalier;
- visite de l'Unité de naissances si désirée;
- suivi particulier (individuel ou en couple) pour toutes les situations problématiques ponctuelles en lien avec la grossesse et la naissance.



### LES COORDONNÉES POUR REJOINDRE LES INFIRMIÈRES DES CLINIQUES DE PÉRINATALITÉ SONT :

Hôpital de La Malbaie : 418 665-1700, poste 1117

CLSC de Baie-Saint-Paul : 418 435-5475, poste 6013

## NOS INSTALLATIONS



L'Unité de naissances est un département uniquement réservé aux parents. Elle comprend uniquement des chambres privées. Nous avons trois **chambres de naissance** avec salle de bain comprenant toilette, évier et douche et elles sont accessibles à tous les couples, peu importe leur revenu.

Dès votre arrivée au 3<sup>e</sup> étage, l'infirmière vous invitera à vous installer dans l'une des chambres où le travail, la naissance et le séjour postnatal s'effectueront. La gestion des visites vous appartient; vous pouvez utiliser un **système d'affiche** conçu pour diminuer le nombre de visiteurs pour vous permettre de vous reposer. ↩

Une cuisinette est à votre disposition. Elle comprend:



- un réfrigérateur contenant un peu de nourriture : pain, crème glacée, lait et fromage;
- un garde-manger avec de la nourriture sèche : céréales, biscuits, pouding et fruits;
- des accessoires : grille-pain, bouilloire et micro-ondes;
- une table et des chaises, une causeuse, un téléviseur et lecteur DVD (très pratique pour occuper les frères et sœurs);
- une salle de bains pour les visiteurs.



## Qui peut s'y présenter?

Les femmes ayant plus de 20 semaines de grossesse et présentant un problème de santé relié à leur grossesse (pertes sanguines, contractions régulières, pertes de liquide) peuvent se présenter sans rendez-vous à l'Unité de naissances pour une évaluation.

Elle est située au 3<sup>e</sup> étage de l'Hôpital de La Malbaie, il est préférable d'appeler avant de se présenter.

Lorsque la femme a des contractions prématurées **avant 37 semaines de grossesse** ou des complications diagnostiquées par son médecin accoucheur, elle peut être transférée au CME.



### SERVICE D'ACCUEIL OBSTÉTRICAL

Avant de se rendre à l'hôpital, les couples peuvent appeler s'ils ont besoin d'information au numéro de téléphone suivant : 418 665-1700, poste 1333.

### PLAN DE NAISSANCE



À l'Unité de naissances du CSSS de Charlevoix, le respect des choix, des attentes et des désirs des parents demeure notre priorité. Vous vous sentirez en sécurité par l'organisation des lieux et la modernité des équipements. Nous respectons vos choix afin de vous permettre de vivre cette expérience en toute intimité et confidentialité.

Le plan permet davantage de clarifier vos attentes par rapport à la naissance de votre enfant et de les partager avec l'infirmière et le médecin dès votre arrivée.

## VALISE

### Parents

Elle doit comprendre :

- vos articles pour vos soins corporels (un baume pour les lèvres);
- des serviettes hygiéniques;
- des vêtements d'intérieur (jaquette ou pyjamas), une robe de chambre et des pantoufles;
- votre liste de numéros de téléphone des personnes que vous désirez joindre;

- votre livre : *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans, guide pratique pour les mères et les pères*;
- du papier et un stylo;
- votre appareil photo;
- de la nourriture rapide comme des barres tendres, des noix, des boissons énergisantes et autres.

## Bébé

- des vêtements pour la sortie de l'hôpital : deux pyjamas (petite et moyenne taille), cache-couche, bonnet\* et couverture;
- des couches pour nouveau-né en quantité suffisante (environ 18);
- un siège d'auto.

\* Un bonnet et des mitaines réalisés par *Grand-mère tricote* sont donnés aux parents pendant leur séjour au centre hospitalier.

## QUELQUES STATISTIQUES 2008

### Depuis 20 ans, environ 160 naissances par année

- À l'Unité de naissances de Charlevoix, environ 55 % des femmes choisissent d'accoucher naturellement, sans aucune médication. Les infirmières sont habituées avec ce choix en apportant un soutien extraordinaire aux parents désirant vivre l'expérience;
- le ballon ergonomique, le bain à remous, les massages, la visualisation sont pratique courante chez nous. La péridurale demeure disponible jour et nuit;
- le taux de césarienne urgente est de 19 %. Les femmes désirant un accouchement vaginal après une césarienne doivent aller accoucher au Centre mère-enfant.

### Le séjour hospitalier

- La présence du père ou d'une personne importante est **souhaitée**, que ce soit pour un accouchement vaginal ou par césarienne. La petite famille reste unie dans la même chambre, de la naissance jusqu'au congé. Ceci peut inclure les frères et sœurs du nouveau-né ou tout autre membre de la famille désiré par les parents;
- le bébé en santé est déposé immédiatement après la naissance, peau à peau sur le ventre de sa mère en contact ininterrompu, tous les deux enveloppés d'une couverture chaude jusqu'à ce que celui-ci montre des signes d'intérêt pour s'alimenter (15 à 45 minutes après la naissance); c'est à ce moment que le bébé prendra sa première tétée au sein ou papa sera initié aux préparations commerciales par l'infirmière;
- l'enseignement aux parents s'effectue selon leurs besoins, leurs désirs et surtout au rythme du bébé. Les précieux temps de sommeil des parents sont respectés le plus possible par le personnel infirmier; celui-ci s'adaptera et organisera l'enseignement en conséquence;
- la traditionnelle pouponnière n'existe plus. Le bébé demeure avec ses parents en permanence. Les odeurs, les voix, la présence sont des points de repères familiers et surtout très sécurisants pour le bébé, rien d'autre n'est aussi important pour lui!

- les bébés chez lesquels certains problèmes de santé sont décelés après la naissance peuvent être transférés au CME;
- la durée de séjour est d'environ 48 heures pour un accouchement par voie naturelle et de 96 heures pour une césarienne; afin d'éviter une séparation mère-bébé, il est possible qu'un problème de santé (chez la mère ou le bébé) puisse prolonger la durée de votre séjour.



**Bienvenue aux Futurs Parents et au plaisir de vous accueillir  
à l'Unité de naissances de Charlevoix!**

*L'équipe de soins*

## Maison de naissance de la Capitale-Nationale

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale



La Maison de naissance de la Capitale-Nationale est située dans l'arrondissement de Limoilou près de l'Hôpital Saint-François-d'Assise. Ses services sont offerts aux femmes de la région de la Capitale-Nationale.

### SERVICES OFFERTS

- Suivi de grossesse, incluant les examens de laboratoire et la prescription pour examens complémentaires au besoin (échographie et amniocentèse);
- cours préparatoires à la naissance et à l'allaitement;
- accouchement à la Maison de naissance, à domicile ou à l'hôpital;
- suivi postnatal pour la mère et le bébé;
- aide à l'allaitement.

La Maison de naissance compte cinq chambres. Son personnel compte actuellement une responsable des services de sage-femme, sept sages-femmes et neuf aides natales.

La Maison de naissance offre un suivi sécuritaire dans un environnement chaleureux. Les services sont adaptés aux besoins des femmes, de leur conjoint et de leurs enfants. La famille peut s'impliquer dans toutes les étapes du suivi, de l'accouchement et du postnatal.

### Information complémentaire

Une entente de partenariat est établie entre le CSSS de la Vieille-Capitale et l'Hôpital Saint-François-d'Assise. En général, le suivi est entièrement fait par une sage-femme. Cependant en cas de complication, l'entente facilite la consultation ou le transfert vers le spécialiste, lorsque requis.

### Pour obtenir ces services

Vous pouvez communiquer avec la Maison de naissance dès l'annonce de la grossesse.



**POUR JOINDRE LA MAISON DE NAISSANCE  
DE LA CAPITALE-NATIONALE**

Téléphone : 418 651-7453

1280, 1<sup>re</sup> Avenue  
Québec (Québec) G1L 3K9

[www.csssvc.qc.ca](http://www.csssvc.qc.ca)

**Lien branché**

- L'Ordre des sages-femmes du Québec;
- baccalauréat en pratique sage-femme, Université du Québec à Trois-Rivières.

---

---

## Témoignage

### Être sage-femme, en 2009...

*Il est 2 h 15, mon téléavertisseur me réveille. C'est Hanna, aide-natale à la maison de naissance. Elle me prévient que Katie, une sage-femme, requière ma présence pour l'assister pendant l'accouchement de sa cliente, qui est imminent. Je laisse donc derrière moi mon lit douillet pour me rendre immédiatement à la Maison de naissance.*

*Après plusieurs heures de contractions, vers 3 h 45 la mère donne naissance à son petiot. Quel beau moment à vivre ! Tout s'est déroulé dans le calme.*

*Pendant que Katie prodigue les soins usuels à la mère et à son enfant, je m'occupe à remplir tous les documents essentiels après un accouchement dont l'acte de naissance.*

*Au petit matin, lorsque la ville se réveille, je regagne mon domicile pour prendre quelques heures de sommeil. Toutefois, le repos sera de courte durée, je dois me rendre de nouveau à la maison de naissance pour une journée clinique. Je rencontrerai six à huit clientes pour lesquelles j'effectue le suivi complet de grossesse.*

*C'est la fin de la journée, 18 h 00 sonne. Quelle journée! J'ai référé une cliente vers un travailleur social, transféré une autre vers un obstétricien et fait appel à l'expertise d'un pédiatre. Heureusement, les quatre années de baccalauréat en pratique sage-femme m'ont bien préparée à toutes éventualités!*

*Je regagne finalement mon domicile, téléavertisseur en poche, quatre clientes à terme peuvent encore accoucher. Sans compter les nombreuses inquiétudes que les femmes*

*enceintes peuvent manifester et auxquelles il me fera plaisir de répondre, 24h/24, 7jrs/7 ou presque!*

*Bref, être sage-femme en 2009, c'est être une professionnelle de la santé pour qui la grossesse, l'accouchement et la période postnatale constituent des événements sains, naturels et normaux. C'est effectuer le suivi de grossesse complet de grossesse, incluant les examens de laboratoire, les prescriptions d'examen et la consultation ou le transfert vers d'autres professionnels de la santé. C'est offrir des cours préparatoires à la naissance et promouvoir une hygiène de vie saine et compatible avec la grossesse. Être sage-femme, c'est aussi soutenir les futurs parents lors des accouchements tant à la maison de naissance, qu'au domicile ou en centre hospitalier et assurer le suivi de la mère et du nouveau-né jusqu'à 6 semaines suivant la naissance.*

*Avant tout, pour moi, être sage-femme en 2009, signifie avoir la chance d'accompagner les femmes et les familles dans une période intense de leur vie... et c'est également avoir une vie trépidante!*



## Maison de naissance Mimosa Le service sage-femme



La Maison de naissance Mimosa est une maison qui recrée l'atmosphère du domicile, un lieu à dimension humaine où environ 350 femmes donnent naissance chaque année. C'est également un lieu où les femmes et les couples peuvent découvrir leur capacité à mettre au monde leur bébé dans l'intimité, dans une atmosphère chaleureuse, et ce, en toute sécurité. Un lieu harmonieux où la sage-femme guide et respecte les femmes et les couples tout au long de la grossesse, pendant et après l'accouchement. Ouverte depuis septembre 1994, la Maison de naissance a vu naître plus de 2 370 bébés.

Depuis 2004, la Maison de naissance Mimosa a été reconnue « Amie des bébés » par le Comité canadien de l'allaitement pour son excellent soutien à l'allaitement maternel. La Maison de naissance a répondu aux dix conditions pour le succès de l'allaitement définies et reconnues par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et par l'UNICEF. Elle a aussi répondu aux sept étapes du plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement maternel dans la communauté définies et reconnues par le Comité canadien pour l'allaitement et approuvées par l'OMS et par l'UNICEF.

### L'équipe de la Maison de naissance

- neuf sages-femmes et un responsable des services de sage-femme;
- huit aides-natales;
- une secrétaire-réceptionniste.

### Pour en savoir plus...

Une soirée d'information a lieu le premier mercredi de chaque mois à 19 h 30 à la Maison de naissance.



**POUR JOINDRE LA MAISON DE NAISSANCE MIMOSA**

Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30

Téléphone : 418 839-0205

Télécopieur : 418 839-8533

182, rue de l'Église  
Saint-Romuald (Québec) G6W 3G9

[maisondenaissancemimosa@ssss.gouv.qc.ca](mailto:maisondenaissancemimosa@ssss.gouv.qc.ca)

## 2. BRÈVE EXPLICATION DES THÈMES COURANTS

La naissance est bonne pour le bébé. Pendant le processus de la naissance, il existe des réponses physiologiques et hormonales chez le bébé. Le déroulement normal de la naissance et le stress que le bébé ressent stimulent les glandes surrénales qui sécrètent les catécholamines (hormones de stress). Elles protègent le bébé pendant la naissance, l'aident à s'adapter à la vie extérieure de l'utérus et l'éveillent à la première rencontre avec ses parents.

Un fœtus à terme et en santé répond au stress du travail avec une hausse de catécholamines principalement d'adrénaline (épinéphrine) et de noradrénaline (norépinéphrine).

### Rôle des catécholamines pendant le travail et la naissance

- Aider le fœtus à conserver son énergie et son oxygène;
- redistribuer la circulation sanguine chez le fœtus vers le cerveau, le cœur et les reins (glandes surrénales);
- augmenter chez le fœtus le métabolisme des hydrates de carbone et la production de chaleur;
- favoriser l'initiation de la respiration du nouveau-né;
- stimuler le système nerveux qui permet au fœtus d'être éveillé et actif pendant les deux premières heures suivant la naissance.

## CONTRACTIONS

Durant le travail, les contractions de l'utérus sont involontaires et habituellement douloureuses. Elles sont intermittentes et chacune est espacée de la suivante par une période de repos. Elles se définissent comme une sensation de crampe au bas du ventre ou de douleurs ressenties au bas du dos.

Le ventre devient dur pendant 30 à 60 secondes puis, quand la contraction disparaît, il se relâche.

### Fréquence

La fréquence des contractions se calcule du début de la contraction au début de la contraction suivante.

### Durée

La durée se calcule du début à la fin de la contraction.

## MODIFICATIONS DU COL

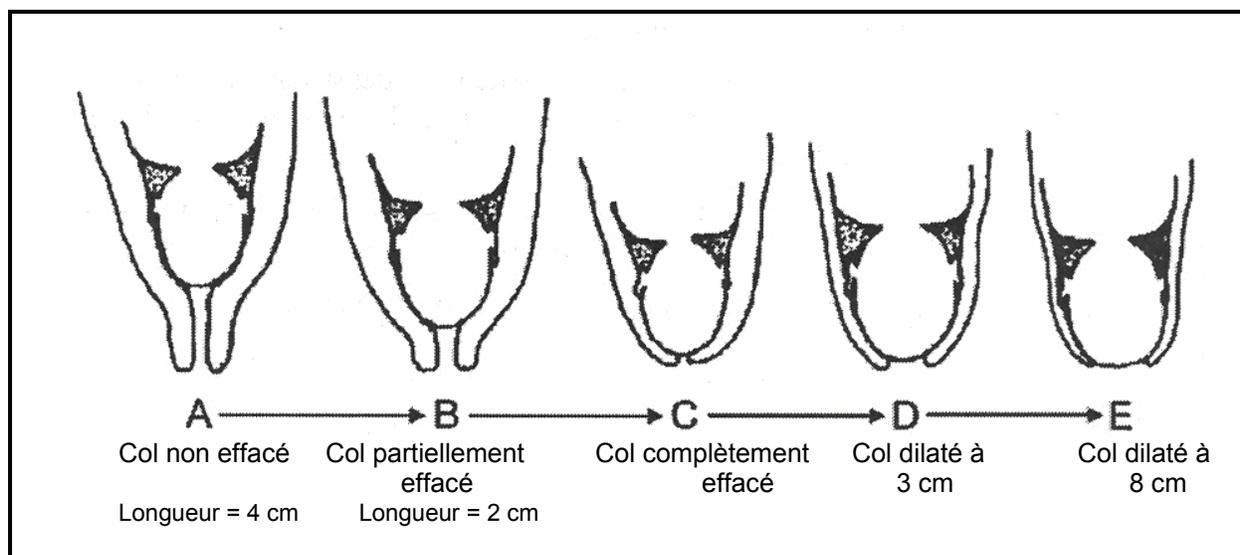
### Effacement du col

- Le col s'amincit jusqu'à se confondre dans la forme de l'utérus. Normalement, le col est long de 1 à 3 cm. Après l'effacement, le col devient donc un simple orifice aux parois très minces, ne gardant aucune trace d'un canal quelconque;
- chez les primipares (femmes accouchant pour la première fois), la dilatation ne commence en général qu'après l'effacement complet, alors que chez les multipares, l'effacement et la dilatation surviennent souvent en même temps.

### Dilatation du col

- Ouverture graduelle du col de l'utérus durant le travail. Le col s'accroît suffisamment pour laisser passer le fœtus. Son diamètre atteint environ 10 cm; la dilatation est complète ;
- il semble que les fibres musculaires qui entourent le col sont placées de manière à tirer sur ses bords pour favoriser l'élargissement de l'orifice. Les contractions utérines exercent une pression sur la poche des eaux qui, à son tour, s'enfouit dans le col, forçant ainsi sa dilatation;
- en l'absence de la poche des eaux, le même effet est produit par la pression de la partie de présentation du fœtus sur le col et sur le segment inférieur.

### Effacement et dilatation du col

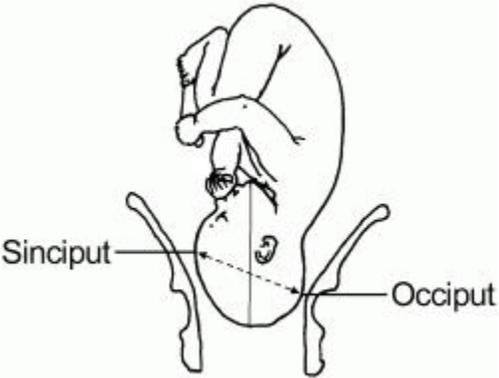
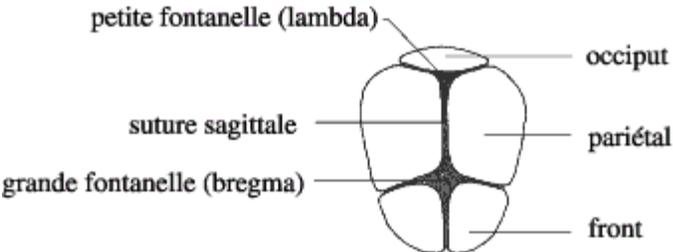


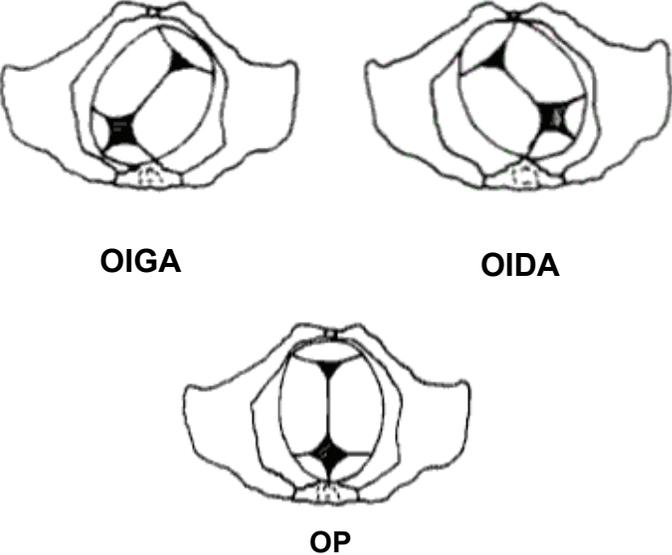
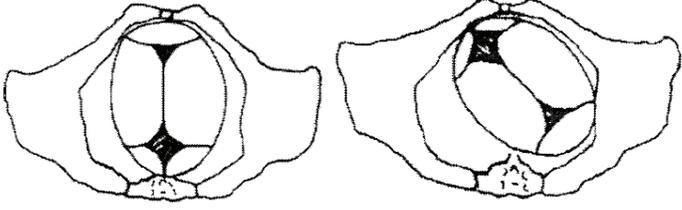
Tiré de : *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement* :  
Guide destiné à la sage-femme et au médecin, Matthews Mathai, Harshad Sanghvi, Richard J. Guidotti,  
Organisation mondiale de la santé 2004, p. 66.

## DIFFÉRENTES PRÉSENTATIONS DU FŒTUS

### Présentations eutociques (normales)

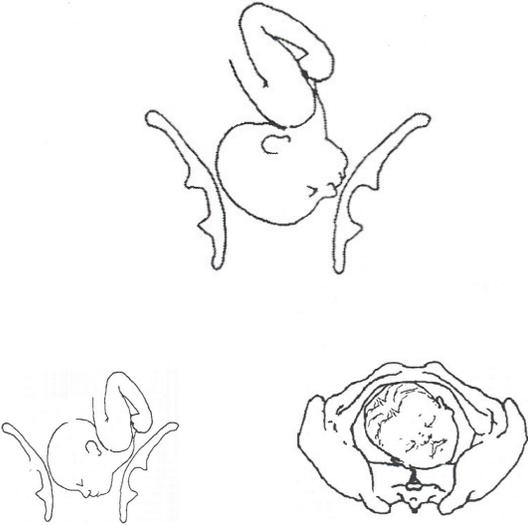
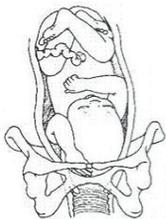
- La descente s'accompagne d'une rotation de la tête fœtale amenant le plus souvent l'occiput vers l'avant du bassin maternel;
- la position normale a une caractéristique supplémentaire : c'est un sommet bien fléchi, position dans laquelle l'occiput fœtal se situe plus bas dans le vagin que le sinciput.

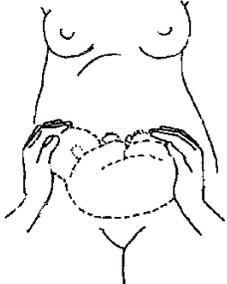
 <p>Sinciput</p> <p>Occiput</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Présentation du sommet de la tête fœtale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présentation la plus fréquente</li> <li>▪ Normalement, la tête fœtale s'engage dans le bassin maternel en position transverse, ce qui signifie que la suture sagittale est perpendiculaire à l'axe « sacro-pubien » du bassin maternel</li> <li>▪ Le sommet est bien fléchi</li> </ul> </li> </ul>
 <p>petite fontanelle (lambda)</p> <p>occiput</p> <p>suture sagittale</p> <p>pariétal</p> <p>grande fontanelle (bregma)</p> <p>front</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Repères du crâne fœtal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Petite fontanelle (lambda)</li> <li>▪ Suture sagittale</li> <li>▪ Grande fontanelle (bregma)</li> <li>▪ Os : occipital, pariétal, frontal</li> </ul> </li> </ul>
 <p>OIGT</p> <p>OIDT</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Positions transverses</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Position d'engagement du fœtus dans le bassin maternel</li> <li>▪ <b>OIGT</b> : Occipito-iliaque gauche transverse</li> <li>▪ <b>OIDT</b> : Occipito-iliaque droite transverse</li> </ul> </li> </ul>

 <p>OIGA</p> <p>OIDA</p> <p>OP</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Positions occipitales antérieures</b><ul style="list-style-type: none"><li>▪ Descente s'accompagne d'une rotation de la tête fœtale amenant le plus souvent l'occiput vers l'avant du bassin maternel</li><li>▪ <b>OIGA</b> : Occipito-iliaque gauche antérieure</li><li>▪ <b>OP</b> : Occipito-pubienne</li><li>▪ <b>OIDA</b> : Occipito-iliaque droite antérieure</li></ul></li></ul>
 <p>OS</p> <p>OIGP</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Positions occipitales postérieures</b><ul style="list-style-type: none"><li>▪ Positions de la tête fœtale dans lesquelles l'occiput se situe à l'arrière du bassin maternel</li><li>▪ <b>OS</b> : Occipito-sacrée</li><li>▪ <b>OIGP</b> : Occipito-iliaque gauche postérieure</li></ul></li></ul>

## Présentations dystociques (anormales)

- Les positions dystociques sont des positions anormales du sommet de la tête fœtale (l'occiput servant de point de référence par rapport au bassin maternel). Les présentations dystociques sont des présentations autres que par le sommet;
- la position ou la présentation du fœtus est anormale, ce qui peut se traduire par un travail prolongé ou par une dystocie mécanique.

