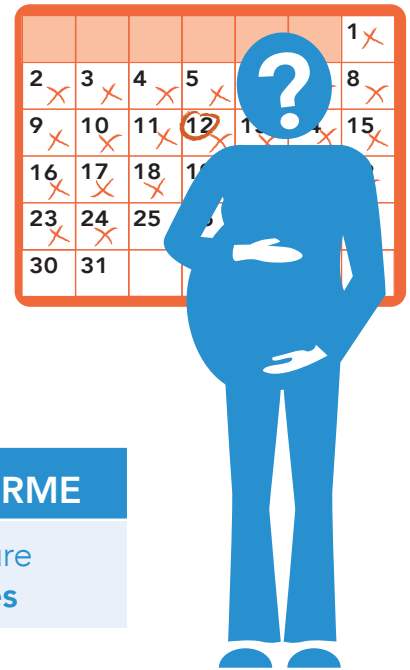


# SI VOTRE GROSSESSE DÉPASSE VOTRE DATE PRÉVUE D'ACCOUCHEMENT

Une grossesse dure en moyenne 280 jours, ou 40 semaines, et est dite « à terme » entre 37 et 42 semaines. Cependant, il est normal que celle-ci dépasse les 40 semaines. Au-delà de 40 semaines, on parle d'une grossesse prolongée, alors qu'après 42 semaines, il s'agit d'une grossesse à terme dépassé, après terme ou post-terme.



GROSSESSE PROLONGÉE	GROSSESSE POST-TERME
Une grossesse qui dure plus de 40 semaines	Une grossesse qui dure plus de 42 semaines

## QU'EST-CE QUE LA DATE PRÉVUE D'ACCOUCHEMENT ?

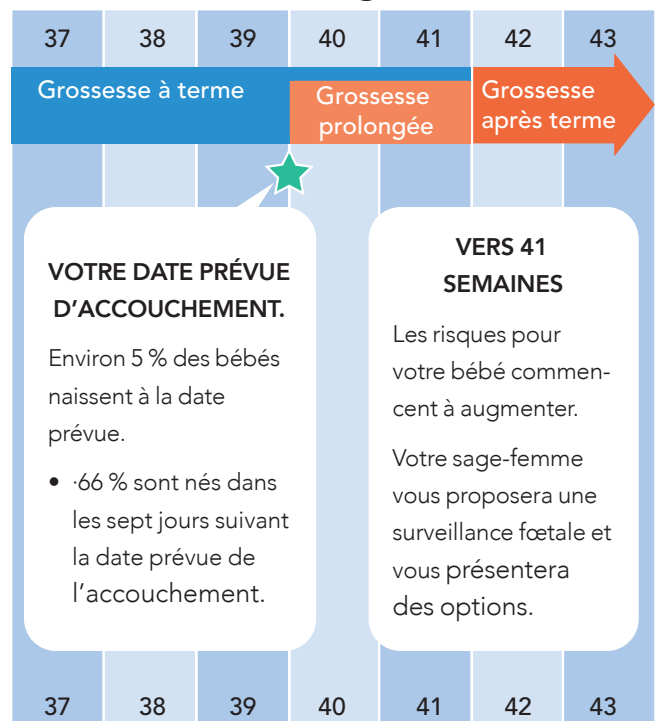
C'est le jour estimé de la naissance de votre bébé. On calcule cette date en utilisant :

- la date de vos dernières menstruations ;
- une échographie ; ou
- toute autre information que vous pouvez donner sur vos dates d'ovulation, de conception ou de transfert d'embryons (si la grossesse est le résultat d'une fécondation in vitro), ou sur vos symptômes cliniques.

Votre date prévue d'accouchement est l'une des informations que votre sage-femme emploiera pour évaluer si la croissance de votre bébé est normale.

En moyenne, seulement cinq personnes sur cent accouchent à la date prévue. Cette date peut avoir beaucoup d'importance sur le plan émotionnel pour vous, votre partenaire, votre famille et vos amis. Les attentes concernant la naissance de votre enfant peuvent être élevées et vous pourriez éprouver un sentiment de frustration si votre bébé n'arrive pas à la date prévue.

