



ACCUEILLIR

# Mon accouchement à l'hôpital Robert-Debré AP-HP

# SOMMAIRE

1. Où se présenter ?
2. Quelles formalités administratives effectuer ? Quels documents administratifs apporter ?
3. Qui est présent en salle de travail ?
4. Puis-je être accompagnée ?
5. Quelles précautions prendre avant l'accouchement ?
6. Quand se présenter à la maternité ?
7. Comment bien se préparer à l'arrivée d'un enfant ?
8. Qu'apporter à la maternité ?
9. Quand dit-on qu'une patiente est en travail ?
10. Comment commence le travail ?
11. Combien de temps dure une grossesse ?
12. Quelle est la durée du travail ?
13. Comment serai-je installée pendant le travail ?
14. Pourquoi et comment vérifie-t-on le déroulement du travail ?
15. Qui surveille le travail ?
16. Dans quelles circonstances le médecin intervient-il ?
17. La péridurale
18. La pédiurale déambulatoire
19. L'anesthésie pour la césarienne
20. Les alternatives à la péridurale
21. Qui est présent à l'accouchement ?
22. Quelle position lors de votre accouchement ?
23. Comment se déroule un accouchement ?
24. Qu'est-ce que le cordon ombilical ?
25. Qu'est-ce que le don de sang placentaire ?

- 
26. L'accouchement a-t-il toujours lieu en salle d'accouchement ?
  27. Qu'est-ce qu'un accouchement instrumental ?
  28. Qu'est-ce qu'un forceps, des spatules, une ventouse ?
  29. Qu'est-ce qu'une épisiotomie ? Pourquoi est-elle pratiquée ?
  30. L'épisiotomie est-elle systématique ?
  31. Existe-t-il des situations à plus à risque d'avoir une épisiotomie ?
  32. Qu'est-ce qu'une déchirure ?
  33. Comment se répare une déchirure ou épisiotomie ?
  34. Combien de temps dure la cicatrisation ?
  35. Qu'est-ce qu'une césarienne ?
  36. Qui pratique la césarienne ?
  37. Pourquoi pratiquer une césarienne ?
  38. Comment se déroule une césarienne ?
  39. Qu'est-ce que la délivrance ?
  40. Qu'est-ce que la révision utérine ?
  41. Qu'est-ce qu'une hémorragie du post-partum ?
  42. Qui prend en charge une hémorragie du post-partum ?
  43. L'enfant doit-il crier tout de suite ?
  44. Pourquoi est-il important de réchauffer l'enfant ?
  45. Quand a lieu le premier examen ?
  46. Quand a lieu le premier repas ? l'habillage ?
  47. De quels soins mon enfant peut-il avoir besoin ?
  48. Comment se prépare le retour en chambre ?
  49. Comment se passe le 1er lever ?
  50. Comment se passe le 1er repas ?
  51. Aurai-je des traitements ?

# MON ARRIVÉE - L'ADMISSION



## Où se présenter ?

Aux urgences de la maternité (point rouge +1) 24h/24 et 7 jours/7.

## Quelles formalités administratives effectuer ? Quels documents administratifs apporter ?

Lors de votre dernière consultation, l'infirmière vous remettra un bon de pré-admission afin de faciliter les formalités administratives le jour où vous viendrez accoucher. Il faudra vous rendre aux admissions (point rouge au rez-de-chaussée) avec votre pièce d'identité, votre carte vitale et votre carte de mutuelle si vous en avez une.

Apportez ces documents et votre dossier médical de suivi de grossesse le jour de l'accouchement.

## Qui est présent en salle de travail ?

L'auxiliaire de puériculture et l'infirmière des urgences vous accueilleront, et préviendront l'équipe médicale, qui viendra vous voir dès que possible.

**L'équipe de garde de la salle de naissance est constituée de : 3 sages-femmes, 3 infirmières, 3 auxiliaires de puériculture, un médecin obstétricien sénior et un interne, un médecin anesthésiste sénior et un interne, 2 pédiatres.** Cette équipe est toujours présente y compris la nuit, le week-end et les jours fériés.

La maternité de l'hôpital Robert Debré étant universitaire, vous pourrez rencontrer des étudiants (élèves infirmiers, élèves sages-femmes, externes...). Il vous sera peut-être proposé de participer à la recherche clinique ; cela ne se fera qu'avec votre accord.

Les équipes sont mixtes. Vous serez prise en charge par l'équipe présente ce jour-là. Vous ne pouvez pas choisir d'être prise en charge par un homme ou par une femme.

### Puis-je être accompagnée ?

Une personne et une seule est « autorisée » à accompagner la future maman en salle d'accouchement - pas d'échange possible.

L'accompagnant devra porter une sur-blouse, un masque, et se frictionner régulièrement les mains avec une solution hydro-alcoolique. Il peut être présent tout au long du travail sauf au moment de la pose de péridurale, et en cas de césarienne urgente.

### Quelles précautions prendre avant l'accouchement ?

Prendre une douche, et faire une dépilation

Retirer ses bijoux, piercings et vernis à ongles sur les mains.

Eviter d'apporter des objets de valeurs.

Penser à prendre vos lunettes si vous portez des lentilles.

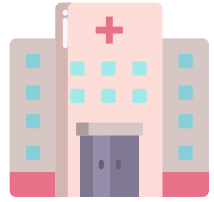
En cas de césarienne programmée, être à jeun.



