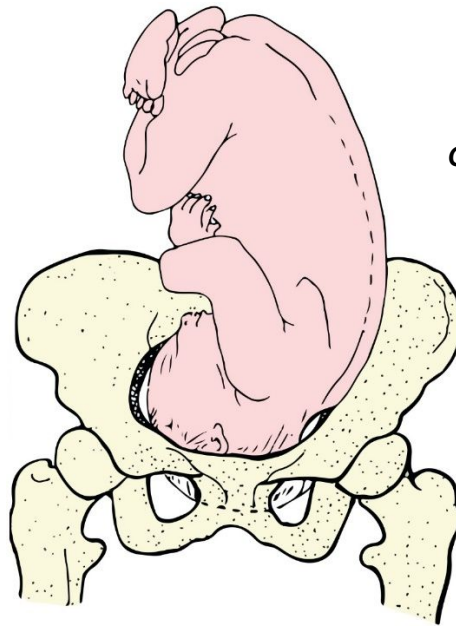




La position O.I.G.A. est la plus fréquente et la plus satisfaisante



Position O.I.G.A. :
Occipito-Iliaque Gauche
Antérieure.

La présentation en OIGA est la plus fréquente, c'est donc à celle-ci que nous allons nous intéresser plus particulièrement.

Le mobile fœtal franchi chacun des trois étages du bassin en s'adaptant et en s'orientant de la façon la plus favorable. À chacun de ces trois étages correspond un temps de l'accouchement :

- L'engagement, c'est la traversée du détroit supérieur. C'est le temps le plus important, aboutissement plus ou moins prolongé de la période de travail.
- La descente et la rotation intra-pelvienne. C'est la traversée du détroit moyen.
- Le dégagement correspond à la traversée du détroit inférieur osseux et musculaire.

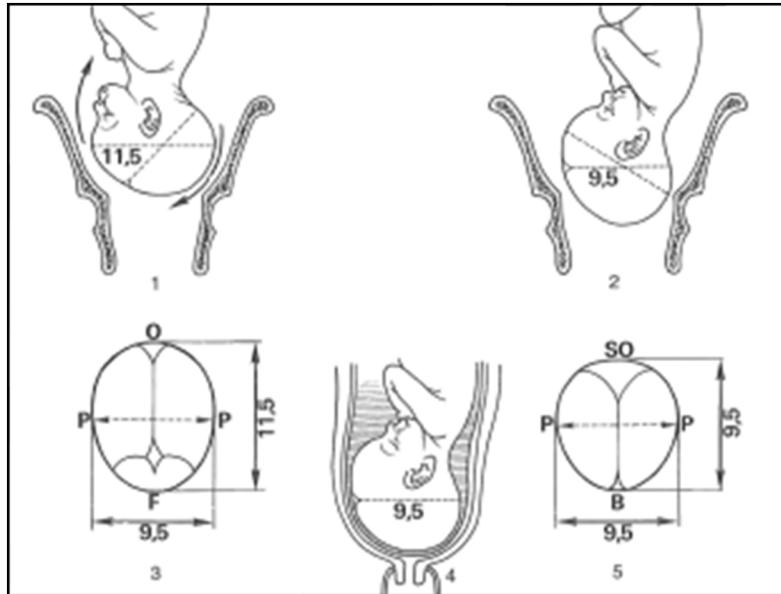
1. L'ENGAGEMENT

a. Mécanique obstétricale

L'engagement est précédé de deux phénomènes, l'orientation et l'amointrissement qui constituent l'accommodation foeto-pelvienne au détroit supérieur.

b. L'orientation

Le plus grand axe du crâne fœtal s'oriente dans l'un des grands axes obliques du bassin qui mesurent 11 cm. L'occiput est le plus souvent en avant. Le bassin étant généralement symétrique le diamètre d'engagement est déterminé par la place du tronc fœtal qui se loge plus facilement à gauche qu'à droite où se trouve son foie, d'où probablement une plus grande fréquence des présentations en OIGA (60% des présentations du sommet) et la rareté des OIDA.



FLEXION DE LA TÊTE PERMETTANT LA REDUCTION DU DIAMÈTRE D'ENGAGEMENT

c. L'amoindrissement

La présentation s'oriente mais aussi réduit au minimum ses dimensions par deux phénomènes naturels :

- La possibilité de *chevauchement des os du crâne*, l'écaïlle occipitale glissant sous les pariétaux ;
- La *flexion de la tête sur le tronc*. Le diamètre occipito-frontal devient le diamètre sous-occipito-bregmatique (sommet bien fléchi) ne mesurant que 9,5 cm et devient identique au diamètre transversal, le bipariétal.

Cette flexion est due, dans les variétés antérieures, à l'appui du front sur la margelle postérieure du bassin (plus haute que la symphyse pubienne) à laquelle correspond l'occiput foetal. L'engagement se produit de façon *synclite*.

Une flexion latérale est à l'origine d'un *asynclitisme* : l'axe de la suture médiane ne correspond plus au diamètre oblique d'engagement mais est reporté soit vers l'avant, soit vers l'arrière par un mouvement de bascule latérale. La poussée utérine engage une bosse pariétale puis l'autre.

La présentation orientée et présentant des diamètres facilement acceptables par le détroit supérieur, permet l'engagement.

d. L'engagement

Le diamètre sous-occipito-bregmatique (9,5 cm) se superpose à l'un des axes obliques du bassin (12 cm), le diamètre bipariétal s'orientant dans l'autre diamètre oblique. La région frontale de la tête foetale se loge dans l'un des sinus iliaques alors que la région occipitale correspond à la partie la plus large du détroit supérieur.

2. LA DESCENTE ET LA ROTATION

a. La mécanique obstétricale

La présentation rencontre dans l'excavation pelvienne des diamètres largement suffisants pour lui permettre de descendre au contact du plancher pelvien qui détermine sa rotation.

