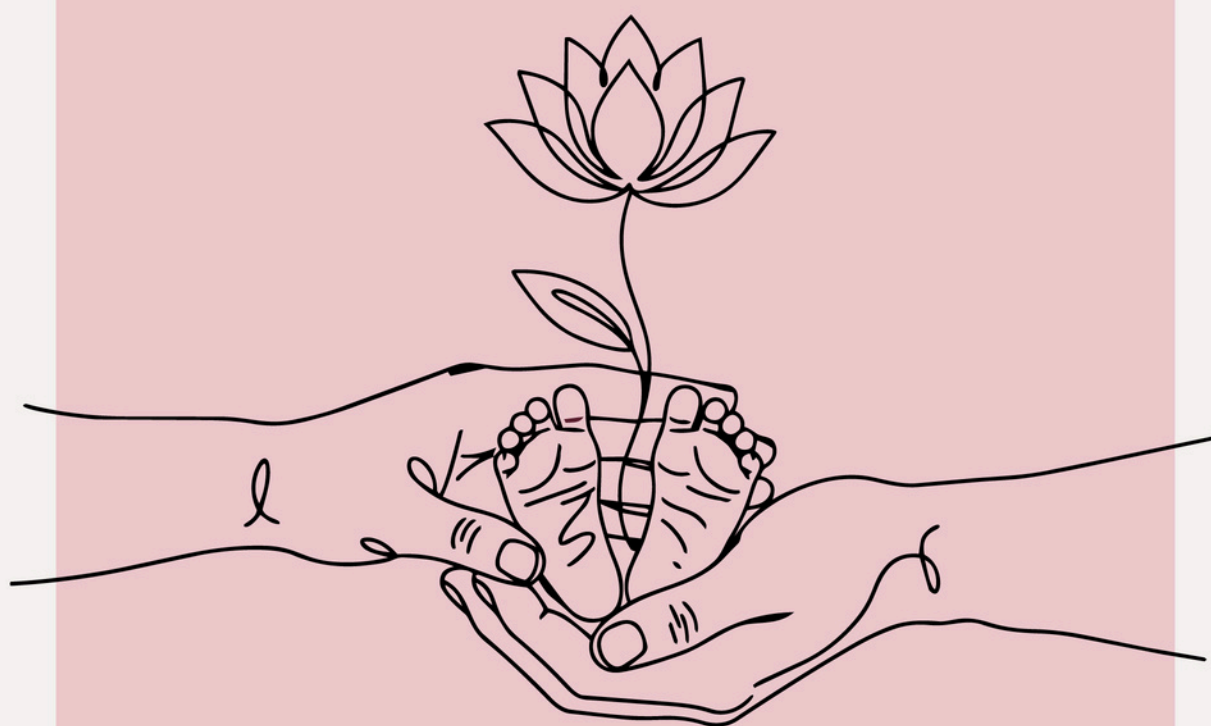


LE SÉJOUR À LA MATERNITÉ



Le guide essentiel pour vivre cette étape
sereinement et en *confiance*

Mentions légales

© 2026 Maison Lenka - Tous droits réservés

Ce guide est protégé par le droit d'auteur. Toute reproduction, diffusion ou utilisation commerciale, même partielle, est strictement interdite sans autorisation écrite préalable de l'auteur.

Auteur




Auxiliaire de puériculture spécialisée en maternité avec une expérience dans des hôpitaux publics et privés, de niveaux 1, 2 et 3.

Avertissement médical

Les informations contenues dans ce guide sont à but informatif uniquement et ne remplacent en aucun cas un avis médical personnalisé. Chaque grossesse et chaque accouchement sont uniques. En cas de doute ou de question concernant votre santé ou celle de votre bébé, contactez toujours l'équipe soignante de votre maternité.

Sommaire

PRÉPARATION	1-5
1. Introduction	1
2. Comment choisir sa maternité?	2
3. Vos droits légaux	3
4. Votre équipe de soutien	4-5
CHAPITRE 1 – LES URGENCES GYNÉCOLOGIQUES	6-23
1. Le début d'une grande aventure	7
2. Votre arrivée à la maternité	13
3. La décision	19
CHAPITRE 2 – LA SALLE DE NAISSANCE	24-70
1. Une équipe autour de vous	26
2. Les appareils médicaux utilisés	30
3. Le grand voyage de l'accouchement	35-61
– Le travail	36
– L'expulsion	47
– La délivrance	60
4. Les premières heures de surveillance	62
– Bonus : Paroles de soignants	69
CHAPITRE 3 – LES SUITES DE COUCHES	71-102
1. Votre nouveau cocon à la maternité	72
2. Votre corps après l'accouchement	75
3. Votre bébé au cœur des soins	78-102
– L'alimentation	81
– Les soins et l'observation au quotidien	89
– Comprendre et apaiser les pleurs	96
– Le sommeil et la célèbre "nuit de la java"	98
– Les examens médicaux avant la sortie	100

BONUS – DE LA MATERNITÉ À VOTRE COCON	103-108
1. Cap sur les premiers jours (<i>organisation, administratif et vigilance</i>)	104-106
2. Checklist pour la maison 	107-108
CONCLUSION	109
GLOSSAIRE	110-112
FICHES TECHNIQUES	113-124
– Le projet de naissance	114
– La péridurale et la rachianesthésie	115
– Le placenta	116
– Le peau à peau	117
– Le lien d'attachement	118
– L'emmaillotage	119
– Prévention de la mort subite du nourrisson	120
– Baby blues et dépression post-partum	121
– Signes d'alerte et numéros utiles 	122
– Votre feuille de suivi	123
– Tableau - feuille de suivi 	124

Introduction

La maternité, c'est un monde à part. Avec ses codes, son rythme, son langage. Y arriver pour la première fois, c'est découvrir un univers inconnu.

Je suis auxiliaire de puériculture polyvalente en maternité à haut risque et j'ai écrit ce guide pour vous donner les repères qui manquent souvent aux parents.

Le but est que vous compreniez ce qui se passe à chaque étape, de votre arrivée jusqu'au retour à la maison et que vous ayez les clés pour vivre cette étape avec confiance.

Vous y trouverez aussi des encadrés dédiés à la personne qui vous accompagne, pour l'aider à trouver sa place et savoir comment vous soutenir.

Tout au long de ce guide, des témoignages de parents et des illustrations viennent compléter les explications. Les récits ont été adaptés dans le respect de leur vécu et les illustrations ont été simplifiées afin de faciliter leur compréhension.


Ce guide complète le travail des soignants, il ne le remplace pas. En cas de doute, votre équipe médicale reste votre meilleure ressource.