## Quand se présenter à la maternité ?

Il faut venir **24 heures sur 24, 7 jours sur 7** :

- En cas de contractions utérines : avant 37SA, s'il y a plus de 10-15 contractions par jour même non douloureuses. A terme, si les contractions sont espacées de 5 minutes pendant une heure douloureuses
- En cas de perte de liquide amniotique franche ou intermittente
- En cas de saignements
- Lorsque le bébé bouge moins sur quelques heures
- En cas de fièvre (température supérieure à 38°C)
- En cas d'évènement inhabituel



**En cas de doute, vous pouvez appeler le 01 40 03 21 55 ; l'équipe de garde répondra à vos questions.**

## Qu'apporter à la maternité ?

Le trousseau indicatif se trouve dans le livret de grossesse et sur le site de la maternité ; il vous aidera à préparer votre valise. Le travail peut être long ; prévoyez une playlist avec votre musique préférée : des enceintes Bluetooth sont à votre disposition dans les salles d'accouchement. Prévoyez également livres, magazines, téléphone et chargeur.

# Comment bien se préparer à l'arrivée d'un enfant ?

L'arrivée d'un enfant se prépare tout au long de la grossesse et plusieurs temps d'échange sont prévus, tous pris en charge par l'assurance maladie :

## L'entretien prénatal précoce

est un entretien individuel ou de couple. Il s'agit d'un temps d'écoute pour faire le point sur votre projet de naissance. Il est généralement programmé en début de grossesse, et peut s'organiser à la maternité ou être réalisé par une sage-femme libérale en ville.

## Les consultations / les échographies

Des séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont préconisées.

Actuellement, ces séances de préparation à la naissance ne peuvent pas être organisées à l'hôpital Robert-Debré. Vous les ferez en ville avec une sage-femme libérale selon vos souhaits. Différentes méthodes sont possibles : classique, sophrologie, haptonomie, yoga, chant prénatal...

## La remise d'un questionnaire lors de la 1<sup>ère</sup> consultation

permettant d'identifier et repérer des vulnérabilités médico-psycho-sociales chez la femme enceinte et ainsi d'adapter le suivi

## Le projet de naissance :

est un document écrit rédigé par vous et votre conjoint pour exprimer vos souhaits le jour de la naissance. Il est personnel. Ce projet sera relu avec vous lors d'une consultation avec la sage-femme ou le médecin, ce qui permettra d'anticiper ce qu'il est possible de faire ou pas. Ce projet sera inséré dans votre dossier médical. L'équipe médicale qui vous accueillera au moment de l'accouchement en prendra connaissance, et essaiera de le respecter, dans la mesure du possible.

Découvrez la maternité de l'hôpital Robert-Debré grâce à une visite virtuelle !

Rendez-vous sur :

<http://maternite-gynecologie.robertdebre.aphp.fr/>



Quand dit-on qu'une patiente est en travail ?

On dit qu'une patiente est en travail lorsqu'elle a des contractions utérines régulières, et que son col a commencé à s'ouvrir franchement.

## Comment commence le travail ?

Le plus souvent le travail commence spontanément, c'est-à-dire sans aucune intervention médicale. C'est le travail spontané.

Parfois les patientes ont des contractions utérines, cependant le col s'ouvre peu. On peut alors faire un travail dirigé : on débute une perfusion d'ocytocine, en salle de travail, ce qui va régulariser la dynamique des contractions utérines. Si une péridurale est souhaitée, elle peut être mise en place avant début de la perfusion ou quand les contractions sont trop douloureuses.

Parfois, il existe une raison médicale à faire naître votre enfant alors que vous n'êtes pas encore en travail. Dans ce cas, deux possibilités existent :

### 1. Votre col est déjà largement ouvert.

On propose un déclenchement du travail. Vous serez transférée en salle de travail afin de poser une perfusion d'ocytocine. Vous pourrez demander une péridurale (si vous la souhaitez) soit avant de débiter la perfusion d'ocytocine, soit quand les contractions sont trop douloureuses. Souvent, au cours du déclenchement, on procèdera à la rupture de la poche des eaux ce qui permet d'intensifier les contractions utérines et de les rendre plus efficaces.



## 2. Votre col est encore peu ouvert.

Cela signifie qu'il faut préparer votre col à un déclenchement. Nous vous proposerons une préparation cervicale à l'aide de prostaglandines (en gel ou comprimé) ou d'un ballonnet de dilatation qui sera placé au niveau du col utérin.

Cette préparation peut être efficace rapidement et permettre une entrée en travail seulement quelques heures après ; mais elle peut parfois prendre plus de temps et se prolonger sur quelques jours le temps que votre col soit suffisamment mature pour le déclenchement. Vous serez hospitalisée pendant toute la durée de la préparation cervicale et bénéficierez d'une surveillance rapprochée.

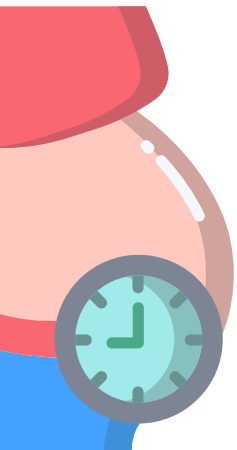
**A partir de 39SA, si votre col est déjà largement ouvert, l'équipe vous proposera de déclencher le travail si vous le souhaitez, en l'absence de toute pathologie (maternelle ou fœtale). C'est le déclenchement pour convenance maternelle ou à la demande de la patiente.**

Lorsqu'il est réalisé sur un col franchement ouvert le déclenchement n'augmente pas le risque de césarienne au cours du travail. Il peut permettre de vous organiser, et d'éviter toute la surveillance de fin de grossesse.