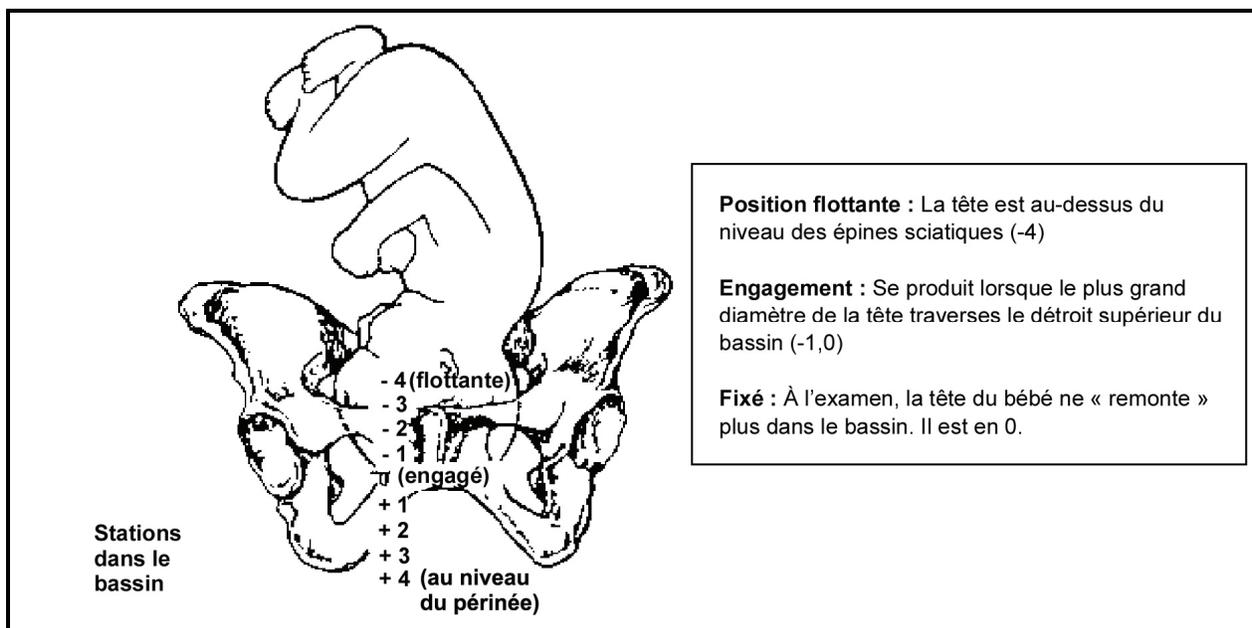
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Présentation du front</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déflexion partielle de la tête fœtale de sorte que l'occiput se trouve plus haut que le sinciput</li> <li>▪ Toucher vaginal : grande fontanelle et les orbites sont palpables</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Présentation du visage</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déflexion complète de la tête fœtale de sorte que ni l'occiput ni le sinciput ne sont palpables au toucher vaginal</li> <li>▪ Toucher vaginal : visage est palpable</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Présentation mixte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un bras descend le long de la présentation. Le bras qui fait prolapsus et la tête fœtale se présentent en même temps dans le bassin</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Présentation du siège : siège complet (en tailleur)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présentation des fesses. Les cuisses sont fléchies au niveau des hanches et les jambes au niveau des genoux</li> <li>▪ Toucher vaginal : les fesses sont palpables, la présence d'un méconium épais et sombre est normale</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Présentation du siège : siège décomplété (mode des fesses)</b><ul style="list-style-type: none"><li>▪ Les cuisses sont fléchies au niveau des hanches et les jambes en extension</li></ul></li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Présentation du siège : siège décomplété (mode des pieds)</b><ul style="list-style-type: none"><li>▪ Une jambe est en extension complète</li></ul></li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Présentation transversale et de l'épaule</b><ul style="list-style-type: none"><li>▪ Le grand axe du fœtus est en position transversale par rapport à l'axe « sacro-pubien » du bassin maternel. Le plus souvent, l'épaule constitue la présentation</li></ul></li></ul>

Inspiré de : *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin, OMS, WHO, p. 69, p. 70, p. 77, p. 78, p. 79, s-82 et s-83.*

## STATIONS DANS LE BASSIN

Positions de la présentation foetale (partie du fœtus qui s'engage en premier) par rapport aux épines sciatiques du bassin.



## 3. SIGNES PRÉCURSEURS DU TRAVAIL

### LÉGÈRE PERTE DE POIDS

Diminution du liquide amniotique.

### PERTES VAGINALES PLUS ABONDANTES

En fin de grossesse, on peut observer une perte plus abondante du mucus, cette perte doit être différenciée de celle du liquide amniotique.

### ENGAGEMENT DU BÉBÉ

L'engagement se traduit par un allègement, une libération au niveau de l'estomac et une pesanteur ou une pression au bas-ventre. Quelques femmes peuvent aussi ressentir des douleurs au niveau de la symphyse pubienne.

### PERTE DU BOUCHON MUQUEUX

Cette perte est un signe de maturation du col sans signification du délai (entre zéro à plusieurs heures ou jours) du début du travail. D'aspect gélatineux, il peut être coloré de sang rosé ou brunâtre. Il peut y avoir une perte du bouchon muqueux après un examen gynécologique par un intervenant.

## **LÉGÈRES PERTES SANGUINES**

Ces pertes font référence à une modification du col.

## **CONTRACTIONS PRÉPARATOIRES DITES DE « BRAXTON-HICKS »**

Ces contractions d'accommodation sont de plus en plus fréquentes et plus ressenties.

## **BÉBÉ REMUE MOINS**

Les médecins suggèrent aux femmes de se présenter au centre hospitalier si elles constatent que le bébé bouge moins et qu'elles s'inquiètent.

## **REGAIN D'ÉNERGIE CHEZ LA MÈRE**

## **MODIFICATION DU FONCTIONNEMENT INTESTINAL**

Les selles sont plus fréquentes (parfois en diarrhée), environ trois fois dans la même journée.

## **RUPTURE DES MEMBRANES**

La rupture se présente sous la forme d'écoulement aqueux clair continu, d'abondance variable, qui peut survenir durant n'importe quelle phase du travail. Il est important de consulter lorsque la coloration du liquide est différente. Il faut distinguer la rupture des membranes avec la perte involontaire d'urine après un effort ou un étirement.

Il est suggéré de se rendre en milieu hospitalier dans une heure ou deux maximum à la suite d'une rupture des membranes quels que soient la couleur du liquide et le moment de la grossesse.

## **BESOIN DE « NIDIFICATION », D'INTÉRIORISATION, DE RESSOURCEMENT ET DE RECUEILLEMENT**

## 4. TRAVAIL EFFICACE ET TRAVAIL PRÉPARATOIRE

TRAVAIL EFFICACE	TRAVAIL PRÉPARATOIRE
<b>CONTRACTIONS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'intervalle est régulier;</li> <li>▪ l'intervalle est de plus en plus court;</li> <li>▪ l'intensité s'accroît graduellement;</li> <li>▪ localisation dorsale ou abdominale;</li> <li>▪ augmentation avec la marche.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'intervalle est irrégulier;</li> <li>▪ l'intervalle demeure long;</li> <li>▪ l'intensité demeure la même;</li> <li>▪ localisation abdominale;</li> <li>▪ disparition en position couchée généralement du côté gauche.</li> </ul>
<b>ÉCOULEMENT</b>	
Différents types : liquide amniotique, perte vaginale et perte sanguine	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Habituellement présent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Habituellement absent</li> </ul>
<b>COL UTÉRIN</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S'efface et se dilate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Habituellement long et fermé</li> </ul>
<p><b>En cas de doute :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prenez un bain chaud pendant 20 minutes, couchez-vous sur le côté gauche (pour faciliter la circulation) pendant une heure;</li> <li>▪ si les contractions persistent et se régularisent, contactez votre intervenant ou le lieu de naissance si vous le désirez, pour vous faire rassurer;</li> <li>▪ en tout temps, vous pouvez communiquer avec le lieu de naissance pour obtenir des informations.</li> </ul>	

## 5. ÉTAPES DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT

### PHASE DE LATENCE

C'est une période de réchauffement, très variable en durée; plus elle sera longue plus les contractions vont préparer le col à s'ouvrir.



LE CORPS DE LA MÈRE	LES SIGNES AFFECTIFS CHEZ LA MÈRE	LE RÔLE DE L'ACCOMPAGNANT	LE RÔLE DE L'INTERVENANT
<p><b>LES CONTRACTIONS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>amènent une dilatation de 3 à 4 cm et un effacement partiel;</li> <li>ressemblent à des vagues, atteignent un sommet, puis redescendent;</li> <li>peuvent être modérément douloureuses et commencer dans le bas du dos ou ressembler à des douleurs menstruelles.</li> </ul> <p>Les contractions peuvent se produire toutes les 5 à 25 minutes et devenir plus intenses, plus rapprochées, plus longues et peuvent durer 30 à 45 secondes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Excitation, anxiété, énergie, confiance, nervosité ou peur.</li> <li>Sentiment d'être mieux à la maison jusqu'à ce que le travail devienne actif.</li> </ul> <p><b>LES ACTIVITÉS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>manger des aliments légers et nutritifs (soupe, fruits, rôtie, yogourt);</li> <li>se demander si c'est le vrai travail;</li> <li>continuer ses activités légères ou préférer se reposer;</li> <li>retourner dormir si cette phase arrive pendant la nuit;</li> <li>ressentir le besoin de commencer les respirations afin de mieux relaxer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Être présent et calme.</li> <li>Conserver sa propre énergie.</li> <li>Aider la mère à se détendre et à se rendormir, si c'est la nuit.</li> <li>Préparer un léger goûter à la mère, si elle le désire.</li> <li>Se préparer des douceurs pour le lieu de naissance.</li> <li>Inscrire l'heure et l'intervalle des contractions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suggérer de rester à la maison à moins que les membranes soient rompues, qu'il y ait des pertes sanguines rouge clair ou que les contractions soient rapprochées toutes les 5 minutes depuis une heure.</li> </ul>

## ÉTAPES DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT – SUITE

### PHASE ACTIVE

Ça change... Ça bouge... Une adaptation constante avec des besoins grandissants en énergie.



LE CORPS DE LA MÈRE	LES SIGNES AFFECTIFS CHEZ LA MÈRE	LE RÔLE DE L'ACCOMPAGNANT	LE RÔLE DE L'INTERVENANT
<p>Les contractions sont maintenant toutes les 2 à 4 minutes et durent environ 60 secondes.</p> <p>Chaque femme ressent les douleurs de façon différente.</p> <p>Pendant les contractions, des douleurs peuvent être ressenties dans la région lombaire.</p> <p>Le col se dilate de 7 à 8 cm et s'efface. Il faut prévoir une dilatation moyenne de 1 cm chaque heure chez une primipare.</p> <p>Les membranes peuvent se rompre de façon spontanée en torrent ou en filet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Concentration sur le travail des contractions.</li> <li>▪ Expérience d'un sentiment de crainte ou de bien-être.</li> <li>▪ Frustration si le travail progresse lentement.</li> </ul> <p><b>LES ACTIVITÉS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ favoriser la détente (lumière tamisée, musique, intimité);</li> <li>▪ adopter des positions de détente et d'ouverture;</li> <li>▪ se faire masser (pressions lombaires, effleurages);</li> <li>▪ utiliser le ballon ergonomique, le bain à remous, la douche thérapeutique, le coussin magique, la débarbouillette, le lit de naissance (appui-pieds et cerceau);</li> <li>▪ visualiser le bébé qui descend, le col qui s'ouvre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Donner de l'amour, de l'attention et être intuitif.</li> <li>▪ Assurer son propre confort et chercher du soutien auprès du personnel afin de maintenir un état d'esprit calme.</li> <li>▪ Offrir des encouragements à la mère.</li> <li>▪ Rester auprès d'elle.</li> <li>▪ Encourager la mère à respirer afin de favoriser la détente.</li> <li>▪ Soutenir la mère dans ses choix d'activités de soulagement de la douleur.</li> <li>▪ Obtenir de l'information pour toute intervention ou restriction.</li> <li>▪ Demander s'il y a un choix sécuritaire à une intervention proposée.</li> <li>▪ Accompagner la mère dans ce qu'elle fait et ne rien changer si ce qu'elle fait fonctionne bien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vérifier les signes vitaux, l'examen vaginal, le rythme cardiaque fœtal dès l'arrivée à l'hôpital, et ce, régulièrement durant le travail.</li> <li>▪ Veiller au confort du couple.</li> <li>▪ Rassurer et offrir du soutien pour la relaxation.</li> <li>▪ Offrir des moyens de soulagement de la douleur.</li> <li>▪ Être à l'écoute de la famille.</li> </ul>

## ÉTAPES DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT – SUITE

### PHASE DE TRANSITION

Cette phase est remplie de vulnérabilité et de force accompagnée de plusieurs symptômes.



LE CORPS DE LA MÈRE	LES SIGNES AFFECTIFS CHEZ LA MÈRE	LE RÔLE DE L'ACCOMPAGNANT	LE RÔLE DE L'INTERVENANT
<p>Les contractions sont à leur plus haute intensité. Elles peuvent se produire toutes les 2 minutes et durer 90 secondes. Elles peuvent avoir un double sommet.</p> <p>Le col complète sa dilatation et à 10 cm, il est complètement effacé.</p> <p>Un écoulement sanguin peut apparaître ou augmenter.</p> <p>Les symptômes présents sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ tremblements;</li> <li>▪ transpiration;</li> <li>▪ vomissements;</li> <li>▪ frissons et pieds froids;</li> <li>▪ bouche et lèvres sèches;</li> <li>▪ hyperventilation;</li> <li>▪ sensation de pression dans le rectum.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Épuisement, confusion, irritabilité, frustration, panique.</li> <li>▪ Aucun sens du temps qui passe.</li> </ul> <p><b>LES ACTIVITÉS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ accepter ou refuser le toucher;</li> <li>▪ crier, pleurer;</li> <li>▪ pousser (besoin très présent);</li> <li>▪ s'accroupir entre les contractions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Être présent même devant l'intensité du travail et des émotions qu'ils vivent.</li> <li>▪ Rappeler à la mère que cette phase difficile sera de courte durée.</li> <li>▪ Suggérer de prendre une contraction à la fois.</li> <li>▪ Répondre aux besoins de la mère : la rafraîchir souvent, appliquer de la crème sur les lèvres et l'hydrater légèrement.</li> <li>▪ Masser la femme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rassurer le couple en indiquant que cette intensité du travail est normale.</li> <li>▪ Être alerte, car l'expulsion peut survenir à tout moment.</li> <li>▪ Préparer la chambre pour la naissance.</li> <li>▪ Être à l'écoute de la famille.</li> </ul>

## ÉTAPES DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT – SUITE

### PHASE D'EXPULSION

La dilatation est terminée, la naissance est inévitable. Le « un » devient « deux », devient famille.



LE CORPS DE LA MÈRE	LES SIGNES AFFECTIFS CHEZ LA MÈRE	LE RÔLE DE L'ACCOMPAGNANT	LE RÔLE DE L'INTERVENANT
<p>La tête du bébé est poussée dans le vagin. Les contractions sont généralement moins douloureuses. Elles peuvent durer 60 secondes toutes les 2 à 5 minutes. Elles surviennent en vagues ou cessent complètement pendant plusieurs minutes. Les contractions poussent le bébé vers le bas. Le bébé tourne généralement son visage vers le dos de la mère en raison de la forme du bassin. Parfois des selles passent. La tête du bébé ouvre les lèvres, la vulve et bombe le périnée; les cheveux sont visibles. Entre les poussées, la tête recule. La mère peut ressentir une sensation de brûlure au couronnement de la tête. La tête puis les épaules passent et le reste du corps suit. Les parents peuvent enfin accueillir leur bébé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regain d'énergie, excitation.</li> <li>▪ Besoin de pousser non ressenti tout de suite.</li> <li>▪ Surprise par le besoin pressant de pousser pendant les contractions et devant l'effort à faire.</li> <li>▪ Fatigue et sommeil entre les contractions.</li> <li>▪ Frayeur par la pression dans le rectum d'où cette retenue de la poussée.</li> <li>▪ Sensation de douleur au bas du dos.</li> </ul> <p><b>LES ACTIVITÉS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ varier les positions (voir les tableaux II, III et IV).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rassurer la mère sur le fait qu'elle ne ressent pas nécessairement le besoin urgent de pousser.</li> <li>▪ Encourager la détente des muscles du périnée en disant « ouvre », « laisse aller ».</li> <li>▪ Encourager la détente de la bouche et des joues.</li> <li>▪ Tenir une serviette chaude sur le périnée afin d'augmenter la vascularisation et diminuer les risques de déchirure et appliquer un lubrifiant ou de la crème.</li> <li>▪ Favoriser la détente.</li> <li>▪ Appliquer une pression au bas du dos.</li> <li>▪ Laisser la mère choisir ses positions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Encourager la mère.</li> <li>▪ Respecter le besoin de pousser de la mère.</li> <li>▪ Rester avec la mère jusqu'à la fin de l'accouchement.</li> <li>▪ Examiner la mère au besoin.</li> <li>▪ Étirer progressivement le périnée et observer la réaction du périnée à cette manœuvre.</li> <li>▪ Vérifier le cœur fœtal plus souvent si nécessaire.</li> <li>▪ Utiliser les forceps ou la ventouse si nécessaire pour aider la mère et l'enfant au moment de l'expulsion : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ tête fœtale mal positionnée;</li> <li>▪ épuisement chez la mère;</li> <li>▪ souffrance fœtale;</li> <li>▪ naissance prématurée;</li> <li>▪ complications possibles.</li> </ul> </li> </ul>

→ Pour prévenir les déchirures, le massage du périnée est suggéré un mois avant la naissance (voir Tableau I).

## ÉTAPES DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT – SUITE

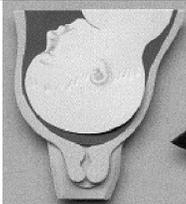
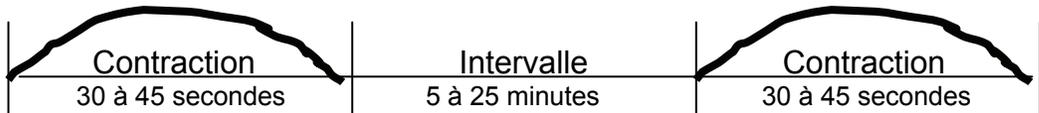


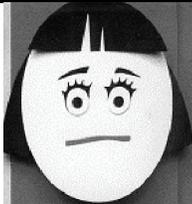
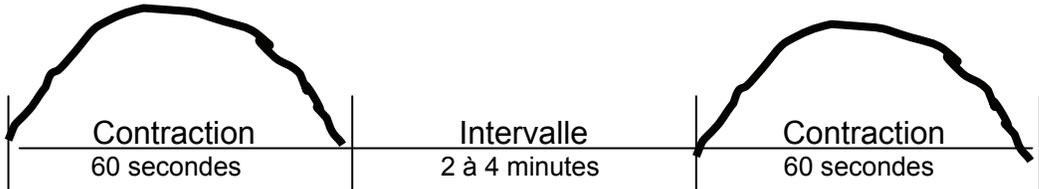
### PHASE DE DELIVRANCE

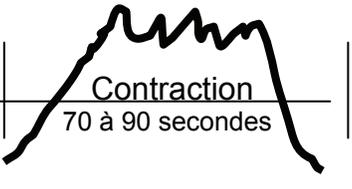
Cette phase est celle du décollement du placenta.

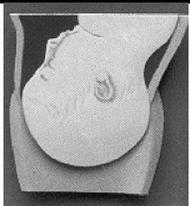
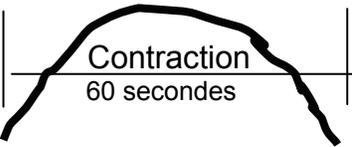
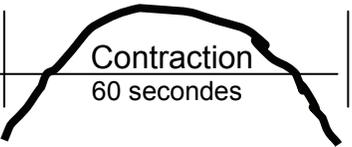
LE CORPS DE LA MÈRE	LES SIGNES AFFECTIFS CHEZ LA MÈRE	LE RÔLE DE L'ACCOMPAGNANT	LE RÔLE DE L'INTERVENANT
<p>L'utérus se contracte pour faire décoller le placenta de la paroi utérine. Les contractions peuvent être modérément douloureuses. À ce stade, il peut être profitable de mettre le bébé au sein pour favoriser les contractions et maintenir l'involution utérine. Le placenta glisse vers l'extérieur, après quelques minutes ou plusieurs. L'utérus se contracte pour bloquer l'ouverture des vaisseaux sanguins. La mère peut ressentir des tremblements et des frissons.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Émotivité et pleurs.</li> <li>▪ Besoin de centrer son attention sur le bébé.</li> <li>▪ Désir de prendre le bébé et de créer un lien d'attachement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se permettre d'exprimer ses émotions.</li> <li>▪ Aider la mère à tenir le bébé.</li> <li>▪ Couper le cordon ombilical, s'il le désire.</li> <li>▪ Assister la mère pour l'allaitement.</li> <li>▪ Prendre le bébé et favoriser le contact peau à peau.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Favoriser le lien d'attachement, garder la mère et le bébé au chaud. Mettre le bébé peau à peau avec la mère, recouvert d'un drap chaud.</li> <li>▪ Laisser le bébé sur sa mère pour téter puis favoriser le contact avec l'accompagnant.</li> <li>▪ Vérifier la condition physique du bébé et l'évaluer à une minute et à cinq minutes de vie (voir le tableau V).</li> <li>▪ Donner de la vitamine K au bébé, en injection, pour faciliter la coagulation du sang. Le bébé ne synthétise pas la vitamine K dans l'intestin.</li> <li>▪ Inviter le partenaire à couper le cordon.</li> <li>▪ Demander à la mère de pousser pour expulser le placenta au moment approprié.</li> <li>▪ Examiner le placenta et le cordon ombilical.</li> <li>▪ Réparer l'épisiotomie ou la déchirure, si nécessaire.</li> </ul>

## 6. RÉSUMÉ DES PHASES DU TRAVAIL

<b>PHASE DE LATENCE</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilatation jusqu'à 3 à 4 centimètres. Phase la plus longue.</li> <li>• Intervalle entre les contractions de 5 à 25 minutes (variable pour chaque femme).</li> <li>• Durée d'une contraction : de 30 à 45 secondes.</li> </ul> <p>La femme se sent excitée, anxieuse, énergique, confiante, nerveuse, craintive.</p>		
		

<b>PHASE ACTIVE</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilatation de 3 à 7 centimètres.</li> <li>• Intervalle entre les contractions de 2 à 4 minutes.</li> <li>• Durée d'une contraction : environ 60 secondes.</li> </ul> <p>La femme se sent frustrée (si le travail progresse lentement). À la fois craintive et heureuse. Concentrée sur le travail.</p>		
		

<b>PHASE DE TRANSITION</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilatation de 7 cm à dilatation complète. Phase la plus courte.</li> <li>• Intervalle entre les contractions de 2 à 2 ½ minutes.</li> <li>• Durée d'une contraction : 70 à 90 secondes.</li> </ul> <p>La femme se sent épuisée, confuse, irritable, frustrée, paniquée à l'occasion.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>Contraction 70 à 90 secondes</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Intervalle 2 à 2½ minutes</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Contraction 70 à 90 secondes</p> </div> </div>		

<b>PHASE D'EXPULSION</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilatation complète de 10 cm et plus (naissance).</li> <li>• Intervalle entre les contractions de 3 à 5 minutes.</li> <li>• Durée d'une contraction : 60 secondes.</li> </ul> <p>La femme est excitée, ressent le besoin de pousser, elle est fatiguée et endormie entre les contractions.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>Contraction 60 secondes</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Intervalle 3 à 5 minutes</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Contraction 60 secondes</p> </div> </div>		

## 7. PRÉPARATION DU PÉRINÉE

Pour les femmes qui accoucheront pour la première fois, vous pouvez préparer le périnée environ six semaines avant la date prévue de l'accouchement, soit à la 34<sup>e</sup> semaine de grossesse. La préparation peut être exécutée par vous-même ou par une autre personne.