Belle naissance!

Comment choisir sa maternité

Le choix de la maternité est une décision importante. Toutes les maternités ne proposent pas les mêmes approches ni le même niveau de prise en charge. Voici les principaux critères à considérer pour faire un choix éclairé :

- ✓ Distance de chez vous (temps de trajet, surtout à partir du deuxième bébé).
- ✓ Type de maternité (niveau 1,2 ou 3) et ce que ça implique.
- ✓ Accouchements physiologiques (accompagnement sans péridurale, mobilité libre).
- ✓ Salle physiologique disponible (baignoire, ballon, lianes, lumière tamisée...).
- ✓ Péridurale ambulatoire pratiquée.
- ✓ Chambres individuelles ou collectives.
- ✓ Politique d'accompagnement (présence du partenaire, personne de soutien, visites autorisées...).
- ✓ Possibilité de choisir son praticien (généralement uniquement en clinique privée. Dans le public, l'équipe de garde est imposée et sans choix possible du sexe du soignant).
- ✓ Durée du séjour standard (une sortie précoce est-elle possible ?).
- ✓ Taux de césariennes / épisiotomies (si l'établissement communique ces données).
- ✓ Possibilités de visites guidées proposées (pour se familiariser avec les lieux).

 **Conseil** : Si nécessaire, visitez plusieurs maternités, posez vos questions et surtout écoutez vous. Il est important de vous sentir en confiance avec l'équipe et l'environnement

Vos droits

Vous n'êtes pas une patiente passive. La loi vous donne des droits.

DROITS LÉGAUX (Code de la santé publique)

Droit à l'information (art. L1111-2)

Vous devez être informée de manière claire et compréhensible sur votre état de santé, les examens, les traitements proposés, les bénéfices et les risques.

Droit au consentement libre et éclairé (art. L1111-4)

Aucun acte médical ne peut être pratiqué sans votre consentement libre et éclairé. Vous pouvez refuser un soin après avoir été informée des conséquences.

Droit d'être accompagnée (art. L1111-6)

Vous pouvez être accompagnée par la personne de votre choix (conjoint, famille, doula...), sauf contre-indication médicale exceptionnelle.

Droit au respect de la dignité et de la vie privée (art. L1110-2)

Votre intimité doit être respectée. Les examens doivent être expliqués, votre pudeur préservée.

Droit d'accès à votre dossier médical (art. L1111-7)

Vous pouvez consulter votre dossier médical à tout moment.

Droit de désigner une personne de confiance (art. L1111-6)

Vous pouvez désigner une personne de confiance qui vous accompagne et vous aide dans vos décisions médicales.

En pratique, cela signifie que vous avez le droit de :

- Refuser un examen ou un soin.
- Demander une deuxième opinion médicale.
- Choisir d'allaiter ou de ne pas allaiter.
- Limiter les visites (même de la famille).
- Refuser qu'un étudiant (médical ou paramédical) assiste à votre accouchement .
- Signaler un inconfort, une douleur ou une inquiétude à tout moment.

Si vous ne vous sentez pas respectée , vous pouvez en parler au cadre de santé du service ou signaler la situation à la Commission des Usagers (CDU) de l'établissement.

Vous méritez d'être traitée avec dignité et bienveillance.

Votre équipe de soutien

La naissance et les premiers jours sont une aventure unique qui vous appartient. Pour vivre ce moment avec sérénité, l'idée est de s'entourer de personnes qui vous font du bien, celles qui vous ancrent et vous donnent confiance.

Tout au long de ce guide, j'utilise le terme « partenaire » pour désigner toute personne de confiance que vous choisissez (conjoint, mère, amie, doula etc), adaptez à votre situation.

Vous vivez cette aventure en couple

Le soutien du deuxième parent est essentiel mais l'organisation peut rester souple pour respecter vos besoins profonds. J'ai accompagné une maman qui souhaitait un accouchement physiologique avec sa propre mère pour la naissance : une présence très zen et ancrée. Elle était dans un petit coin de la salle et faisait des prières tout du long. Une bulle de confiance absolue toute en sérénité. Deux heures après, une fois en chambre en suite de couches, le papa a pris le relais et à rejoint la maman.

Chacun avait son rôle et c'était parfaitement complémentaire.

Vous êtes unique parent mais avec un accompagnant

Que ce soit un choix de vie comme en parcours de PMA (procréation médicalement assistée) ou une situation liée aux circonstances de la vie, vous pouvez désigner une personne ressource unique pour votre séjour à la maternité.

Vérifiez le règlement de l'établissement car elle bénéficie souvent de droits de visite élargis (parfois 24h/24) pour vous accompagner au mieux.

Vous vivez cette aventure en solo

Quelle que soit la raison, si vous n'avez pas de soutien à l'heure actuelle, le quotidien demande une organisation solide. Qu'il s'agisse d'un choix, d'un éloignement géographique ou d'une absence de relais, des solutions professionnelles existent pour ne pas porter cette jolie charge toute seule.

- **À la maternité (communiquer avec l'équipe) :** Préciser dès l'arrivée l'absence d'accompagnant permet aux sages-femmes et aux auxiliaires de puériculture d'adapter leur présence. Selon la disponibilité du service, elles sont alors un soutien encore plus présent.
- **La TISF (le bras droit pour le quotidien) :** La technicienne de l'intervention sociale et familiale est accessible via la CAF. Elle n'est pas réservée aux familles en difficulté mais ouverte à toutes pour le post-partum. Elle intervient à domicile pour les courses, le ménage ou la préparation des repas. Le tarif est calculé en fonction du quotient familial .
- **La Puéricultrice de PMI :** Ce service public gratuit propose des visites à domicile dès le retour de la maternité. C'est l'occasion de peser bébé, de vérifier le cordon et de discuter sans avoir à se déplacer.
- **Le dispositif PRADO (programme de retour à domicile) :** Une sage-femme libérale organise ses visites chez vous dès le lendemain de la sortie pour assurer le suivi médical de la maman et de l'enfant.

- **Prendre l'air et échanger** : Les LAEP (lieu d'accueil enfants-parents) sont des espaces de rencontre gratuits et anonymes, ouverts dès la naissance. C'est un moyen de voir du monde dans un cadre calme pour son propre équilibre. Les groupes de mamans, en ligne ou locaux, permettent aussi de partager des conseils et de se sentir moins isolée dans ses doutes.

Ayez confiance et soyez fière! Faire de son mieux avec les cartes que l'on a en main à l'instant T est l'essentiel. La sécurité affective d'un enfant se construit avant tout sur la stabilité et la qualité du lien qu'on lui apporte au quotidien. La vie est pleine de surprises!