## Combien de temps dure une grossesse ?

Le terme d'accouchement théorique est fixé à 41SA (9 mois), mais la durée de grossesse peut varier. La plupart des patientes accouchent autour de 39/40SA, cependant certaines patientes atteignent 41SA sans entrer en travail. A l'hôpital Robert-Debré, nous proposons une surveillance de la fin de grossesse au centre d'explorations fonctionnelles à partir de 39/40SA. Si tout est normal vous serez revue à 41SA puis tous les jours si vous n'êtes pas entrée en travail. A partir de 41SA+5 jours nous vous proposerons d'être hospitalisée pour débiter une préparation cervicale si vous le souhaitez, même si tous les éléments de la surveillance sont rassurants.

Dans certaines situations l'entrée en travail est contre-indiquée, et une césarienne programmée est décidée.



## Quelle est la durée du travail ?

La durée moyenne du travail chez une patiente qui accouche pour la 1<sup>ère</sup> fois est d'environ 12 heures. Le col s'ouvre en moyenne d'un centimètre par heure pour aller jusqu'à dilatation complète (10 centimètres) ; il faut ensuite souvent une heure ou deux pour que l'enfant s'engage dans votre bassin.

Cette durée est évidemment très variable d'une patiente à l'autre, et de nombreux critères entrent en ligne de compte.



## Comment serai-je installée pendant le travail ?

Vous serez installée dans une salle de travail personnelle avec votre accompagnant. Une casaque en tissu vous sera fournie.

Différents dispositifs permettant une surveillance optimale de votre santé et de celle de votre enfant seront mis en place : tensiomètre, saturomètre, monitoring. Une perfusion sera mise en place afin de pouvoir vous administrer des médicaments si nécessaire (ocytocine, antibiotiques, utérotoniques...). Vous ne pourrez pas manger au cours du travail, en revanche vous pourrez boire de l'eau, du thé non sucré et des jus sans pulpe.

## Pourquoi et comment vérifie-t-on le déroulement du travail ?

Le suivi du travail permet aux professionnels, de vérifier la progression de la dilatation du col de l'utérus puis la descente du bébé dans le bassin. Il permet aussi de vérifier que l'enfant va bien tout au long de cette étape.

- **le monitoring:** enregistre à la fois le rythme cardiaque fœtal ainsi que la fréquence et l'intensité des contractions utérines. Il est débuté dès le début du travail et reste en place jusqu'à la naissance de votre enfant. Il est surveillé et analysé de façon constante par les sages-femmes et gynécologues obstétriciens de garde, même lorsqu'ils se trouvent en-dehors de votre salle.
- **le toucher vaginal** est un examen médical qui permet d'évaluer la longueur (long, court, épais, effacé), la consistance (dur, souple, mou) et la dilatation/l'ouverture (de fermé à 10 centimètres) du col de l'utérus; ainsi que la hauteur de la présentation fœtale. En moyenne, cet examen est effectué une fois par heure.



## Qui surveille le travail ?

Les sages-femmes sont à même de surveiller le travail et de faire un accouchement lorsque tous les éléments de la surveillance sont normaux.

## Dans quelles circonstances le médecin intervient-il ?

Les sages-femmes peuvent faire appel aux médecins gynécologues obstétriciens à tout moment. Les 2 circonstances d'appel au médecin les plus fréquentes sont les suivantes :

- Le RCF (rythme cardiaque fœtal) n'est pas strictement normal.
- Le travail ne progresse pas normalement: le col reste à la même dilatation pendant un certain temps, ou le fœtus ne s'engage pas dans le bassin.

Dans les 2 cas, le médecin peut décider :

- d'une simple surveillance
- d'intensifier la dynamique des contractions en débutant une perfusion d'ocytocine ou en augmentant son débit si cette dernière est déjà administrée
- de rompre la poche des eaux (si ce n'est pas encore fait) ce qui permet d'intensifier les contractions utérines et de les rendre plus efficaces d'une part, et de voir la couleur du liquide amniotique d'autre part. En effet, la couleur du liquide fait partie des éléments de surveillance : un liquide bien clair est un élément de réassurance ; un liquide amniotique teinté (vert ou méconial) nécessite une surveillance accrue
- de réaliser des examens de 2ème ligne : lactates ou pH au scalp. Lorsqu'il existe des anomalies du RCF, le médecin va prendre une petite goutte de sang au niveau de la tête de l'enfant et contrôler s'il s'oxygène correctement. Ce geste est très simple et sans danger pour l'enfant.
- de faire une amnio-infusion : ce geste, rarement réalisé, consiste à ajouter du sérum physiologique autour du fœtus, chez les patientes chez lesquelles on a constaté une diminution de la quantité de liquide amniotique.
- de passer au bloc opératoire s'il existe une urgence et que l'enfant doit naître dans les quelques minutes qui suivent. Une situation d'urgence peut être stressante pour la patiente, et pour son accompagnant, qui ne pourra pas venir au bloc opératoire. L'équipe vous informe rapidement de la situation et reviendra vous voir après la naissance de l'enfant afin d'expliquer calmement ce qui s'est passé et de répondre à vos questions. Au bloc opératoire, 2 situations sont possibles :
  - le RCF s'est normalisé, on peut attendre ;
  - le RCF reste anormal : l'enfant doit naître rapidement : par voies naturelles s'il est déjà engagé dans le bassin, par césarienne sinon.