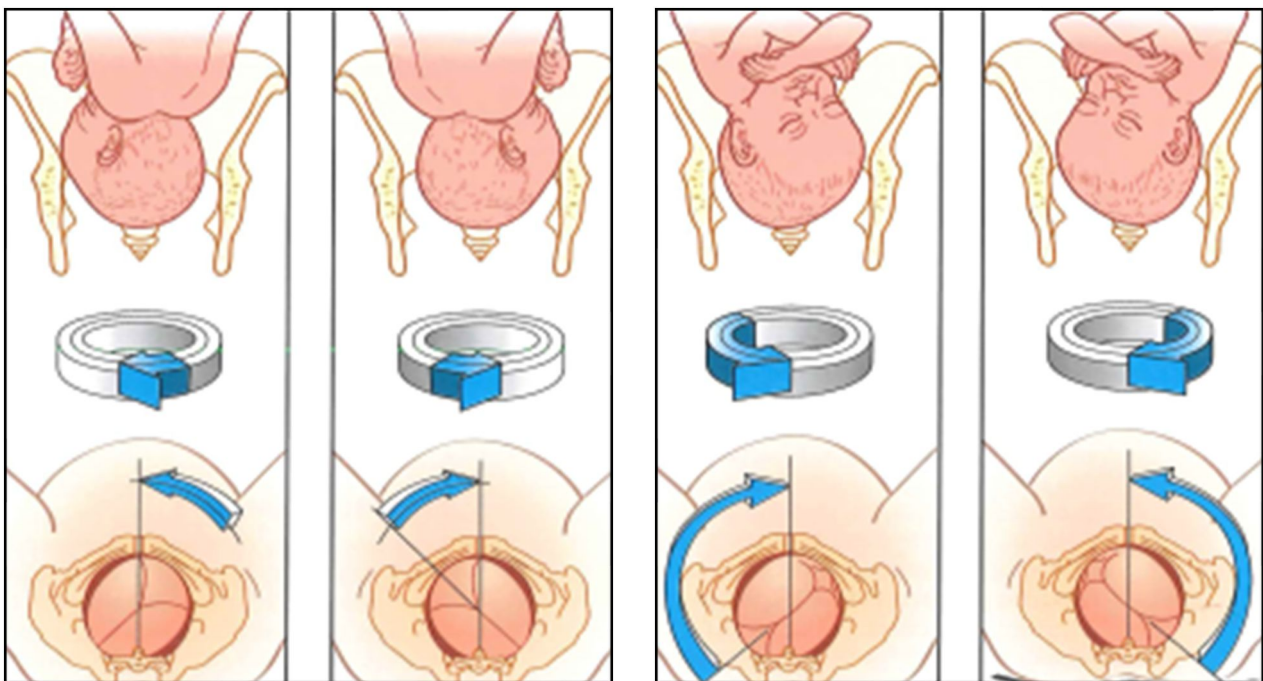
b. La descente

La présentation progresse selon l'axe d'engagement, diamètre gauche le plus souvent. Sa direction évolue progressivement au cours de la descente, passant de l'axe ombilico-coccygien au détroit supérieur à un axe horizontal par un mouvement de pivot autour de la symphyse.

c. La rotation

La présentation rencontre le puissant muscle releveur de l'anus au contact duquel se fait la rotation. Cette rotation fait toujours correspondre l'axe antéro-postérieur de la tête (diamètre sous-occipito-bregmatique) et l'axe antéro-postérieur donc selon l'axe de la boutonnière périnéale et de l'orifice vulvaire.

Une rotation de 45° quasi constante vers l'avant amène l'occiput sous la symphyse pubienne. C'est la position occipito-pubienne OP. La rotation peut être tardive et faire suite à la descente ou lui être synchrone, se produisant plus ou moins haut dans l'excavation.



VARIÉTÉ OIGA A GAUCHE ET OIGA A DROITE

VARIÉTÉ OIDP A GAUCHE ET OIGP A DROITE

3. LE DÉGAGEMENT ET L'EXPULSION AU DETROIT INFÉRIEUR

À ce niveau, la tête fœtale puis le reste du corps sont expulsés hors de la filière génitale. La mécanique obstétricale est la suivante.

a. Expulsion de la tête

La présentation bien fléchie et orientée selon l'axe antéro-postérieur franchit le plan du détroit inférieur.

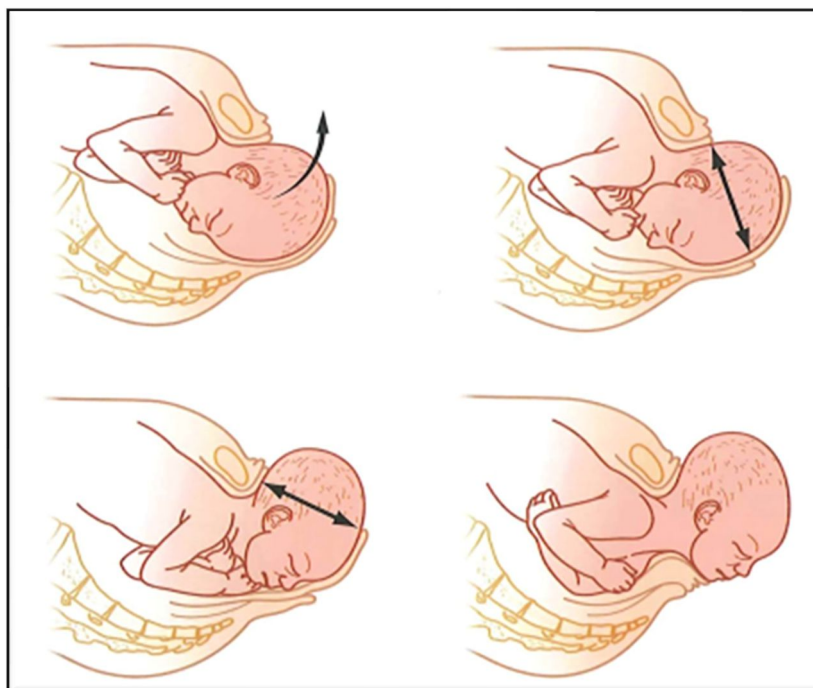
L'expulsion proprement dite commence et comporte plusieurs étapes :

Les efforts de poussée volontaires de la femme se font si possible à glotte fermée. Ils associent la contraction des muscles abdominaux et du diaphragme aux contractions utérines pour propulser la tête fœtale contre le périnée.

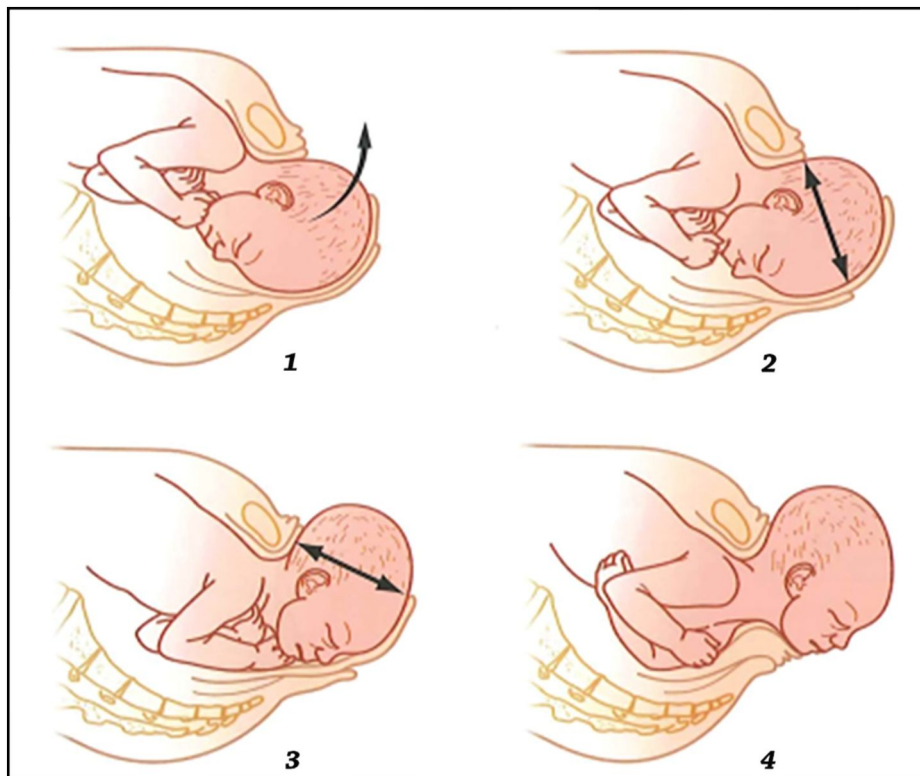
L'amplification périnéale. Sous la poussée des contractions utérines et des efforts expulsifs, la présentation refoule le coccyx vers l'arrière et vers les fibres musculo aponévrotiques périnéales. La fourchette vulvaire est repoussée en avant et en haut, l'orifice vulvaire tend à devenir horizontal.