Bon à savoir :

L'après-naissance dans le monde : s'inspirer d'ailleurs

- **La sagesse du « Mois d'Or »**

Dans de nombreuses cultures asiatiques, la tradition valorise un repos absolu de 30 à 40 jours après l'accouchement. Durant cette période, la maman se concentre uniquement sur elle et son bébé. La famille ou la communauté prend en charge tout le reste : repas, ménage, aînés.

Cette période de 30 à 40 jours est le socle de votre nouvelle vie. C'est un temps suspendu pour permettre à votre corps de récupérer et à ce lien unique de s'installer en toute sérénité, loin du tumulte du quotidien.

- **« Il faut tout un village pour élever un enfant »**

Ce proverbe, pilier de nombreuses cultures africaines, rappelle qu'une naissance est une responsabilité collective. Dans ces sociétés, le soutien est naturel : les femmes de la communauté se relaient pour l'intendance, les repas et les soins. Cela permet aux parents de se consacrer pleinement à la découverte de leur bébé et à leur propre récupération.

C'est un véritable filet de sécurité qui protège de l'épuisement. Si nos sociétés modernes ont un peu oublié cette solidarité, rien n'empêche de composer son propre village, qu'il soit amical ou professionnel. Que l'on vive cette aventure en couple ou seule, s'entourer est une force.

CHAPITRE

1

LES URGENCES GYNÉCOLOGIQUES

1

Le début d'une grande aventure

La fin de la grossesse approche et avec elle ce moment si particulier où un nouveau chapitre commence. Les valises sont prêtes... enfin, disons qu'elles sont censées l'être.

À mesure que le jour J se rapproche, vos sensations peuvent s'intensifier. L'impatience peut se mêler au doute, à la joie, au vertige de l'inconnu. Toutes ces émotions sont légitimes et vous avez le droit de les ressentir pleinement.

Chaque femme, chaque couple, chaque bébé vit ce passage différemment. Il n'y a pas de norme stricte, seulement des repères pour vous guider avec douceur et précision.

Quand consulter en urgence ?

La grossesse n'est pas une maladie. Cependant, certaines situations nécessitent de consulter rapidement pour votre sécurité et celle de votre bébé (**quel que soit votre stade de grossesse**).

- **Saignements** : Tout saignement rouge vif et abondant comme des règles impose de se rendre **immédiatement aux urgences gynécologiques** pour écarter toute complication.

En revanche, de légères traces rosées ou marron sont fréquentes et souvent bénignes, particulièrement après un rapport sexuel ou un examen du col. Bien qu'une consultation de précaution reste conseillée pour tout saignement inhabituel, ces pertes légères ne sont pas inquiétantes si elles ne s'intensifient pas et ne s'accompagnent pas de douleurs.

À ne pas confondre avec : La perte du **bouchon muqueux**. C'est un amas gélatineux et épais (parfois teinté de rose ou de marron). Il protège le col des bactéries pendant 9 mois. S'il s'en va, c'est que votre col commence à se modifier mais ce n'est pas une urgence. Si vous n'avez ni contractions, ni perte de liquide, restez sereinement chez vous.

- **Fièvre et signes "silencieux"** : Une fièvre supérieure à 38°C, une chute ou un choc sur le ventre, même sans douleur, doivent être signalés. Soyez aussi attentive aux maux de tête intenses, aux troubles visuels ("mouches" devant les yeux) ou aux bourdonnements d'oreilles qui peuvent révéler une tension trop élevée.
- **Doute ou malaise** : Une douleur abdominale inhabituelle ou un malaise général sont des motifs de consultation valables. Votre ressenti est un indicateur de santé précieux : si vous sentez que quelque chose ne va pas, il vaut mieux consulter pour être rassurée.

- **Diminution des mouvements du bébé (à partir du 6^{ème} mois)** : Votre bébé bouge activement jusqu'à la naissance. Si avant 6 mois les mouvements sont encore parfois irréguliers, ils deviennent ensuite un repère quotidien essentiel. S'il vous semble bouger moins souvent, voici une méthode pour stimuler bébé et vérifier sa réactivité : prenez quelques instants pour vous allonger au calme, boire une boisson fraîche et sucrée. **Si vous sentez moins de 10 mouvements en 2 heures, il vous est conseillé de vous rendre à la maternité pour faire un monitoring.**


Les signes que le travail a commencé

Au-delà des urgences médicales, certains signes indiquent que la rencontre approche et qu'il est temps de vous rendre à la maternité.

Euh ... je ne pense pas
que ce soit l'eau du
bain ...



Bon à savoir : Selon les recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé), en cas de rupture franche de la poche des eaux sans contractions, il est recommandé de se présenter à la maternité dans les 12 heures pour limiter le risque infectieux (car le liquide amniotique protège bébé des infections).

 **Conseil :** En cas de doute, il vaut toujours mieux consulter pour rien plutôt que de manquer un signal important.
N'hésitez jamais à appeler votre maternité.

- **La perte de la poche des eaux (le fameux "splash")** : Si vous perdez du liquide (fuite discrète ou abondante), c'est que la poche des eaux s'est rompue ou fissurée.

Son aspect : C'est un liquide fluide comme de l'eau, inodore et transparent. Beaucoup de femmes sont surprises par la quantité de liquide amniotique qui s'écoule à la rupture de la poche des eaux. À terme, il y a environ 1 litre de liquide dans votre utérus et votre corps en produit en continu, il est donc probable que ça continue de couler jusqu'à la naissance. Ne soyez pas gênée, c'est tout à fait naturel et l'équipe a l'habitude.

La conduite à tenir : Notez l'heure et la couleur du liquide. S'il est clair, vous pouvez vous présenter sereinement à la maternité. S'il est verdâtre, brunâtre ou odorant, allez-y sans tarder car cela nécessite une surveillance plus rapide. Dans tous les cas, une fois la poche rompue, la barrière contre les microbes n'existe plus et une consultation est nécessaire même si vous n'avez pas de contractions.

Ophélie, maman

« Ce qui m'a le plus marquée a été la perte des eaux car je ne m'y attendais pas et surtout je ne m'attendais pas à une telle quantité. C'est à ce moment-là que j'ai pris conscience que le travail commençait. Même si j'étais loin du compte, car je n'ai accouché que le lendemain. »

- **Les contractions** : On estime que le travail commence quand elles deviennent régulières, de plus en plus intenses et espacées de moins de 5 minutes depuis plus d'une heure (pour un premier bébé).



Faut-il appeler avant de se rendre à la maternité ?