### TECHNIQUE DE MASSAGE DU PÉRINÉE

Certains préconisent l'utilisation de l'huile de germe de blé disponible dans les boutiques d'aliments naturels. Cependant, on peut la remplacer par une huile végétale ou toute autre huile naturelle.

En préparation, prenez un bain ou appliquez des compresses chaudes sur le périnée afin de faciliter la détente et de se préparer au massage. Mettez-vous à l'aise en vous allongeant en position semi-assise contre les oreillers. Si vous êtes seule, les premières fois, regardez dans un miroir pour vous guider. Huilez bien vos doigts ainsi que le périnée et la paroi vaginale inférieure.

L'exercice consiste à faire une pression sur la musculature vaginale et périnéale de telle sorte que vos muscles, au moment voulu, puissent se relâcher et permettre le passage de l'enfant.

TECHNIQUES DE MASSAGE DU PÉRINÉE	
<b>VOUS-MÊME</b>	Pressez avec le pouce.
<b>AUTRE PERSONNE</b>	Pressez avec l'index et le majeur en insérant les doigts environ 3 à 4 cm dans le vagin.

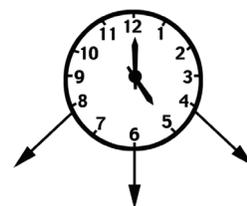
Imaginez l'entrée vaginale comme **le cadran d'une montre** afin de découvrir les points à presser.

Vous appuyez donc à la base du vagin, sur les muscles du périnée dans les indications illustrées (2 pressions à chaque point et maintenir de 30 à 60 secondes).

La femme est la guide et la pression doit cesser quand il y a douleur.

Pressez fermement chaque point (4 - 6 - 8) un après l'autre en revenant chaque fois au centre, au point neutre, pour presser ensuite l'autre point.

Vous sentirez une contraction des muscles du périnée au début, mais le temps et la pratique entraîneront un relâchement des tissus. Assurez-vous de bien relaxer vos muscles à mesure que la pression est exercée.



Lorsque l'exercice devient plus facile, appuyez suffisamment jusqu'à ce que vous commenciez à éprouver une sensation de picotement au périnée. Vous saurez plus tard reconnaître cette sensation de picotement au moment où le périnée se dilate autour de la tête de votre bébé naissant.

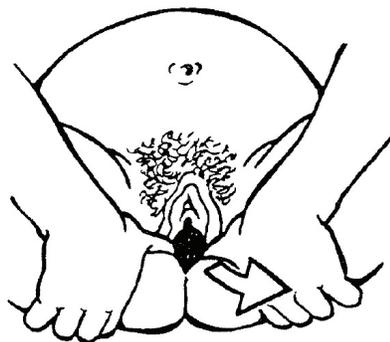
Texte partiellement inspiré de Huguette Boilard, *Au fil de ma grossesse*.

### TABLEAU I TECHNIQUE DE MASSAGE DU PÉRINÉE DURANT LA GROSSESSE

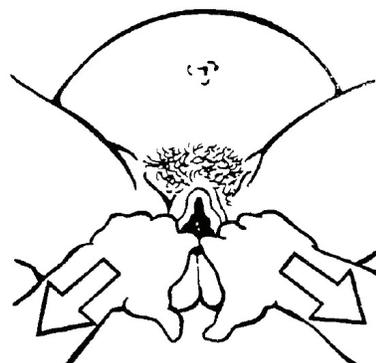
- En préparation, prenez un bain ou appliquez des compresses chaudes sur le périnée pour faciliter la détente et vous préparer au massage.
- Installez-vous confortablement.
- Enduisez vos doigts d'huile naturelle (vous ou une autre personne).
- Insérez les pouces (si le massage est fait par une autre personne, elle utilisera ses index) de 3 à 4 centimètres dans le vagin et exercez une pression vers le bas et vers l'extérieur jusqu'à éprouver une légère sensation de brûlure ou de picotement (pas de douleur).
- Maintenez alors la pression pendant 1 à 2 minutes, jusqu'à ce que le site du massage soit engourdi et que la sensation de picotement disparaisse.
- Avec les doigts, exercez un mouvement léger de va-et-vient, tout en maintenant une pression vers le bas, vers l'extérieur et vers l'avant, et ce, de 3 à 4 minutes. Il faut prendre garde de ne pas toucher au méat urinaire.



*Étirement du côté droit du vagin  
(exécuté ici par la femme enceinte)*



*Répéter du côté gauche*



*Lorsque le périnée est plus relâché,  
on peut étirer les deux côtés en même temps  
(exécuté ici par le partenaire)*

**Source** : Labrecque M, et al. Évaluation du massage périnéal pour la prévention des traumatismes du périnée à l'accouchement : protocole de recherche, 1995, Hôpital Saint-François d'Assise, Québec. Non publié. Reproduction autorisée.

## 8. POSITIONS ET MOBILITÉ

### PENDANT LE PREMIER STADE DE TRAVAIL

La position allongée sur le dos pendant le 1<sup>er</sup> stade du travail nuit au débit sanguin dans l'utérus. L'utérus lourd peut comprimer l'aorte et les veines caves et la baisse du débit sanguin peut mettre en danger l'état du fœtus. La position dorsale réduit aussi l'intensité des contractions (Flynn et autres, 1978; McManus and Calder, 1978; Williams et autres, 1980; Chen et autres, 1987) et gêne donc l'évolution du travail. Les positions debout et couchée sur le côté permettent une intensité et une efficacité supérieures des contractions afin de favoriser la dilatation du col.

Malgré la prévalence continue de la position dorsale, de nombreuses autres possibilités s'offrent aux parturientes. Différentes contraintes limitent cependant souvent ce choix, qu'il s'agisse de la conception du lit de la salle d'accouchement ou des protocoles d'accouchement, des tubes intraveineux posés de façon systématique ou du matériel de surveillance. Lorsque ces contraintes sont réduites au minimum, la femme peut se tenir debout, marcher, s'asseoir ou se mettre à quatre pattes, prendre une douche ou un bain pour se détendre ou adopter successivement chaque position comme elle le souhaite. Des essais comparant ces positions à la position dorsale ont montré que le travail était moins douloureux, le besoin d'analgésie était réduit et les mesures d'accélération étaient utilisées moins fréquemment dans les positions autres que la position dorsale (Chan, 1963; Flynn et autres, 1978; McManus et Calder, 1978; Diaz et autres, 1980; Williams et autres, 1980; Hemminki, 1983; Melzack, 1991). Un essai (Flynn et autres, 1978) a démontré une incidence plus faible des anomalies du rythme cardiaque fœtal dans la position verticale mais les autres essais n'ont pas révélé de différences importantes dans l'issue néonatale.

En conclusion, aucune donnée ne permet d'encourager la position allongée sur le dos pendant le 1<sup>er</sup> stade du travail. La seule exception est lorsque la rupture des membranes a eu lieu alors que la tête du fœtus n'était pas engagée. Lorsqu'il y a rupture des membranes et que l'accoucheur a établi que la tête du fœtus était suffisamment engagée, les femmes devraient être libres de choisir la position qu'elles préfèrent pour l'accouchement. Elles changeront souvent de position, car aucune d'elles n'est confortable pendant longtemps dans une même position.

Tiré de : *Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique*  
Rapport d'un groupe de travail technique, WHO/FRH/MSM/96.24, p. 23-24.

### PENDANT LE DEUXIÈME STADE DE TRAVAIL

Un certain nombre d'essais (Stewart et autres, 1983; Liddell et Fisher, 1985; Chen et autres, 1987; Johnstone et autres, 1987; Gardosi et autres, 1989ab; Stewart et Spiby, 1989; Crowley et autres, 1991; Allahbadia et Vaidya, 1992; Bhardwaj et autres, 1995) ont montré que la position verticale ou une inclinaison latérale pendant le 2<sup>e</sup> stade du travail était préférable à la position dorsale. La position verticale est moins inconfortable et facilite la poussée. Elle réduit les douleurs du travail, les traumatismes du périnée et du vagin et les infections des lésions. Selon un essai, la position verticale permettrait d'écourter le 2<sup>e</sup> stade. Pour ce qui est de l'issue fœtale, des essais ont fait état d'un nombre réduit de scores d'APGAR inférieurs à sept en position verticale.

La position verticale, avec ou sans fauteuil d'accouchement, peut favoriser les déchirures labiales et les résultats bien que très peu nombreux, font apparaître une augmentation des déchirures du troisième degré. On a observé une augmentation du nombre d'hémorragies de la délivrance chez les femmes ayant adopté la position verticale. La cause n'est pas encore établie mais il se peut que la position verticale permette de mesurer plus précisément les pertes sanguines; la différence pourrait aussi être due à une pression accrue sur les veines du pelvis et de la vulve (Liddell et Fisher, 1985; Gardosi et autres, 1989; Crowley et autres, 1991). Dans un essai, le taux d'hémoglobine était inférieur le quatrième jour suivant la naissance, même si la différence n'était pas très importante.

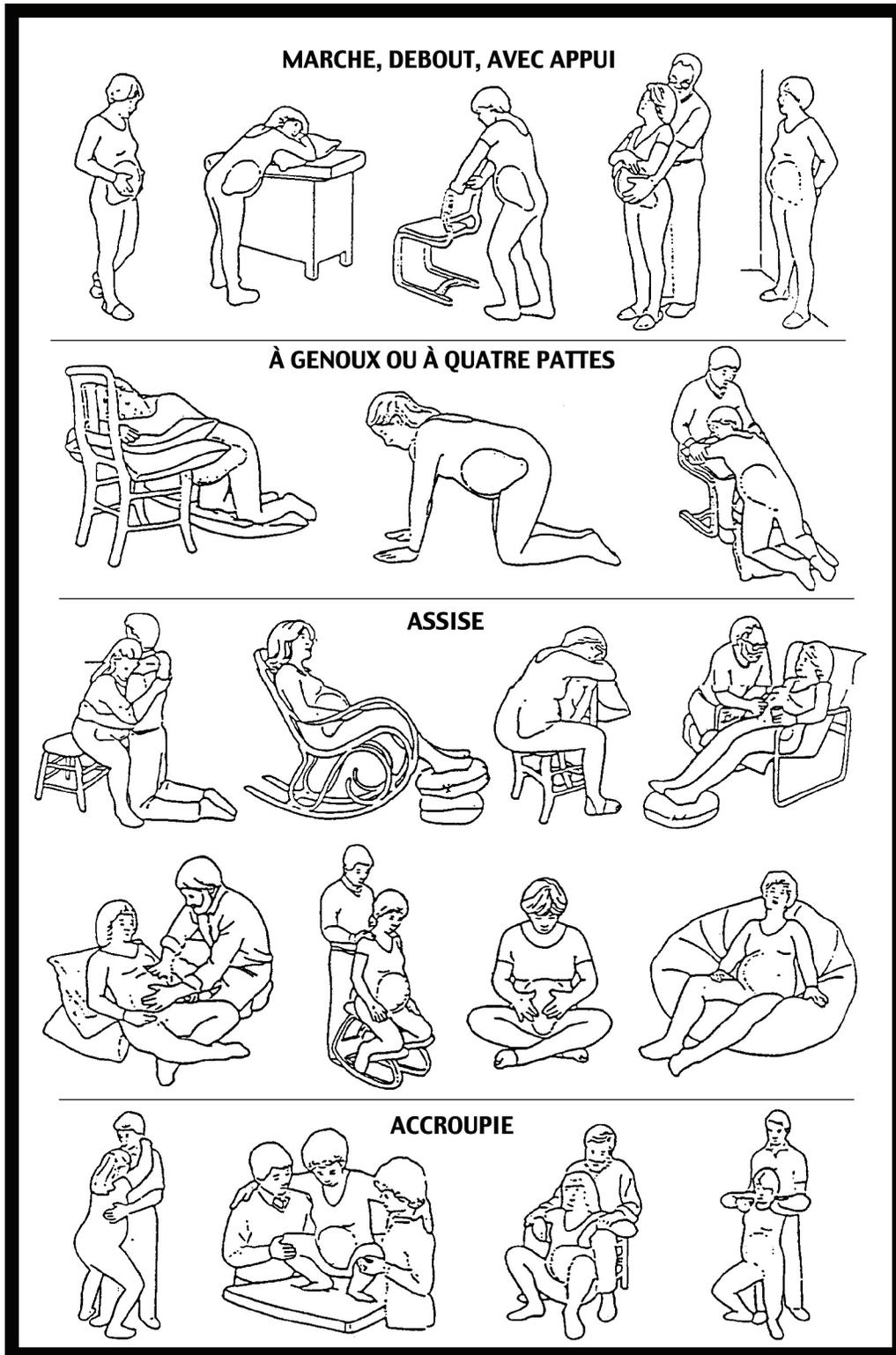
La position de la mère pendant le 2<sup>e</sup> stade de travail nuit à l'état du fœtus comme au 1<sup>er</sup> stade. Les recherches font apparaître une réduction de la fréquence des rythmes cardiaques anormaux en position verticale et une augmentation générale du pH de l'artère ombilicale. Dans quelques essais, les femmes ont exprimé quelle position elle préférerait; l'enthousiasme était plus grand pour les positions verticales qui sont moins douloureuses et qui épargnent davantage le dos. La position gynécologique avec les pieds dans les étrières a été vécue comme moins confortable, plus douloureuse et elle limite les mouvements. Les femmes qui avaient déjà accouché dans cette position choisiraient la position verticale à l'avenir (Stewart et Spiby, 1989; Waldenström et Gottvall, 1991).

L'effet positif de la position verticale dépend pour une large part des capacités de l'accoucheur et de son expérience de positions autres que la position dorsale. Une certaine connaissance des avantages et la volonté d'aider les femmes dans diverses positions peuvent modifier le travail du tout au tout.

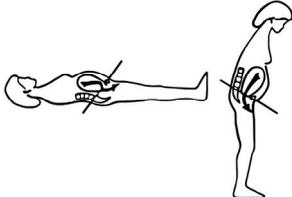
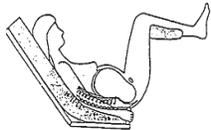
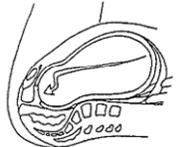
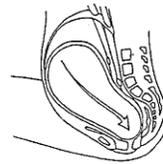
En conclusion, qu'il s'agisse du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>e</sup> stade, les femmes peuvent adopter la position qu'elles désirent bien qu'il soit préférable d'éviter les périodes prolongées en position dorsale. Elles devraient être encouragées à essayer la position qui leur paraît la plus confortable et elles devraient être soutenues dans leur choix. Les accoucheurs ont besoin d'une formation pour encadrer et mener à bien les accouchements des femmes ayant choisi des positions autres que la position dorsale afin de ne pas inhiber le choix de la position.

Tiré de : *Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique*  
Rapport d'un groupe de travail technique, WHO/FRH/MSM/96.24, p.30-31.

## TABLEAU II POSITIONS PENDANT LE TRAVAIL



**TABLEAU III**  
**BIENFAITS D'UNE BONNE POSITION**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quand la femme est <b>couchée</b> ou <b>debout</b>, l'axe du bassin n'est pas perpendiculaire à l'axe de la colonne vertébrale. Une flexion vers l'avant réduit la courbe lombaire, permettant ainsi au fœtus d'avoir un chemin plus direct vers le canal de naissance.</li> <li>▪ Note : si la courbe en forme de S est changée en courbe en forme de C, le thorax fait alors une pression sur le fond utérin.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>La position assise sur la chaise de naissance</b> permet à la colonne vertébrale d'augmenter la pression sur le diaphragme et d'aligner l'utérus avec le canal de naissance.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>La position couchée sur le dos</b> permet à la femme d'avoir les hanches plus basses.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>En position couchée</b>, l'axe utérin est dirigé vers le pubis. L'utérus fait pression sur la veine cave et le diaphragme</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>En position assise</b>, l'axe utérin est dirigé dans le sens du trou pelvien.</li> </ul>

## TABLEAU IV POSITIONS AU SECOND STADE DU TRAVAIL

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>L'accompagnant</b> peut soutenir la femme pendant le second stade du travail.</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Un exemple de <b>soutien</b> des jambes et du corps avec des oreillers pendant le second stade.</li></ul>

## 9. DÉBUT DES EFFORTS DE POUSSÉE PENDANT LE DEUXIÈME STADE

Les accoucheurs décident souvent du début du 2<sup>e</sup> stade en encourageant la femme à pousser lorsque la dilatation complète a été diagnostiquée, parfois même plus tôt. L'approche physiologique consiste à attendre que la femme éprouve elle-même le besoin de pousser. Une fois la dilatation complète, la femme ne ressent pas toujours ce besoin et il suffit d'attendre 10 ou 20 minutes pour que la phase d'expulsion commence spontanément. Il n'existe pas d'essais contrôlés comparant le début précoce et le début tardif des efforts de poussée dans un accouchement normal, mais des essais ont été effectués chez des parturientes sous analgésie péridurale. Le réflexe de poussée étant supprimé, il est facile de différer ces efforts jusqu'à ce que le sommet soit visible dans l'orifice. Cette méthode a été comparée à celle qui consiste à pousser dès le diagnostic de dilatation complète (McQueen et Mylrea, 1977; Maresh et autres, 1983; Buxton et autres, 1988). Les efforts de poussée tardifs ne semblent pas avoir eu d'effet négatif sur l'issue fœtale et néonatale. Les efforts de poussée précoces se sont accompagnés d'un nombre sensiblement accru d'accouchements aux forceps. Bien que ces résultats aient été obtenus chez des femmes ayant accouché sous analgésie péridurale, ils coïncident avec l'expérience clinique des sages-femmes qui diffèrent la poussée jusqu'à l'apparition spontanée du réflexe de poussée. Une telle pratique est plus facile pour la femme et elle tend à raccourcir la phase d'expulsion.

Au moment où la femme commence à pousser, ou juste avant, il est parfois conseillé de vider systématiquement la vessie au moyen d'une sonde. Cette pratique est superflue et peut provoquer une infection de l'appareil urinaire. Pendant le 2<sup>e</sup> stade, lorsque la tête du fœtus est fermement engagée, la pose d'une sonde peut être très difficile, voire traumatique. Il est conseillé d'encourager la femme à uriner spontanément pendant le 1<sup>er</sup> stade du travail; pour un accouchement normal, cette pratique est souvent suffisante.

### EFFORTS DE POUSSÉE PENDANT LE DEUXIÈME STADE

La pratique qui consiste à encourager les efforts de poussée continus et dirigés (Valsalva) pendant le 2<sup>e</sup> stade du travail est fréquemment préconisée dans de nombreuses salles d'accouchement. Une autre pratique consiste à encourager les efforts expulsifs spontanés des femmes (poussée soufflante). Ces deux pratiques ont été comparées dans plusieurs essais (Barnett et Humenick, 1982; Knauth et Haloburdo, 1986; Parnell et autres, 1993; Thomson, 1993). La poussée spontanée a entraîné de 3 à 5 efforts de poussée relativement brefs (4 à 6 secondes) pour chaque contraction par rapport à des efforts de poussée soutenus de 10 à 30 secondes, accompagnés d'une inspiration bloquée. Cette dernière pratique a pour effet de raccourcir quelque peu le 2<sup>e</sup> stade de travail, mais elle peut provoquer des altérations du rythme cardiaque et du volume systolique. Elle peut être associée à une compression de l'aorte et à une réduction du débit sanguin utérin lorsque la femme est allongée sur le dos. Dans les études publiées, le pH moyen de l'artère ombilicale était inférieur dans les groupes où la poussée avait été soutenue, et des scores d'APGAR avaient tendance à être plus faibles. Selon les données limitées dont on dispose, il apparaît que des efforts de poussée soutenus et précoces entraînent une légère réduction de la durée du 2<sup>e</sup> stade, qui ne semble s'accompagner d'aucun avantage particulier, car il semble que cette réduction nuise à l'échange gazeux entre la mère et le fœtus. Les efforts de poussée spontanés, plus brefs, semblent être supérieurs (Sleep et autres, 1989).

Dans de nombreux pays, la pratique de la pression sur le fond utérin pendant le 2<sup>e</sup> stade du travail est courante. Elle vise à accélérer l'accouchement et est parfois utilisée peu de temps avant l'accouchement, voire dès le début du 2<sup>e</sup> stade. Outre la question de l'inconfort maternel accru, on soupçonne que cette pratique est nocive pour l'utérus, le périnée et le fœtus, mais aucune recherche n'a été faite sur la question. Il semble que cette pratique soit utilisée trop souvent, sans qu'on ait la preuve de son utilité.

Tiré de : *Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique.*  
Rapport d'un groupe de travail technique WHO/FRH/MSM/96.24 p.28 et 29.

## 10. TEST APGAR

### TABLEAU V TEST APGAR

FAIT PAR L'INTERVENANT CHEZ LE NOUVEAU-NÉ À LA NAISSANCE  
À 1, 5 ET 10 MINUTES APRÈS LA NAISSANCE

		BATTEMENTS PAR MINUTE (Fréquence cardiaque)	TONUS MUSCULAIRE	COLORATION DE LA PEAU	RÉACTION À LA STIMULATION	RESPIRATION (Efforts respiratoires)
Pointage pour chaque caractéristique : total sur 10	0	Plus petits que 80	Aucun	Bleue, grise ou blanche	Aucune (à la succion)	Aucune
	1	Plus petits que 100	Flexion	Rose avec extrémités bleues	Grimace et réagit peu	Irrégulière ou lente
	2	Plus grands que 100	Mouvements actifs	Rose partout	Tousse, éternue, réagit bien	Respire bien ou pleure
<p><b>Interprétation des résultats selon la fréquence (total sur 10) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De 7 à 9 à 1 minute : normal.</li> <li>De 4 à 6 : demande des soins spéciaux (plus important après 5 minutes).</li> <li>Inférieur à 4 : danger (plus important après 5 minutes).</li> </ul>						



Le bébé a besoin d'un contact peau à peau avec ses parents.  
À l'occasion, le personnel médical peut le déplacer pour lui prodiguer des soins.