# LA GESTION DE LA DOULEUR

L'équipe d'anesthésistes-réanimateurs de la maternité prend en charge la douleur de l'accouchement (analgésie) et l'anesthésie en cas de césarienne. Elle participe également aux décisions concernant les traitements médicaux parfois nécessaires au cours de la grossesse et de l'accouchement.

## LA PÉRIDURALE

### Qu'est-ce que la péridurale ?

C'est une technique d'anesthésie destinée à atténuer ou supprimer les douleurs de l'accouchement. Elle peut permettre aussi de pratiquer une césarienne.

### Comment fonctionne-t-elle ?

En bloquant la transmission nerveuse de la douleur.

### Quel est son intérêt ?

L'absence de douleur participe au confort maternel, à la stabilité des constantes vitales. Elle permet aussi de réaliser rapidement une césarienne ou tout autre geste obstétrical, le recours à l'anesthésie générale ne se faisant qu'en cas de nécessité.



## Qui peut bénéficier de la péridurale ?

La consultation d'anesthésie avec un médecin anesthésiste est obligatoire (que vous souhaitiez ou non une péridurale) et réalisée dans le dernier trimestre de la grossesse. Elle permet d'établir les différents modes d'anesthésie adaptés à votre situation. Vous pouvez y poser toutes vos questions.

La péridurale est envisagée à votre demande, et sa réalisation est discutée avec l'équipe obstétrico-anesthésique.

## Comment se passe la pose?

Habituellement en position assise sur la table d'accouchement, le dos rond (parfois couchée sur le côté gauche). L'anesthésiste repère le point de ponction situé entre 2 vertèbres du bas du dos. Ce repérage peut être plus difficile en cas de surpoids.

Après désinfection, une anesthésie de la peau est réalisée. Une fine aiguille spéciale est mise dans l'espace péridural. Un tuyau très fin (cathéter) est ensuite introduit dans cet espace et l'aiguille est retirée. Ce cathéter est fixé le long de votre dos et relié une pompe.

## Quel est le mode d'administration des doses d'anesthésiques pendant l'accouchement ?

Le médecin administre la 1ère dose au moment de la pose de la péridurale. Son effet est obtenu en 20min environ.

Puis vous aurez à la main une manette pourvue d'un bouton qui déclenche l'obtention d'une nouvelle dose par la pompe. Vous pouvez ainsi gérer votre péridurale en fonction de vos sensations douloureuses et de vos attentes (tout vous sera réexpliqué sur place).

## Quelles sont les situations où la péridurale est recommandée ?

Quand il existe un risque accru de césarienne : grossesses multiples, présentation du siège, antécédent de césarienne ; vous pourrez en discuter avec l'équipe obstétricale.

Quand il existe un risque anesthésique : Intubation difficile, allergie aux anesthésiques.

## Quelles sont les contre-indications de la péridurale ?

- Votre refus
- Les troubles de la coagulation du sang ou la prise de médicaments la perturbant
- L'infection cutanée au point de ponction, ou généralisée
- Certaines maladies particulières qui sont discutées en consultation d'anesthésie

## Quels sont les effets secondaires de la péridurale ?

Les imperfections et les échecs : l'analgésie peut être insuffisante ou incomplète, asymétrique. Rarement le cathéter peut se déplacer. L'anesthésiste peut injecter des doses et/ou des produits complémentaires, voire reposer la péridurale.

Pendant l'accouchement, on peut observer :

- une baisse transitoire de la pression artérielle
- des anomalies du rythme cardiaque du fœtus
- une sensation de jambes lourdes, difficiles à mobiliser
- une sensation de vertiges, des démangeaisons, des nausées
- une difficulté transitoire pour uriner, nécessitant un sondage évacuateur
- une envie de pousser diminuée au moment de l'expulsion du bébé
- exceptionnellement, des convulsions, une péridurale trop étendue

Après l'accouchement :

- Des maux de tête majorés par la position debout peuvent apparaître dans les 2 à 3 jours (environ 1% des cas), pour lesquels il existe un traitement.
- Des douleurs sans gravité au niveau du point de ponction peuvent persister quelques jours.
- Les autres complications sont exceptionnelles : hématome, traumatisme ou infection médullaire (1/250 000).

Les effets de la péridurale disparaissent entre 1h et 4h après la fin de l'administration des anesthésiques locaux. Le cathéter est retiré juste avant la remontée dans votre chambre.

## LA PÉRIDURALE DÉAMBULATOIRE

*permet à la patiente de se déplacer après la pose de péridurale*

### Quel est son intérêt ?

L'objectif est d'améliorer la satisfaction maternelle, d'uriner spontanément et de diminuer les interventions obstétricales

### Qui peut en bénéficier ?

Les patientes qui le souhaitent et qui ont :

- une grossesse de déroulement normal, à terme
- un fœtus unique en position tête en bas, poche des eaux non rompue
- une absence de pathologies maternelles
- un accompagnant pendant toute la durée du travail
- une sage-femme suffisamment disponible pour la surveillance

### Comment procède-t-on ?

La péridurale est identique qu'elle soit déambulatoire ou non.

Le passage à la phase déambulatoire se fait 30 à 60 mn après la pose de la péridurale ; l'anesthésiste et la sage-femme font un examen clinique et des tests pour vérifier :

- L'absence de faiblesse musculaire des jambes
- L'absence de baisse de pression artérielle
- La qualité de l'analgésie

La marche est alors possible après installation du matériel dans une sacoche.