Oui, si vous en avez le temps et que la situation n'est pas inquiétante (contractions régulières, perte des eaux claire). L'équipe pourra vous guider et préparer votre arrivée. En revanche, si c'est urgent (saignements abondants, liquide verdâtre, malaise), ne perdez pas de temps : partez immédiatement et profitez du trajet pour les prévenir en route.

Manger avant de partir ?

Vous pouvez manger léger : une compote, une banane, un yaourt, quelques biscuits. Évitez les repas lourds. Par contre une fois en salle de naissance, vous ne pourrez probablement plus manger (selon les protocoles) car en cas de césarienne d'urgence sous anesthésie générale, il est important d'avoir l'estomac vide. Profitez-en tant que vous êtes chez vous pour faire le plein d'énergie.

Gérer le trajet en voiture

Installez-vous à l'arrière si possible, légèrement inclinée avec le coussin dans le dos. Si une contraction arrive pendant le trajet, respirez profondément, fermez les yeux si ça vous aide et laissez votre corps se détendre. Pour le partenaire durant le trajet, gardez le pied léger : rien ne sert de courir, l'important est d'arriver en toute sécurité.



Préparez sereinement votre départ

Anticiper quelques points peut transformer un départ précipité en une transition calme et maîtrisée. Voici une checklist pratique à garder près de votre valise.

- ✓ Votre valise maternité complète (pour vous et votre bébé).
- ✓ Un petit sac d'admission rapide (papiers, téléphone, snack léger, boisson).
- ✓ Votre dossier médical complet (analyses, échographies, carte de groupe sanguin).
- ✓ Une pièce d'identité, votre carte vitale, votre attestation de mutuelle.
- ✓ Un chargeur de téléphone, éventuellement une batterie externe et une multiprise.
- ✓ Un brumisateur pour vous rafraîchir entre deux contractions.
- ✓ Des serviettes hygiéniques et un sac plastique (en cas de perte des eaux sur la route).
- ✓ Un coussin pour rendre le trajet en voiture plus confortable.
- ✓ Vérification du plein d'essence (oui, maintenant, pas en panique à 3h du matin).



Conseil : Les accouchements qui suivent le premier peuvent être plus rapide. Si votre trajet jusqu'à la maternité dépasse 30 minutes ou si ce n'est pas votre premier bébé, partez dès que les contractions ont lieu toutes les 10 minutes (et non cinq minutes).

Quand on ne s'y attend pas : la consultation qui bascule

Parfois, vous venez à la maternité pour une simple consultation de contrôle (rendez-vous de suivi, contrôle à terme) et on vous annonce que vous ne rentrez pas chez vous.

Pourquoi ?

La présence de protéines dans les urines, une tension trop élevée ou bébé qui montre des signes de fatigue au monitoring sont autant de signes qui, parmi d'autres, peuvent pousser l'équipe médicale à vous garder sous surveillance.

Ce qu'il faut savoir :

L'équipe prend une décision pour votre sécurité et celle de bébé. Vous pouvez demander à un proche d'amener vos affaires à la maternité. Ce n'est pas forcément grave mais il est préférable de vous garder sous surveillance.



Marion, maman

« Je suis venue à la maternité pour une simple visite de contrôle parce que j'étais à terme. Après une analyse d'urine, la sage-femme est revenue nous voir dans la salle d'attente et m'a annoncé que je ne rentrerais pas chez moi à cause du taux de protéines anormal dans les urines. Finalement, il n'y a pas eu de problème particulier par la suite. »



Un petit mot pour vous accompagner : Si la panique monte, respirez. Prenez le temps de ressentir, de douter, de rire ou de pleurer. Chaque émotion a sa place. La meilleure façon de ne pas se laisser déborder par celles-ci, c'est de les laisser aller et venir. Chaque contraction est une vague qui vous rapproche un peu plus de votre bébé.

Respiration simple : Inspirez par le nez en comptant jusqu'à 4, bloquez 2 secondes, expirez par la bouche en comptant jusqu'à 6. Répétez cela trois fois de suite. Ça ralentit le cœur et calme le mental. Votre partenaire peut respirer avec vous, ça aide aussi.

Pour le partenaire : Au moment du départ, votre présence rassurante est un vrai pilier.

Vous pouvez :

- Chronométrer les contractions calmement, rester calme si elles passent soudainement de 7 à 4 minutes. On respire, on note et on y va.
- Prendre en charge la logistique de départ : valises, trajet, papiers.
- Créer une bulle de douceur dans la voiture : musique calme, encouragements simples mais assurés (« On avance ensemble », « Tu gères comme une championne »).
- Parfois, quelques mots murmurés, une main sur l'épaule ou simplement un regard calme suffisent à ancrer la maman dans le présent. Vous êtes son point d'appui : solide, présent, rassurant.

Franchir la première étape

Décider de partir pour la maternité est un moment unique. Que votre départ soit précipité ou minutieusement préparé, il marque l'entrée dans un nouveau chapitre de votre vie.

Nous allons désormais franchir les portes de la maternité pour découvrir ensemble ce qui vous attend dès votre arrivée aux urgences.

2

Votre arrivée à la maternité

Ce moment que vous avez peut-être imaginé mille fois est devenu réalité. Votre accueil aux urgences dépend à la fois de votre ordre d'arrivée et de l'urgence médicale de votre situation.



Première étape : L'admission administrative

Dès votre arrivée, quelques documents vous seront demandés : votre dossier médical, votre carte vitale, votre attestation de mutuelle, votre carte de groupe sanguin et une pièce d'identité. Ces éléments permettent d'assurer votre identification rapide et votre sécurité.

Bon à savoir : Un bracelet d'identification sera posé autour de votre poignet dès votre admission. Il restera en place tout au long de votre séjour à la maternité jusqu'à votre sortie. C'est une mesure indispensable pour assurer votre suivi et éviter toute erreur d'identité.

Votre partenaire reste avec vous ?

Oui, il peut rester à vos côtés pendant l'admission et la prise de vos constantes vitales. Si un examen nécessite un peu d'intimité, on lui demandera peut-être de patienter quelques instants à l'extérieur mais il pourra vous rejoindre juste après.

Et les valises ?

Lors de l'admission aux urgences, vos valises restent généralement avec vous ou dans un espace dédié à proximité. Si vous partez en salle de naissance, l'équipe vous indiquera où les déposer en sécurité. Gardez juste votre petit sac d'admission avec vous (papiers, téléphone, collation).

Et si l'attente est longue ?

