

De la théorie à la pratique

Vous trouverez toutes les activités de ce livre ainsi que quelques exemples de projets de naissance sur le site www.coursprenataux.com.

Pour compléter la préparation prénatale du présent cours, vous pouvez mettre en pratique vos connaissances. L'activité 1 vous permettra de mieux connaître la philosophie de votre maternité, en vue de la naissance de votre enfant. L'activité 2, elle, vous permettra d'amorcer la rédaction de votre projet de naissance, si vous le désirez.

ACTIVITÉ 1 : À LA DÉCOUVERTE DE LA PHILOSOPHIE DE VOTRE LIEU D'ACCOUCHEMENT

Lors d'une visite de votre lieu d'accouchement, ou lors d'une consultation chez votre médecin ou votre sage-femme, vous pouvez aborder les 10 points suivants.

Lors d'un accouchement sans complications, quel est votre protocole concernant les aspects ci-dessous ?

1. La présence d'internes en médecine pendant l'accouchement :

Si oui, est-ce possible de limiter leur présence auprès de la mère à un interne à la fois par quart de travail ?

Oui Non

2. L'hydratation et l'alimentation :

Perfusion (soluté)

Oui Non

ou

Boire de l'eau et des jus

Oui Non

ou

Manger légèrement en début de travail

Oui Non

3. La surveillance foetale :

Monitoring foetal électronique continu

Oui Non

ou

Monitoring électronique intermittent

Oui Non

ou

Auscultation foetale intermittente

Oui Non

Est-il possible de faire la surveillance dans une position verticale, qui met à profit la gravité ?

Oui Non

4. Les outils mis à la disposition des parents pour la gestion naturelle de la douleur :

Un ballon

Oui Non

Un bain à remous

Oui Non

Une chaise de massage

Oui Non

Une barre de squat sur le lit en vue de la poussée

Oui Non

Un tabouret de naissance

Oui Non

Autres outils : _____

5. L'analgésie péridurale :

Proposez-vous une analgésie qui permet à la mère de bouger légèrement ou, du moins, qui est faiblement dosée ?

Oui Non

Est-il possible que la mère dose le médicament elle-même par l'entremise d'une pompe ?

Oui Non

6. Les positions en vue des poussées et l'épisiotomie :

Êtes-vous ouvert à ce que la mère adopte des positions verticales, mettant à profit la gravité pendant l'expulsion du bébé ?

Oui Non

Pratiquez-vous l'épisiotomie en dernier recours seulement ?

Oui Non

7. Le clampage du cordon ombilical :

Clampage précoce (immédiatement après la naissance)

Oui Non

Clampage tardif (après deux ou trois minutes)

Oui Non

8. L'allaitement :

Favorisez-vous l'allaitement maternel ?

Oui Non

Quelle est votre philosophie en matière d'allaitement, notamment pour les mères qui accouchent par césarienne ou d'un bébé prématuré ?

9. La vitamine K (à quel moment après l'accouchement ?) : _____

À la pouponnière

Oui Non

Dans la même chambre que les parents

Oui Non

10. L'onguent dans les yeux

Oui Non

11. Le repos récupérateur après l'accouchement :

Permettez-vous à la mère et au bébé de dormir quelques heures après une première mise au sein ? (voir la page 156)

Oui Non

ACTIVITÉ 2 : RÉDACTION DE VOTRE PROJET DE NAISSANCE

Pour vous aider à composer votre document, voici un modèle de projet de naissance avec espaces à remplir, aussi téléchargeable depuis le site Internet du présent ouvrage : www.coursprenataux.com. Une fois que votre projet de naissance sera terminé, ouvrez la communication à ce sujet avec votre médecin ou votre sage-femme. Dans les prochains cours du présent ouvrage, vous acquerez les notions nécessaires pour le remplir parfaitement. N'hésitez pas à transformer l'exercice en activité de *scrapbooking*, en agrémentant votre projet de naissance de photos et de dessins. Soyez créatifs ! Ce document, à photocopier ou à retranscrire, peut devenir un souvenir pour votre enfant.

Nom de la mère : _____

Allergies et toute condition médicale importante (ex. : diabète) (s'il y a lieu) : _____

Nom du père : _____

Nom des personnes accompagnatrices (s'il y a lieu) : _____

Nom du médecin et/ou de la sage-femme : _____

Date présumée d'accouchement : _____

Date des dernières règles : _____

Nom du bébé : _____

Merci à l'équipe médicale de participer à cette belle aventure !

