

LE JOUR J, la place des sages femmes à vos cotés.

Les sages femmes se disent « les gardiennes de l'eutocie », c'est-à-dire du déroulement normal de l'accouchement et pour ce faire elles vont user d'une thérapeutique non médicale : « une bonne dose d'humanité ». Vous accueillir avec le sourire quelque soit l'heure, être à votre écoute, vous rassurer par leur présence. Bref, vous accompagner tout simplement. Mais elles ne sont pas seules, toutes les blouses blanches roses, bleues ou vertes participent activement selon leur fonction à votre bien être et au « Bien Naître » de votre enfant.

UN BILAN D'ADMISSION

En tant que gardienne de l'eutocie, dès votre arrivée, la sage femme doit faire un certain nombre d'examen. Et si toutefois une anomalie était décelée, elle en référerait au médecin. Une prise en charge beaucoup plus médicalisée s'imposerait ce qui modifierait quelque peu le projet d'accouchement physiologique.

Le premier élément de ce bilan est : **le motif de votre consultation**: contractions, perte de liquide, saignements ou autre ?

La prise de la tension : l'hypertension est une pathologie qui nécessite une prise en charge particulière et ce d'autant plus quand elle est associée à une prise de poids rapide, des œdèmes, des maux de tête ou des bourdonnements dans les oreilles (acouphènes).

La prise de la température : à partir de 38°5 la sage femme complètera l'examen par un bilan infectieux. IL faut savoir que la fièvre peut être une contre indication à la péridurale.

Enfin, dans les urines sont recherchés **l'albumine** qui peut être associée à une hypertension, **les leucocytes et les nitrites** que l'ont retrouvent dans les infections urinaires.

Puis vient l'examen obstétrical :

par **la palpation abdominale**, la sage femme vérifie la position de bébé. Elle recherche la position de la tête et du dos.

Le toucher vaginal permet de savoir où en est le travail. Avec ses doigts la sage femme évalue les modifications du col de l'utérus. Il faut imaginer le col de l'utérus, au départ, comme un goulot de bouteille.

La longueur du col va d'un simple raccourcissement jusqu'à son effacement complet.

La tonicité : une évolution lente en fin de grossesse permet au col de se ramollir, de s'assouplir jusqu'à se laisser ouvrir sous l'effet des contractions. On parlera de **la dilation du col** que l'on mesure en doigts : ouvert à 1 doigt, à 2 doigts puis en centimètres de 3 jusqu'à 10. La sage femme perçoit la **poche des eaux** si elle est encore intacte et la tête de bébé. Au cours du travail elle pourra même sentir les fontanelles sur le crâne de bébé, ce sont des repères qui permettent de préciser l'orientation de la tête de l'enfant dans le bassin. On parlera de tête fléchie ou défléchie, cette orientation joue sur les dimensions que présente l'enfant pour s'engager.

Dans certaines maternités et dans certains cas, **une amnioscopie** est effectuée. A l'aide d'un tube creux, on regarde un peu comme à travers une serrure et on observe la poche des eaux et la couleur du liquide amniotique. Le liquide est normalement clair comme de l'eau. Il arrive parfois qu'il se colore en vert car bébé a émis son méconium (les premières selles de bébé). C'est assez fréquent, c'est le signe d'un inconfort de l'enfant à un moment donné. Si c'est le cas, le travail sera déclenché.

Le monitoring permet l'enregistrement du rythme cardiaque de l'enfant et des contractions utérines par le biais de 2 capteurs posés sur l'abdomen, tenus par des sangles élastiques. Il est normal que bébé réagisse aux vagues de contractions par des variations de son rythme cardiaque. Cependant certaines variations peuvent être plus inquiétantes, les sages femmes prendront alors les bonnes décisions pour assurer la sécurité de bébé. Se tourner sur le côté gauche favorise les échanges entre maman et bébé et parfois suffit.

Une échographie peut venir compléter ce bilan.

A l'issue de cet examen la sage femme vous dira si vous êtes en travail (à partir de 3cm), si ce n'est qu'un début de travail, voire un faux travail quand les contractions s'arrêtent d'elles même.

PENDANT LE TRAVAIL

Les habitudes diffèrent selon les maternités, si tout va bien vous pouvez être installée dans une chambre de pré travail en attendant que le col s'ouvre un peu plus. Entre 3 et 6cm vous entrez en salle de naissance.

Il est d'usage, qu'au début du travail, le monitoring soit posé de façon discontinue par périodes de 30mn afin de vous laisser un maximum de mobilité. **La mobilité** est importante car elle permet de mieux supporter la douleur et facilite le travail. La sage femme encourage ces changements de positions. Le bain ou la douche, se bercer sur un ballon peuvent aider aussi au bon déroulement de l'accouchement.