Aux urgences obstétricales, les situations sont priorisées selon l'urgence médicale. Si vous attendez, c'est que votre situation et celle de votre bébé sont stables : c'est une bonne nouvelle, même si l'impatience est là. En attendant, vous pouvez marcher doucement dans le couloir si les contractions le permettent, boire de l'eau, grignoter si vous avez emporté des collations. Votre partenaire peut aussi demander une estimation du temps d'attente à l'accueil pour vous aider à vous projeter. Evidemment la réponse n'est pas toujours immédiate : selon l'activité du service, les soignants ont parfois une visibilité claire, parfois non.

Deuxième étape : La prise des constantes vitales

Un soignant viendra ensuite à votre rencontre. Après un échange sur vos antécédents médicaux récents et sur les raisons de votre venue, votre état de santé immédiat sera évalué.

Bonjour !
Je suis Inès l'infirmière, et voici
Lucie la sage-femme.
Suivez-nous, on va s'occuper de
vous !



Surveiller en douceur : Les appareils essentiels de votre accueil en maternité

Voici un petit guide visuel des appareils que vous allez croiser. Rien d'impressionnant, promis.



N°1 : Tensiomètre électronique

Il mesure votre pression artérielle à l'aide d'un brassard automatique qui se gonfle autour du bras. Il relève simultanément votre fréquence cardiaque. La mesure peut être répétée, surtout si le stress ou l'émotion influencent les premières valeurs. Essayez de relâcher votre bras et posez le à plat pour obtenir une mesure fiable.

Normes : Environ 120/80 mmHg / 60 à 100 bpm (battements par minute).

N°2 : Saturomètre à pince

Placé au bout du doigt, ce petit capteur mesure la saturation en oxygène dans le sang. C'est un test rapide et indolore.

Normes : SpO₂ ≥ 96 % / 60 à 100 bpm.

N°3 : Thermomètre

Il permet de vérifier votre température corporelle. Une température supérieure à 38°C peut signaler une infection et nécessite une attention particulière pour vous et votre bébé.

Normes : 36,5 °C à 37,5 °C.

N°4 : Analyse d'urine (Bandelette et ECBU)

Un échantillon d'urine est prélevé pour vérifier l'absence de protéines (albumine), de sucre ou d'infection. Une bandelette colorée donne un résultat immédiat pour orienter votre prise en charge dès l'entrée. En cas d'anomalie, l'échantillon est envoyé au laboratoire (ECBU) pour identifier précisément le germe sous 24 à 48h et ajuster les soins si besoin.

Contrairement aux constantes, **la prise de sang** n'est pas systématique dès l'arrivée : elle est réalisée si une anomalie est détectée (tension, protéines, fièvre) pour affiner le diagnostic.

Toutefois, elle devient indispensable dès que votre transfert en salle de naissance est décidé. Ce bilan sanguin est crucial pour :

- **Vérifier la coagulation** : Une étape obligatoire pour autoriser la pose de la péridurale.
- **Anticiper les besoins** : Préparer le groupe sanguin et les éléments nécessaires en cas d'hémorragie.



Conseil : Quand vous arrivez aux urgences, attendez avant d'aller aux toilettes dans l'éventualité où une analyse d'urine est nécessaire. Cela vous évitera d'attendre que votre vessie se remplisse à nouveau!

Bon à savoir : Chaque corps présente des variations possibles. Informez l'équipe si vous avez des données connues différentes (hypertension chronique ou une fièvre basse habituelle).

Votre tension est parfaite : 12/8.
Tout va bien !
Je vous libère pour l'analyse urinaire,
les toilettes sont juste à côté.



Petit mot pour vous accompagner : Chaque geste réalisé a pour objectif de vérifier que votre état de santé et celui de votre bébé sont compatibles avec une poursuite normale du travail ou avec une prise en charge adaptée si nécessaire.

Ce moment d'évaluation représente une étape essentielle pour organiser la suite de votre prise en charge, en toute sécurité. Vous n'êtes pas un numéro : vous êtes une maman et son bébé que l'équipe prend soin de surveiller avec attention.

Pour le papa/partenaire : Pendant cette phase d'admission et de constantes, votre rôle reste celui du gardien du calme. Vous pouvez :

- Sortir les papiers du sac sans qu'elle ait à fouiller.
- Répondre aux questions administratives si elle est en pleine contraction.
- Poser des questions claires à l'équipe si quelque chose vous inquiète (« C'est fréquent que la tension soit prise trois fois ? »).
- Rester près d'elle, une main sur son épaule ou sur sa main.

Votre simple présence ancre. Si elle est angoissée pendant la prise de tension, rappelez-lui doucement de respirer lentement. Pendant le monitoring, vous pouvez écouter ensemble les battements du cœur de votre bébé : c'est un moment précieux, profitez-en. Vous êtes son repère stable dans ce tourbillon.

Après ce premier temps d'accueil et de surveillance, vient une nouvelle étape : l'examen obstétrical. Découvrons-la ensemble.

Troisième étape : La décision

Après cette première évaluation générale, vous êtes conduite dans une salle d'examen. Oui, encore une salle, mais celle-ci est plus intimiste, plus calme. Promis, on avance.

L'examen obstétrical

Vous êtes installée sur un lit adapté pour cet examen. L'objectif de la sage-femme est de constater l'état du col de votre utérus pour évaluer le stade du travail. Avant de débiter l'examen, elle enfile des gants stériles et utilise un gel lubrifiant pour faciliter le geste et réduire toute gêne.

Le toucher vaginal (TV) est un geste rapide mais délicat. Il permet d'évaluer plusieurs éléments : la longueur du col (un col peut être encore long, raccourci, ou effacé), sa dilatation (mesurée en centimètres) et sa consistance (ferme, souple ou très élastique, selon l'avancée du travail).



Petit lexique rapide

Col long : Il mesure encore environ 3-4 cm, le travail n'a pas commencé (votre bébé prend son temps).

Col raccourci : Il commence à s'effacer, il mesure 1-2 cm (on y arrive !).

Col effacé : Il a pratiquement disparu, il ne reste qu'une fine bordure, le travail est bien avancé (bravo à votre col, il bosse sérieusement).

Dilatation : L'ouverture du col, de 0 à 10 cm (10 cm = dilatation complète = bébé peut passer).

👉 Pour visualiser précisément ces étapes, vous trouverez des schémas détaillés sur la dilatation et l'effacement du col aux pages 36-37).