## 11. CORDON OMBILICAL

### FAUT-IL ATTENDRE AVANT DE LE COUPER OU NON?

Pendant les neuf mois de grossesse, le cordon est un lien vital entre la mère et le bébé, car il envoie au fœtus du sang oxygéné. La première intervention médicale que reçoit chaque enfant à sa naissance est le clampage du cordon ombilical. Dans des conditions normales, le clampage est fait immédiatement sans raison et souvent avant que l'enfant ait pris sa première respiration.

Le clampage précoce du cordon est assez récent et a débuté dans les années 1960. Depuis ce temps plusieurs recherches ont prouvé que le moment où le cordon ombilical est clampé peut avoir des effets tant chez la mère que chez le nouveau-né.

Cependant, le choix du moment ne semble avoir aucun effet important sur l'incidence de l'hémorragie de la délivrance ou sur la transfusion « fœto-maternelle ».

Il existe un certain nombre d'observations concernant les effets du clampage du cordon sur le nouveau-né. Le clampage tardif est un moyen physiologique de traiter le cordon, et le clampage précoce est une intervention qui nécessite une justification. La transfusion « placentofœtale », si le cordon est clampé tardivement, est physiologique et les effets indésirables de cette transfusion sont improbables, du moins dans les cas normaux. Après une grossesse anormale ou un travail inhabituel, par exemple en cas de sensibilisation rhésus ou de naissance avant terme, le clampage tardif peut entraîner des complications, mais dans le cas d'une naissance normale, il faut une raison valable pour aller à l'encontre du processus naturel.

Un clampage précoce entraîne une hypovolémie qui cause une hypoxie. Particulièrement chez les prématurés et le nouveau-né à terme, retarder le clampage du cordon réduit l'incidence du syndrome de détresse respiratoire, l'hémorragie intraventriculaire, l'entérocolite nécrosante, et les dommages cérébraux causés par l'hypoxie et augmente également la réserve de fer, prévient l'anémie et autres problèmes qui y sont reliés. Il semble également que le nouveau-né sera plus vigoureux en raison d'un plus grand volume sanguin et d'une pression sanguine plus élevée. Cette vigueur lui permettra de mieux s'attacher au sein de sa mère et augmentera le taux d'allaitement.

Simplement en retardant le clampage du cordon, le bébé recevra plus de sang, plus d'oxygène, d'anticorps, de vitamines, de minéraux, d'hormones et autres nutriments. Il est important de réaliser que le clampage précoce du cordon est une intervention médicale qui a besoin d'être médicalement justifiée.

Inspiré de : *Early versus delayed cord clamping*, Lynne Bluff, IJCE vol.20 n°4, p. 16 à 21.  
et *Les soins associés à un accouchement normal : guide pratique*.  
Rapport d'un groupe de travail, WHO/FRH/MSM/96.24.

## 12. SOINS POUR LE BÉBÉ ET POUR LA MÈRE APRÈS LA NAISSANCE

Quelle que soit la façon de mettre au monde pendant toutes les phases du travail, les parents guident leur enfant dans sa naissance. Ils l'appellent, le dirigent. Ils imaginent la venue de leur bébé et travaillent avec lui au moment des poussées. Ils l'aident à sortir, à se dégager.

Votre enfant vous appartient. Prenez-le, caressez-le, entrez en contact avec lui, peau à peau dans vos bras. Regardez-le, touchez-le, allaitez-le.

Pendant la période postnatale immédiate, la mère et le nouveau-né forment une unité indissociable pour la présence d'une aide personnelle et familiale. Dans la mesure du possible, il faut respecter l'intimité parents-enfant durant les premières heures après la naissance et encourager fortement un contact physique direct entre le bébé, la mère et le père. Le lien parents-enfant, le premier de nombreux liens que tissera l'enfant, contribue au développement du sentiment de sécurité, et ses effets sont durables. Les bienfaits qu'en retirent les parents ne sauraient être sous-évalués : ce premier contact physique avec leur bébé leur procure un sentiment d'accomplissement et leur donne confiance en leurs compétences parentales.

Inspiré de : *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale*,  
Lignes directrices nationales, Santé Canada, 2000, p. 6.6 et 6.7.

### SOINS POUR LE NOUVEAU-NÉ

#### **Contact peau à peau avec sa mère et première tétée**

Un contact dermique précoce entre la mère et l'enfant est important pour plusieurs raisons. Psychologiquement, il aide la mère et l'enfant à faire connaissance et à créer entre eux un lien d'attachement. Après la naissance, les bébés sont colonisés par les bactéries; il est utile de les mettre en contact avec les bactéries de la peau de la mère et d'éviter qu'ils soient colonisés par les bactéries de ceux qui donnent des soins ou de l'hôpital. De tels avantages sont difficiles à vérifier, mais ils semblent néanmoins plausibles.

De plus, une première tétée, dans l'heure qui suit la naissance, doit être encouragée pour mettre en place les conditions gagnantes pour l'allaitement. L'influence de la stimulation du mamelon par le bébé sur les contractions utérines et les pertes sanguines au cours de la puerpéralité est d'une grande importance pour la mère.

## Prévention de toute perte de chaleur

Le mécanisme de régulation de la température est un élément critique de la transition du nouveau-né à la vie extra-utérine. Dans l'utérus, la circulation du sang entre le placenta et le bébé répond à ses besoins vitaux tandis que la mère assure sa régulation thermique. À la naissance, le bébé est mouillé et la température de la pièce est inférieure à la température intra-utérine. Une déperdition de chaleur se produit rapidement par l'évaporation, la radiation, la convection et la conduction, et la température corporelle diminue à un rythme de 0,2°C à 1°C par minute. Les réserves de glycogène et de graisse brune peuvent s'épuiser en quelques heures seulement. La réaction adrénérgique à la baisse de température peut provoquer une vasoconstriction périphérique pouvant nuire à l'échange gazeux pulmonaire et entraîner une hypoxie et une acidose.

### Les recommandations sont les suivantes :

- maintenir l'aire de naissance à une température variant entre 23°C et 25°C et sans courant d'air;
- sécher le bébé et enlever tout linge humide pour éviter une perte de chaleur par évaporation ou par conduction;
- placer le bébé sur le ventre de la mère ou dans ses bras, peau contre peau, pour favoriser un transfert de chaleur par conduction de la mère au nouveau-né;
- langer le bébé (en lui couvrant la tête) pour prévenir l'exposition à l'air froid, pour diminuer la perte de chaleur par convection et évaporation, pour procurer un isolant et pour accroître la rétention de chaleur;
- maintenir une source de chaleur radiante à proximité, en cas de besoin.

## Identification

Un bracelet est placé au poignet du bébé et un autre à sa cheville. Ces bracelets portent le même numéro que celui de la mère et du père.

## Prise des mesures

L'infirmière prend les mensurations du bébé, sa température et elle vérifie ses signes vitaux.

## Onguent ophtalmique

L'infirmière applique un onguent ophtalmique (érythromycine), traitement prophylactique, pour prévenir l'ophtalmie gonococcique du nouveau-né. Le traitement peut être repoussé jusqu'à deux heures après la naissance pour favoriser le contact parent-enfant et la stabilisation initiale du bébé.

## Vitamine K

L'injection intramusculaire de vitamine K dans la cuisse est la méthode de prévention la plus efficace pour prévenir le syndrome hémorragique du nouveau-né.

## Premier bain

Le nourrisson reçoit son premier bain dans les heures qui suivent sa naissance. On donne un bain au nouveau-né pour des raisons esthétiques. On ne doit toutefois pas donner un bain au bébé avant que sa température et sa fréquence cardiaque et respiratoire se soient stabilisées. Le bain peut être donné dans une baignoire avec un savon doux non médicamenteux. Les parents peuvent donner le bain à leur bébé dans leur chambre.

## SOINS POUR LA MÈRE

Pour faire une évaluation physique approfondie, immédiate et continue de l'état de la mère, il faut tenir compte de ses antécédents et de sa situation unique. Voici les points à évaluer :

- surveillance des signes vitaux;
- vérification de l'état du périnée, des sutures, s'il y a lieu;
- toilette vulvaire;
- surveillance plus étroite, pendant les deux premières heures suivant l'accouchement, de la tension artérielle, des lochies et du fond utérin;
- surveillance de la 1<sup>re</sup> miction, fonction vésicale;
- surveillance du fonctionnement intestinale (les selles);
- soutien à l'allaitement;
- confort physique.



Temps d'arrêt pour se retrouver en famille.  
Temps pour vivre ses joies et ses peines pleinement.

## 13. DIFFÉRENTES FAÇONS DE METTRE AU MONDE

### ACCOUCHEMENT NATUREL

Accouchement sans intervention, qui respecte le processus naturel de la naissance.

### ACCOUCHEMENT AVEC ANESTHÉSIE LOCALE OU RÉGIONALE

#### **Voici les éléments qui peuvent en faire partie :**

- protoxyde d'azote;
- péridurale continue ou simple;
- bloc honteux;
- bloc para cervical;
- anesthésie locale.

### CÉSARIENNE SOUS ANESTHÉSIE

#### **Voici les éléments qui peuvent en faire partie :**

- péridurale continue;
- rachidienne;
- anesthésie générale dans de rares cas ou en urgence.

## 14. EXAMENS ET INTERVENTIONS POSSIBLES

### SURVEILLANCE DE LA SANTÉ FŒTALE OU MONITORAGE FŒTAL

#### **Évaluation de l'état de l'enfant à naître durant le travail**

Pour les femmes dont la grossesse ne présente aucun risque apparent, on recommande l'auscultation intermittente, habituellement à l'aide d'un fœtoscope par Doptone pour surveiller le fœtus de façon sécuritaire, toutes les 15 à 30 minutes en phase active, et toutes les 5 à 10 minutes en phase expulsive lorsque la parturiente à commencer à pousser.

L'utilisation systématique d'un appareil électronique est discutable. En effet, son association à un taux plus élevé de naissances par césarienne semble ne pas avoir amélioré le pronostic fœtal.

Dans les cas où l'auscultation intermittente permet au personnel de déceler une fréquence cardiaque fœtale non rassurante, il convient d'utiliser un appareil électronique pour effectuer une surveillance continue du fœtus.

## Monitoring du cœur fœtal et des contractions

De façon générale, le monitoring sera utilisé à l'arrivée et au besoin en cours de travail dans des circonstances particulières telles que :

- liquide amniotique coloré;
- irrégularité du cœur fœtal;
- anesthésie péridurale;
- déclenchement ou stimulation du travail.

Habituellement, le monitoring est externe, les capteurs du cœur fœtal et des contractions sont sur l'abdomen.

Dans des cas particuliers, le cœur fœtal est enregistré de façon interne, c'est-à-dire qu'une électrode est fixée sur le cuir chevelu du bébé. Selon des indications précises, le monitoring interne des contractions est installé pour s'assurer de l'efficacité des contractions.

## TOUCHER VAGINAL

Le toucher vaginal est essentiel pour évaluer le début et l'évolution du travail. Le nombre de touchers vaginaux doit être limité au strict minimum pendant le 1<sup>er</sup> stade du travail, une fois toutes les quatre heures suffit d'ordinaire. Le toucher permet d'établir si le travail est en cours, c'est qu'il y a dilatation du col (le critère le plus objectif d'un travail actif). Il doit être fait selon l'évolution du travail afin de vérifier l'effacement et la dilatation du col et la station de la présentation.

Un toucher vaginal effectué par un étudiant devra parfois être répété et vérifié par le supérieur. Cela n'est possible qu'avec le consentement de la femme. Une femme ne devrait en aucun cas être obligée de se soumettre à des touchers vaginaux répétés ou fréquents effectués par plusieurs membres du personnel soignant ou étudiant.

## NUTRITION EN COURS DE TRAVAIL

Pour la plupart des femmes en travail, le problème de rétention des aliments ne se pose pas, elles n'ont pas envie de manger pendant le travail bien que plusieurs d'entre elles aient désespérément besoin de boire.

La nutrition est un sujet d'une grande importance qui revêt en même temps des formes très diverses. L'approche préconisée consiste à ne pas aller à l'encontre du souhait de la femme de manger ou de boire pendant le travail et l'accouchement normal. Il faut une raison valable pour intervenir dans le processus naturel. Il existe de nombreuses craintes et habitudes dont il est difficile de se défaire dans le monde entier et chaque femme doit être traitée de façon différente.

Le travail requiert une grande énergie. Comme il est impossible de prévoir la durée du travail et de l'accouchement, il est important que la mère fasse le plein d'énergie pour assurer son bien-être et celui du fœtus. L'interdiction rigoureuse de toute alimentation par voie orale peut provoquer une déshydratation et une cétose. Le traitement courant consiste à infuser par voie intraveineuse du glucose et des liquides. Les effets de ce

traitement sur la mère ont été évalués au moyen d'un certain nombre d'essais répartis au hasard (Lucas et autres, 1980; Rutter et autres, 1980; Tarnow-Mordi et autres, 1981; Lawrence et autres, 1982). L'élévation du glucose sérique moyen semble s'accompagner d'une augmentation de l'insuline maternelle (et d'une réduction des niveaux moyens de 3-hydroxybutyrate). Cette augmentation se traduit aussi par une élévation du glucose plasmatique chez le bébé et peut entraîner une baisse du pH sanguin de l'artère ombilicale. Un hyperinsulinisme peut se produire chez le fœtus lorsque la mère reçoit plus de 25 g de glucose par voie intraveineuse pendant le travail. Il s'ensuit une hypoglycémie néonatale et une augmentation du lactate sanguin. L'utilisation excessive de solutés intraveineux non salins peut entraîner une hyponatrémie chez la mère et chez l'enfant.

Les complications mentionnées ci-dessus, spécialement la déshydratation et la cétose, peuvent être prévenues en permettant à la mère de boire pendant le travail et en lui donnant un peu à manger. Les infusions intraveineuses systématiques gênent le processus naturel et empêchent la femme de bouger librement. Même la pose systématique d'une canule intraveineuse à titre prophylactique peut encourager les interventions superflues.

Inspiré de : *Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique*  
Rapport d'un groupe de travail technique, WHO/FRH/MSM/96.24, p. 10-11.

## 15. MÉTHODES DE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

- Quelles sont les différentes méthodes de soulagement?
- Comment choisir la bonne méthode?
- Existe-t-il de nouvelles méthodes?

### GÉNÉRALITÉS

Tu enfanteras dans la douleur! Ouf...

Notre société actuelle sourcille de plus en plus devant cette affirmation fataliste. Ainsi, les intervenants en obstétrique s'ingénient à soulager les parturientes durant les différentes étapes de l'accouchement, et ce, en respectant les besoins de chacune.

Sous forme de cas cliniques, cette section a pour objectif de réviser les différentes techniques de soulagement, leurs indications, leurs contre-indications et leurs limites. De telles connaissances permettent de réfléchir sur la ou les bonnes méthodes d'analgésie à offrir. Puis, un survol des nouvelles tendances de soulagement obstétrical sera développé.

### MÉTHODES SIMPLES DE SOULAGEMENT

Les méthodes simples de soulagement sont très accessibles.

La perception de la douleur est différente pour chaque parturiente et s'évalue en fonction :

- des expériences antérieures de stimulus douloureux et du seuil de tolérance;
- de l'âge;
- de l'appréhension du travail;

- du niveau d'anxiété générale;
- du soutien offert;
- du contrôle de soi.

La méthode de soulagement peut :

- diminuer la durée du 1<sup>er</sup> stade;
- diminuer le besoin d'analgésie générale;
- diminuer le risque d'accouchement assisté ou de césarienne;
- favoriser le lien mère-enfant.

### **Mobilisation et posture à l'accouchement**

On peut souvent observer :

- une phase de latence plus courte;
- des contractions plus efficaces;
- un sentiment de participation à l'accouchement;
- un partenaire plus impliqué;
- un soulagement allant de bon à très bon;
- une attitude active et positive (la passivité augmente la douleur);
- une diminution de la médication;
- une meilleure détente;
- une diminution de la compression de la veine cave;
- une augmentation des diamètres du bassin.

### **Attitude positive et réaliste**

Le rôle prénatal des intervenants est :

- de fournir à la mère une information réaliste;
- de discuter avec elle du déroulement prévisible du travail et de l'accouchement;
- de permettre à la mère d'exprimer ses peurs et ses craintes;
- de l'informer au sujet de toutes les méthodes d'analgésie, et de lui faire penser d'imaginer plusieurs scénarios;
- de clarifier leur rôle et celui des autres intervenants;
- d'aider la mère à prendre une contraction à la fois;
- d'éviter de prendre une attitude « maternaliste » et paternaliste;
- d'inciter la mère à assister à des rencontres prénatales, de lire des livres, de regarder des vidéos, etc.

**Une anxiété mal contrôlée et des attentes irréalistes  
augmentent la douleur.**

## Relaxation

Plusieurs méthodes de relaxation s'offrent aux parturientes intéressées :

- respiration;
- visualisation;
- yoga;
- conditionnement positif;
- sophrologie;
- hypno naissance;
- musicothérapie;
- massothérapie, toucher;
- réflexologie;
- contact avec le bébé en le touchant, en lui parlant et en l'invitant à naître, etc.

La réponse analgésique varie d'une à l'autre. Cependant, la détente amène une meilleure confiance en soi et une augmentation de l'énergie.

## Accompagnement

L'accompagnement devrait être disponible pour chacune selon les besoins et sous différentes formes :

- conjoint, ami ou parents;
- accompagnante, doula, surtout une femme avec au moins une expérience de maternité;
- intervenants : personnel infirmier, sage-femme ou médecin.

La solitude ainsi qu'un environnement étranger augmentent la perception de la douleur.

## Autres

- La faim durant le travail prédispose à la frilosité et à la fatigue et, par le fait même augmente la perception de la douleur;
- un apport en glucides et en protéines pourra aider à combler les besoins de la mère durant la phase de latence;
- une bonne hydratation durant tout le travail pourra être bénéfique.

**Une meilleure confiance en soi amène habituellement  
une perception plus positive de l'accouchement.**

**La satisfaction globale des parturientes n'est pas en rapport direct  
avec l'efficacité du moyen analgésique choisi.**

## APPORT TECHNIQUE À L'ANALGÉSIE SIMPLE

### Bain à remous

- Utile durant le travail actif;
- effet plutôt relaxant en phase de latence;
- efficacité non prouvée sur la durée du travail ou sur le recours à un autre type d'analgésique;
- membranes sont rompues, incidence n'est pas plus élevée pour les risques d'infection.

### TENS ou TNS (stimulation nerveuse électrique transcutanée)

- Analgésie basée sur la théorie du portillon (Melzack) (voir la section 16);
- soulagement des douleurs dorsolombaires du 1<sup>er</sup> stade;
- soulagement plus ou moins important des douleurs sacrées du 2<sup>e</sup> stade;
- efficacité réelle peu évaluée;
- risque d'interférence avec le monitoring foetal.



### Acupuncture

- Efficacité réelle peu évaluée;
- utile comme moyen de relaxation.

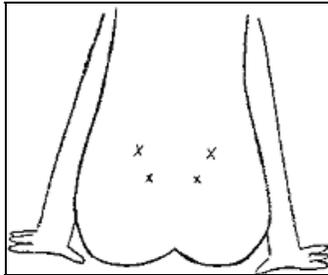
### Hypnose

- Préparation obligatoire préalable;
- réponse variable aux douleurs obstétricales.

### Papules d'eau stérile

- Analgésie basée sur la théorie du portillon (Melzack) et sur la sécrétion d'endorphines opioïdes endogènes;
- blocage de la transmission de la douleur le long des fibres nerveuses;
- injection intradermique de 0,1 ml d'eau stérile avec une seringue à tuberculine et une aiguille no. 25-27;
- injection au niveau de chaque épine iliaque postéro-supérieure et de deux autres de chaque côté, 2 cm plus bas et 1 cm en interne, sur le rebord du sacrum;

- efficacité surtout en travail actif;
- analgésie de bonne à excellente dans 90 % des cas;
- durée de 30 minutes à 3 heures;
- nouvelles injections possibles après une à deux heures;
- efficacité supérieure avec eau stérile plutôt que sérum physiologique;
- effet indésirable nul pour le fœtus;
- douleur à l'injection, environ 30 secondes (pour minimiser cette douleur, faire l'injection durant une contraction).



**Sites d'injection pour les papules d'eau stérile**

**TABLEAU VI**  
**MÉTHODES NON PHARMACOLOGIQUES DE SOULAGEMENT OBSTÉTRICAL**

MÉTHODES DE SOULAGEMENT	ACCESSIBILITÉ FACILITÉ	UTILITÉ	EFFICACITÉ
MOBILISATION POSTURE À L'ACCOUCHEMENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour toutes</li> <li>▪ Facile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Phase de latence</li> <li>▪ Travail actif</li> <li>▪ 2<sup>e</sup> stade</li> </ul>	<p><b>Variable</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ diminution de la durée du 1<sup>er</sup> stade</li> <li>▪ diminution du besoin d'analgésie</li> </ul>
ATTITUDE POSITIVE ET RÉALISTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour toutes</li> <li>▪ ± facile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Toutes les étapes</li> </ul>	<p><b>Variable</b> selon la femme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ demande une préparation prénatale</li> <li>▪ effet positif dans la perception globale de l'accouchement</li> <li>▪ diminution du besoin d'analgésie</li> </ul>
RELAXATION, RESPIRATION, VISUALISATION, YOGA, PENSÉE POSITIVE, SOPHROLOGIE ET AUTRES	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour toutes</li> <li>▪ ± facile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Toutes les étapes</li> </ul>	<p><b>Variable</b> selon la femme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ demande une préparation prénatale</li> <li>▪ diminution du besoin d'analgésie</li> </ul>
ACCOMPAGNEMENT (CONJOINT, AMI, ACCOMPAGNANTE, INFIRMIÈRE, MÉDECIN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour toutes</li> <li>▪ Facile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ À toutes les étapes</li> </ul>	<p><b>Variable</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ effet positif dans la perception globale de l'accouchement</li> </ul>
BAIN À REMOUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limitée</li> <li>▪ Équipement requis</li> <li>▪ Facile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Travail actif</li> <li>▪ Phase de latence à éviter</li> </ul>	<p><b>Variable</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ diminution de la durée de la phase active</li> <li>▪ diminution du besoin d'analgésie</li> </ul>
HYPNOSE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Très limitée</li> <li>▪ Peu facile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1<sup>er</sup> stade</li> <li>▪ 2<sup>e</sup> stade</li> </ul>	<p><b>Variable</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 30 % d'efficacité</li> </ul>
TENS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limitée</li> <li>▪ Équipement requis</li> <li>▪ Facile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1<sup>er</sup> stade</li> <li>▪ 2<sup>e</sup> stade</li> </ul>	<p><b>Variable</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 80 % d'efficacité</li> <li>▪ efficacité pour les douleurs dorsolombaires</li> </ul>
ACUPUNCTURE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Très limitée</li> <li>▪ Intervenant qualifié requis</li> <li>▪ Facile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1<sup>er</sup> stade</li> <li>▪ 2<sup>e</sup> stade</li> </ul>	<p><b>Variable :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ peu de résultats</li> </ul>
PAPULES D'EAU STÉRILE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limitée</li> <li>▪ Intervenant qualifié requis</li> <li>▪ Facile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1<sup>er</sup> stade</li> <li>▪ 2<sup>e</sup> stade</li> </ul>	<p><b>Variable :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 90 % d'efficacité</li> <li>▪ efficacité pour les douleurs lombaires</li> <li>▪ durée de 1 à 3 heures</li> <li>▪ utilisation d'eau stérile plus efficace</li> </ul>

## NARCOTIQUES : MÉPÉRIDINE, NALBUPHINE, FENTANYL, BUTORPHANOL

Ces narcotiques sont fréquemment utilisés dans certains milieux.