b. Le dégagement de la tête

Grâce à la flexion de la tête la région sous-occipitale de celle-ci se cale sous la symphyse pubienne. La tête se défléchit ensuite progressivement autour du pivot formé par le bord inférieur de la symphyse, amplifiant au maximum le périnée postérieur, décrivant ainsi une courbure. Son axe d'expulsion devient presque vertical. Les différentes parties de la tête se dégagent successivement de l'occiput à la face en dernier lieu.



**DÉGAGEMENT DE LA TÊTE EN OIGA OU OIDA
LE FRONTAL EST CONTRE LE SACRUM**



LE DÉGAGEMENT DE LA TÊTE

1. Tête au détroit intérieur
2. Début de la flexion et ampliation périnéale
3. Diamètre sous occipito-bregmatique est à la vulve
4. Tête dégagée

THÉORIE DE JAROUSSE

Dans la variété de position OIGA la poussée utérine appuie l'occiput du fœtus sur l'arc antérieur du bassin. Il en résulte une force qui aura tendance à fléchir la tête et qui sera freinée par les frottements de l'occiput sur l'arc antérieur du bassin.

4. LE DÉGAGEMENT DES ÉPAULES

Une fois sortie, la tête subit un mouvement de rotation, qu'il faut parfois aider en saisissant la tête à deux mains et en amenant l'occiput du côté du dos. L'épaule antérieure est dégagée progressivement par une traction vers le bas.

Elle est exercée par les deux mains de l'accoucheur par l'intermédiaire de l'index et du médium, prenant appui uniquement sur les structures osseuses, branches inférieures du maxillaire inférieur en avant et occiput en arrière.

La traction est ensuite dirigée vers le haut pour dégager l'épaule postérieure. Une fois les deux épaules dégagées, l'accoucheur exerce une traction vers lui-même pour dégager sans difficultés le tronc et les membres.



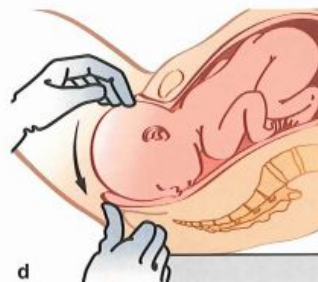
a. Avec l'index de la main gauche, la sage-femme, l'interne ou le médecin accentue la flexion de la tête pour qu'elle se fixe sous la symphyse. La main droite cherche le front à travers le périnée.



b. La main gauche maintient la flexion de la tête, et le pouce, soutenant le périnée, repousse à travers lui le front.



c. La main droite a saisi le menton à travers le périnée et fait remonter la tête. La main gauche exerce une contre-pression de façon à contrôler l'expulsion.

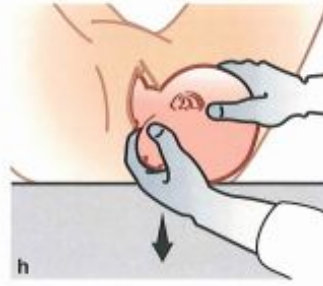


d. La grande circonférence céphalique franchit l'anneau vulvaire. C'est avec la main droite qui tient le menton que l'on fait sortir la tête, la main gauche retient l'occiput pour éviter une expulsion brutale et la déchirure du périnée. La femme ne doit pas pousser pendant cette période.

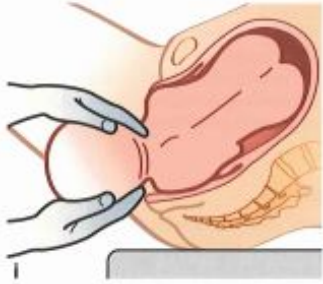




g. Réduction d'un circulaire du cordon après le dégagement de la tête. On fait passer le cordon autour de la tête de l'enfant, le dégagement des épaules va alors pouvoir se faire.



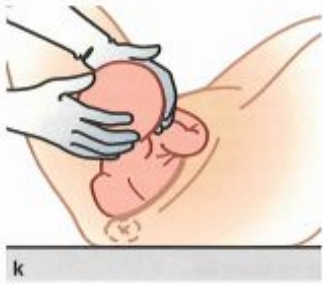
h. Dégagement des épaules : pour dégager l'épaule antérieure, la tête est saisie à deux mains, sous le menton et l'occiput, et abaissée fortement dans le sens de la flèche, sur le plan du lit.



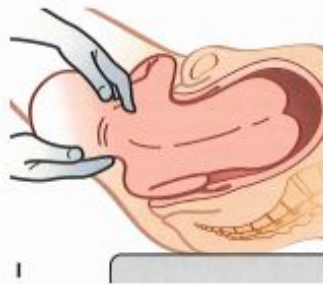
i. Dégagement de l'épaule antérieure (vue de profil) : la tête est abaissée vers le plan du lit pour fixer l'épaule antérieure sous la symphyse.



j. Dégagement de l'épaule et du bras antérieur : l'épaule étant abaissée à la vulve, le bras est extrait à son tour.



k. Dégagement de l'épaule postérieure : le bras antérieur étant dégagé, la tête, toujours saisie à deux mains, est ramenée vers le haut. On surveille le périnée pour éviter une déchirure du fait du dégagement trop brutal de l'épaule postérieure.



l. Dégagement de l'épaule postérieure vu de profil.

8 – ACCOUCHEMENT EN POSITION DU SOMMET : LES VARIÉTÉS

POSTÉRIEURES OIGP ET OIDP ★★★★★

A. Préambule

Elles représentent 39% des présentations du sommet.

Les variétés postérieures sont caractérisées par la position postérieure de l'occiput sur l'un des diamètres obliques (gauche le plus souvent).

- OIGP
- OIDP

La majorité tournent en OP (occipito-pubien) mais 5% tournent en OS (occipito-sacré) lors de l'accouchement.



Le front arrive sous la symphyse pubienne.



Flexion de la tête : le sous occiput parcourt le périnée d'arrière en avant.



Déflexion de la tête autour de la commissure postérieure de la vulve.

DÉSENGAGEMENT DE LA TÊTE EN OCCIPITO SACRE (OIGA ou OIDA)

LE FRONTAL EST SOUS LA BRANCHE PUBIENNE

B. Différences avec les variantes antérieures

Flexion moins marquée d'où une moins bonne accommodation, responsable d'une dilatation cervicale et d'un travail plus long

La descente elle aussi est plus lente. Elle ne se produit le plus souvent que lorsque la tête prend contact avec les releveurs. La rotation se fait de 135° vers l'avant au lieu de 45° pour les variétés antérieures. Il n'est donc pas rare de rencontrer des bosses séro-sanguines dont le volume reflète le degré de dystocie.