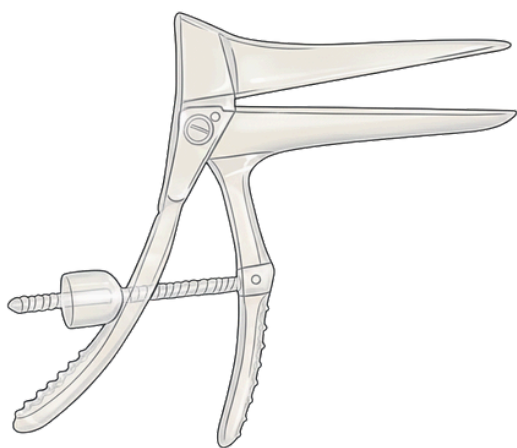
Comment ça marche ?

Pour un premier bébé, votre col doit souvent s'effacer (se raccourcir et s'amincir) avant de pouvoir réellement se dilater (s'ouvrir). Ce travail invisible peut prendre du temps. Pour un deuxième enfant, ces deux étapes se font souvent en simultané, ce qui accélère le processus. Chaque corps et chaque naissance ont leur propre dynamique.

Examen du col (toucher vaginal)

Il est fréquent de ressentir une légère pression, parfois une sensation d'inconfort passager. Votre corps, votre histoire, vos émotions peuvent influencer votre ressenti : tout cela est naturel.

Même lorsque l'examen est mené avec douceur, il peut raviver des sensations ou des souvenirs inattendus. Ces réactions sont légitimes. Vous avez toujours la possibilité de demander à ralentir, de faire une pause ou simplement d'exprimer ce que vous ressentez.



Spéculum de Cusco

Bon à savoir : Parfois, la sage-femme complète l'examen par la pose d'un spéculum (un petit instrument permettant de visualiser le col).

Cet examen est essentiel pour vérifier :

- **Une rupture de la poche des eaux** : Confirmer la présence de liquide amniotique si le doute persiste.
- **L'origine de saignements** : Identifier précisément leur cause.
- **La nécessité d'un prélèvement** : Écarter une éventuelle infection.



Conseil : Le fait de respirer calmement et de relâcher consciemment votre bassin peut rendre l'examen plus confortable. Vous pouvez aussi demander à être installée en position semi-assise plutôt qu'allongée à plat si c'est plus agréable pour vous. Certaines maternités proposent également de placer un coussin sous vos hanches. N'hésitez pas à exprimer ce dont vous avez besoin.

Pour le partenaire : Être là, ce n'est pas forcément parler. C'est parfois simplement maintenir un regard, accompagner sa respiration en le faisant avec elle. Votre présence, silencieuse ou active, apporte un repère fort dans ce moment d'intimité médicale. Vous pouvez proposer un appui (tenir sa main, lui rappeler de souffler), poser une question à sa place si elle n'ose pas, ou simplement être là. Si elle a besoin de fermer les yeux et de se concentrer, respectez ce silence. Vous êtes son ancrage.

La suite : Quelle direction pour vous ? Suite à l'observation de la sage-femme, trois possibilités

A. Le retour à la maison

Si l'équipe vous propose de rentrer patienter chez vous, c'est que votre travail n'est pas encore assez avancé pour une hospitalisation et que le calme de votre foyer favorisera mieux la sécrétion d'ocytocine qu'un environnement hospitalier.

Pour le papa/partenaire : Pour accompagner ces moments vous pouvez :

- **Créer un cocon apaisant :** Tamisez les lumières, lancez une playlist douce et rangez l'espace pour limiter les distractions visuelles.
- **Anticiper ses besoins :** Gardez de l'eau et de petits snacks énergétiques à portée de main.
- **Proposer une source de chaleur :** Une douche ou un bain tiède (37-38°C maximum) aide à soulager les contractions sans épuiser le corps.
- **Chronométrer discrètement :** Suivez la fréquence des contractions pour savoir où en est le travail.
- **Rester son pilier rassurant :** Utilisez des paroles encourageantes comme : "Nous retournerons à la maternité dès que le moment sera venu, nous avons le temps."

B. Le déclenchement du travail

Si le travail ne démarre pas spontanément et que des raisons médicales l'imposent (dépassement de terme, diabète gestationnel, hypertension, rupture de la poche des eaux sans contractions), l'équipe peut décider de provoquer l'accouchement.

1. La maturation du col (si le col est fermé/long)

L'objectif est d'aider le col à se préparer. Vous êtes alors hospitalisée en secteur de grossesse ou en salle de pré-travail.

- **Le ballonnet (mécanique)** : Une petite sonde souple placée au col pour l'aider à s'assouplir et se dilater. Vous pouvez bouger, marcher et vous doucher. Il tombe souvent de lui-même après quelques heures.
- **Les prostaglandines (médicamenteux)** : Des hormones (gel ou tampon vaginal) qui préparent le col. La pose est rapide et réalisée par la sage-femme.

2. Le déclenchement actif (si le col est déjà favorable)

Votre col étant déjà un peu ouvert, on peut passer directement à :

- **La perfusion d'ocytocine** : Une hormone qui provoque des contractions régulières.
- **La rupture de la poche des eaux** : Un geste réalisé par la sage-femme pour accélérer le travail.

À quoi s'attendre ? La durée du processus est variable (de quelques heures à 2 ou 3 jours), c'est tout à fait normal. Durant cette période, des monitorings réguliers permettent de surveiller le bien-être de votre bébé.

Pour le partenaire : Le déclenchement peut être une phase longue et éprouvante. Votre partenaire peut ressentir de la douleur, de la fatigue ou du découragement («Ça ne sert à rien, ça n'avance pas...»).

Votre rôle est essentiel pour l'aider à :

- **Maintenir le moral** : Lui rappeler que chaque contraction, même si elle semble "inutile", prépare son col. Le travail avance, même si c'est invisible au début.
- **Proposer du confort** : Massages, marche dans les couloirs ou simplement une présence rassurante.
- **Être son porte-parole** : Relayer ses besoins auprès de l'équipe médicale si elle est trop fatiguée pour s'exprimer.
- **Prendre soin de vous** : Pensez aussi à vous faire relayer ou à faire de courtes pauses pour rester un pilier solide jusqu'à la rencontre.

C. L'admission : salle de pré-travail ou salle de naissance

Selon l'évolution de votre col, vous serez dirigée vers l'un de ces deux espaces :

La salle de pré-travail : C'est un espace intermédiaire. Vous y êtes installée pour que l'équipe suive l'évolution du travail avec un monitoring régulier. C'est un lieu pour bouger, se reposer ou manger léger (si autorisé). Votre partenaire reste à vos côtés. Dès que le travail actif s'installe (en général autour de 3-4 cm de dilatation), vous êtes transférée en salle de naissance.

La salle de naissance : Si votre col est déjà bien effacé et dilaté, vous y serez admise directement. C'est ici que vous allez accoucher.