- Efficacité très variable, réduisent parfois la durée du 1<sup>er</sup> stade;
- effets secondaires possibles chez la mère : étourdissements (hypotension orthostatique), nausées, vomissements, rare dépression respiratoire avec des doses élevées;
- effets secondaires possibles chez le fœtus : diminution de la variabilité du cœur fœtal, diminution des mouvements respiratoires, difficulté à l'allaitement pour les premières heures post-partum;
- effets secondaires plus rares : dépression respiratoire, APGAR bas, hypotonie, faible saturation en oxygène et acidose respiratoire;
- dépression respiratoire : traitement antagoniste → Naloxone (Narcan<sup>R</sup>) Mère : 0,4 mg I.V. Nouveau-né : 0,1 mg/kg I.V. ou S.C., I.M. (acceptable);
- demi-vie de la Mépéridine (Démérol<sup>R</sup>) est plus longue que celle du Narcan. Répéter le Narcan au besoin;
- efficacité du Naloxone (Narcan<sup>R</sup>) avec la Mépéridine (Démérol<sup>R</sup>) nulle dans la prévention de la dépression respiratoire néonatale;
- diminution des doses maternelles de narcotiques devant un bébé prématuré ou un retard de croissance.

## NOUVEAUTÉS

### PCA (Patient Controlled Analgesia)

- Administration de narcotiques à l'aide d'une pompe programmable;
- pompe contrôle quantité de narcotique à administrer, l'intervalle minimal entre les doses et dose maximale;
- ou administration continue avec dose maximale;
- haut taux de satisfaction;
- dose totale nécessaire est moindre que si injection en doses séparées;
- risques d'effets secondaires donc surveillance requise;
- compatible avec n'importe quel narcotique.

### Tartare de Butorphanol (Stadol NS<sup>R</sup>)

- Analgésique narcotique nouveau (indication actuelle pour la migraine);
- manque d'expérience clinique durant le travail et l'accouchement empêche de le recommander;
- cas de dépression respiratoire notés chez le nouveau-né.

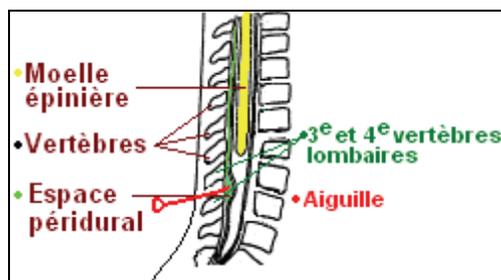
## ANESTHÉSIES

### PROTOXYDE D'AZOTE

- Mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote, en parts égales, connu sous le nom de *gaz hilarant*;
- anesthésique sécuritaire pour la mère et le fœtus;
- absorption et élimination rapides;
- efficacité de 75 %;
- effets secondaires minimes : nausées, somnolence;
- autoadministration élimine les surdosages;
- inhalation lors de la montée de la contraction;
- ralentissement du travail ou de l'expulsion nul;
- méthode sous utilisée.

### PÉRIDURALE

- Méthode la plus efficace;
- technique : cathéter inséré dans l'espace péri-dural servant de véhicule aux anesthésiques locaux : Lidocaïne, Bupivacaïne ou aux narcotiques : Mèpéridine, Morphine, Fentanyl, Sufentanil, Alfentanil;
- usage en doses répétées ou plutôt en perfusion, ce qui augmente la qualité de l'analgésie;
- combinaison anesthésique local et narcotique prolonge la durée et l'efficacité de l'analgésie et réduit le besoin en anesthésique local;
- réduction des concentrations en anesthésique diminue de beaucoup l'effet bloc moteur associé à la péri-durale;
- moins de bloc moteur entraîne moins d'accouchement assisté et moins de risque de césarienne, comparativement à la péri-durale sous anesthésique seul.



### Effets secondaires et désavantages maternels

- Immobilité de la parturiente;
- monitoring foetal constant;
- usage plus accru d'ocytociques;
- hypotension (bloc sympathique);
- usage soluté et lunettes nasales d'oxygène;
- utilisation des narcotiques peut provoquer des démangeaisons;
- suppression du réflexe de poussée abdominale;
- rétention urinaire;
- ponction accidentelle (1 à 2 %) de la dure-mère qui entraîne une céphalée;
- lombo-dorsalgie chez environ 20 % des femmes;
- dépression respiratoire à cause des narcotiques (rare);
- hémibloc surtout chez les multipares avec péridurale répétée;
- incidence accrue de fièvre maternelle.

### Effets secondaires et désavantages pour le fœtus

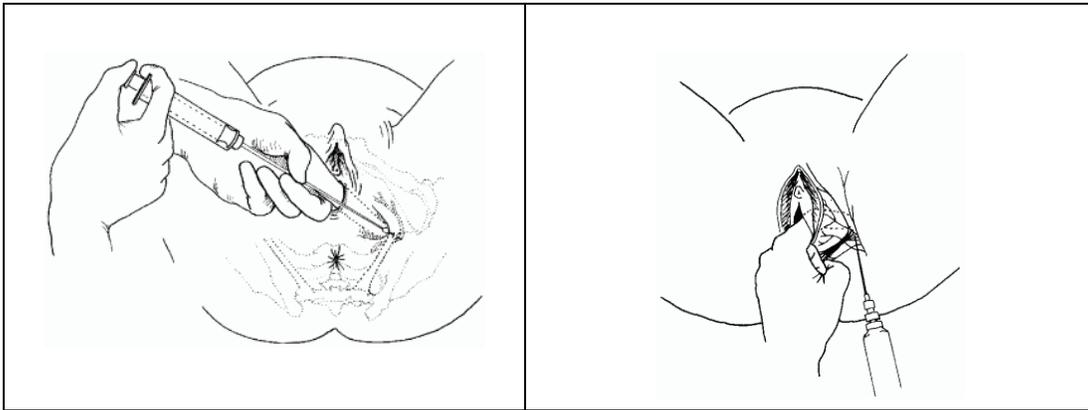
- Décélération du cœur foetal transitoire n'affectant pas le fœtus;
- prolongation du 2<sup>e</sup> stade;
- persistance de la présentation en position postérieure de l'occiput;
- augmentation de l'usage des forceps et de la ventouse et du taux de césarienne (moins vrai avec la combinaison anesthésique locale et narcotique).

### Contre-indications

- Refus de la patiente qui changerait d'idée devant une évolution rapide;
- analysé cas par cas :
  - coagulopathie;
  - infection;
  - allergie;
  - hypovolémie;
  - anomalie de la colonne lombaire congénitale ou autres;
  - maladie neurologique.

### BLOC HONTEUX

- Utile lors du 2<sup>e</sup> et du 3<sup>e</sup> stade pour certaines manœuvres (épisiotomie) et pour les réparations périnéales;
- analgésie insuffisante pour l'application des forceps ou de la ventouse ainsi que pour une exploration manuelle de la cavité utérine;
- infiltration locale du nerf honteux en passant par la cavité vaginale, se guidant avec l'épine sciatique à travers le petit ligament sacro-sciatique (sacro-spinal);
- usage d'un anesthésique local (Lidocaïne 1 %, 20 à 30 ml);
- complications possibles : hématome, injection intravasculaire et réaction toxique.

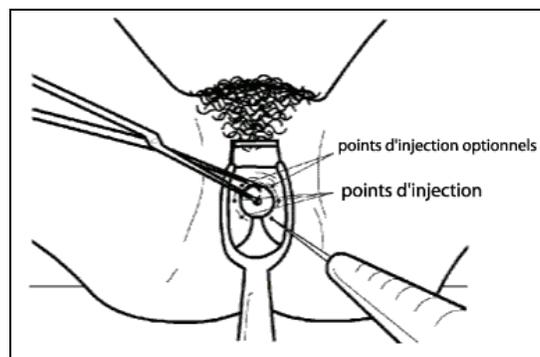


Voie intravaginale

Voie trans-périnéale

### BLOC PARACERVICAL

- Utile pour soulager les contractions utérines;
- utile pour la dilatation et le curetage;
- technique : infiltration à 3 heures et à 9 heures dans le cul-de-sac postéro-latéral avec anesthésique local (Lidocaïne 1 %, 5 à 10 ml);
- technique abandonnée car bradycardie fœtale jusqu'à 70 % des cas pendant 10 à 30 minutes;
- utilisation non recommandée si fœtus à risque.



### ANESTHÉSIE LOCALE

- Infiltration locale des tissus périnéaux avant l'épisiotomie ou pour sa réparation lors du 3<sup>e</sup> stade;
- insuffisante pour toutes les autres manœuvres;
- action rapide et efficace avec Lidocaïne 1 %, 20 à 50 ml;
- complications possibles : infection intravasculaire, hématome et réaction toxique.

Tiré de : *Tu enfanteras dans la douleur?*  
Marie-Josée Leclerc, médecin, Hôpital Laval, Unité de médecine familiale,  
F.M.O.Q. : La périnatalité, 14 et 15 mars 1996.

**TABLEAU VII**  
**MÉTHODES PHARMACOLOGIQUES DE SOULAGEMENT**  
**ET D'ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE**

METHODES DE SOULAGEMENT	ACCESSIBILITÉ FACILITÉ	UTILITÉ	EFFICACITÉ
NARCOTIQUES	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limitée</li> <li>▪ Intervenant qualifié requis</li> <li>▪ Facile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Travail actif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Variable :</b></li> <li>▪ Diminution de la durée du 1<sup>er</sup> stade</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Mépidrine (Démérol<sup>®</sup>)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I.M. : 50 – 100 mg</li> <li>▪ I.V. : 25 – 50 mg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ IDEM</li> <li>▪ Augmentation de la durée de la phase de latence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I.M. : délai 40-50 minutes, durée : 3-4 heures</li> <li>▪ I.V. : délai 5-10 minutes, durée : 3-4 heures</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Nalbuphine (Nubain<sup>®</sup>)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I.M.: 10 mg</li> <li>▪ S.C.: 10 mg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ IDEM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>I.M.:</b> délai 10-15 minutes, durée : 2-3 heures</li> <li>▪ <b>S.C.:</b> délai 10 minutes, durée : 2-3 heures</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Fentanyl</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I.M.: 50 – 100 µg</li> <li>▪ I.V.: 50 – 100 µg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ IDEM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>I.M. :</b> délai 30 minutes, durée : 1-2 heures</li> <li>▪ <b>I.V. :</b> délai 3-5 minutes, durée : 30-60 minutes</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Butorphanol : (Stadol NS<sup>®</sup>)</b> <sup>1</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intranasal : 1 mg (une narine) à 2 mg (2 narines)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ IDEM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Délai 15-30 minutes, durée : 3-4 heures</li> </ul>
PROTOXYDE D'AZOTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limitée</li> <li>▪ Équipement requis</li> <li>▪ Facile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Travail actif</li> <li>▪ 2<sup>e</sup> stade</li> <li>▪ 3<sup>e</sup> stade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Variable :</b> 25 % bonne, 50 % moyenne et 25 % aucune</li> </ul>
PÉRIDURALE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limitée à très limitée</li> <li>▪ Selon disponibilité de l'anesthésie</li> <li>▪ ± Facile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Travail actif</li> <li>▪ 2<sup>e</sup> stade</li> <li>▪ 3<sup>e</sup> stade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Variable :</b> bonne à excellente</li> </ul>
BLOC HONTEUX	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limitée</li> <li>▪ Intervenant qualifié requis</li> <li>▪ ± Facile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2<sup>e</sup> stade</li> <li>▪ 3<sup>e</sup> stade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Variable :</b> échec malgré bon intervenant</li> </ul>
BLOC PARACERVICAL <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limitée</li> <li>▪ Intervenant qualifié requis</li> <li>▪ ± Facile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1<sup>er</sup> stade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Variable :</b> échec malgré bon intervenant</li> </ul>
LOCALE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limitée</li> <li>▪ Intervenant qualifié requis</li> <li>▪ Facile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réparation de plaie</li> <li>▪ Anesthésie préépisiotomie</li> <li>▪ 3<sup>e</sup> stade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Variable :</b> bonne à excellente</li> </ul>

<sup>1</sup> Butorphanol n'est pas indiqué en obstétrique pour l'instant.

<sup>2</sup> Bloc paracervical : technique abandonnée (bradycardie fœtale).

## 16. THÉORIE DU PORTILLON

En 1965, Melzack et Wall ont avancé la théorie du portillon (Gate control) au sujet du contrôle de la douleur, message nociceptif. Selon cette théorie, un mécanisme neural dans la moelle épinière agit comme un portillon, contrôlant l'accès des messages de douleur au cerveau. Le portillon peut être ouvert, fermé ou à moitié ouvert par des messages provenant de diverses parties du cerveau et de la moelle épinière. De tels messages peuvent être émis par un souvenir, une émotion, des valeurs culturelles, etc. L'attention peut ouvrir ou fermer le portillon. Si l'organisme est en train de faire autre chose, le portillon se ferme, c'est-à-dire que la transmission des influx nerveux vers le cerveau est interrompue. Si le cerveau veut en savoir davantage sur ce qui se passe dans l'organisme, il peut ouvrir le portillon et laisser passer l'information. Certaines fibres ont pour rôle de faciliter la transmission.

Selon cette théorie, il existe dans la moelle épinière et dans les centres sous-corticaux un système de fermeture : un portail. Ce système exerce une gestion sélective des informations douloureuses filtrant vers les étages supérieurs de la conscience. Pendant le travail, une stimulation non douloureuse par un massage léger (effleurage de l'abdomen ou massage léger du sacrum) de la zone douloureuse active les grosses fibres nerveuses et inhibe les plus petites fibres qui transmettent la douleur (par exemple, « béquer bobo chez l'enfant »).

Le portillon se ferme, aucune information ne filtre. Le blocage de l'accès habituel de la douleur vers les étages supérieurs de la conscience peut être fait par le TENS, les points de pression ou les papules d'eau. Au portillon, la souffrance est en attente, elle patiente.

## 17. DÉCLENCHEMENT MÉDICAL ET STIMULATION DU TRAVAIL

### Déclenchement médical du travail

La stimulation de l'utérus a pour objectif de provoquer le travail.

### Stimulation de l'activité utérine

La stimulation de l'utérus au cours du travail a pour but d'accroître la fréquence, la durée et l'intensité des contractions.

Avant d'envisager l'utilisation de méthodes médicales, certains moyens de déclenchement naturel du travail pourraient être utilisés :

- demeurer active;
- marcher à l'extérieur d'un pas rapide, deux à trois fois par jour;
- stimuler les seins et les mamelons;
- avoir une relation sexuelle complète puis mettre 1 ou 2 oreillers sous les fesses, 10 à 15 minutes en gardant le sperme en contact avec le col et les prostaglandines aidant à mûrir le col et à déclencher le travail;

- stimuler des points de réflexologie à l'intérieur des mains en serrant un peigne ou une brosse à cheveux ronde dans la paume des mains pour augmenter la fréquence et l'intensité des contractions;
- stimuler des points de réflexologie au niveau des chevilles;
- recevoir une séance d'acupuncture.

## MÉCANISME DU TRAVAIL

Le travail et l'accouchement nécessitent des interactions complexes entre la mère et le fœtus. Plus tôt dans la grossesse, la présence de deux hormones, *progestérone* et *relaxine*, permet de maintenir une relaxation utérine prévenant ainsi l'expulsion du fœtus.

À mesure que l'accouchement approche, des récepteurs utérins sensibles à l'étirement signalent le besoin d'accoucher. Cependant, le mécanisme exact qui amorce le travail n'est pas encore connu. Il semble bien que plusieurs médiateurs hormonaux interagissent : *prostaglandines*, *progestérone*, *ocytocine* et *œstrogènes* pour ne nommer que ceux-ci.

## INDUCTION DU TRAVAIL

Idéalement, toutes les grossesses devraient se rendre à terme et le travail devrait débuter spontanément. Cependant, pour des raisons énumérées au tableau VIII, une femme enceinte doit accoucher en induisant le travail. Il existe aussi des contre-indications à l'induction (voir le tableau IX).

### **TABLEAU VIII INDICATIONS À L'INDUCTION DU TRAVAIL**

- Grossesse prolongée
- Rupture prématurée des membranes
- Prééclampsie sévère
- Chorioamnionite
- Retard de croissance intra-utérin (R.C.I.U.) sévère
- Mort fœtale
- Autres conditions maternelles

## **TABLEAU IX CONTRE-INDICATIONS À L'INDUCTION DU TRAVAIL**

- Malposition fœtale
- Placenta prævia ou vasa prævia
- Herpès génital actif
- Prolapsus du cordon
- Détresse fœtale
- Disproportion céphalopelvienne
- Césarienne antérieure longitudinale
- Cancer invasif du col utérin

### **GROSSESSE PROLONGÉE**

Une grossesse prolongée est une grossesse qui dépasse 42 semaines. Au total, 10 % des grossesses sont des grossesses prolongées. Le risque de morbidité et de mortalité néonatales est accru. Après 41 semaines, la mère subit une intervention. Les recommandations de cette intervention sont basées sur une *méta-analyse* de 11 études randomisées.

### **QUAND INDUIRE LE TRAVAIL?**

La décision d'induire le travail suppose que le bien-être fœtal a été évalué à l'aide du test de réactivité fœtal (TRF) ou du profil biophysique.

Un col non mature, c'est-à-dire non favorable (score de Bishop < 6), risque fort de ne pas être suffisamment dilaté en présence de contractions utérines. L'induction comporte alors un taux élevé d'échec. On a davantage recours à la péridurale et on remarque un taux accru de césarienne.

Le score de Bishop est le plus connu et le plus utilisé des outils pour établir le degré de maturité du col utérin (voir le tableau X).

**TABLEAU X**  
**SCORE DE BISHOP**  
(TOTAL GLOBAL SUR 13)

	0	1	2	3
EFFACEMENT EN %	0 à 30 %	40 à 50 %	60 à 80 %	90 à 100 %
DILATATION EN CM	0 cm	1 à 2 cm	3 à 4 cm	5 à 6 cm
STATION FŒTALE	- 3	- 2	-1, 0	+1, +2
CONSISTANCE DU COL	Ferme	Moyenne	Molle	
POSITION DU COL	Postérieure	Médiane	Antérieure	

#### TECHNIQUES POUR LA MATURATION DU COL UTÉRIN

- La sonde Foley;
- les dilateurs cervicaux;
- les prostaglandines.

#### TECHNIQUES POUR INDUIRE LE TRAVAIL

- La stimulation des mamelons;
- le décollement manuel des membranes (stripping);
- l'huile de ricin;
- la rupture artificielle des membranes;
- les ocytocines;
- les prostaglandines;
- les œstrogènes (Mifépristone (Ru 486)).

#### LES PROSTAGLANDINES

##### Par voie orale

- Dinoprostone (Prostin E 2) : comprimé de 0,5 mg per os q. 1 heure, induit efficacement le travail dans les deux tiers des cas.

### Par voie intracervicale

- Dinoprostone (Prépidil) : gel de 0,5 mg q. toutes les 4 à 6 heures maximum 3 doses, utile pour la maturation du col, efficacité : plus de 90 %.

### Par voie vaginale

- Dinoprostone (Prostin E 2) : gel de 1 mg ou 2 mg vaginal, pour induire le travail, efficacité (voir section : Études comparatives).
- Dinoprostone (Cervidil) : pessaire de 10 mg à libération lente, efficacité : identique à celle du gel vaginal.
- Misoprostol (Cytotec) : comprimé de 50 mcg inséré dans le cul-de-sac postérieur, études en cours.

### Effets secondaires

- Hyperstimulation utérine (5 à 10 %) – bradycardie fœtale (1 %);
- crampes abdominales, diarrhée;
- nausées et vomissements;
- lombalgie;
- fièvre, frisson et bouffées de chaleur.

### Contre-indications

- Asthme;
- hypertension artérielle;
- insuffisance rénale;
- maladie hépatique ou cardiaque;
- épilepsie;
- diabète.

### OCYTOCINE

L'ocytocine endogène est synthétisée dans l'hypothalamus et libérée par l'hypophyse postérieure. Sa sécrétion augmente avec la progression du travail. L'utérus devient de plus en plus sensible à l'ocytocine durant le travail.

- L'ocytocine est l'agent le plus utilisé pour induire ou pour stimuler le travail;
- le dosage habituel est de 10 unités par litre, maximum de 40 unités par litre chez les patientes nécessitant une restriction liquidienne.

### Protocole faible dose

- Dose : 0,5 à 1 milli unité par minute (3 à 6 ml par heure);
- augmentation de 1 à 2 milli unité chaque 20 à 30 minutes.

### **Protocole dose intermédiaire**

- Début à 1 milli unité par minute;
- augmentation à 2, 4, 8, 10, 20, 24 milli unité par minute chaque 20 à 30 minutes.

### **Protocole haute dose**

- Début à 6 milli unité par minute;
- augmentation de 6 milli unité par minute chaque 20 à 40 minutes;
- maximum de 36 à 40 milli unité par minute.

Les protocoles faible dose et dose intermédiaire donnent moins d'hyperstimulation. De plus, ils génèrent moins de césarienne et leur efficacité serait comparable au protocole haute dose. On sait que la demi-vie de l'ocytocine est de 15 minutes. Il faut attendre trois fois la demi-vie (45 minutes) pour observer l'effet d'un changement de dose. Il n'y aurait pas d'avantage à augmenter le débit toutes les 20 à 30 minutes par rapport à 60 minutes.

### **Effets indésirables**

- Hypotension;
- nausées et vomissements;
- extrasystoles ventriculaires (plus rares);
- intoxication à l'eau à cause de l'effet antidiurétique;
- surdosage : hyperstimulation, détresse fœtale et rupture utérine.

### **INDUCTION DU TRAVAIL LORSQUE LE COL EST MATURE (SCORE DE BISHOP > 6)**

- Ocytocine suivie d'amniotomie lorsque le travail est bien établi. L'amniotomie faite à moins de 3 cm n'accélère pas le déroulement de l'accouchement;
- PGE2 vaginale 2 mg pour une nullipare ou 1 à 2 mg pour une multipare. Position de décubitus et monitoring continu pendant 1 à 2 heures et par la suite, la patiente peut circuler. Si aucune utilisation d'autres gels dans les prochaines 24 heures, la patiente pourrait retourner à la maison (à confirmer par études en cours). Travail plus physiologique et plus acceptable pour les patientes;
- PGE2 per os 1 comprimé par heure et rupture des membranes lorsque possible. Recours à l'ocytocine plus fréquemment qu'avec la formulation vaginale;
- au total, 95 % des patientes avec un col mature accoucheront dans les 24 heures suivant le début de l'utilisation de l'ocytocine ou du PGE2 vaginal. Le besoin en analgésie est plus faible avec les prostaglandines.