En salle de naissance, **la perfusion de glucose** est quasi systématique. Toutefois certaines maternités ne posent qu'un cathéter au niveau de l'avant bras comme garde veine.

Par le biais de cette perfusion, la sage femme peut injecter, par exemple, du « spasfon » pour aider à la dilatation, de l'ocytocine pour augmenter les contractions ou des antibiotiques si nécessaire.

La sage femme vérifie la progression de la dilatation régulièrement. Impossible de faire des pronostiques. Est-ce que ce sera encore long ? C'est pour quand ? En moyenne, on s'accorde à dire que la dilatation progresse d'un centimètre par heure. Les premiers centimètres sont bien souvent les plus longs. Après 8 cm tout s'accélère.

Si tout se déroule normalement il est possible de laisser faire la nature. Faut-il rompre la poche des eaux ou attendre qu'elle se rompe spontanément ? La poche des eaux fait office de matelas entre la tête de bébé et le col de l'utérus, elle amortit les contractions. La rupture de la poche des eaux rend les contractions plus efficaces mais aussi bien souvent plus douloureuses. Il est possible d'en discuter avec la sage femme dans le cas où vous ne souhaiteriez pas d'anesthésie péridurale.

LA MISE AU MONDE

La dilatation est complète, bébé s'engage dans le bassin, on sait maintenant que la naissance va avoir lieu par les voies naturelles. Cependant si un de ces 2 éléments tardent un peu trop, cela peut être une indication de césarienne. En France un enfant sur 5 naît par césarienne prévue ou décidée pendant le travail.

L'enfant descend dans le bassin et déclenche une irrésistible envie d'aller à la selle. C'est normal, maintenant il appuie sur le rectum. C'est le signe qu'il n'est pas loin. Pas de crainte à avoir vis-à-vis des sages femmes, elles aussi sont impatientes que ce bébé voie le jour.

Aujourd'hui, de plus en plus souvent, la sage femme encourage la maman à choisir sa position pour mettre au monde son enfant : position sur le côté, quatre pattes ou accroupie... Ceci dit, la position gynécologique, c'est-à-dire sur le dos, les pieds dans les étriers, est encore la plus répandue.

Normalement, à cet instant, c'est la douleur qui vous guide, on peut parler d'instinct. Bien que la maîtrise de la médecine en ait fait un acte volontaire où la sage femme vous donne l'ordre de pousser, mettre au monde son enfant est un réflexe de mammifère, fort heureusement. Cette phase appelée « expulsion » dure de quelques minutes à 30mn. « Pousser en bloquant » ou « pousser en soufflant » cela peut vous paraître abstrait, avec les séances de préparation à la naissance vous apprendrez tout cela.

La sage femme s'assure du bon déroulement de « l'expulsion » et en cas de soucis elle appelle l'obstétricien. Elle peut pratiquer une épisiotomie c'est-à-dire une incision du périnée pour élargir le passage et faciliter la sortie de bébé. L'épisiotomie n'est pas systématique mais plus fréquente dans la position gynécologique. Elle sera recousue après la délivrance.

S'il faut aider à la sortie de l'enfant alors que celui-ci est engagé dans le bassin, l'obstétricien utilise les forceps ou la ventouse. Ces instruments vont permettre de mieux orienter la tête de l'enfant dans le bassin. Quand la maman pousse en même temps c'est plus confortable pour bébé.

La naissance a eu lieu, place à la rencontre. C'est un temps où papa, maman et bébé sont « dans leur petite bulle », ensemble. Chuuuut...Le monde extérieur n'existe plus, le temps s'est arrêté de couler...

LA DELIVRANCE

Bébé est là, mais tout n'est pas terminé. Il y a encore la délivrance c'est-à-dire l'expulsion du placenta. Elle se fait naturellement dans la demi-heure qui suit la naissance dans 95% des cas.

Elle peut être « dirigé » : dès que bébé est sorti, de l'ocytocine est injecté dans la perfusion pour provoquer un décollement rapide du placenta. Cette technique vise à diminuer les risques d'hémorragie et donc prévenir l'anémie post natale.

Parfois il est nécessaire de faire une délivrance artificielle quand le placenta ne se décolle pas ou une révision utérine quand on suppose qu'il n'a été expulsé en totalité. Cela peut se faire sous anesthésie péridurale quand elle a été posée pendant le travail, sous rachis anesthésie ou sous anesthésie générale. La sage femme ou le médecin glisse la main dans l'utérus pour décoller le placenta ou vérifier la vacuité de l'utérus.

Encore 2 heures de surveillance en salle de naissance puis au retour dans votre chambre une collation ou un repas vous attend.

Il est bon de se garder 24h de repos tranquille, juste avec le papa, avant de recevoir des visites.

Une histoire à 3 qui commence loin du tumulte de la vie, un nouveau souffle, une nouvelle vie...Chuuuut.....