Le dégagement, le plus souvent en OP ne présente pas de particularités. Parfois, la présentation se fait en occipito-sacré une rotation de 45° vers l'arrière ayant amené l'occiput contre le sacrum. Le front est au contact de la symphyse pubienne. Le dégagement se fait alors par une flexion de la tête.

Le risque périnéal est augmenté. Le dégagement est plus traumatisant car il fait intervenir des pressions et des forces plus importantes sur la tête.

LA PRÉSENTATION PAR LE SIEGE



Dans l'accouchement céphalique eutocique, la tête fœtale est obligée de se fléchir afin de réduire son diamètre antéro-postérieur. Dans moins de 1% des cas, ce mécanisme ne se réalise pas.

Au contraire, une déflexion peut avoir lieu, soit totale dans la présentation de la face soit partielle dans la présentation du front et du bregma.

La présentation de la face est une présentation céphalique avec déflexion totale de la tête fœtale. Elle représente 0,7 à 2 pour 1000 naissances dont 80% de variétés antérieures. Le repère de la présentation est le menton

La présentation du bregma représente 0,1% des naissances.

La déflexion de la tête est partielle 1/3 ou indifférente. La grande fontanelle constitue le point de déclive dans l'axe de la filière génitale. Le repère de la présentation est le front.

La présentation du front. La déflexion de la tête fœtale est partielle au 2/3.

C'est une présentation dystocique nécessitant une césarienne systématique.

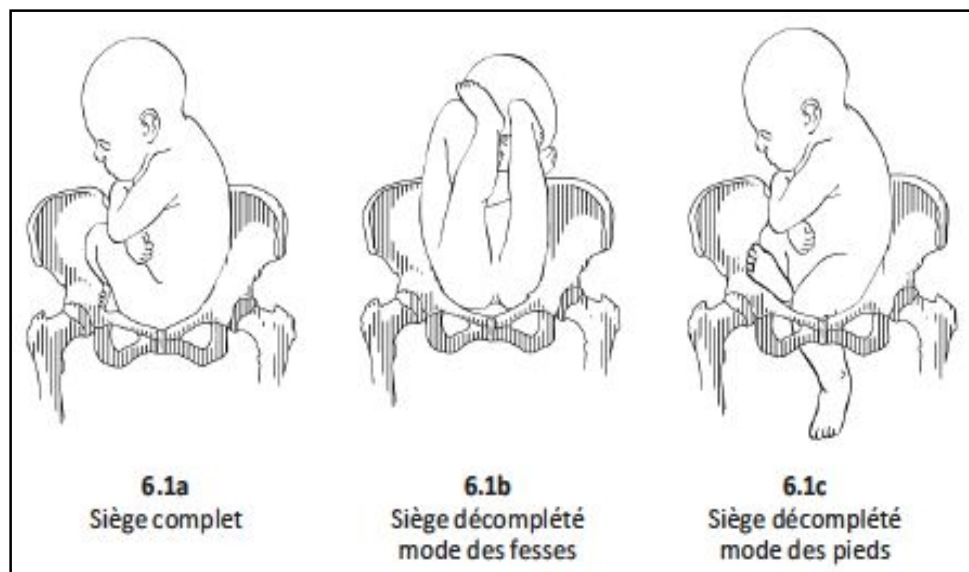
LA PRÉSENTATION PAR LE SIEGE ★★★★★

A. Préambule

Elle se définit par la présence du pôle pelvien fœtal au contact du DS et du pôle céphalique au niveau du fond utérin. Sa fréquence était de 4,7 % lors de la dernière étude périnatale de 2010.

Plusieurs types de présentation du siège peuvent exister :

- Le siège semi-décomplété : un des membres est en extension devant le fœtus, l'autre en flexion.
- Siège complet : le fœtus est assis en tailleur au détroit supérieur cuisses et jambes fléchies augmentant le diamètre de la présentation particulièrement irrégulière. Moins d'un tiers des cas, le plus souvent chez les multipares.
- Siège décomplété mode des fesses : les membres inférieurs sont relevés en attelle les pieds arrivant au niveau de la tête fœtale. Cette présentation plus fréquente chez des primipares est rencontrée dans 2/3 des cas.



À la différence de l'accouchement en présentation céphalique, dans la présentation du siège, la tête ne sera pas confrontée aux butées du bassin osseux pour se fléchir.

De plus le phénomène d'accommodation par déformation plastique de la voûte crânienne ne peut avoir lieu car la tête doit franchir rapidement le DS (quand le siège est dehors, la tête n'est pas encore engagée). C'est ce qui explique un diagnostic facile, de manière rétrospective, d'un nouveau-né né par le siège dans les suites de couches immédiates, par la simple observation du crâne et cela quel que soit le mode d'accouchement, voie basse ou césarienne.

Ainsi il est important que le mobile fœtal constitue un bloc homogène avec solidarisation de la tête en flexion, du tronc et des membres. Lors de l'accouchement, le mobile fœtal doit évoluer comme un tout. Il faut donc que la tête fléchisse au-dessus du DS, le reste en abordant celui-ci. Il est donc capital d'éviter les mouvements de traction intempestifs sur le fœtus car la tête se défléchira et les bras se relèveront.

IMPORTANT

Lorsque le siège est déjà dehors, la tête n'est pas encore engagée,

Dans la progression du fœtus dans le bassin, les différents segments du fœtus peuvent s'accrocher où se relever,

Le volume des segments fœtaux qui traversent successivement la filière pelvienne va augmenter alors que leur compressibilité va diminuer,

Les diamètres du fœtus sont progressivement croissants : diamètre bitrochantérien (9 cm) puis diamètre bisacromial (12 cm réductible par tassement à 9,5 cm) et pour terminer le diamètre bipariétal (9,5 cm).

La petite extrémité est première, on comprend alors que les difficultés sont croissantes.

L'accouchement en présentation du siège se compose de "trois accouchements successifs".

L'accouchement du siège, puis des épaules et enfin de la tête.

B. L'accouchement du siège

Le diamètre bitrochantérien s'oriente dans un diamètre oblique du bassin

L'engagement en SIGA est le plus fréquent, le diamètre bitrochantérien se retrouve dans le diamètre oblique gauche du bassin maternel.

Une rotation de 45° ou de 1/8^e de tour (vers l'avant pour les variétés antérieures, vers l'arrière pour les variétés postérieures) amène le diamètre bitrochantérien dans le diamètre antéro postérieur du DI. Le sacrum se retrouve toujours en transverse. La hanche antérieure se cale sous la symphyse, entraînant une inflexion du tronc, puis la hanche postérieure se dégage en balayant la concavité sacro-coccygienne, puis toute la longueur du périnée postérieur distendu jusqu'au franchissement de la commissure vulvaire

Ce mouvement est plus ou moins facile selon que le siège est complet ou décomplété :

- Facile dans le siège complet grâce à l'incurvation latérale du tronc du fœtus : les membres inférieurs se dégagent avant le siège.
- Plus difficile dans le siège décomplété car les membres inférieurs relevés en attelle le long du tronc, le rigidifiant, ils empêchent son incurvation latérale. Le siège se dégage avec les membres inférieurs en pointant vers le haut "comme un monolithe".