### **INDUCTION DU TRAVAIL LORSQUE LE COL N'EST PAS FAVORABLE (SCORE DE BISHOP < 6)**

- PGE intra cervical 0,5 mg renouvelable deux fois toutes les 6 heures au besoin; Lorsque le col est mature (score de Bishop > 6), on peut poursuivre avec l'ocytocine ou le gel vaginal de prostaglandine;
- sonde Foley : très efficace (score de Bishop > 6 dans 97 % des cas) pour rendre mature le col tant chez les nullipares que chez les multipares. Le tiers des patientes entre en travail spontanément, les autres sont induites. L'intervalle moyen entre l'induction et l'accouchement est de 16 heures. Comparée aux prostaglandines, la sonde de Foley est aussi efficace et sécuritaire et six fois moins chère. (voir le tableau XIII).

## ÉTUDES COMPARATIVES

Les revues médicales font état de nombreuses études. Dans la plupart des cas, les études sont peu détaillées et donc les recommandations fermes qui en ressortent ne peuvent être considérées comme sérieuses. Les résultats suivants, publiés dans les revues médicales, suggèrent tout de même des tendances intéressantes.

**TABLEAU XI**  
**INDUCTION DU TRAVAIL : LE COL NON MATURE**

A.	PROSTIN E2 VAGINAL SUIVI D'AMNIOTOMIE	AMNIOTOMIE SUIVI D'OCYTOCINE	SONDE FOLEY AMNIOTOMIE PUIS OCYTOCINE
INTERVALLE ENTRE L'INDUCTION ET LA NAISSANCE	18 heures	14 heures	11 heures

B.	Gel Prostin vaginal 2,5 mg	et	Pessaire 10 mg
BISHOP À 12 HEURES > 8	18 %		57 %
HYPERSTIMULATION	0 %		15 %
TRAVAIL SANS OCYTOCINE	45 %		76 %
CÉSARIENNE	9 %		6 %

C.	Misoprostol PGE1 (Cytotec 50 mcg) toutes les quatre heures intravaginal	et	PGE2 cervical (Prépidil 0,5 mg) toutes les quatre heures
NOMBRE DE DOSES	1,8 ± 1,1		2,5 ± 1,4
INTERVALLE INDUCTION-NAISSANCE	11,4 ± 5,9		18,9 ± 12,7
ACCOUCHEMENT APRÈS UNE DOSE	51 %		28 %
HYPERSTIMULATION	9,4 %		13 %

## GEL DE PROSTAGLANDINE ET ACCOUCHEMENT VAGINAL APRÈS CÉSARIENNE (AVAC)

Ce gel est aussi efficace pour rendre mature le col qu'un groupe sans AVAC. Il n'y a eu aucun cas de rupture utérine. La comparaison entre 94 AVAC et 866 accouchements sans césarienne antérieure (Am. J. Perinatol 1994, july, pp. 309-12).

## GEL DE PROSTAGLANDINE ET RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES

- Dans les deux tiers des cas, les patientes entrent en travail sans médication;
- les autres femmes ont reçu soit un gel vaginal, soit un gel intracervical;
- l'intervalle entre la rupture et l'accouchement :
  - gel vaginal : 23 heures par rapport à 19 heures pour le groupe contrôle (Obst. Gynecol. 1995 ; 86 :550-4);
  - gel intracervical : 15 heures par rapport à 30 heures pour le groupe contrôle (Am. J. Perinatol. 1994, nov. 11, (6), p. 436-8).

Les prostaglandines ont révolutionné la façon d'induire le travail lorsqu'une indication médicale l'exige. Elles sont très efficaces et bien tolérées par les patientes. À l'avenir, nous aurons une idée plus précise du dosage, de la fréquence d'utilisation et du mode d'administration. D'après les recherches actuelles, la sonde Foley constitue un choix peu coûteux pour rendre mature le col utérin (voir les tableaux XII, XIII et XIV).

## STIMULATION DES MAMELONS

Elle consiste à masser les mamelons une heure, trois fois par jour, trois jours consécutifs. Les études ne permettent pas de conclure quant à l'efficacité de cette stimulation pour préparer le col à l'induction. De plus, les patientes sont peu motivées.

## TIGES LAMINAIRES (DILATERIA<sup>R</sup>, DILAPAN<sup>R</sup>)

Les tiges laminaires sont moins efficaces que les prostaglandines et procurent un plus haut taux d'infection chez la mère et chez le bébé. Par contre, le coût des tiges est inférieur à celui des prostaglandines.

## AMNIOTOMIE

Si les membranes sont intactes, il est recommandé, tant pour le déclenchement artificiel du travail que pour la stimulation de l'activité utérine, de procéder à une rupture artificielle des membranes (RAM). Dans certains cas, aucune autre intervention n'est nécessaire pour déclencher le travail. La rupture des membranes, qu'elle soit spontanée ou artificielle, déclenche souvent la suite de phénomènes liés à l'accouchement :

- expulsion de liquide amniotique;
- diminution du volume utérin;
- libération de prostaglandines, stimulation du travail;
- début des contractions utérines (si la patiente n'était pas entrée en travail) ou renforcement des contractions (si elle était déjà en travail).

L'amniotomie consiste à rompre artificiellement les membranes. Il faut prendre des précautions pour éviter un prolapsus du cordon. Lorsqu'elle est utilisée seule, l'amniotomie donne des résultats imprévisibles quant à l'intervalle entre la rupture et l'accouchement. Plusieurs cliniciens l'associent d'emblée à une autre méthode de déclenchement (ocytocine ou prostaglandines). L'utilisation de forceps et le recours à la césarienne sont moins fréquents qu'avec l'amniotomie seule.

**TABLEAU XII**  
**SURVEILLANCE ACTIVE LORS D'UNE GROSSESSE PROLONGÉE**

SEMAINES DE GESTATION	ÉVALUATION
▪ 41 SEMAINES	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Une visite par semaine avec le médecin</b> : pour vérifier le col, le poids et la tension artérielle de la mère, la hauteur utérine, le cœur fœtal et les mouvements fœtaux.</li><li>▪ <b>Test de réactivité fœtale</b> : deux fois par semaine, si le résultat du test est normal, le médecin revoit la patiente dans une semaine; si le résultat est anormal, le médecin doit faire passer un test de tolérance de contractions utérines (TTCU) et doit induire le travail.</li><li>▪ <b>Échographie : deux fois par semaine</b> pour vérifier l'index de liquide amniotique et estimer le poids fœtal; si l'index de liquide amniotique est inférieur à 5 cm, le médecin devra penser à induire le travail. Profil biophysique : si l'index de liquide est inférieur à 8, le médecin devra considérer l'induction du travail.</li></ul>
▪ 42 SEMAINES	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Une visite par semaine avec le médecin</b> : pour vérifier le poids et la tension artérielle de la mère, la hauteur utérine, le cœur fœtal et les mouvements fœtaux; si le col est non favorable, il faut le préparer (« ripening ») puis induire le travail.</li><li>▪ <b>Test de réactivité fœtale</b> : deux fois par semaine.</li><li>▪ <b>Échographie</b> : deux fois par semaine.</li></ul>
▪ 43 SEMAINES	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Il faut procéder à la césarienne si l'induction ne provoque pas le travail.</li></ul>

**TABLEAU XIII**  
**MÉTHODE D'UTILISATION DE LA SONDE FOLEY**

<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Examen du col au spéculum.</li><li>▪ Nettoyage du col (Hibidil<sup>®</sup>).</li><li>▪ Sonde Foley n° 18 avec ballonnet 30 cc ou n° 26 avec ballonnet 50 cc.</li><li>▪ Sonde introduite dans le col, puis le ballonnet est gonflé par de l'eau stérile.</li><li>▪ Sonde fixée à la cuisse pour maintenir une légère traction.</li><li>▪ Monitoring continu du cœur fœtal pendant 45 minutes.</li><li>▪ Retrait de la sonde le matin suivant (en moyenne 20 heures entre la pose et l'induction).</li></ul>
--

**TABLEAU XIV**  
**STIMULANTS UTÉRINS ET DILATATEURS CERVICAUX**

MÉDICAMENT OU DISPOSITIF	INDICATION	DOSAGE	EFFETS SECONDAIRES	CONTRE-INDICATIONS	COMMENTAIRES
<ul style="list-style-type: none"> <li>OCYTOCINE (PITOCIN) (SYNTOCINON)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Induction ou stimulation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0,5 à 1 milli U par min</li> <li>augmenter de 1 à 2 milli U par min. toutes les 20 à 30 min.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hypotension, nausées, vomissements, hyperstimulation, rétention hydrosodée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avec autres stimulants utérins, accouchement vaginal non désiré</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajout de 10 µ pour 1 L.I.V. maximum 40 U si restriction liquidienne.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>DINOPROSTONE (PROSTIN<sup>R</sup> E2)</li> <li>(PRÉPIDIL<sup>R</sup>)</li> <li>(PROSTIN<sup>R</sup>)</li> <li>(CERVIDIL<sup>R</sup>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Induction</li> <li>Maturation cervicale</li> <li>Induction</li> <li>Maturation</li> <li>Induction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 ou 2 mg intra vaginal durant 4 à 8 heures</li> <li>0,5 mg intra cervical maximum 3 durant 6 à 12 heures</li> <li>0,5 mg par po. durant 1 à 2 heures</li> <li>10 mg : 0,3 mg/h maximum 12 heures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diarrhée, crampes, nausées, fièvre, lombalgie</li> <li>Nausées, vomissements, lombalgie</li> <li>Lombalgie</li> <li>Hyper stimulation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PID<sup>3</sup> aigue, hypertension artérielle, asthme<sup>4</sup>, autres stimulants utérins</li> <li>Autre stimulant : rupture des membranes (+/-)</li> <li>Asthme, autres stimulants</li> <li>Autres stimulants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoring 30 minutes, attendre 4 à 6 heures pour ocytocine</li> <li>Idem</li> <li>Utile avec membranes rompues, ocytocine : 1 heure plus tard</li> <li>Ocytocine possible 30 minutes après retrait</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>MISOPROSTOL (CYTOTEC<sup>R</sup>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Induction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De 50 à 100 mcg durant 4 heures vaginal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diarrhée, crampes, lombalgie</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>DILATATEURS MÉCANIQUES (DILATERIA<sup>R</sup>) (DILAPAN<sup>R</sup>)</li> <li>SONDE FOLEY</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dilatation cervicale</li> <li>Préinduction</li> <li>Maturation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De 1 à 4 tiges intra-cervicales</li> <li>n°18 ballon 30 cc</li> <li>n° 26 ballon 50 cc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réaction vasovagale</li> <li>Douleur, infection</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PID aiguë ou autres infections</li> <li>PID</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plusieurs grandeurs</li> <li>Peu utilisés</li> <li>Efficace, peu coûteux</li> </ul>

La monographie de chaque médicament, et dispositif, les protocoles d'administration et de suivi donnent plus de précisions

<sup>3</sup> PID : Pelvic inflammatory disease

<sup>4</sup> Asthme : cette contre-indication est relative

## 18. VENTOUSE ET FORCEPS

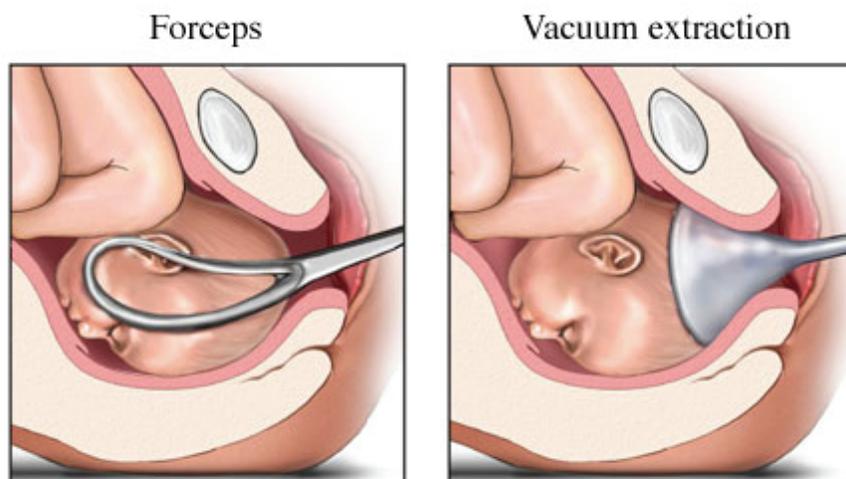
### DESCRIPTION

#### FORCEPS

Il s'agit d'un instrument en forme de cuillère qui est inséré dans le vagin et appliqué de part et d'autre de la tête du bébé. L'accoucheur tourne les poignées ou les tire pour permettre la rotation et la descente du bébé. Cet instrument est utilisé seulement lorsque le bébé est en station basse.

#### VENTOUSE OBSTÉTRICALE

Un instrument en forme de ventouse est placé sur la tête du bébé. Un tube de caoutchouc relie la ventouse à une pompe à vide afin de créer une aspiration de la tête. Pendant les contractions, l'accoucheur tire sur la poignée de la ventouse pour faciliter la descente du bébé.



**TABLEAU XV**  
**INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS ET PRÉALABLES**  
POUR L'UTILISATION D'UN FORCEPS ET DE LA VENTOUSE

INDICATIONS
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Arrêt de la descente du fœtus;</li><li>▪ détresse fœtale, déterminée par le monitoring et le pH;</li><li>▪ position fœtale jugée mauvaise;</li><li>▪ fatigue maternelle;</li><li>▪ maladies maternelles cardiaques ou autres.</li></ul>
CONTRE-INDICATIONS
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Inexpérience de l'utilisateur;</li><li>▪ disproportion fœto-pelvienne;</li><li>▪ col non dilaté complètement;</li><li>▪ station haute.</li></ul>
PRÉALABLES
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bassin adéquat;</li><li>▪ vessie vide;</li><li>▪ analgésie appropriée;</li><li>▪ présentation et position fœtale connues;</li><li>▪ tête engagée;</li><li>▪ occiput ou menton antérieur;</li><li>▪ membranes rompues.</li></ul>

**QUELQUES PRÉCISIONS SUR LES INDICATIONS DE LA VENTOUSE**

Dans les cas où le médecin n'est pas certain de la position fœtale, à cause du moulage ou pour d'autres raisons; l'utilisation de forceps n'est pas recommandée. Par contre, la ventouse, n'occupant pas d'espace dans le bassin, pourrait être utilisée. En fait, la traction avec la ventouse permet la flexion, la rotation et la descente de la tête du bébé. Par contre, une traction excessive (plus de 25 lb) sera éliminée, car la ventouse se détachera de la tête fœtale.

## QUELQUES PRÉCISIONS SUR LES CONTRE-INDICATIONS DE LA VENTOUSE

- Bébé prématuré de moins de 37 semaines;
- présentation siège, visage, front ou transverse;
- dilatation cervicale incomplète;
- disproportion fœto-pelvienne;
- tête non engagée.

**Prudence avec une rotation plus grande que 45 degrés**

## AVANTAGES ET DÉSAVANTAGES DE LA VENTOUSE

Selon l'expérience de l'utilisateur, la ventouse est aussi efficace et sécuritaire que le forceps.

La ventouse en plastique souple réduit considérablement les abrasions, les lacérations de la tête fœtale, de même que les céphalématomes, les fractures du crâne et les hémorragies intracrâniennes qui pouvaient survenir avec les premières ventouses métalliques.

Les ventouses métalliques sont plus aptes à faire des rotations et offrent une meilleure force de traction. Par contre, comme elles amènent une augmentation des risques de trauma fœtal, les accoucheurs qui ont peu d'expérience avec les ventouses ou qui n'ont pas reçu la formation adéquate pour bien les utiliser ne devraient pas s'en servir.

Les ventouses en plastique souple sont plus sécuritaires et plus faciles d'utilisation. Elles sont excellentes dans les positions occipito-antérieure (OA) et occipito-postérieure (OP) pour la station basse et la sortie.

## AUTRES SOLUTIONS (LORSQU'IL N'Y A PAS D'URGENCE ET QU'IL Y A PEU D'INDICATIONS POUR L'UTILISATION DE FORCEPS OU DE VENTOUSES)

- Syntocinon pour augmenter l'intensité des contractions;
- changement de position de la mère : position assise, latérale gauche et autres;
- évaluation de l'analgésie, du soutien psychologique et physique;
- réévaluation du bassin et de la relation céphalopelvienne.

**TABLEAU XVI**  
**SELON L'EXPÉRIENCE DE L'UTILISATEUR**  
(VENTOUSE ET FORCEPS)

AVANTAGES
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Facile d'application : la ventouse indique souvent l'axe de traction et permet la rotation spontanée de la tête;</li><li>▪ moins de force appliquée sur la tête fœtale;</li><li>▪ moins d'analgésie nécessaire;</li><li>▪ moins de lacérations vaginales ou cervicales.</li></ul>
DÉSAVANTAGES
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Traction maintenue seulement durant les contractions;</li><li>▪ traction doit être adéquate, sinon la ventouse se désengage de la tête (peut être un avantage);</li><li>▪ accouchement peut prendre plus de temps qu'avec un forceps (plus de risque de détresse fœtale);</li><li>▪ légère augmentation de l'incidence des céphalématomes;</li><li>▪ difficulté à obtenir une bonne traction avec un moulage important.</li></ul>
INDICATIONS POUR L'ARRÊT DE PROCÉDURE (VENTOUSE)
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pas d'accouchement après 10 minutes de traction maximale;</li><li>▪ pas d'accouchement après 30 minutes du début de l'utilisation;</li><li>▪ désengagement de la ventouse plus de 3 fois;</li><li>▪ pas de descente de la tête après 3 tractions consécutives;</li><li>▪ trauma à la tête fœtale avec la ventouse.</li></ul>

**TABLEAU XVII**  
**COMPARAISON ENTRE FORCEPS ET VENTOUSE**

CONDITIONS	FORCEPS	VENTOUSE
▪ ARRÊT EN STATION DE 2 CM ET PLUS ET AUCUNE DÉTRESSE FŒTALE	▪ Choix personnel	▪ Choix personnel
▪ STATION SUPÉRIEURE À 2 CM AVEC DÉTRESSE FŒTALE	▪ Meilleur choix	▪ Demande plus de temps
▪ COL DILATÉ À 7 CM OU PLUS	▪ Contre-indiqué	▪ Possible chez 2 <sup>e</sup> jumeau
▪ FORCE DE TRACTION POSSIBLE	▪ Jusqu'à 25 kg	▪ Moins de 15 kg
▪ ANALGÉSIE REQUISE	▪ Bloc honteux	▪ Locale
▪ SÉCURITAIRE	▪ Oui	▪ Très sécuritaire
▪ TRAUMA MATERNEL	▪ Lacérations, contusions	▪ Moins fréquent
▪ TRAUMA FŒTAL	▪ Marques au visage, paralysie faciale, hémorragie sous arachnoïdienne ou intraventriculaire	▪ Bosse sérosanguine, céphalématome, nécrose du cuir chevelu, hémorragie intracrânienne
▪ PRÉMATURÉ	▪ Oui	▪ Non
▪ PRÉSENTATION PAR LE VISAGE	▪ Oui	▪ Non
▪ PRÉSENTATION PAR LE SIÈGE	▪ Non	▪ Non
▪ TÊTE COINCÉE À CAUSE DE LA PRÉSENTATION PAR LE SIÈGE	▪ Oui (Piper)	▪ Non
▪ ROTATION	▪ Oui (Kelland's)	▪ Oui (moins efficace)
▪ POSITION OCCIPUT POSTÉRIEURE	▪ Oui	▪ Oui

Inspiré de : *Forceps et ventouses démythifiés*, Bruno Lemieux, médecin et René Lord, médecin, F.M.O.Q. La périnatalité 14 -15 mars 1996, p. 248 à 262.

## 19. ÉPISIOTOMIE

L'intérêt grandissant des médecins à parfaire leurs soins, le désir des parturientes d'accoucher le plus simplement possible ainsi que les nouveautés dans le monde de la recherche nous amènent à réfléchir sur les soins à apporter au périnée.

L'épisiotomie a-t-elle toujours sa place? Quels sont les éléments de prévention contre les traumatismes et à quel moment intervenir? Puis, en post-partum, que pouvons-nous suggérer pour faciliter la guérison?

### ABANDON DE L'ÉPISIOTOMIE SYSTÉMATIQUE

L'épisiotomie, technique médicale fort répandue, était utilisée à l'origine pour prévenir les traumatismes de la tête fœtale pendant le 2<sup>e</sup> stade. On croyait à l'époque que cette technique prévenait également les déchirures importantes du périnée : l'atteinte du sphincter et de la muqueuse anale. Elle devait aussi permettre d'éviter à long terme le relâchement du plancher pelvien et l'incontinence d'effort.

Les recherches récentes ont donné une tout autre version. En effet, l'étude de Klein et autres a démontré les faits suivants :

- l'utilisation libérale ou systématique de l'épisiotomie ne parvient pas à empêcher le traumatisme périnéal ou le relâchement du plancher pelvien;
- un traumatisme périnéal grave est associé à l'épisiotomie médiane elle-même;
- la restriction de l'épisiotomie dans le cas des femmes multipares s'est traduite par un plus grand nombre de périnées intacts et moins de sutures périnéales.

Un périnée intact est également associé à moins de douleurs en post-partum et à une reprise plus rapide des activités sexuelles. Les auteurs de cette étude n'ont pas observé de différence dans la morbidité fœtale entre le groupe pratiquant l'épisiotomie libérale et le groupe restrictif. Ainsi, l'utilisation systématique de l'épisiotomie n'a plus sa place : elle cède le pas à une attitude moins invasive où le jugement clinique prévaut.

### INDICATIONS MÉDICALES DE L'ÉPISIOTOMIE

Les indications touchent principalement le fœtus et, plus rarement, la mère. Devant des indices de souffrance fœtale persistante, il convient d'intervenir promptement (voir le tableau XVIII). L'épisiotomie peut diminuer le 2<sup>e</sup> stade, surtout chez la primipare. Les avantages d'une épisiotomie sont surtout présents chez le grand prématuré (moins de 32 semaines) et dans les cas de vices de présentation, dont le siège.

## **TABLEAU XVIII INDICATIONS MÉDICALES DE L'ÉPISIOTOMIE**

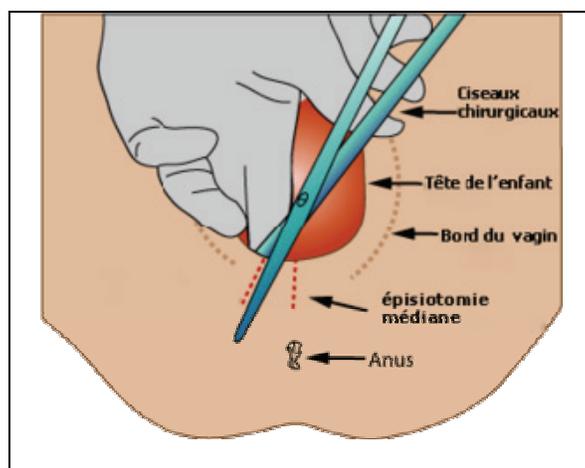
- Souffrance fœtale :
  - bradycardie persistante;
  - décélérations tardives;
  - tachycardie par épuisement des réserves fœtales.
- liquide méconial particulaire;
- dystocie des épaules;
- grande prématurité (moins de 32 semaines);
- siège et autres vices de présentation;
- cicatrices de mutilations sexuelles féminines;
- cicatrices de déchirure périnéale complète, compliquées et mal cicatrisées;
- prévention des déchirures importantes maternelles.