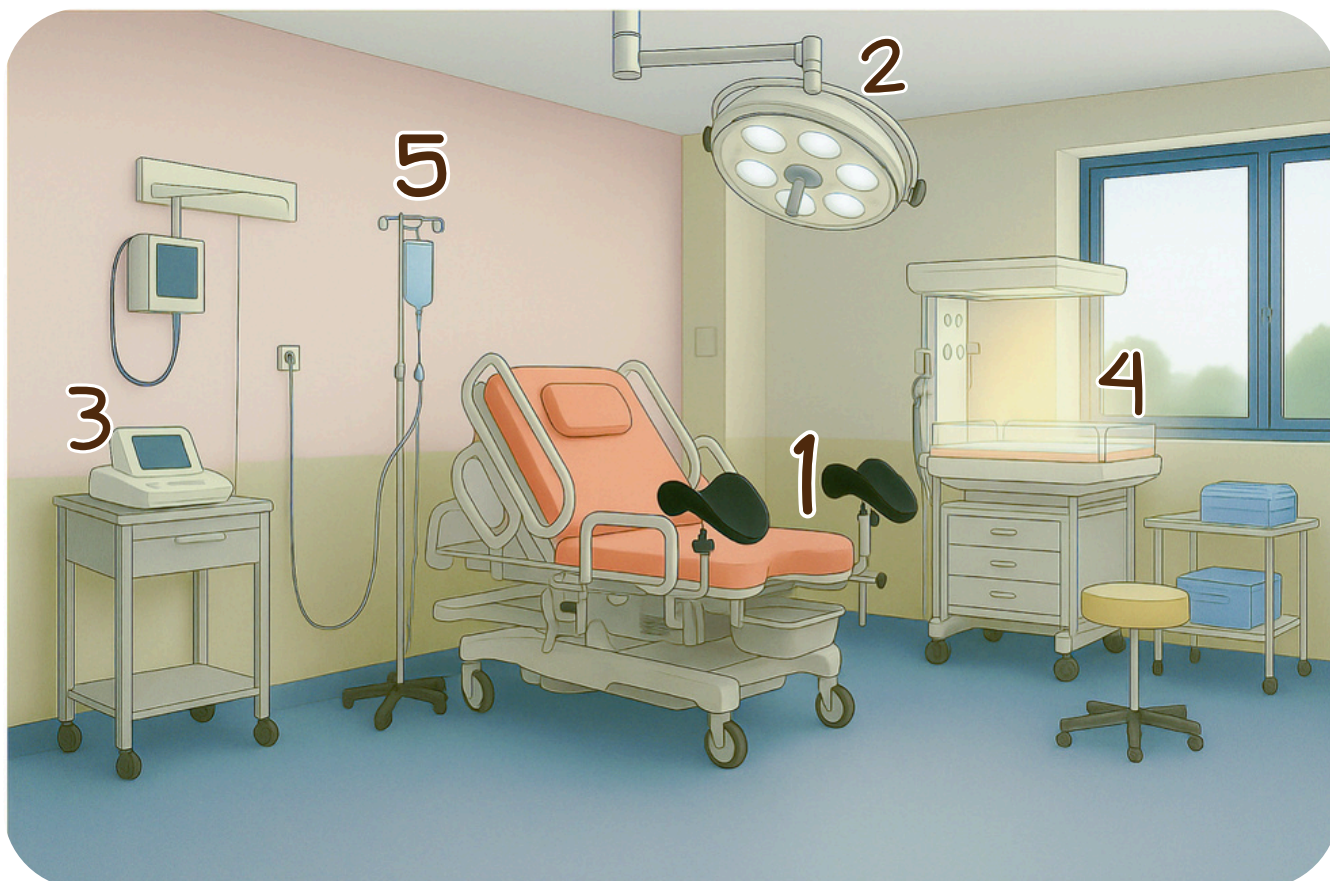
Que ce soit dans quelques minutes ou dans quelques heures, le chemin se dessine. Vous n'êtes plus très loin de la rencontre. Entrons ensemble dans le cœur de l'action.

CHAPITRE

2

LA SALLE DE NAISSANCE

Lorsque vous entrerez dans votre **salle de naissance**, vous découvrirez un espace conçu pour accueillir votre bébé en toute sécurité. À votre arrivée, la table d'accouchement sera en position classique, comme un lit tout à fait ordinaire et à plat. Ce n'est qu'au moment de la naissance qu'il sera articulé pour vous aider (comme ci-dessous).



1. La table d'accouchement

Réglable en hauteur et en positions, il s'adapte à vous tout au long du travail. Sur l'illustration, les étriers (les supports pour les jambes) sont installés.

2. Le scialytique

Cette lampe opératoire permet une visibilité parfaite pour les soins de précision.

3. Le monitoring fœtal

L'appareil qui veille sur le cœur de votre bébé et vos contractions.

4. La table chauffante

Un petit nid douillet et chaud pour les premiers soins de bébé (parfois située dans la pièce d'à côté).

5. La perfusion

Installée sur un pied à roulettes pour vous permettre de continuer à bouger tant que la péridurale n'est pas posée (sauf s'il s'agit de la péridurale ambulatoire).

1.

Une équipe autour de vous

Lorsque vous arrivez en salle de naissance, vous êtes accueillie par une équipe. Visible ou plus discrète, elle est là pour vous accompagner à chaque étape.

C'est ce qu'on appelle une prise en charge pluridisciplinaire. Chaque membre de l'équipe apporte sa spécificité pour un but commun : votre bien-être et celui de votre bébé.

Note : Par souci de fluidité, les professionnels de santé sont désignés ici au masculin ou au féminin selon l'usage le plus fréquent (par exemple « la » sage-femme ou « le » gynécologue). Ces métiers sont bien sûr exercés par des hommes comme par des femmes.

Les deux visages que vous verrez le plus

La sage-femme et l'auxiliaire de puériculture travaillent en binôme pour vous accompagner tout au long de votre séjour.

La sage-femme : Elle assure le suivi médical de votre accouchement. Elle surveille la progression du travail (monitoring, examens), réalise les gestes nécessaires et guide la venue au monde de votre enfant. Elle est la garante de votre sécurité et de celle de votre bébé.

L'auxiliaire de puériculture : Elle est à vos côtés pour veiller à votre confort et vous soutenir. Elle assiste la sage-femme, prépare l'accueil de votre bébé et réalise ses tout premiers soins (surveillance, peau à peau). Plus tard, elle sera votre guide pour les premiers gestes (bain, change, allaitement).