Ambiance désirée dans la chambre (ex. : calme et relaxante ; lumières tamisées ; voix basses ; etc.)

| | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Pouvoir choisir les positions pour le travail et la période expulsive. | Oui <input type="radio"/> | Non <input type="radio"/> |
| Perfusion (soluté) lors de l'admission à la maternité. | Oui <input type="radio"/> | Non <input type="radio"/> |
| Pas de perfusion (soluté) (si pas de médication nécessaire). | Oui <input type="radio"/> | Non <input type="radio"/> |
| Pouvoir boire et manger légèrement si possible en début de travail. | Oui <input type="radio"/> | Non <input type="radio"/> |
| Monitoring fœtal continu. | Oui <input type="radio"/> | Non <input type="radio"/> |
| Monitoring fœtal intermittent. | Oui <input type="radio"/> | Non <input type="radio"/> |
| Auscultation fœtale intermittente avec Doppler (si possible à la maternité). | Oui <input type="radio"/> | Non <input type="radio"/> |
| En position mettant à profit la gravité. | Oui <input type="radio"/> | Non <input type="radio"/> |

Soulagement de la douleur

- Péridurale déambulatoire ou dosée avec pompe si possible. Oui Non
- Ne pas offrir la péridurale, on en fera la demande au besoin (après 3 cm). Oui Non
- Mobilité, marche. Oui Non
- Ballon. Oui Non
- Bain. Oui Non
- Massage. Oui Non
- Points d'acupression (méthode Bonapace, voir la page 101). Oui Non
- Pensées positives, visualisation, sophrologie. Oui Non

Accélération du travail

- Marcher, changer de positions (verticales). Oui Non
- Stimulation des mamelons, points d'acupression. Oui Non
- Ocytocine synthétique seulement en dernier recours. Oui Non

Touchers vaginaux

- Faits par le même professionnel de la santé autant que possible. Oui Non

Expulsion

- Spontanée, selon le réflexe d'expulsion de la mère. Oui Non
- Dirigée par le médecin ou la sage-femme. Oui Non

Naissance du bébé

- La mère va chercher le bébé. Oui Non
- Le père va chercher le bébé et le donne à la mère. Oui Non
- Les parents vont chercher le bébé ensemble. Oui Non
- Le médecin ou la sage-femme donne le bébé à maman. Oui Non

En cas de césarienne

- À quel moment si la césarienne est planifiée durant la grossesse? _____
- Le nom de la personne accompagnatrice en salle d'opération, si permis: _____
- Explications de la chirurgie. Oui Non
- Contact joue à joue de la mère avec le bébé. Oui Non
- Contact peau à peau avec la mère en salle de réveil Oui Non
- ou avec le père en attendant que la mère sorte de la salle de réveil. Oui Non
- Bébé allaité le plus tôt possible. Oui Non
- Ne donner aucune sucette ni aucun biberon ou supplément de lait commercial. Oui Non

Cordon ombilical

- Attendre que les pulsations cessent avant de clamper. Oui Non
- Attendre _____ minutes Oui Non
- Don de sang du cordon ombilical à l'Établissement français du sang. Oui Non
- Qui coupera le cordon? Oui Non
- Père. Oui Non
- Mère. Oui Non
- Médecin ou sage-femme. Oui Non

Voies nasales

- Désobstruction des voies nasales et respiratoires si nécessaire. Oui Non
- Bébé tousse et expulse ses sécrétions s'il n'y a pas de complications. Oui Non

Chaleur

- Bébé en contact peau à peau avec la mère. Oui Non
- Bébé en contact peau à peau avec le père. Oui Non

Vitamine K chez le nouveau-né

- Faits après 2 heures de vie. Oui Non
- Faits dans la chambre. Oui Non
- Faits à la pouponnière. Oui Non

Crème antibiotique dans les yeux du bébé

- Oui Non

Allaitement

- Maternel sur demande, sans sucette, ni biberon, ni suppléments. Oui Non
- Lait tiré de la mère ou suppléments donnés avec un dispositif d'aide à l'allaitement (tube), au compte-gouttes, à la cuillère ou au gobelet (si problèmes d'allaitement). Oui Non
- Préparations pour nourrissons à la demande de la mère seulement. Oui Non

Premier bain

- Selon la routine hospitalière. Oui Non
- De retour à la maison. Oui Non
- Donné par le père ou la mère. Oui Non
- Donné par le personnel hospitalier. Oui Non

Bébé prématuré ou malade

- Méthode kangourou (si possible [voir la page 77]). Oui Non
- Si le bébé est transféré à un autre hôpital, son père restera avec lui. Oui Non
- Allaitement maternel dès que possible. Oui Non
- Lait maternel donné au compte-gouttes, à la tasse ou avec un dispositif d'aide à l'allaitement (tube) (si problèmes d'allaitement). Oui Non
- Bébé nourri au biberon (préparations pour nourrissons) par les parents ou la sage-femme. Oui Non

Téléphone en cas d'urgence : _____

Signature des parents : _____