Pour éviter une importante déchirure, on peut parfois procéder à l'épisiotomie. En effet, la présence d'un périnée et d'une vulve œdématiée ne sont pas synonymes de traumatisme grave, à coup sûr. Certains auteurs parlent de restreindre à moins de 30 % les indications médicales de l'épisiotomie. Dans certains milieux, cela équivaldrait à réduire de moitié le taux d'épisiotomie.

### **ÉPISIOTOMIE MÉDIANE MODIFIÉE**

Devant l'indication médicale d'intervenir, l'épisiotomie médiane standard peut être modifiée pour éviter que l'extension ne provoque une déchirure du 3<sup>e</sup> ou du 4<sup>e</sup> degré.

Un gynécologue de l'Université du Texas suggère une technique qui consiste à modifier l'épisiotomie standard par l'addition de deux incisions transverses d'un demi-pouce en direction opposée sur le fascia périnéal, juste au-dessus du sphincter anal. Cette technique permet alors d'agrandir le diamètre du détroit vaginal de plus de 83 % et de limiter grandement le risque d'extension de l'épisiotomie. Selon cet auteur, l'épisiotomie modifiée ne devient pas plus difficile à réparer. En revanche, on peut se demander si cette technique, qui s'apparente un peu à l'épisiotomie médio-latérale, n'amène pas plus d'inconfort pour la patiente en post-partum.



Types d'épisiotomie

## ÉLÉMENTS DE PRÉVENTION PENDANT LA GROSSESSE

Même si l'on délaisse l'épisiotomie systématique, grande responsable des traumatismes iatrogéniques du périnée, il n'en demeure pas moins que la majorité des primipares aura malgré tout une déchirure périnéale.

Comment pouvons-nous prévenir ces déchirures? Pouvons-nous intervenir durant la grossesse?

### MASSAGE ANTÉNATAL DU PÉRINÉE

Plusieurs auteurs ont émis une hypothèse selon laquelle le massage du périnée avant l'accouchement pourrait contribuer à réduire les traumatismes. Tout récemment, à la suite de leur étude répartie au hasard, Labrecque et autres ont montré que, chez les primipares, le massage périnéal augmente les chances d'accoucher en conservant le périnée intact. Ils n'ont toutefois pas observé de résultats importants pour le groupe des multipares. La logique du massage réside non seulement dans un simple allongement des fibres musculaires, mais aussi dans le processus de croissance musculaire. Le muscle ainsi travaillé garderait sa même structure et ses mêmes propriétés, avec l'avantage d'être plus élastique.

La technique est relativement simple et facile à enseigner (voir le tableau I). Cependant, la femme doit être très motivée pour atteindre le résultat escompté, car on recommande un massage de 5 à 10 minutes par jour, à partir de la 34<sup>e</sup> semaine de grossesse. Cette technique peut sembler exigeante pour certaines femmes, mais pour d'autres, elle répond à leur besoin de se prendre en charge et de participer à l'accouchement.

Cette optique s'inscrit d'ailleurs dans le courant actuel de la « démedicalisation » de la naissance.

## AUTRES RECOMMANDATIONS ANTÉNATALES

Les exercices de Kegel, recommandés pour diminuer le risque d'affaissement du plancher pelvien peuvent, selon la même logique, réduire les traumatismes périnéaux. L'activité physique régulière et la bonne alimentation, qui assurent l'une un meilleur tonus musculaire et l'autre des tissus plus sains, contribuent à la prévention des traumatismes.

## ÉLÉMENTS DE PRÉVENTION PENDANT L'ACCOUCHEMENT

La protection du périnée pendant l'accouchement est une préoccupation de longue date, un savoir-faire provenant surtout de la tradition orale des médecins et des sages-femmes. Les éléments qui suivent sont puisés en grande partie dans ce bagage clinique et peuvent donc facilement être sujets à la controverse. Malheureusement, peu d'études cliniques ont été publiées sur ce sujet et, du coup, il y a peu de réponses à la critique.

Certaines opinions personnelles, fruit d'une expérience clinique, sont ajoutées à l'information de base, dans le but de susciter la réflexion.

## MASSAGE DU PÉRINÉE PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Si l'on tente par le massage anténatal de prévenir les risques de déchirure, on peut également espérer que ce massage sera bénéfique pendant l'accouchement.

Toutefois, l'expérience clinique de certains met en doute ce procédé, imputant au massage fait pendant l'accouchement un risque accru d'œdème et, en conséquence, de déchirure. De plus, les parturientes ressentent de l'inconfort, voire de la douleur, lorsque le massage est fait pendant l'accouchement. Ainsi, en se guidant sur le degré d'élasticité de la région périnéale et sur l'inconfort ressenti au massage, nous pouvons suggérer d'étirer progressivement le périnée et d'observer la réaction de la mère à cette manœuvre.

## LUBRIFICATION PÉRINÉALE ET COMPRESSES CHAUDES

L'ajout d'un lubrifiant quelconque (savon, vaseline, huile ou eau chaude) sur le périnée ou la zone labiale et périclitoridienne pourrait réduire les risques de déchirure du premier et du second degré. Certains auteurs concluent plutôt à une association entre l'utilisation d'un lubrifiant ou de compresses chaudes et le risque de déchirure. Toutefois, ces mêmes auteurs concluent que de tels résultats, basés sur une étude de cohorte, ne sont pas exhaustifs.

Il est fort probable qu'un lubrifiant seul ne soit pas en cause; le risque de déchirure réside sûrement dans l'action mécanique de l'étirement ou du massage du périnée, souvent associé à l'utilisation d'un lubrifiant.

Il en est de même pour les compresses chaudes dont le but est d'augmenter la vascularisation des tissus et de diminuer l'inconfort pendant la distension du périnée au 2<sup>e</sup> stade.

Ainsi, pour diminuer les risques d'œdème, certains suggèrent d'éviter les examens vaginaux inutiles et l'étirement du périnée pour entrevoir la tête fœtale au 2<sup>e</sup> stade. Là encore, l'attitude qui aide le mieux est celle d'individualiser et de réévaluer les interventions.

## CONTRÔLE DU DEUXIÈME STADE

Pour éviter les déchirures associées à une expulsion rapide, il est de mise d'exercer une pression délicate sur le vertex pour réfréner la vitesse de descente du bébé et pour garder son cou en flexion.

Selon la même logique, il est recommandé d'éviter les violentes poussées expulsives au profit de poussées courtes et fréquentes, en respectant le besoin naturel de chaque parturiente.

La controverse existe aussi au sujet de la manœuvre de Ritgen. Celle-ci consiste à faciliter l'expulsion de la tête par une pression des doigts sur le visage ou le menton du bébé et ce, à travers la région anale de la mère. Pour certains, cette technique réduirait les risques de déchirure, en contrôlant la sortie de la tête avec l'autre main libre. Pour d'autres, c'est plutôt l'expectative qui réduit les traumatismes, permettant l'apparition progressive de la tête avec distension lente et naturelle du périnée; cette seconde attitude semble plus efficace pour prévenir des déchirures.

## POSITION DE LA MÈRE AU DEUXIÈME STADE

Si le 2<sup>e</sup> stade commence plus vite que prévu, il est possible de réduire la pression périnéale par une position en décubitus latéral, gauche ou droite, ce qui, habituellement, ralentit la naissance et permet aux tissus de s'adapter à la distension.

D'autres positions à ce stade peuvent, à l'inverse, contribuer à augmenter le risque de traumatisme. Ainsi, les positions accroupies et debout accélèrent la naissance et sont donc plus susceptibles de causer des déchirures. Si la position assise augmente les risques d'œdème du périnée et la pression hémorroïdale, la position gènepectorale, au contraire, diminue ces risques. Enfin, l'accouchement en décubitus dorsal est associé à un plus grand risque de déchirure. Toutefois, les changements fréquents de positions de la parturiente permettent une descente progressive du bébé, ce qui pourrait contribuer à épargner le périnée.

## DÉGAGEMENT DES ÉPAULES

Après un excellent contrôle de la sortie de la tête, plusieurs nous diront que les déchirures se produisent ou s'aggravent avec la sortie des épaules. Dans l'éventualité d'un accouchement sans complication, en l'absence de détresse fœtale connue ou soupçonnée de circulaire ou de prolapsus du cordon et de dystocie des épaules, certains suggèrent d'attendre le dégagement progressif et spontané des épaules. D'autres recommandent de placer l'épaule antérieure du bébé en oblique et de relever l'épaule postérieure, en contrôlant sa sortie au niveau du périnée.

## RÔLE DE L'ANESTHÉSIE PÉRIDURALE

Dans l'ensemble de ces éléments préventifs, quel est le rôle de l'anesthésie péridurale? Encore une fois, il y a controverse : certaines études ne mettent pas en évidence l'apport négatif de la péridurale alors que d'autres associent fréquemment l'anesthésie péridurale avec l'épisiotomie ou les manœuvres obstétricales qui peuvent générer des traumatismes chez la mère.

## FACTEURS DE RISQUE DE DÉCHIRURE

Certaines parturientes sont plus vulnérables à une déchirure périnéale. Les facteurs de risque sont présentés au tableau ci-dessous.

**TABLEAU XIX**  
**FACTEURS DE RISQUE DE DÉCHIRURE PÉRINÉALE**

- Âge de la mère (âgée de plus de 35 ans)
- Poids fœtal (supérieur à 4 000 g ou à 4 kg)
- Grossesse prolongée
- 2<sup>e</sup> stade
  - Court (inférieur à 30 minutes)
  - Long (supérieur à 2 heures)
- Présentation du siège.
- Persistance de l'occiput en position postérieure.

## SOINS DU PÉRINÉE EN POST-PARTUM

Après une épisiotomie ou une déchirure spontanée, l'infirmière peut donner de judicieux conseils à la patiente.

Tout d'abord, la tendance actuelle veut que la patiente participe au processus de guérison. Ainsi, en lui décrivant les lésions, en l'incitant à toucher et, au besoin, à regarder avec un miroir les points de sutures, l'infirmière peut grandement contribuer à réduire l'anxiété chez la mère associée aux traumatismes périnéaux. En effet, la réalité est souvent moins angoissante que l'imaginaire. Il sera également plus facile de calmer la douleur chez une mère moins anxieuse; l'analgésie par des moyens physiques suffit souvent, ce qui réduit de beaucoup l'emploi des médicaments.

## GLACE OU CHALEUR?

En post-partum précoce, les opinions divergent concernant l'emploi de la glace par rapport à la chaleur. De par leurs expériences cliniques, certains préfèrent la chaleur plutôt que le froid; l'inverse étant aussi vrai. Là encore, peu d'auteurs se sont intéressés à cette divergence d'opinion. Cependant, la compréhension des mécanismes physiologiques de la guérison peut guider. La glace agit comme agent anti-inflammatoire pendant 24 à 48 heures. La chaleur fait suite et facilite la vascularisation des tissus. L'alternance du chaud et du froid peut aussi être un choix intéressant. Selon l'évolution et

la satisfaction de la femme, l'infirmière peut préférer une méthode à une autre. Quel que soit le moyen choisi, il faut respecter certains principes :

- ne pas dépasser une dizaine de minutes;
- éviter d'appliquer la glace directement sur la peau;
- se méfier des brûlures causées par la chaleur.

## BAIN DE SIÈGE

Le bain de siège est d'abord une mesure d'hygiène périnéale et vulvaire. Un bain à l'eau froide peut contrer l'inflammation. L'action apaisante du bain de siège chaud facilitera la vasodilatation de la région lésée et permettra aussi la guérison des hémorroïdes. Enfin, devant l'œdème ou les abrasions antérieures, les premières mictions dans le bain de siège diminueront la douleur et, par conséquent la rétention urinaire d'inhibition. Aussi, pour diminuer l'inconfort, l'infirmière recommandera d'augmenter l'apport liquidien pour réduire la concentration de l'urine.

Il faut bien sûr éviter d'ajouter de l'huile ou de la mousse au bain de siège, car elles sont souvent la cause de l'irritation et des surinfections fongiques.

La mère devra continuer à prendre un bain de siège à la maison, à raison de deux à trois fois par jour. Idéalement, elle devra en prendre jusqu'à ce que la plaie soit cicatrisée et que l'inconfort ait disparu.

## ANALGÉSIE ORALE OU TOPIQUE?

Lorsque l'analgésie par des méthodes physiques ne suffit plus, l'utilisation des médicaments devient essentielle. Il est préférable d'éviter le plus possible les narcotiques à cause de leurs effets secondaires indésirables. Cependant, devant des déchirures importantes, leur emploi devrait être limité à une très courte période. Dans la majorité des cas, l'acétaminophène, de 500 à 1000 mg toutes les 4 à 6 heures, soulage des douleurs périnéales de façon sécuritaire.

Précisions que les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont utiles pour les tranchées ou les contractions utérines douloureuses en post-partum. L'analgésie topique, ayant un effet de très courte durée, est peu efficace. Certains se dirigent vers l'homéopathie, espérant trouver une plus grande efficacité analgésique.

## EXERCICES

L'expérience en post-partum est différente d'une femme à l'autre. Devant la distension des tissus abdominaux et l'altération plus ou moins grande du périnée et de la vulve, certaines voudront retrouver rapidement leur aspect corporel antérieur à la grossesse. Pour d'autres, cette préoccupation sera moins importante.

En post-partum précoce, le rôle de l'intervenant est de favoriser une mobilisation rapide mais progressive qui aide la femme à mieux reprendre des forces. Elle ne doit cependant pas entreprendre d'exercices abdominaux avant d'avoir récupéré le tonus de son périnée, car elle risquerait le prolapsus d'organes non soutenus par la sangle périnéale affaiblie.

Dès qu'elle se sentira mieux, elle pourra commencer les exercices de Kegel, nécessaires à la rééducation du plancher pelvien.

## CORTICOSTÉROÏDES

En post-partum précoce, le gel d'hydrocortisone ne semble pas très efficace. Cependant, l'expérience clinique de certains les amène à utiliser les corticostéroïdes en injection sur les cicatrices périnéales douloureuses. Le traitement ne sera effectué que quatre à six mois après l'accouchement lorsqu'un malaise important persiste à cause de la cicatrice. L'infiltration se fait à l'aide d'une seringue de tuberculine avec de l'acétonide de triamcinolone (Kenalog<sup>R</sup>) 0,1 ml par site d'injection intradermique. On peut y associer un analgésique injectable de type chlorhydrate de lidocaïne (Xylocaïne<sup>R</sup>). Le traitement peut être répété une seconde fois, si une amélioration clinique est notée.

La réflexion sur les soins à apporter au périnée se poursuit. La prévention des traumatismes s'effectue en période anténatale par l'abandon de l'épisiotomie systématique et par la venue prometteuse du massage périnéal. Pendant l'accouchement, la prévention comporte plusieurs éléments dont un meilleur contrôle de l'expulsion et une plus grande participation de la parturiente. Enfin, en post-partum, la combinaison des soins physiques au périnée réduit souvent l'utilisation des médicaments.

*Tiré de : Le périnée mieux vaut prévenir que guérir,  
Marie-Josée Leclerc, médecin, Le médecin du Québec,  
septembre 1996, p. 65 à 70.*

## 20. PERFUSION INTRAVEINEUSE (SOLUTÉ)

L'installation d'une perfusion intraveineuse est nécessaire dans les cas suivants :

- administration d'une anesthésie sous épidurale;
- déclenchement ou stimulation par ocytocine;
- administration de certains médicaments.

## 21. SITUATION IMPRÉVUE

### CÉSARIENNE

La césarienne est une opération chirurgicale destinée à faire naître le bébé par une incision du ventre et de l'utérus de la mère lorsque la naissance par voie vaginale est impossible.

### INDICATIONS

Avant le début du travail :

- césarienne antérieure pour une disproportion céphalopelvienne;
- placenta prævia;
- décollement prématuré d'un placenta normalement inséré (DPPNI);
- gémellité avec mauvaise présentation;

- présentation par le siège chez une primipare;
- présentation décomplétée mode des fesses;
- bassin étroit ou malformation du bassin.

Pendant le travail :

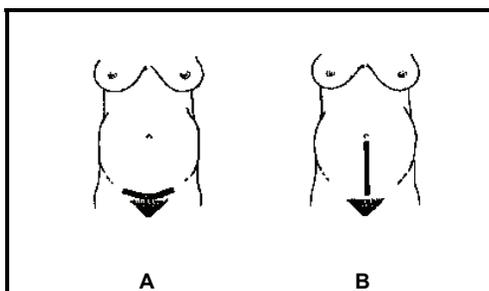
- souffrance fœtale;
- disproportion céphalopelvienne;
- arrêt de progression;
- mauvaise présentation;
- hypertension artérielle;
- procidence du cordon.

## ANESTHÉSIE

Sous péridurale (continue ou rachidienne) par anesthésie générale (plus rare).

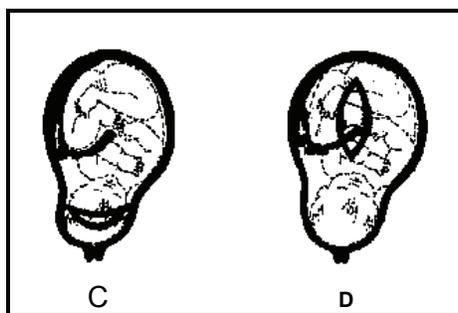
## TYPES D'INCISIONS CUTANÉES

- Incision horizontale (A), aussi appelée incision de Pfannenstiel, incision bikini ou transversale basse.
- Incision verticale (B), aussi appelée incision médiane, faite très rarement.



## TYPES D'INCISIONS UTÉRINES

- Incision transverse (C), aussi appelée incision du segment inférieur ou incision horizontale. Pour la plupart des indications médicales.
  - Incision la plus fréquente, la plus sûre et étant la mieux acceptée;
  - risque de rupture lors de grossesse subséquente : 0,2 %.
- Incision classique (D), aussi appelée incision verticale dans le segment supérieur de l'utérus.
  - Indications médicales : placenta prævia central, bébé très prématuré sans qu'il y ait eu travail, souffrance fœtale extrême avec un accouchement immédiat et présentation par l'épaule, dos vers le bas;
  - risque de rupture lors de grossesse subséquente : 0 à 9 %.



## IMPACT SUR LA VIE FAMILIALE

Les émotions provoquées par la perspective d'une césarienne varient selon le degré de préparation des parents à cet événement. Il est normal que le couple qui pensait que la mère allait accoucher sans problème par voie vaginale soit surpris et déçu de devoir vivre la césarienne. Pour d'autres, la nécessité évidente de la chirurgie peut influencer leur réaction.

L'attitude des parents dépendra de deux facteurs : si la césarienne était ou non prévue et s'ils ont été satisfaits du déroulement de la naissance.

## CÉSARIENNE SURPRISE

Lorsque le travail se termine de façon inattendue par une césarienne, les parents peuvent vivre toute une gamme d'émotions, allant du choc à un profond soulagement. Les parents ayant vécu cette situation peuvent avoir l'impression que les interventions faites pendant le travail n'allaient pas dans le sens d'un accouchement vaginal réussi. Ils se sentent trahis et ne sont pas convaincus de la nécessité de l'opération. Ces parents devront se réconcilier avec la première césarienne avant de penser à concevoir à nouveau. Une façon de les rassurer est de leur offrir une oreille attentive et de leur suggérer de revoir avec eux les notes consignées à leur dossier, pour les aider du mieux possible à comprendre pourquoi la mère a dû subir une césarienne.

Pour d'autres, la césarienne est un soulagement, la conclusion d'un travail long et pénible. Ces parents sont reconnaissants d'avoir pu profiter d'une procédure sécuritaire ayant permis à leur enfant de naître au moment prévu. Prévoir cet instant leur permet de reprendre un certain contrôle sur un accouchement qui, par ailleurs, leur a échappé.

## SE CENTRER SUR LES ASPECTS POSITIFS

Que les parents soient heureux, malheureux ou ambivalents par rapport à une première césarienne, les aider à participer activement à la naissance, en souligner les aspects positifs peuvent accélérer la convalescence sur les plans physique et émotif.

Vivre la naissance d'un enfant par césarienne engendre des ramifications importantes sur la vie de famille. La douleur et la séparation possible d'avec le bébé peuvent influencer le sentiment d'attachement à l'enfant.

Souvent, la césarienne est vécue avec un sentiment d'échec, de culpabilité, d'incapacité. L'image de soi est diminuée. Le sentiment d'échec est présent même si la mère et l'enfant sont en santé (sentiment et ambivalence).

## THÈMES À ABORDER LORS DES RENCONTRES

- Sentiments de compétence et incompetence;
- commentaires positifs;
- besoin de soutien de la famille;
- droits et responsabilités;
- allaitement le plus tôt possible en salle de recouvrement;
- présence essentielle d'un accompagnant pour les soins à prodiguer au nouveau-né;
- cohabitation;
- durée de séjour prolongée de 48 à 72 heures.

## 22. DEVENIR « MAÎTRE » DU DÉROULEMENT DE LA NAISSANCE

Au-delà de toute l'information, certains aspects reliés au travail et à l'accouchement tels la perception de la douleur, les facteurs qui l'influencent et la façon de la vivre auront un impact sur le déroulement.

### DOULEUR

La douleur lors du travail est concrète et très réelle. Dans d'autres circonstances, une telle intensité de douleur serait un signal d'alarme envoyé par le corps. Toutefois, notre société nous amène à fuir la douleur, à la nier. Dans le cas de la naissance d'un enfant, la douleur est physiologique et tout à fait naturelle. De plus, elle est porteuse d'une bonne nouvelle : l'enfant se prépare à naître. Elle est donc temporaire et tout à fait positive.

Physiologiquement, cette douleur vient en grande partie du col de l'utérus qui sous la force des contractions, s'ouvre peu à peu. Elle vient aussi de la pression que le contenu de l'utérus exerce sur le col. Le corps entier s'ouvre pour laisser passer ce petit être et tous les muscles doivent s'étirer sur son passage.

Il n'existe pas de solution naturelle pour éviter cette douleur. Toutefois, elle est ressentie différemment d'une femme à l'autre et personne ne peut prédire l'intensité de douleur qu'une femme ressentira lors de la naissance de son enfant.

Beaucoup de femmes s'entendent pour dire que ce qui fait mal, c'est la résistance, la force que l'on oppose au travail que fait notre corps. La contraction tire sur l'utérus pour qu'il s'ouvre, pendant que la tension, s'il y en a, tient le col fermé. Il existe donc différents facteurs qui, sans éliminer la douleur, permettent de modifier sa perception.

Voici une liste qui identifie différents facteurs.

### FACTEURS QUI AUGMENTENT LA PERCEPTION DE LA DOULEUR

- L'anxiété, la peur;
- le stress;
- la tension;
- la fatigue;
- le froid;
- la faim;
- la solitude;
- la lumière;
- le va-et-vient;
- le bouleversement émotif;
- l'ignorance de ce qui se passe;
- un environnement étranger, froid ou hostile;
- l'appréhension des contractions.