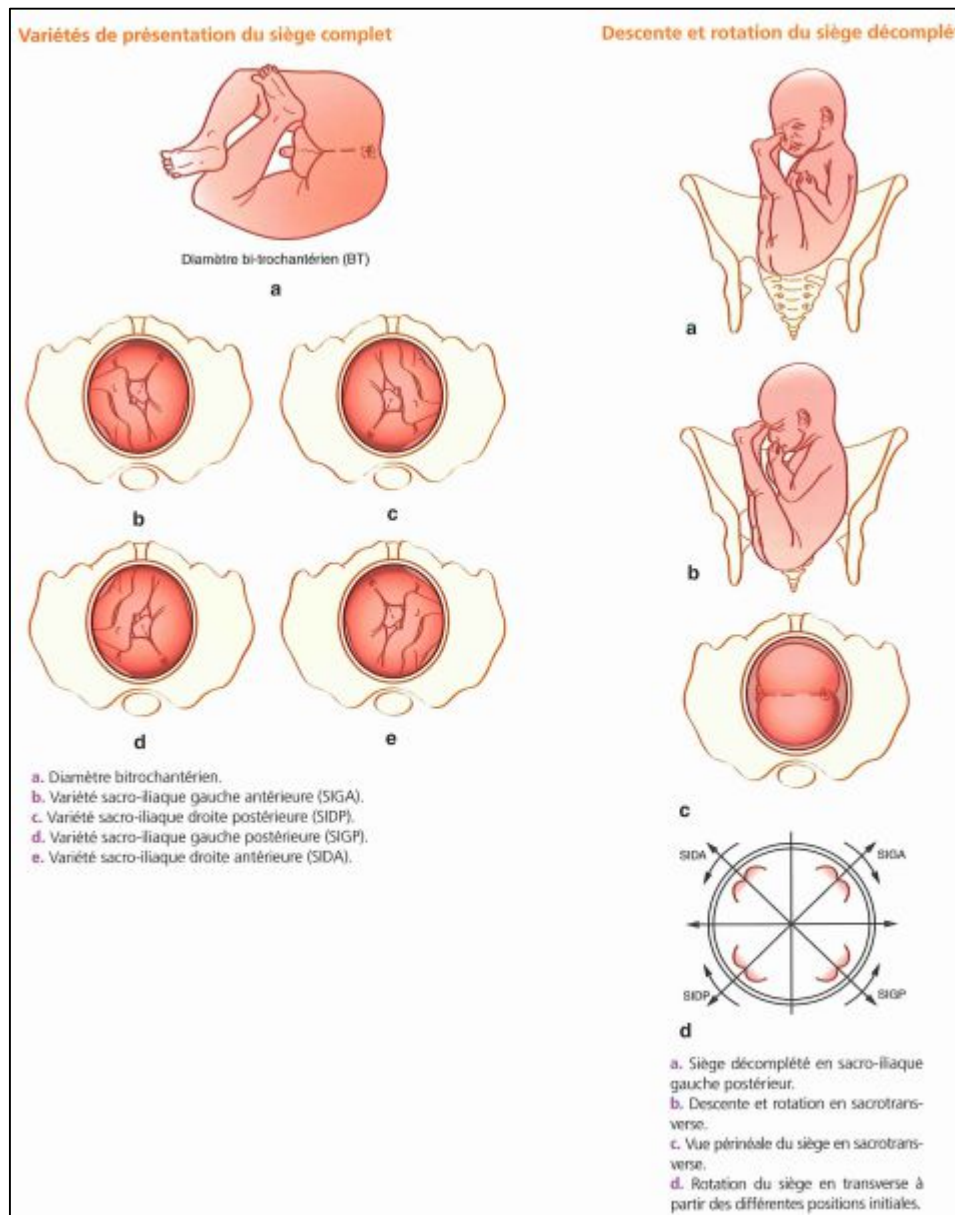
C. L'accouchement des épaules

Dès que le siège se dégage, l'engagement des épaules au détroit supérieur s'effectue. Les épaules entrent en contact avec le DS, le diamètre bisacromial s'engage :

- Dans le même diamètre oblique que le bitrochantérien dans les variétés antérieures par un mouvement de restitution.
- Dans le diamètre opposé dans les variétés postérieures, le fœtus continue alors son mouvement de spire qui amène le dos en avant.

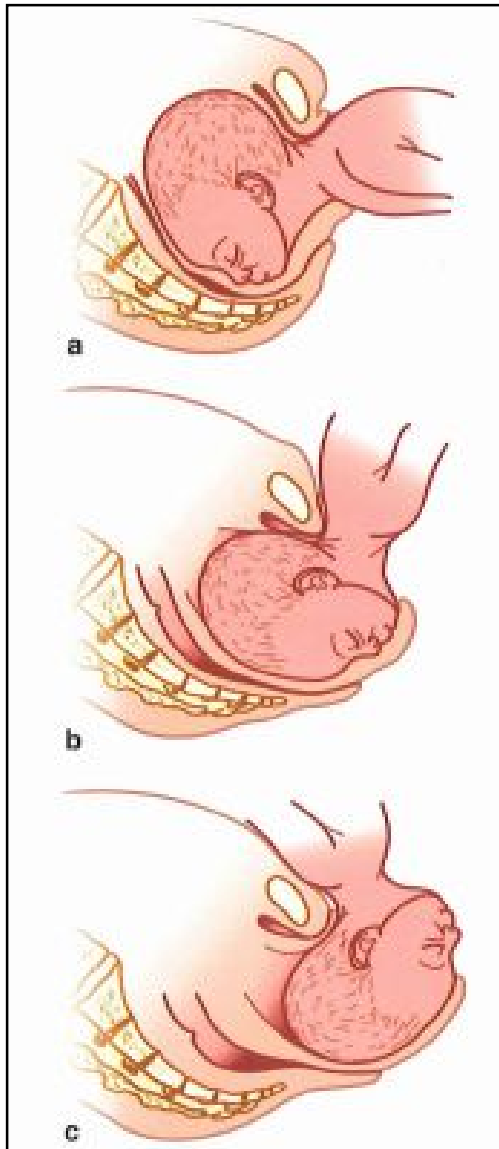
Le dos tournant en avant, les épaules se dégagent en général en transverse. Puis comme par une sorte d'asynclitisme, les bras tombent l'un après l'autre hors de la vulve en même temps que le dos tourne en avant.

Une rotation accidentelle du dos en arrière est gravissime pour le fœtus, entraînant l'accrochage du menton sous la symphyse.



D. L'accouchement de la tête

L'engagement de la tête s'effectue en même temps que la descente et le dégagement des épaules. La tête bien fléchie s'engage dans le diamètre opposé à celui des épaules. La tête engagée tourne en occipito-pubien et se fixe sous la symphyse. Le dégagement s'effectue autour de ce point d'appui.



L'occiput se fixe sous la symphyse pubienne.