## Durée de la grossesse



Il ne faut pas oublier que la plupart des grossesses prolongées ne sont pas associées à des complications majeures ou à long terme. Même si le risque de certaines complications est plus élevé, le risque global reste faible. Votre sage-femme discutera avec vous de votre situation particulière et vous aidera à élaborer un plan de soins individualisé. N'hésitez pas à lui faire part de vos questions ou préoccupations.

Ce document présente de façon conviviale les renseignements tirés de la directive de pratique clinique n° 10 de l'Association des sage-femmes de l'Ontario : Management of the Uncomplicated Pregnancy beyond 41+0 Weeks' Gestation. Il a été conçu pour vous aider à mieux comprendre les considérations et les choix auxquels vous pourriez faire face lorsque vous recevez des soins de sage-femme. Il ne doit pas remplacer les discussions éclairées entre vous et votre sage-femme. Si vous avez des questions, des inquiétudes ou des idées après avoir lu ce document, veuillez les partager avec elle.

# LES GROSSESSES DURENT-ELLES SOUVENT PLUS DE 40 SEMAINES ?

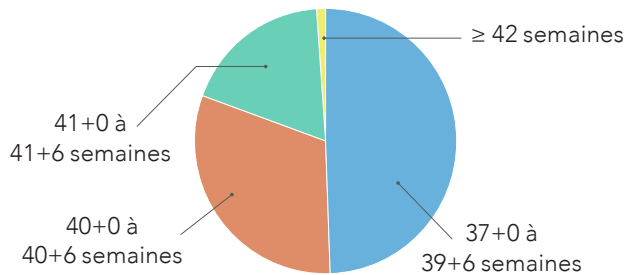
En 2018, parmi la clientèle des sages-femmes ayant une grossesse à terme, environ la moitié a accouché entre 37 et 40 semaines, et l'autre moitié a dépassé les 40 semaines. Étant donné que certaines personnes

choisissent de faire déclencher leur travail, nous ne savons pas combien de grossesses se prolongeraient naturellement au-delà de 40 semaines.

Vous avez plus de chances d'avoir une grossesse prolongée si :

- vous, ou d'autres membres de votre famille, avez eu des grossesses plus longues ;
- vous attendez votre premier enfant ;
- votre IMC (indice de masse corporelle) est élevé ;
- vous avez plus de 30 ans ;
- votre bébé est un garçon.

## SEMAINES À LA NAISSANCE



# POURQUOI SOMMES-NOUS PLUS VIGILANTS LORS D'UNE GROSSESSE PROLONGÉE ?

La plupart des bébés naissent en bonne santé, peu importe s'ils arrivent avant ou après la date prévue. Toutefois, certains risques peuvent augmenter après 41 semaines. En voici quelques-uns :

- **Le syndrome d'aspiration méconiale :** Les bébés nés plus tard sont plus susceptibles d'évacuer des selles collantes, c'est-à-dire du méconium, dans la poche des eaux. La présence de méconium dans le liquide amniotique ne pose généralement pas de problème, mais si votre bébé en aspire dans ses poumons, il peut développer de graves problèmes respiratoires (le syndrome d'aspiration méconiale). Les risques que votre bébé développe ce syndrome augmentent après 42 semaines (il touche environ cinq bébés sur 1000 nés après 42 semaines, par rapport à un à cinq bébés sur 1000 nés entre 37 et 42 semaines). La plupart des bébés atteints de ce syndrome se rétablissent rapidement.
- **La macrosomie :** Votre bébé risque d'être plus gros que la moyenne puisqu'il aura passé plus de temps dans l'utérus, ce qui peut compliquer le travail et

l'accouchement. Environ 47 bébés sur 1000 qui sont nés entre 37 et 42 semaines sont macrosomes, comparativement à 115 bébés sur 1000 nés après 42 semaines. La plupart des bébés macrosomes naissent sans complication.

- **La mortinaissance :** Les bébés nés après 41 semaines courent un plus grand risque de mourir avant ou pendant le travail, ou peu après la naissance.
- **La césarienne :** Le risque de césarienne non planifiée peut également augmenter pour les grossesses qui durent plus de 42 semaines.