### Quel est le périmètre autorisé ?

Votre propre salle d'accouchement, avec la possibilité d'y uriner, d'utiliser le ballon, de vous asseoir dans le fauteuil.



## L'ANESTHÉSIE POUR LA CÉSARIENNE

### **La césarienne programmée :**

La technique de choix est la rachianesthésie, qui ressemble à la péridurale. On injecte l'anesthésique local directement dans le liquide céphalo-rachidien, sans poser de cathéter.

L'anesthésie s'installe en quelques minutes, est très intense avec impossibilité de bouger la partie inférieure du corps, et dure 1h30 à 2 heures.

### **La césarienne semi-urgente à urgente :**

- Si une péridurale est déjà installée, une réinjection d'une dose plus importante d'anesthésique est faite dans le cathéter de façon à obtenir une anesthésie chirurgicale
- Sinon, une rachianesthésie est mise en place

### **La césarienne extrêmement urgente :**

Elle nécessite une anesthésie générale, qui associe plusieurs médicaments anesthésiques et une intubation avec ventilation artificielle.

L'anesthésie générale est également utilisée en cas de contre-indication ou d'échec de l'anesthésie loco-régionale (péridurale et rachianesthésie).

Chaque fois que possible, le recours à l'anesthésie loco-régionale est privilégié chez une femme enceinte.

## LES ALTERNATIVES À LA PÉRIDURALE



Afin de gérer le travail et la douleur, en attente ou en absence d'analgésie péridurale, vous pouvez avoir recours à différents accompagnements (selon la disponibilité du personnel) tels que :

- Analgésie médicamenteuse
- L'administration intraveineuse de dérivés de la morphine, contrôlée par la patiente. Ses inconvénients : son efficacité relative et le passage dans le sang fœtal imposant une surveillance prolongée du bébé après la naissance.
- Le protoxyde d'azote : C'est un mélange gazeux inhalé dans un masque facial à chaque contraction, qui peut procurer un certain degré d'analgésie. Il a des inconvénients : son efficacité est inconstante, il peut provoquer des vertiges et nausées.
- Hypno-analgésie
- Ballon
- Homéopathie
- Massage
- Douche
- Acupuncture

## Qui est présent à l'accouchement ?

- La sage-femme qui a suivi le travail fera l'accouchement lorsque tous les éléments de la surveillance sont normaux.
- L'accompagnant de la patiente (s'il le souhaite ainsi que la patiente).
- L'infirmière et l'auxiliaire de puériculture
- Les gynécologues obstétriciens dans les situations où il est possible qu'elle soit amenée à intervenir
- L'équipe médicale d'anesthésie est prévenue lors d'un accouchement où elle est susceptible d'être appelée
- L'équipe médicale de pédiatrie est également prévenue lors d'un accouchement où elle est susceptible d'intervenir

## Quelle position lors de votre accouchement ?

Le lit dans lequel vous serez tout le long du travail se transforme alors en table d'accouchement.

**La position de prédilection dans la maternité est la position gynécologique** mais d'autres positions restent possibles et peuvent se discuter selon votre souhait et l'expérience de votre accoucheur.

## Comment se déroule un accouchement ?

Lorsque le col est complètement ouvert (dilatation complète – 10cm) et que le fœtus est engagé dans le bassin, la sage-femme décide de s'installer pour l'accouchement à proprement parler. Elle appelle tout le personnel requis et vous installe pour commencer les efforts expulsifs. Les efforts de poussée se font le plus souvent à glotte fermée au moment des contractions. Si vous ne sentez pas les contractions, la sage-femme vous préviendra quand elles surviennent, et vous guidera dans vos efforts. Les efforts expulsifs sont de durée variable, et conduisent à la naissance de votre enfant.



## Qu'est-ce que le cordon ombilical ?

Le cordon ombilical, tout au long de la grossesse, relie la maman (par l'intermédiaire du placenta) au nombril du bébé; et grâce à ses 3 vaisseaux sanguins, il assure les apports en oxygène et en nutriments.

Lors de l'accouchement, une fois que l'enfant est né et selon les situations, le cordon ombilical est clampé (avec une pince) puis coupé. Le plus souvent, il est possible d'attendre 1 à 3 minutes que la circulation sanguine dans le cordon s'arrête d'elle-même: c'est le clampage retardé.

En cas de nécessité, le clampage peut être plus rapide.

Le cordon peut être sectionné soit par l'accoucheur, soit par l'accompagnant si cela est son souhait et en l'absence de contre-indication (circulaire: cordon enroulé autour du cou du bébé, la plupart du temps sans conséquences).

## Qu'est-ce que le don de sang placentaire ?

Le cordon ombilical contient des cellules souches qui peuvent être utilisées pour greffer des patients atteints de maladies graves (leucémie ...). L'hôpital Robert-Debré fournit la « banque de sang placentaire » de l'hôpital Saint Louis. Si pendant la grossesse vous avez accepté le don volontaire de sang placentaire, ce prélèvement sera fait en salle de naissance juste après l'accouchement et le clampage du cordon. Ce prélèvement est indolore et sans risque.