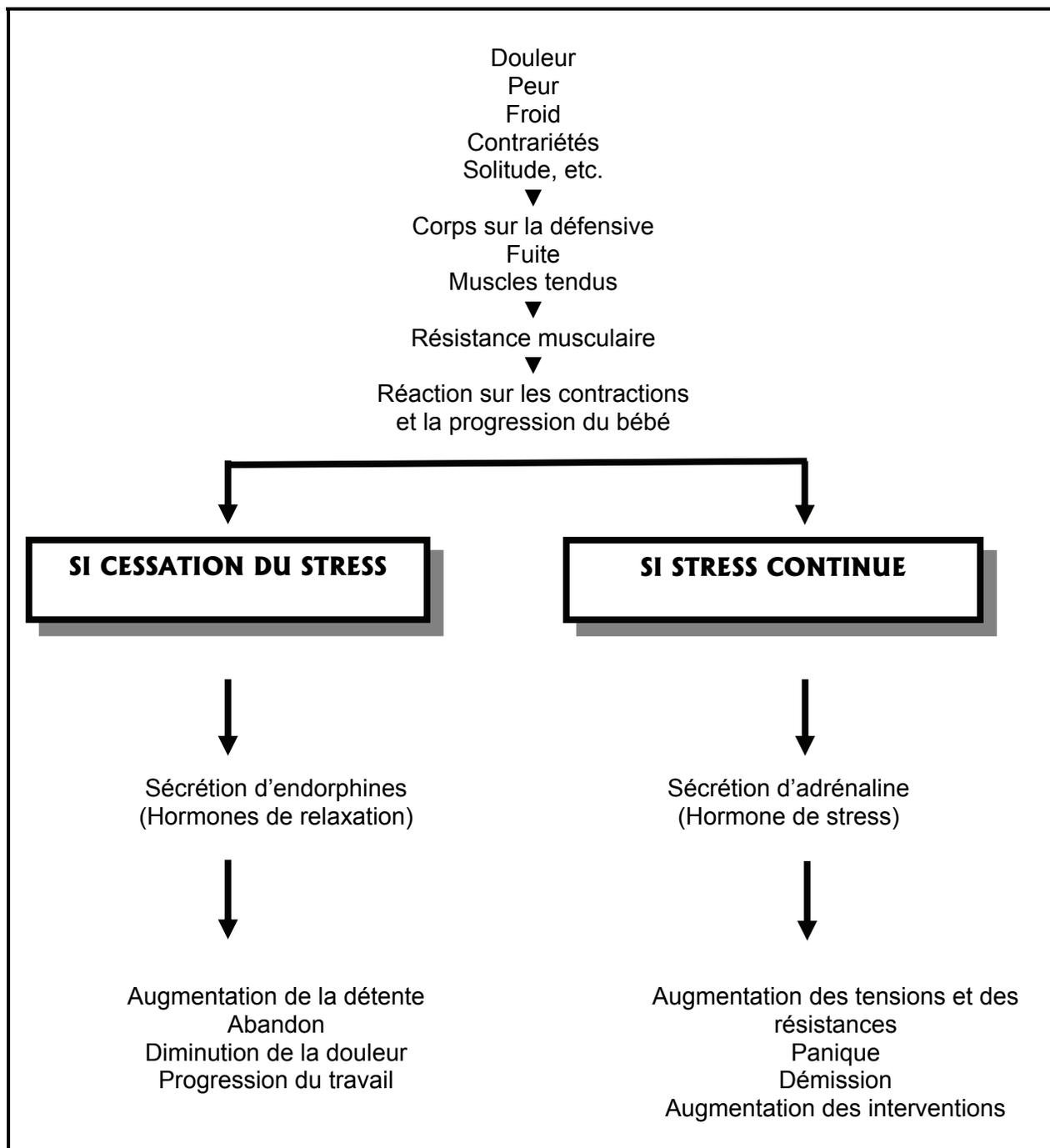
### FACTEURS QUI DIMINUENT LA PERCEPTION DE LA DOULEUR

- Garder le contact avec soi, avec ses vrais besoins;
- trouver un sens à la douleur pour mieux l'accepter;
- accueillir la douleur plutôt que d'y résister, lâcher-prise;
- visualiser l'ouverture du col;
- suivre la vague;
- trouver sa respiration;
- prendre un bain, garder sa chaleur;
- rester en contact avec bébé;
- favoriser le toucher, les massages;
- conserver l'intimité;
- favoriser le silence et la paix;
- entretenir la communication (dire les vraies choses);
- relaxer;
- garder la confiance;
- faire de l'humour;
- informer;
- garder le contact continu avec des personnes familières et amicales;
- être active;
- être reposée et bien s'alimenter;
- être dans un environnement familial et confortable;
- faire son nid (jaquette, oreillers...);
- rester dans l'instant présent et prendre les contractions une à une.

Source : *La douleur*, le collectif Les Accompagnantes.

## VÉCU PSYCHOLOGIQUE PENDANT LE TRAVAIL

**TABLEAU XX**  
**PEUR ET DOULEUR**



L'hypophyse sécrète les endorphines. Les endorphines sont des analgésiques qui possèdent des propriétés analogues à celles de la morphine, c'est-à-dire la suppression de la douleur. Elles donnent des sentiments de bien-être, de détente, de paix, de lâcher-

prise. Les endorphines sont aussi appelées les hormones de l'amour. Elles favorisent l'ouverture et créent un état altéré de conscience. Les facteurs qui augmentent la sécrétion d'endorphines sont l'émission de sons lors des contractions, la pénombre, l'usage d'un minimum de parole, le chuchotement, un endroit tranquille et sans spectateur et le contact avec l'eau.

Au contraire, l'adrénaline crée des sentiments de panique, de fuite et de refus. Les contractions sont alors plus douloureuses et moins efficaces. La présence accrue de l'adrénaline dans le sang de la femme en travail inhibe la sécrétion de l'ocytocine. Elle est l'hormone responsable des contractions utérines. Le stress provoque une montée du taux d'adrénaline dans le sang et cette dernière inhibe la production d'ocytocine. On peut conclure que le fait que la femme soit stressée qu'elle combatte les contractions, qu'elle ait peur, etc. diminue l'efficacité du travail et risque de le prolonger.

Source : *Peur et douleur*, le collectif Les Accompagnantes.

## ATTITUDES POUR VIVRE PLEINEMENT L'EXPÉRIENCE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

Voici quelques attitudes à adopter pour bien vivre la naissance :

- estime de soi, autocritique et confiance;
- attitude gagnante, garder la porte ouverte et accoucher sans condition;
- prise en charge, responsabilités;
- ouverture d'esprit, capacité de s'adapter aux imprévus, s'accepter comme on est, accepter ce qui se passe en restant bien;
- expérience d'accouchement ouvre à de nouvelles valeurs.

## 23. COMMENT FAIRE TOURNER UN BÉBÉ QUI SE PRÉSENTE EN SIÈGE?

Habituellement, le bébé se positionne la tête en bas entre la 28<sup>e</sup> et la 32<sup>e</sup> semaine de grossesse. Le poids de la tête est proportionnellement plus lourd que le reste de son corps; ce qui le fait basculer vers le bas. Il y restera probablement jusqu'à l'accouchement et ses quelques prouesses seront réduites au simple pivotement jusqu'à ce qu'il s'engage davantage dans le bassin.

Cependant, il arrive que certains bébés refusent de se tourner la tête vers le bas et présentent leurs fesses en premier. Si après palpation, le médecin constate que le bébé se présente par le siège, la mère peut adopter des postures pour aider le bébé à se retourner. Elle peut pratiquer les postures décrites ci-dessous dès la 32<sup>e</sup> semaine et poursuivre jusqu'à la fin de la grossesse ou jusqu'à ce que le bébé se soit retourné.

- À quatre pattes, balancer le bassin d'avant vers l'arrière ainsi que de chaque côté, pendant dix minutes, trois fois par jour;
- se coucher sur un matelas ferme, fesses sur quelques coussins de façon à avoir le bassin surélevé de 15 à 20 cm plus haut que la tête. Maintenir la posture dix minutes, trois fois par jour, l'estomac vide. Variation : mettre les jambes sur un divan, soulever les fesses avec plusieurs coussins le plus haut possible;

- à quatre pattes, tête au sol sur un coussin, fesses en l'air, position que les bébés affectionnent pour dormir. Mettre des coussins sous le ventre. Maintenir la posture dix minutes, trois fois par jour, l'estomac vide.

La femme peut pratiquer ces postures en alternance dans la même journée, pour un maximum d'efficacité. Elles auront pour effet de faire remonter le bébé dans le bassin, plus haut dans la cavité abdominale. Ainsi, en travaillant le bassin dans le sens contraire à la gravité, on permet au bébé de se tourner en position céphalique.

Pour rendre le tout agréable, la femme doit s'installer confortablement et mettre une musique relaxante et inspirante. C'est un moment privilégié pour elle et son bébé.

D'ailleurs, les exercices seront d'autant plus efficaces si elle est bien détendue, si elle respire bien, lentement et profondément. Elle doit rester en contact avec son bébé.

**Pendant l'exercice, la mère doit visualiser son bébé en train de se positionner.  
Il est important de le voir se placer et surtout d'y croire !**

Lorsque le bébé se retourne enfin, la mère le sentira tourner, elle doit se lever et marcher. Une bonne marche de 20 minutes d'un pas rapide aidera le bébé à s'engager dans le bassin et à maintenir sa position pour de bon.

## **24. COMMENT OFFRIR UN SOUTIEN À LA FEMME PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT?**

### **QUI SERA PRÉSENT?**

La plupart des femmes choisissent une personne avec qui elles se sentent à l'aise pour les accompagner lors du travail. Cette personne peut être le conjoint, un ami proche ou un parent. Certaines femmes choisissent également d'avoir un accompagnant supplémentaire qui peut fournir une aide additionnelle pour le massage ou engage un professionnel. Cette personne peut fournir de l'information et du soutien pendant le travail.

### **POURQUOI LE SOUTIEN EST-IL SI IMPORTANT?**

En plus de rassurer et d'augmenter le confort chez la femme en travail, les études démontrent que la présence d'un accompagnant pendant le travail permet de maintenir la mère et le bébé en meilleure santé et augmente le taux de satisfaction chez la femme.

### **COMMENT L'ACCOMPAGNANT PEUT-IL AIDER?**

Plusieurs partenaires qui accompagnent pour la première fois une femme en travail craignent de ne pas être à la hauteur. Pourtant l'accompagnant n'a pas besoin de cours spéciaux. Le soutien durant le travail peut être aussi simple que tenir sa main ou dire quelques mots d'encouragement.

Les ingrédients plus importants sont le désir d'aider et la présence.

### Conseils pratiques

- Mettre de côté ses préoccupations, ses soucis et se concentrer sur la femme en travail et ses besoins;
- chronométrer au début la longueur et la fréquence des contractions. Déterminer la fréquence en mesurant le temps entre le début d'une contraction et le début de la suivante;
- au début du travail, les contractions peuvent être petites et non régulières et la femme peut se sentir anxieuse et excitée à la fois. Essayer de changer les idées à la femme, en allant faire une marche, en écoutant de la musique ou en faisant une autre activité. Un massage peut l'aider à relaxer. Il faut demeurer à la maison aussi longtemps que la femme et l'accompagnant se sentent bien;
- être à l'affût. Lorsque le travail progresse, les contractions s'accroissent. Elles deviennent plus longues, plus fortes et plus rapprochées. Les femmes deviennent plus concentrées ou plus introverties lorsque cette période arrive. Elles peuvent ne pas vouloir parler ou être distraites, le travail leur demande toute leur énergie et leur concentration. C'est un bon moment pour se rendre au centre hospitalier;

**L'accompagnant doit aider la femme à prendre une contraction à la fois.  
Il peut respirer avec elle ou essayer de lui masser le bas du dos.  
Il peut l'inciter à changer de positions fréquemment.**

- encourager la femme à persévérer. Dans la phase de transition, les contractions sont plus importantes et rapprochées. Elle peut se sentir exténuée, prête à abandonner et dépassée par les événements;

**L'accompagnant l'encourage en lui rappelant que le travail avance. Il maintient un contact visuel avec elle et lui demande de respirer avec lui (l'expiration est très importante). Il peut masser les pieds, les mains, les cuisses, car le massage peut l'aider grandement.**

- aider la femme à respirer pendant la contraction et lui rappeler de relaxer son vagin, sa gorge à chaque contraction quand elle commencera à pousser. Elle aura probablement un regain d'énergie « second souffle »;
- être présent. Ce n'est jamais facile d'accompagner quelqu'un à qui nous tenons et qui souffre. L'accompagnant ne peut prendre la douleur, mais sa présence, son encouragement peuvent faire du travail et de la naissance un moment mémorable, inoubliable, une expérience spéciale et satisfaisante pour les deux.

## 25. GUIDE POUR L'ACCOMPAGNANT EN COURS DE TRAVAIL

L'accompagnant doit se souvenir que :

- chaque femme aura un travail qui sera unique;
- chaque femme a des besoins variés et changeants au fur et à mesure que le travail progresse.

### LE SOUTIEN ÉMOTIF

#### La présence

- L'accompagnant doit être présent et ne pas laisser la femme seule durant le travail;
- il doit être près d'elle et connaître ses désirs en ce qui concerne le travail et l'accouchement (plan de naissance), être au courant de ce qui est important pour elle, respecter son droit de changer d'idée et être son défenseur. Il est ses yeux, ses oreilles et sa parole.

#### Le soutien

- Faire confiance à la capacité de la mère de donner naissance et la convaincre de sa capacité par ses mots, ses actions et son attitude;
- créer une atmosphère qui la reconfortera et la soutiendra. Vérifier l'éclairage et la musique (les sons), la température, les odeurs et les tons de voix. Juger de l'importance des personnes présentes;
- offrir un encouragement constant.

**Tu fais du bon travail. Merveilleux. Parfait. C'est bien. « Super ».  
Tu peux le faire. Tiens le coup. Tu es très forte. Je suis fier de toi. Je t'aime...**

### LE POUVOIR DU TOUCHER

L'accompagnant peut :

- placer ses mains sur une épaule ou sur une jambe de la mère pour communiquer sa présence chaleureuse;
- tenir sa main;
- masser le pied ou la main en utilisant sa lotion de corps favorite;
- utiliser une technique de relaxation pour diminuer la tension au niveau de son corps;
- prendre le visage de la femme dans ses mains si elle a de la difficulté à se concentrer;
- serrer la femme dans ses bras ou la tenir simplement;
- respecter ses désirs concernant le toucher.

## LE CÔTÉ PRATIQUE

- Encourager une alimentation légère si elle désire manger;
- prévenir une bouche sèche en lui proposant de boire de petites quantités;
- rappeler à la femme d'uriner toutes les heures;
- encourager la femme à marcher, à bouger si elle se sent bien;
- aider la femme à changer de position régulièrement toutes les 30 minutes, si elle doit demeurer dans le lit;
- aider la femme à s'asseoir sur le ballon et à bouger son bassin avec un rythme régulier et léger;
- donner lui de la chaleur ou du froid pour l'aider (compresses d'eau chaude ou d'eau froide, selon son désir).

- Une compresse chaude (exemple : coussin magique) placée sur le bas de l'abdomen, autour des épaules ou dans le dos augmentera son confort.
- Une couverture chaude peut l'aider à relaxer.
- Des bas pour réchauffer ses pieds.
- Une débarbouillette d'eau froide placée à la nuque la rafraîchira.

## LA RELAXATION EST EFFICACE

- Observer les tensions musculaires, indiquer ces tensions et aider la femme à les relâcher avec des mots ou par le toucher;
- être clair et précis dans ses directions : « Laisse ta mâchoire détendue et ouverte », « Relâche la tension dans ta nuque », « Relâche tes épaules, laisse-les tomber »;
- faire visualiser par des images aidantes : « Imagine le col qui s'ouvre petit à petit... », « Laisse aller le bébé... ».

## LES SUGGESTIONS

- Utiliser les techniques pour les douleurs dorsales : pression, friction et autres;
- essayer des positions qui dégageront le bébé du dos. Assise, appuyée sur le dos d'une chaise, debout, à genoux, couchée sur le côté;
- encourager le balancement du bassin;
- essayer les pressions sur le bas du dos, employer vos mains, une balle ou autre objet;
- appliquer du froid ou du chaud.

## L'observation

- Aider la femme à éviter des situations de panique;
- surveiller les signes de panique potentiels : yeux grands ouverts, voix forte, respiration retenue, pleurs...
- être près d'elle, contact visuel;
- parler clairement et fermement;
- respirer avec elle;
- tenir son visage ou ses épaules dans vos mains;
- rester calme;
- demander de l'aide, si nécessaire.

## Lors de la poussée

- Aider la femme à prendre une position qui sera avantageuse pour la poussée : semi-assise, à genoux, positions où la gravité entre en jeu. Lui rappeler de relaxer son périnée pour laisser passer le bébé;
- soutenir ses efforts pour pousser;
- ne pas la décourager si elle pousse des grognements, des gémissements, etc.;
- être patient.

**En conclusion, être présent, c'est ce qu'elle désire  
tout au long du travail et de l'accouchement.**

## 26. MASSAGES ET ACUPRESSION

### MASSAGE DE DÉTENTE

Ces massages ne sont pas uniquement pour la femme enceinte, la femme pourrait en profiter pour faire un échange avec son partenaire durant la grossesse, sentir le bien-être que cela apporte, rendra plus facile l'utilisation.

### MASSAGE DES MAINS ET DES PIEDS

- Effleurage : tenir la main ou le pied avec une main et faire un effleurage avec l'autre main et alterner.

### Dessus de la main et du pied

- Essuyage : avec les paumes, avec les doigts sur plusieurs lignes;
- pressions : avec les pouces entre les lignes formées par les os;
- frictions : avec les pouces;
- essuyage : avec les paumes, avec les doigts sur plusieurs lignes.

## Doigts et orteils

- Pressions sur les côtés;
- visser-dévisser;
- rotations;
- étirements.

## Paume de la main et plante du pied

- Pressions : avec les pouces;
- frictions : frictions circulaires avec les pouces;
- essuyage : avec les paumes, avec les doigts sur plusieurs lignes;
- effleurage : tenir la main ou le pied avec une main et faire un effleurage avec l'autre main et alterner.

Certains points sous la plante du pied peuvent aider à la détente et au travail.

## MASSAGE EN POSITION ASSISE

### Épaules

- Polarité : derrière le partenaire, les deux mains du donneur sont déposées sur les épaules du receveur;
- pétrissage graduel des épaules : trapèzes et deltoïdes;
- frictions graduelles des épaules : trapèzes et deltoïdes;
- pressions : le dessus des épaules en utilisant les avant-bras; ensuite avec les pouces sur trois points à partir du cou en suivant la respiration, c'est-à-dire une pression à l'expiration;
- pétrissage graduel des épaules : trapèzes et deltoïdes.

### Nuque

- Polarité : à gauche du receveur, main droite sur la nuque et main gauche sur le front, maintenir la position de 30 secondes à 2 minutes;
- rotation-balancements : rotations de la tête dans les deux sens, pencher la tête vers l'avant puis vers l'arrière à deux reprises;
- pétrissage et pressions : garder la tête penchée vers l'avant en appui sur la main gauche et pétrir les muscles de la nuque avec la droite, puis faire des pressions avec le pouce et les doigts le long des vertèbres cervicales;
- frictions et pressions : toujours la tête vers l'avant, faire des frictions à la base du crâne avec les doigts de la main droite. Ramener la tête vers l'arrière en appui sur le pouce et l'index qui pressent la base du crâne, pencher la tête vers l'avant, éloigner le pouce et l'index et ramener la tête vers l'arrière, pencher vers l'avant et éloigner de nouveau les doigts. Faire une dernière pression en plaçant le pouce dans le trou occipital;

- pétrissage et pressions : garder la tête penchée vers l'avant en appui sur la main gauche et pétrir les muscles de la nuque avec la droite, puis faire des pressions avec le pouce et les doigts le long des vertèbres cervicales;
- polarité : à gauche du receveur, main droite sur la nuque et main gauche sur le front maintenir la position de 30 secondes à 2 minutes.

### **Dos : en partant des épaules vers le bas jusqu'au sacrum**

- Polarité : derrière le partenaire, les deux mains sur ses épaules;
- frictions : au départ, les doigts placés sur les épaules, faire des frictions circulaires avec les pouces de chaque côté de la colonne, puis éloigner les doigts de la colonne pour faire une deuxième série de frictions de haut en bas, puis revenir faire des frictions autour des omoplates;
- pressions : les pouces en alternance, faire des pressions de chaque côté de la colonne sur deux lignes;
- percussions : simultanément avec les deux mains, marteler le dos graduellement;
- balayage : de la tête jusqu'au bas du dos puis de la tête aux épaules et sur les bras;
- polarité : derrière le partenaire, les deux mains sur les épaules du receveur.

### **MASSAGE DOUX AU BAS DU DOS DANS LE SENS « ANTIHORAIRE »**

- Permet la détente et assure la relaxation;
- soulage les maux de dos.

### **MASSAGE PAR FRICTION DES MUSCLES FESSIERS PENDANT LA GROSSESSE**

- Relâchement des muscles fessiers : meilleure ouverture des os du bassin;
- bonne friction, en profondeur, en douceur sur les points douloureux.

### **MASSAGE PENDANT LA GROSSESSE ET ENTRE LES CONTRACTIONS**

#### **Pression ou acupression pendant la grossesse et entre les contractions**

- Pression sur le tour des hanches (à partir du sacrum) dans le dos jusque sur le côté : permet le relâchement des muscles du dos;
- balayage des jambes ou des bras : balayer lentement entre les contractions; permet de disperser la douleur et de relaxer;
- frictions à l'intérieur de la jambe (quatre doigts en haut de la malléole interne) : pression ferme pendant le travail. Ces frictions équilibrent le travail, aident à sa progression et diminuent l'intensité de la douleur.

#### **Entre les contractions**

- Pression sous le gros orteil (deux minutes par point) : sous les pieds (hypophyse), commencer par le pied droit. La pression réduit la douleur et stimule les endorphines et l'ocytocine;
- pression ferme et friction entre les contractions, le long de l'index contre le premier métacarpien. Elles réduisent l'intensité des contractions, permettent d'équilibrer le travail et de lâcher-prise;

- massage du sacrum du bas vers le haut avec la paume de la main : diminue la douleur.

### **Pendant les contractions**

- Pression avec les pouces ou crayons avec efface, équivalente des papules d'eau stérile, entre les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> vertèbres lombaires et au niveau du 2<sup>e</sup> trou sacré;
- pression avec les pouces dans le bas du dos, de chaque côté de la colonne et dans les fesses ou friction principalement sur ces points ou tout le long du travail, selon les besoins de la femme.

Sources : Denyse Laurendeau (yoga prénatal), Centre La Chrysalide.  
Danielle Dugas, massothérapeute, Centre de massothérapie Duplessis.  
Références : Gilles Rivest, docteur en médecine chinoise.  
Jacques Savard, docteur en médecine chinoise.

## **27. PRÉSENTATION D'UN FILM SUR LE THÈME : TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT**

- Prendre le temps d'expliquer le film;
- demander les impressions des participants après la projection.

## **28. PRÉSENTATION DE LA RENCONTRE SUR L'ALLAITEMENT**

## **29. MOT DE LA FIN**



Quel bonheur!