## RISQUE DE MORTINAISSANCE

40 semaines	41 semaines	42 semaines
Environ 0,7 sur 1000	Environ 1,1 sur 1000	Environ 1,9 sur 1000

# QU'ARRIVERA-T-IL SI MA GROSSESSE DÉPASSE MA DATE PRÉVUE D'ACCOUCHEMENT ?

Vous ressentirez peut-être de l'impatience. Vous, votre partenaire, votre famille et vos amis avez probablement fait des préparatifs pour l'arrivée de votre bébé. Vous avez sans doute hâte de rencontrer le nouveau membre de votre famille. Vous souffrez peut-être de malaises physiques : vous pourriez avoir mal au dos et avoir de la difficulté à vous installer confortablement pour dormir.

Vers 41 semaines, votre sage-femme peut recommander d'augmenter la surveillance du bien-être de votre bébé. Les mesures de surveillance qu'elle proposera peuvent comprendre :

- compter le nombre de mouvements du bébé au cours d'une période donnée ;
- un test de réactivité fœtale (TRF) : une période de surveillance du rythme cardiaque du bébé au moyen d'un monitoring continu ;

- faire une échographie pour mesurer :
  - » les mouvements du corps du bébé, son tonus musculaire, ses mouvements respiratoires et la quantité d'eau (liquide amniotique) qui l'entoure, en attribuant un score à chaque mesure (on appelle ce test un profil biophysique) ;
  - » la croissance de votre bébé.

Lorsque vous dépassez votre date d'accouchement, votre sage-femme discutera avec vous des options possibles, dont l'attente du travail spontané (prise en charge physiologique), les méthodes non médicales pour encourager le travail ou le déclenchement artificiel du travail.

## QUELLES SONT MES OPTIONS ?



### ATTENDRE QUE LE TRAVAIL COMMENCE DE LUI-MÊME

Attendre que le travail commence de lui-même est ce qu'on appelle la prise en charge non interventionniste. Si votre grossesse dépasse les 40 semaines, vous pourriez ressentir de la pression ou des inquiétudes de la part de vos amis ou des membres de votre famille qui ont hâte que votre bébé arrive. Les grossesses n'ont pas toutes la même durée, et il est tout à fait normal que certaines durent plus longtemps. De nombreuses personnes préfèrent attendre que le travail commence tout seul. Vous estimez peut-être que le travail commencera une fois que le bébé et votre corps seront prêts, ou vous souhaitez peut-être éviter, si possible, toute intervention médicale.

Si vous décidez d'attendre le début spontané du travail, votre sage-femme proposera de surveiller le bien-être de votre bébé, le plus souvent au moyen d'une échographie. En cas d'inquiétude, on pourra vous recommander un déclenchement artificiel.

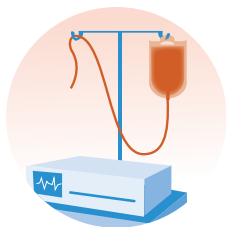


### MÉTHODES NON MÉDICALES POUR ENCOURAGER LE TRAVAIL

Plusieurs sages-femmes proposent des méthodes non médicales pour encourager le travail. Il faut toutefois garder en tête que ces approches ne garantissent pas le déclenchement du travail. Une procédure fréquemment proposée est le balayage, ou décollement, des membranes (stripping). En utilisant les doigts, votre sage-femme déterminera l'état du col (l'ouverture) de votre utérus. Selon les changements constatés, elle étirera le col et positionnera ses doigts entre l'intérieur du col et la poche des eaux qui contient le bébé pour décoller la membrane du col. Cette procédure peut être désagréable, et même douloureuse. Des recherches montrent qu'avec un décollement des membranes entre 38 et 40 semaines, votre bébé peut naître environ un jour plus tôt. Votre sage-femme pourra vous proposer cette procédure plus d'une fois si vous le souhaitez.

D'autres méthodes non médicales pour encourager le début du travail comprennent l'acupuncture, l'acupression, l'homéopathie, la naturopathie et l'utilisation de l'huile de ricin et de plantes

médicinales. Il existe peu de recherches permettant d'établir l'efficacité de ces méthodes ou de tester les conditions idéales pour leur application. Si ces méthodes vous intéressent, veuillez consulter votre sage-femme afin de discuter des avantages et des risques possibles.



## DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL

Votre sage-femme vous proposera un déclenchement artificiel du travail entre 41 et 42 semaines. Vous ressentirez peut-être de l'impatience, de l'anxiété ou de l'inconfort en attendant la naissance de votre bébé. Si vous choisissez de faire déclencher le travail, l'une ou plusieurs des méthodes ci-dessous vous seront proposées, en fonction de l'état de préparation de votre corps ainsi que d'autres facteurs. Le déclenchement du travail peut prendre plusieurs jours.

- Un gel ou un comprimé (comme un tampon) peut être inséré dans le vagin. Il contient de la prostaglandine, une hormone qui ramollit le col de l'utérus afin qu'il puisse se dilater plus facilement. Dans certains cas, la prostaglandine peut également provoquer des contractions de l'utérus. Cette procédure est administrée en milieu hospitalier.
- En insérant une aiguille dans le bras pour une perfusion intraveineuse (IV), on peut vous administrer une version synthétique d'ocytocine, une autre hormone qui stimule les contractions de l'utérus. Le déclenchement à l'ocytocine est uniquement pratiqué en milieu hospitalier. Comme l'ocytocine par voie IV peut provoquer de fortes contractions, le rythme cardiaque de votre bébé sera surveillé attentivement à l'aide d'un moniteur fœtal électronique (MFE). Cependant, il peut être difficile de se déplacer avec un MFE, à cause des fils qui vous relient à la machine. Vous pouvez demander si un MFE télémétrique, c'est-à-dire sans fil, est disponible dans votre hôpital.

On peut percer la poche des eaux qui entoure le bébé, ce qui déclenche souvent des contractions. Si votre sage-femme recommande la rupture des membranes amniotiques comme méthode de déclenchement, cela peut se faire à la maison, dans une clinique ou à l'hôpital. Votre sage-femme en discutera avec vous.

### **EST-CE QUE JE DEVRAIS FAIRE DÉCLENCHER MON TRAVAIL OU ATTENDRE ?**

Les recherches montrent que le déclenchement du travail entre 41 et 42 semaines réduit davantage le risque de mortinaissance comparé à un accouchement plus tardif. Le déclenchement réduit également les risques de syndrome d'aspiration méconiale et d'une césarienne non planifiée.

Cependant, les recherches sur les grossesses prolongées indiquent des taux plus élevés de césariennes quand le travail est déclenché. En effet, en 2019 en Ontario, les taux de césariennes étaient de 22% lors des déclenchements artificiels (peu importe la cause), comparé à 12% pour les cas de travail spontané.

Les personnes qui choisissent d'attendre le travail spontané souhaitent souvent éviter toute intervention inutile pendant la grossesse et l'accouchement. Le déclenchement artificiel augmente aussi les chances d'avoir une épidurale (ou péridurale, une anesthésie placée au niveau de la colonne vertébrale).

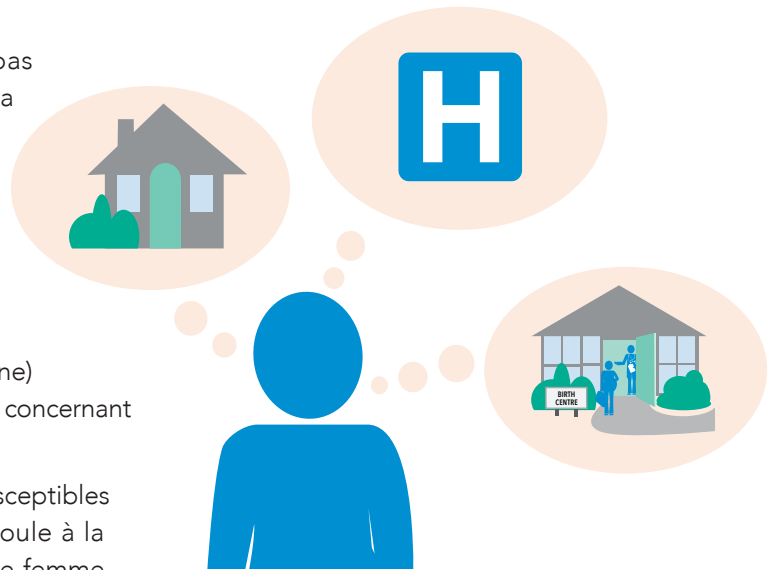
Le déclenchement peut être long et peut nécessiter plusieurs visites à l'hôpital, car la durée entre le début du déclenchement et la naissance est différente pour tout le monde.