En savoir plus :

<https://www.dondesangdecordon.fr>

## L'accouchement a-t-il toujours lieu en salle d'accouchement ?

Si l'accouchement a lieu le plus souvent en salle d'accouchement, il existe des situations dans lesquelles le médecin de garde décide de passer au bloc opératoire :

- le RCF n'est pas normal
- le fœtus est encore haut et n'est pas engagé dans le bassin

Dans ces 2 situations, le médecin réévaluera la situation au bloc opératoire et décidera en fonction des différents éléments du dossier s'il procède à un accouchement par les voies naturelles ou à une césarienne.

Dans le cadre de l'urgence, l'accompagnant n'est pas autorisé à venir au bloc opératoire. Il sera prévenu, dès que possible, par l'équipe, de la naissance de l'enfant. Si une césarienne a lieu et que l'état de santé de l'enfant le permet, c'est l'accompagnant qui assiste aux premiers soins et à qui l'on proposera le 1er « peau à peau ».

## Qu'est-ce qu'un accouchement instrumental ?

Dans certaines situations, alors que le fœtus est déjà bien engagé dans le bassin maternel, il faut accompagner la naissance de l'enfant. Deux situations le nécessitent :

- le RCF n'est pas normal
- l'enfant ne progresse plus dans le bassin maternel malgré les efforts expulsifs.

Ces 2 situations sont à risque de mauvaise oxygénation fœtale et l'équipe obstétricale procède à un accouchement par extraction instrumentale (par forceps ou ventouse) afin de protéger l'enfant de l'hypoxie (manque d'oxygène). 18 à 20% des patientes ont une extraction instrumentale à l'hôpital Robert-Debré.

## Qu'est-ce qu'un forceps, des spatules, une ventouse ?

Selon la présentation de l'enfant et les habitudes de l'obstétricien, un forceps, des spatules ou une ventouse seront utilisés.

Les forceps (de Suzor, de Tarnier, ou spatules) se présentent sous forme de 2 longues cuillères métalliques creuses ou pleines qui se posent au niveau des joues du bébé en dehors de la contraction et s'articulent entre elles ou non. Une fois le forceps posé, l'obstétricien dirigera la tête du bébé au cours des efforts expulsifs de la patiente.

La ventouse répond aux mêmes impératifs mais se pose au sommet de la tête fœtale ; un système d'aspiration lui permet de rester adhérente à la tête de l'enfant lors des efforts de poussée.

## Qu'est-ce qu'une épisiotomie ? Pourquoi est-elle pratiquée ?

L'épisiotomie est une incision du périnée réalisée, parfois, par la sage-femme ou le médecin qui pratique l'accouchement et est faite aux ciseaux ; elle part de la fourchette vulvaire (à la jonction entre la vulve et le vagin) et est dirigée en arrière et à droite. Elle est destinée à éviter une déchirure plus complexe qui file vers l'anus et peut déchirer le sphincter anal : il s'agit du périnée complet ou déchirure vaginale du 3ème degré. Le périnée complet est parfois difficile à suturer et peut occasionner des complications à moyen et long terme à type d'incontinence aux gaz ou aux selles.

## L'épisiotomie est-elle systématique ?

**Non, l'épisiotomie n'est pas systématique.** Cependant, il est impossible de prévoir si une épisiotomie sera nécessaire ou non. La décision se prend juste avant l'accouchement à proprement parler, au moment où la tête fœtale amplie le périnée. C'est uniquement à ce moment que la personne qui fait l'accouchement décide de la pratiquer ou non. A Robert Debré le taux d'épisiotomie est d'environ 15%.

## Existe -t-il des situations à plus à risque d'avoir une épisiotomie ?

Oui, il existe des facteurs de risque : le fait qu'il s'agisse du 1<sup>er</sup> accouchement, le recours à une extraction instrumentale, un gros bébé, des antécédents d'excision ou infibulation augmentent le risque d'avoir une épisiotomie. Au contraire le risque est plus faible lorsque l'on a déjà accouché et que l'enfant est de petit poids.

## Qu'est-ce qu'une déchirure ?

Dans les cas où l'opérateur décide de ne pas pratiquer d'épisiotomie, il arrive que le passage de la tête fœtale dans la filière génitale occasionne une déchirure vaginale ou périnéale, de taille et profondeur variables.

## Comment se répare une déchirure ou épisiotomie ?

C'est la personne qui a pratiqué l'accouchement qui suture, juste après l'accouchement et la délivrance. La suture se fait plan par plan : vagin / muscle / peau, à l'aide de fils résorbables le plus souvent. Ces fils s'élimineront spontanément.

## Combien de temps dure la cicatrisation ?

La cicatrisation est très variable d'une patiente à l'autre. Les déchirures et épisiotomies sont souvent douloureuses les premiers jours qui suivent l'accouchement et nécessitent la prise d'antalgiques. La douleur diminue progressivement avec le temps.

# LA CÉSARIENNE

## Qu'est-ce qu'une césarienne ?

Une césarienne est une intervention chirurgicale au cours de laquelle une incision de la peau et des tissus sous-jacents (dont l'utérus) permet d'extraire un enfant.

## Qui pratique la césarienne ?

Le médecin obstétricien sénior et l'interne d'obstétrique font la césarienne ensemble, avec l'aide le plus souvent d'un étudiant de 5ème année de médecine.



## Pourquoi pratiquer une césarienne ?

Une césarienne avant travail est programmée lorsque l'équipe médicale considère qu'un accouchement par les voies naturelles est dangereux pour la mère ou l'enfant. C'est le cas, par exemple, des patientes ayant un diabète de type 1 et un fœtus de poids élevé, ou des patientes ayant un fœtus en siège avec un bassin de petites dimensions, lorsqu'une patiente a déjà eu plusieurs césariennes...