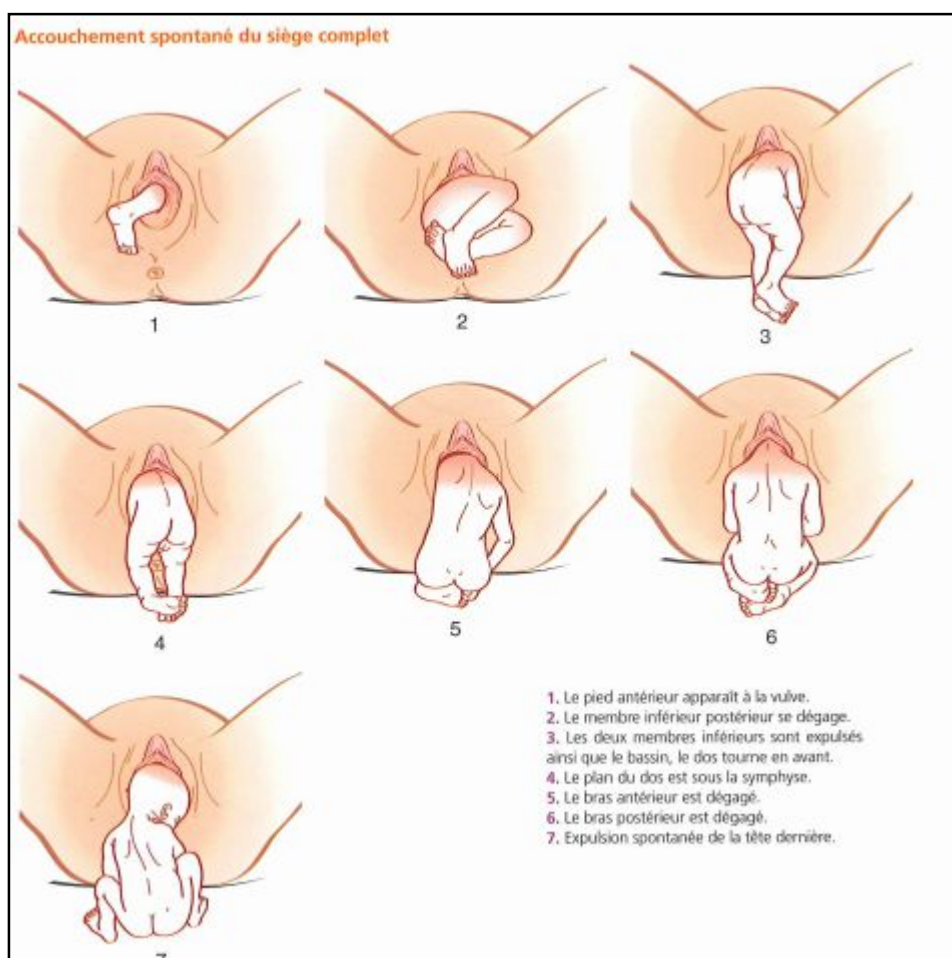
La tête se défléchit sur la symphyse pubienne.

La face apparait à la vulve.


MÉCANISME DE DÉGAGEMENT DE LA TÊTE

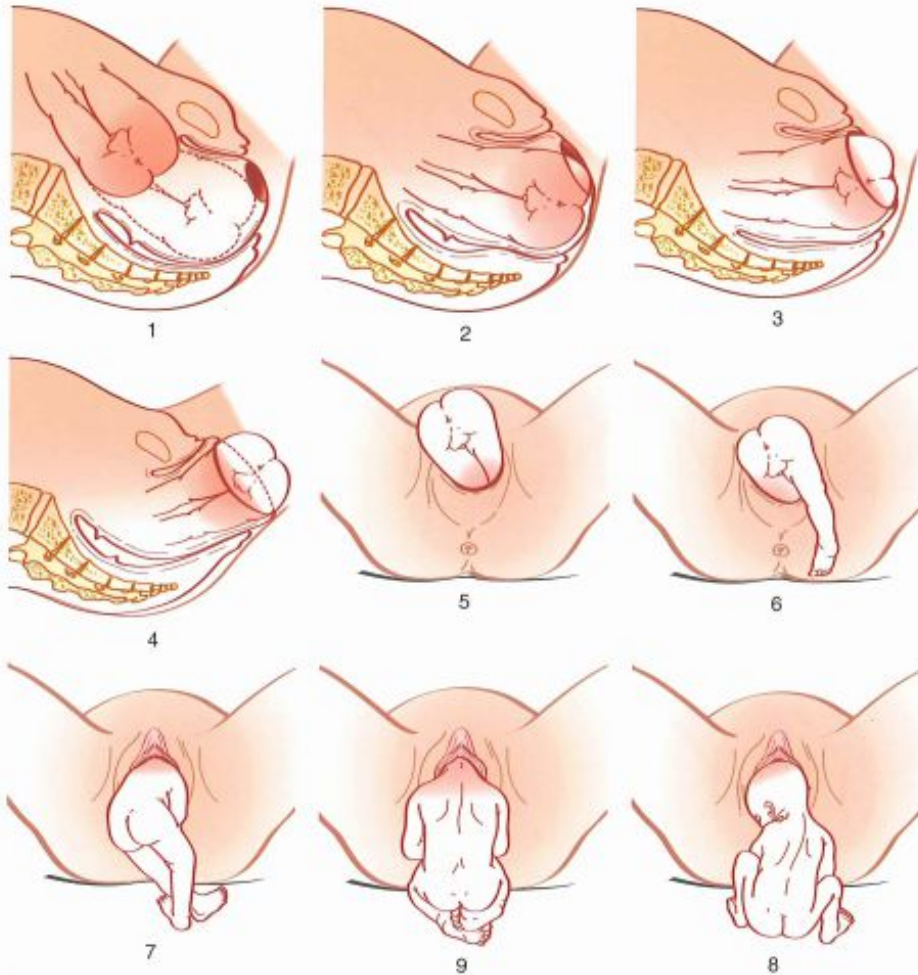
L'accouchement selon la méthode de Vermelin

L'accouchement selon la Méthode de Vermelin respecte le mécanisme spontané de l'accouchement en présentation du siège, qu'il soit complet ou décompleté.



Méthode de Vermelin

Accouchement spontané du siège décompleté 



1. Engagement du siège en transverse.
2. Descente du siège sur le périnée.
3. Début de l'expulsion du siège.
4. Le siège se dégage verticalement.
5. Le siège apparaît à la vulve, dos en avant, les membres inférieurs redressés sur le ventre du fœtus forment une « attelle ».
6. Dégagement du membre inférieur antérieur.
7. Dégagement du membre inférieur postérieur et du bras antérieur.
8. Dégagement des deux épaules.
9. Expulsion spontanée de la tête.