# EST-CE QU'UNE GROSSESSE PROLONGÉE AFFECTERA MON CHOIX DU LIEU D'ACCOUCHEMENT ?

Une grossesse prolongée ne vous empêche pas nécessairement de planifier un accouchement à la maison ou au centre de naissance. Il existe peu de recherches permettant de déterminer si l'accouchement à domicile est moins sûr que celui à l'hôpital dans les cas de grossesses dépassant les 40 semaines.

Cependant, étant donné que certaines méthodes de déclenchement (gel de prostaglandine, ocytocine) sont uniquement pratiquées à l'hôpital, vos options concernant le lieu de l'accouchement peuvent être limitées.

Les bébés nés à partir de 41 semaines sont plus susceptibles d'évacuer du méconium. Si votre travail se déroule à la maison ou au centre de naissance et que votre sage-femme constate la présence de méconium, elle peut recommander un transfert à l'hôpital.

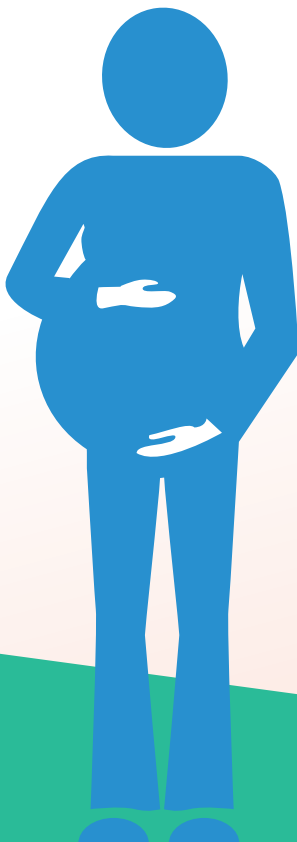


## COMMENT DÉCIDER QUELLE EST LA MEILLEURE OPTION POUR MOI ?

Plusieurs éléments doivent être pris en compte au moment de choisir entre un déclenchement artificiel et l'attente du travail spontané.

Les questions suivantes pourraient vous aider dans votre réflexion :

- Comment vous sentez-vous par rapport aux risques et aux avantages du déclenchement artificiel comparativement à l'attente du travail spontané ?
- Où voulez-vous que se déroule votre travail ? Où souhaitez-vous accoucher ?
- Êtes-vous à l'aise avec les interventions médicales lors de votre accouchement ?
- Y a-t-il d'autres facteurs qui pourraient affecter vos options (p. ex., présence d'autres conditions médicales, antécédents de naissance) ?



Tant que votre bébé est en bonne santé, il est raisonnable d’attendre que le travail commence tout seul. En attendant, la surveillance du bien-être de votre bébé permettra de veiller à ce qu’il continue à bien se porter, et aidera votre sage-femme à déterminer si le déclenchement du travail est indiqué. Si la surveillance suggère que votre bébé ne se porte plus bien dans votre utérus, le choix d’un déclenchement du travail avant que des problèmes plus graves ne se manifestent peut offrir les meilleures chances d’un accouchement normal sans complication.

## VOUS AVEZ DES QUESTIONS ?

Faites part de vos questions, inquiétudes et idées à votre sage-femme. Veuillez les écrire ci-dessous et les apporter lors de votre prochain rendez-vous.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

L’AOM s’est engagée, en vertu de sa déclaration sur l’inclusion et les droits de la personne (*Gender Inclusivity and Human Rights*), à refléter et à inclure les communautés trans, genderqueer et intersexe dans tous les aspects de son travail. Ce document contient des références à des sources qui utilisent un langage sexospécifique pour désigner les populations de personnes qui sont enceintes et qui accouchent. Afin de représenter fidèlement ces sources, il se peut que nous ayons conservé un langage sexospécifique. Nous soutenons la recherche et l’application des connaissances qui engagent et reflètent l’ensemble de la population en âge de procréer.