Quand une césarienne est programmée, l'équipe médicale vous rencontre pour vous expliquer l'indication et programme l'intervention en vous informant des modalités et risques. Vous serez en général hospitalisée, à jeun, le matin même de l'intervention. Si un évènement imprévu a lieu avant la date de l'intervention (contractions, saignements, perte de liquide...) il faut bien sûr venir aux urgences.

Une césarienne pendant le travail peut avoir lieu. Il existe 2 principales indications de césariennes :

- une indication fœtale : il existe des anomalies du RCF au cours de la surveillance
- une indication mécanique : il existe une stagnation de la dilatation du col de l'utérus, ou l'enfant ne s'engage pas dans le bassin

Environ 9% des patientes ont une césarienne pendant le travail à l'hôpital Robert Debré.





## Comment se déroule une césarienne ?

Le 1<sup>er</sup> temps est de s'assurer que la patiente est correctement soulagée. Le geste chirurgical consiste à faire naître l'enfant, faire la délivrance (extraire le placenta) et refermer en les suturant les différents plans. Si la patiente n'a jamais eu de chirurgie abdominale la durée d'une césarienne est d'environ 20/30 minutes. Si la patiente a déjà eu des interventions chirurgicales et notamment d'autres césariennes la durée opératoire peut être plus longue.

Après une césarienne la patiente est transférée en salle de surveillance post-interventionnelle (ou salle de réveil) pour une durée de 2 heures au cours desquelles on vérifie que tout va bien (pression artérielle, fréquence cardiaque, douleur, saignements...). Si l'état de santé de la patiente et de l'enfant le permettent, ainsi que l'organisation des soins à ce moment-là, l'enfant est amené auprès de sa mère. Une 1<sup>ère</sup> tétée peut avoir lieu si la patiente souhaite allaiter.

Après 2 heures si tout va bien, la patiente remonte dans sa chambre avec son enfant.

## Qu'est-ce que la délivrance ?

La délivrance correspond à l'expulsion du placenta. Le plus souvent le placenta sort spontanément : c'est la délivrance naturelle. Parfois, le placenta ne se décolle pas spontanément ou les saignements sont supérieurs à la normale, il faut alors procéder à l'extraction du placenta manuellement : c'est la délivrance artificielle. Une fois que le placenta est sorti, on vérifie qu'il est complet et on administre un médicament utéro-tonique par la perfusion afin de faire contracter l'utérus. C'est cette contraction qui permet une rétraction de l'utérus et qui permet d'arrêter les saignements.

## Qu'est-ce que la révision utérine ?

La révision utérine est une manœuvre au cours de laquelle l'accoucheur vérifie la cavité utérine en y introduisant sa main munie d'un gant stérile. Ce geste permet de vérifier qu'il ne reste pas de placenta ou de membranes qui pourraient empêcher l'utérus de bien se rétracter, ce qui risque d'entretenir le saignement post accouchement. Ce geste permet également de vérifier la forme de l'utérus et son intégrité. On recherche notamment la présence d'une cloison de l'utérus, ou de fibromes pouvant expliquer qu'un fœtus se soit présenté par le siège. Enfin, on peut aussi vérifier que la cicatrice utérine (d'une éventuelle césarienne antérieure) est restée intacte lors du travail.

## Qu'est-ce qu'une hémorragie du post-partum ?

On parle d'hémorragie du post-partum lorsque les saignements d'une patiente sont supérieurs à 500ml au cours des 24 heures qui suivent l'accouchement. Un sac de recueil est mis en place au moment de tous les accouchements afin de quantifier les saignements. Le plus souvent l'hémorragie survient juste après l'accouchement.

## Qui prend en charge une hémorragie du post-partum ?

La prise en charge doit associer l'équipe obstétricale et l'équipe d'anesthésie.

L'équipe obstétricale réalisera une série de gestes, en fonction de l'évolution des saignements qui sont quantifiés dans une poche de recueil :

- délivrance (si non faite), révision utérine
- mise en place d'une sonde urinaire, permettant de vider la vessie en continu
- révision du col de l'utérus et du vagin, et sutures des plaies éventuelles
- massage utérin pour aider l'utérus à se rétracter
- prescription de médicaments utéro-toniques pour bien rétracter l'utérus
- mise en place d'un ballon de tamponnement utérin
- passage au bloc opératoire pour gestes chirurgicaux plus complexes

Dans le même temps l'équipe d'anesthésie veille à l'état hémodynamique de la patiente (contrôle de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque) ; elle administre les perfusions adéquates, les médicaments permettant d'améliorer la coagulation, la transfusion de culots sanguins quand c'est nécessaire.

# LA PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NÉ

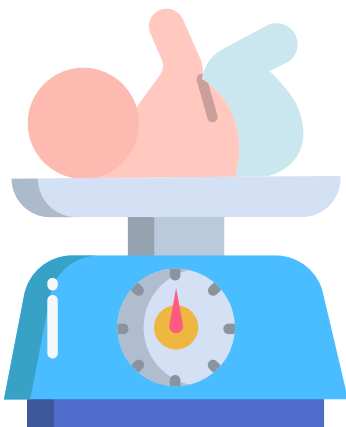
## L'enfant doit-il crier tout de suite ?

A la naissance votre bébé mettra quelques secondes, environ une minute, avant d'émettre son premier cri. L'auxiliaire de puériculture stimulera le bébé en l'essuyant et le mettra en peau à peau si son état de santé le permet, et si la maman le désire avec l'accord de la sage-femme.