MANŒUVRE DE VERMELIN



A. Définition

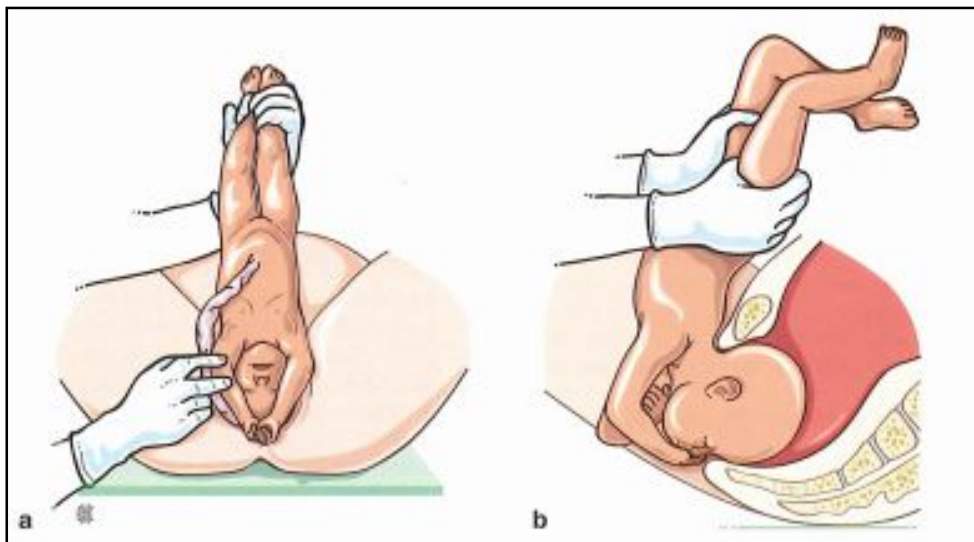
Elle est une aide au dégagement de la tête fœtale quand celle-ci est descendue en partie basse.

B. Technique

Le siège se dégage.

Les épaules se dégagent jusqu'à la pointe des omoplates.

La tête est en partie basse : le sous-occiput est sous la symphyse.



LA MANOEUVRE DE BRACHT

C. Principes

Aucune traction n'est utilisée.

La manœuvre doit être réalisée avec douceur.

Il s'agit de retourner le fœtus sur le ventre de sa mère en le saisissant par les membres inférieurs : Les pouces de l'opérateur sont placés sur la face interne des cuisses. Les autres doigts sont sur les fesses.

Il faut accompagner le retournement progressif du fœtus.

Le dos fœtal prend contact avec le ventre maternel.

La nuque pivote autour de la symphyse et la tête se dégage en déflexion.

A. Définition

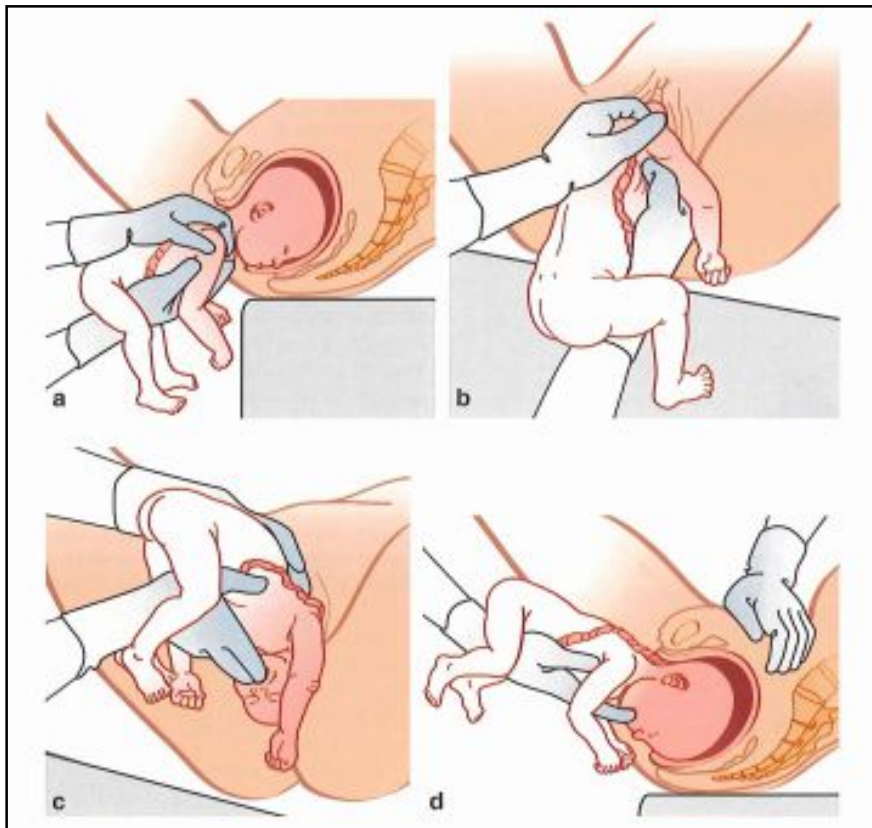
Elle est réservée à l'extraction de la tête fœtale partiellement défléchie et retenue au niveau du détroit Moyen.

L'objectif est de compléter la flexion de la tête afin de pouvoir l'orienter si nécessaire et la faire descendre dans l'excavation et la dégager à la vulve en flexion.

B. Technique

Les membres inférieurs du fœtus et le siège se dégagent spontanément sous l'effet des efforts expulsifs de la mère.

Le dos et les épaules se dégagent à la vulve jusqu'à ce que la pointe des omoplates soient visibles, la tête est alors située dans l'excavation.



LA MANOEUVRE DE MAURICEAU

L'enfant est placé à cheval sur l'avant-bras de l'opérateur.

L'index et le médus de la main ventrale de l'opérateur sont placés dans la bouche de l'enfant jusqu'à la base de la langue. Attention à ne pas appuyer sur le bord du maxillaire inférieur.

L'index et le médus de l'autre main sont de chaque côté du cou pour faciliter la traction du fœtus. Attention à ne pas prendre appuis sur les clavicules.

1. Premier temps : FLEXION DE LA TÊTE

Effectuer une flexion de la tête par appui sur la base de la langue puis, si la tête est orientée dans un diamètre oblique, il faut effectuer une rotation de la tête pour l'amener dans le diamètre antéro-postérieur avec l'occiput sous la symphyse.

2. Deuxième temps : TRACTION DU FŒTUS

Ensuite on exerce une traction du fœtus, dans l'axe ombilico coccygien, pour amener le sous-occiput sous le bord inférieur de la symphyse.

Relèvement progressif du fœtus tête fléchie.

La tête formant bloc avec le corps du fœtus se dégage fléchie à la vulve.

Quand la face apparaît à la vulve, certains auteurs terminent le dégage de la tête par une manœuvre de BRACHT, la tête se dégage alors en position défléchie et non plus fléchie. On parle alors de manœuvre de BRACHT-MAURICEAU.

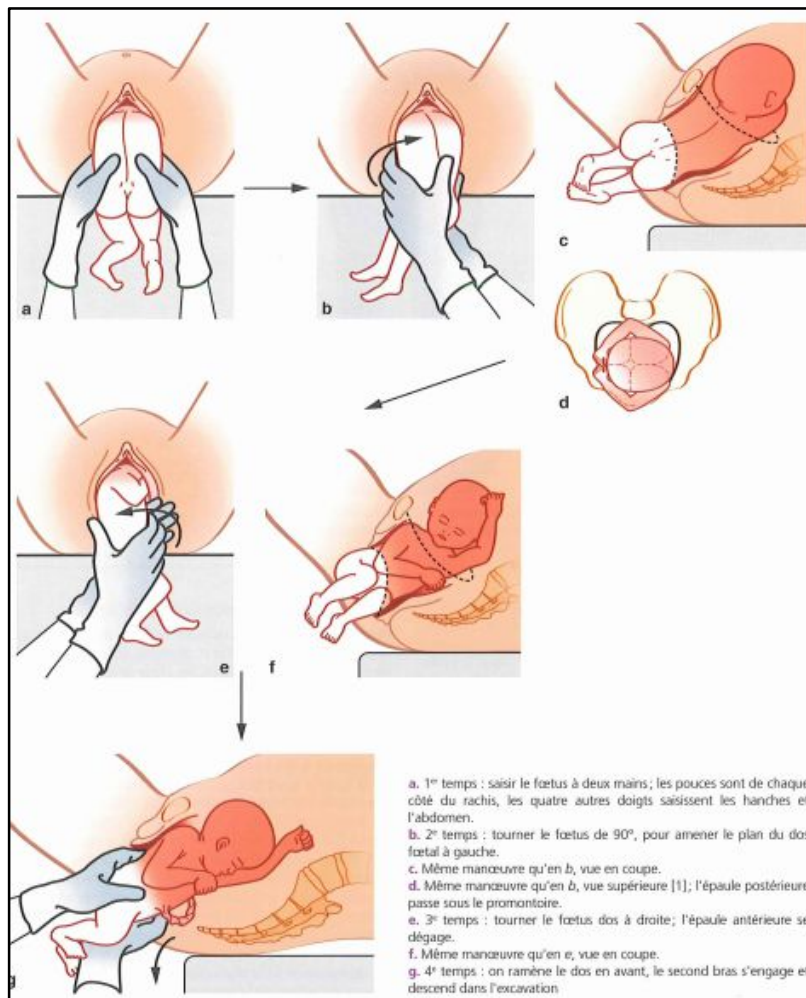
A. Définition

Cette manœuvre permet d'extraire l'enfant, sans risque de relèvement des bras, alors que les pointes des omoplates ne sont pas encore visibles ou si celles-ci commencent à s'écarter.

Certaines équipes l'utilisent à titre systématique pour réduire le temps d'expulsion.

B. Technique

Il s'agit d'une manœuvre de double rotation qui s'effectue alors que les épaules sont au niveau du Déroit Supérieur.



LA MANŒUVRE DE LOVSET

Avant de commencer la manœuvre de double rotation de 180°, il faut orienter le diamètre bisacromial dans l'axe antéro-postérieur, s'il ne l'est déjà pas.

Il faut également effectuer une anse au cordon.

Le fœtus est saisi par le bassin entouré d'un champ, les 2 pouces de l'opérateur sont placés sur le sacrum, les 2ème et 3ème doigt sur l'aile iliaque.

1. Premier temps : ACCOUCHEMENT DES ÉPAULES

Le fœtus est saisi par le bassin entouré d'un champ, les 2 pouces de l'opérateur sont placés sur le sacrum, les 2^{ème} et 3^{ème} doigt sur l'aile.

Quand les épaules sont dans l'axe antéro-postérieur, l'anse au cordon étant faite, l'opérateur effectue une 1ère rotation de 180° en ayant soin de garder le dos en avant. Le premier bras peut être abaissé avec un doigt glissé le long de l'humérus jusqu'au pli du coude.

Une deuxième rotation de 180° en gardant toujours le dos en avant va permettre le dégagement du deuxième bras spontanément ou avec un accompagnement comme pour le premier bras.

2. Deuxième temps : ACCOUCHEMENT DE LA TÊTE

Si la tête est bien fléchie l'opérateur effectue une manœuvre de BRACHT

Si la tête est mal fléchie l'opérateur effectue une manœuvre de MAURICEAU.

8 – ÉTUDE DES DÉFORMATION DE LA TÊTE SELON LES PRÉSENTATIONS



Il semble que depuis la conception, le crâne subisse un véritable apprentissage de sa structure. Tout est naturellement prévu pour que le fœtus trouve sa place et se développe harmonieusement durant les neuf mois de gestation dans l'utérus maternel.

Après cette hibernation tranquille et prolongée, mais confortable, il doit affronter le monde extérieur, en exécutant un véritable « parcours du combattant ». Cette épreuve parsemée d'embûches, de difficultés, va le rendre apte à affronter la vie, à la fois au niveau de son fonctionnement, mais aussi et surtout de sa structure.

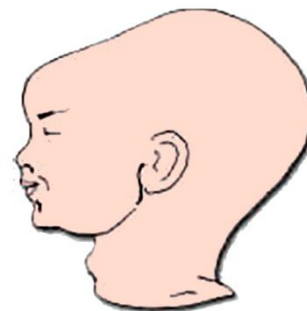
Le véritable modelage, malaxage, reste le seul moyen, s'il s'instaure d'une façon non brutale, sans stress et sans imprévu, de stimuler à la fois les diverses fonctions intracrâniennes et les éléments neurologiques. Il permet simultanément, une meilleure activation des divers points d'ossification intracrânien. De plus, ces différentes phases autorisent l'homogénéité, l'harmonie et l'esthétique du crâne.

Il nous est possible ainsi de comprendre comment une césarienne peut provoquer un déficit et des lésions structurelles crâniennes.

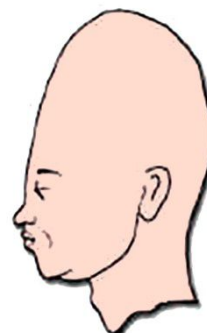
Malgré toutes les pressions, le chevauchement des différentes pièces osseuses, le crâne reprend, seul, la plupart du temps, sa normalité en s'auto-corrigeant. De même, les pleurs, les cris du nouveau-né, la pression de sa langue lors de l'allaitement, les changements de sa position au berceau ou au bras de sa mère et l'action des fluctuations du LCR contribuent à corriger rapidement les petites disparités existantes et rééquilibrent les tensions des membranes intracrâniennes.

De ce fait, quand tout est normal, une harmonisation de toutes ces structures doit s'opérer naturellement dans la semaine suivant l'accouchement.

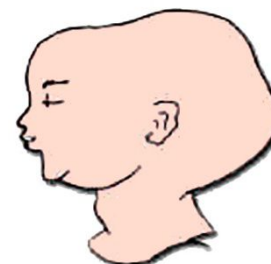
Cette mécanique, obstétricale et crânienne, est pour ainsi dire physiologique. Pour qu'il en soit ainsi, il faut que chaque phase précédemment décrite, soit respectée et s'organise dans l'espace-temps d'une façon harmonieuse sans rupture de rythme et sans hiatus.



**Présentation par le
somet occipito-**



**Présentation par le
somet occipito-inférieur**



Présentation parla face



Présentation pare front

8 – ÉVOLUTION DU FŒTUS ★★★★★



13^{ème} semaine



17^{ème} semaine



19^{ème} semaine



23^{ème} semaine



32^{ème} semaine