## Pourquoi est-il important de réchauffer l'enfant ?

A la naissance, le bébé est mouillé et a du mal à réguler sa température. Il est important de bien le réchauffer en le laissant au sec, et en favorisant le peau à peau qui permet de bons échanges thermiques.

Le peau à peau peut se faire avec la mère ou l'accompagnant. Il est important de toujours voir le visage de votre enfant lors du peau à peau.



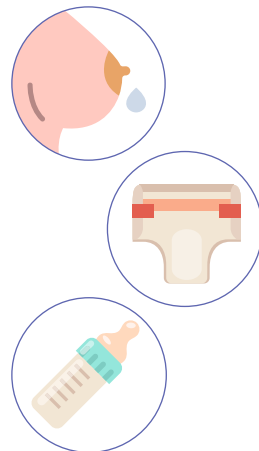
## Quand a lieu le premier examen ?

Si son état de santé le permet votre enfant restera auprès de vous.

Un premier examen sera fait dans les minutes suivant l'accouchement, si possible dans votre chambre. Il permet de prendre les mensurations (poids, taille, périmètre crânien) ce qui peut conditionner sa surveillance ; il permet de vérifier qu'il n'y a pas de malformation qui nécessiterait un suivi particulier. Il est effectué par la sage-femme.

## Quand a lieu le premier repas ? l'habillage ?

Le premier repas a lieu en salle de travail. Une auxiliaire de puériculture vous aidera à lui donner, que vous souhaitiez un allaitement maternel ou par biberon. C'est également l'auxiliaire qui vous dira quand fournir les vêtements et vous aidera à l'habiller. Elle vous montrera la mise en place des couches et vous indiquera comment se fait la surveillance des urines et selles. Elle administrera les premières vitamines nécessaires.



## De quels soins mon enfant peut-il avoir besoin ?

Le plus souvent, l'enfant a besoin d'une minute avant de crier. Au cours de cette minute on procède à sa stimulation et à la désobstruction de ses voies aériennes (bouche, gorge) si nécessaire. Parfois, votre enfant aura besoin de soins plus spécialisés qui seront effectués conjointement par le pédiatre, la sage-femme et l'auxiliaire. Ils consistent à assurer la respiration et la bonne circulation de votre enfant. Parfois une simple aspiration des mucosités des voies aériennes suffira à améliorer son état de santé, parfois des soins supplémentaires seront nécessaires.

Votre enfant reviendra auprès de vous dès que possible. Dans certaines situations il nécessite une surveillance plus rapprochée en salle de travail. Dans quelques cas, son état de santé nécessitera une surveillance continue dans un service de pédiatrie : la néonatalogie ou la réanimation néonatale. Vous serez bien sûr informés du lieu de prise en charge de votre enfant et pourrez lui rendre visite sans restriction d'horaire.

En cas de transfert dans une unité de pédiatrie, des dispositifs seront mis en place pour vous aider à rester en contact avec votre enfant : Covisio (système de visioconférence), aide à la mobilisation (pour que vous puissiez aller voir votre enfant), aide à l'allaitement (prêt de tire-lait)...

# LA SURVEILLANCE DU POST PARTUM

## Comment se prépare le retour en chambre ?

La surveillance en salle de travail dure 2 heures après l'accouchement et permet de surveiller les paramètres vitaux ; les saignements, la douleur...

2 heures après l'accouchement une infirmière vous préparera pour la remontée en suite de couches.

Voilà les soins qui seront faits :

- Prise des paramètres vitaux (tension, pouls, température)
- Toilette vulvaire
- Sondage urinaire évacuateur ou une miction spontanée (si pas de péridurale)
- Une dernière vérification par la sage-femme de vos saignements
- L'ablation de la perfusion et du cathéter péridurale si saignements normaux
- Remontée en chambre par un brancardier en brancard ou en chaise.

L'infirmière et l'auxiliaire vous accueilleront dans le service de suites de couches.

## Comment se passe le 1er lever ?

Le premier lever se fait 3 à 4h après l'ablation de la péridurale avec présence obligatoire d'un personnel soignant pour éviter tout risque de chute. On vérifiera que vous avez uriné 6 h après le dernier sondage évacuateur, pour éviter le risque de rétention d'urines. Signalez toute difficulté à uriner.

## Comment se passe le 1er repas ?

A votre demande un repas vous sera servi quand vous remonterez dans votre chambre.

Aucun repas personnel ne pourra être réchauffé dans le service.

## Aurai-je des traitements ?

Des antalgiques (antidouleurs) vous seront systématiquement proposés, et si besoin une vessie glace. D'éventuels traitements complémentaires prescrits vous seront administrés au cours de votre séjour.





**Découvrez la maternité de l'hôpital Robert-Debré  
grâce à une visite virtuelle !**

**Rendez-vous sur :**

**<http://maternite-gynecologie.robertdebre.aphp.fr/>**

*Comité de rédaction de ce livret :*

*Dr Constance Borie-Moutafoff, Virginie Diez, Delphine Le Foulon, Darina Davin,  
Lucile Desprez, Dominique Garion-Levier, Chrystelle Rapinat*

## ACCUEILLIR

Hôpital universitaire Robert-Debré AP-HP

48 bvd Sérurier 75019 Paris

Métro L11 Porte des Lilas • Tram 3b Hôpital Robert-Debré