En résumé :

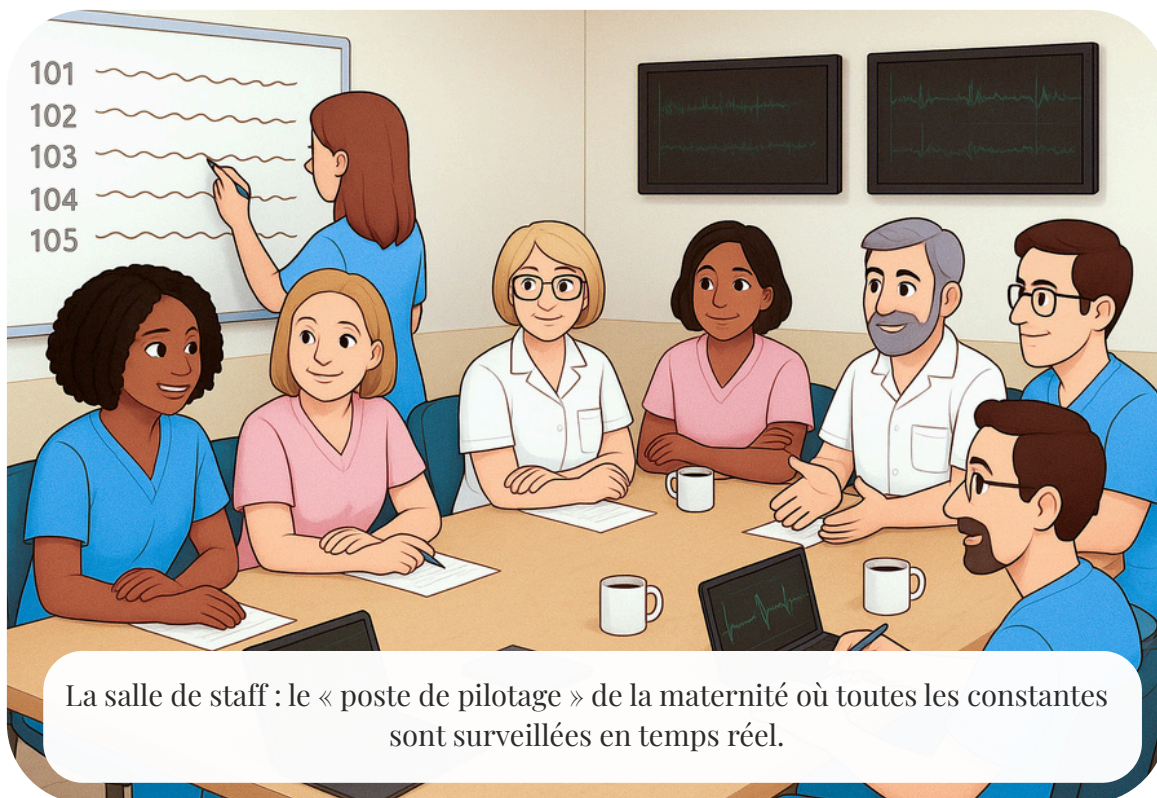
- **Sage-femme (médical) :** Suivi médical, expertise technique et sécurité.
- **Auxiliaire de puériculture (paramédical) :** Confort, accueil du nouveau-né et accompagnement dans la parentalité.

Les équipes se relaient : comment cela fonctionne ?

Le plus souvent sur des gardes de 8 à 12 heures. À chaque changement d'équipe, un temps de transmission est organisé pour assurer une continuité fluide : état de santé, soins en cours, antécédents et besoins spécifiques.

Toutes ces données sont transmises avec rigueur pour que le suivi reste cohérent, même quand les visages changent. Ne soyez donc pas surprise si la sage-femme qui vous a accueillie n'est plus là quelques heures plus tard. Tout ce qui vous concerne aura été soigneusement transmis.

Un moment-clé invisible : Les transmissions entre équipes assurent la continuité de votre prise en charge. C'est un moment où les soignants se réunissent pour parler de vous et de votre bébé, afin que rien ne soit oublié.



Bon à savoir : Dans cette salle sont affichés en temps réel tous les monitorings des mamans ainsi que leurs constantes vitales. Cela permet à l'équipe de surveiller plusieurs salles en même temps. Si une alarme se déclenche ou si les courbes évoluent, le personnel en est immédiatement informé, même si vous êtes seule dans votre chambre à ce moment-là.

Les autres professionnels

D'autres professionnels peuvent intervenir au fil de votre parcours, selon les besoins :

L'anesthésiste : Il est en charge de la gestion de la douleur (péridurale) et de votre surveillance si un accouchement par césarienne est nécessaire.

Le gynécologue-obstétricien : Il intervient en cas de situation particulière (instrumentations, césarienne) ou est systématiquement présent selon les protocoles de certains établissements.

Le pédiatre : Il examine votre bébé pour évaluer son état de santé global et propose, si besoin, un suivi spécifique.

L'infirmière : Selon l'organisation de la maternité, elle peut réaliser certains soins techniques ou bilans sanguins.

Et si un étudiant est présent?

Il arrive qu'un étudiant sage-femme, infirmier et/ou auxiliaire de puériculture assiste à votre accouchement, toujours sous la supervision d'un professionnel confirmé. Vous avez le droit de refuser si vous ne vous sentez pas à l'aise, mais sachez que ces étudiants sont là pour apprendre, avec respect et bienveillance. Demain, ce sont eux qui accompagneront d'autres mamans. Si vous acceptez, vous participez aussi à la formation de futurs soignants.

Est-ce que je peux choisir mes soignants ?

Vous êtes prise en charge par une équipe de garde. Dans le secteur public, il n'est pas possible de choisir son praticien ni le sexe des soignants présents. Dans le privé, si vous choisissez votre gynécologue, le reste de l'équipe (sage-femme, auxiliaire) est celle prévue au planning le jour J.

Pour le partenaire : En salle de naissance, vous allez croiser beaucoup de monde : sage-femme, auxiliaire, anesthésiste, parfois un étudiant... Ne soyez pas intimidé. Votre rôle est d'être l'interface rassurante entre l'équipe et la maman.

Pendant que les équipes tournent, vous pouvez :

- **Poser des questions** à sa place si elle est en pleine contraction (« Ça prend combien de temps ? », « Qu'est-ce qu'on voit sur le monitoring ? »).
- **Signaler ses besoins** (« Elle a soif », « Elle a froid », « Elle voudrait changer de position »).
- **Faire le lien lors des changements d'équipe** : Glisser un mot sur vos souhaits (ex: le projet de naissance) à la nouvelle sage-femme qui prend sa garde.
- **Demander des précisions** : Si un médecin utilise des termes trop techniques, vous pouvez lui demander de vous réexpliquer etc.

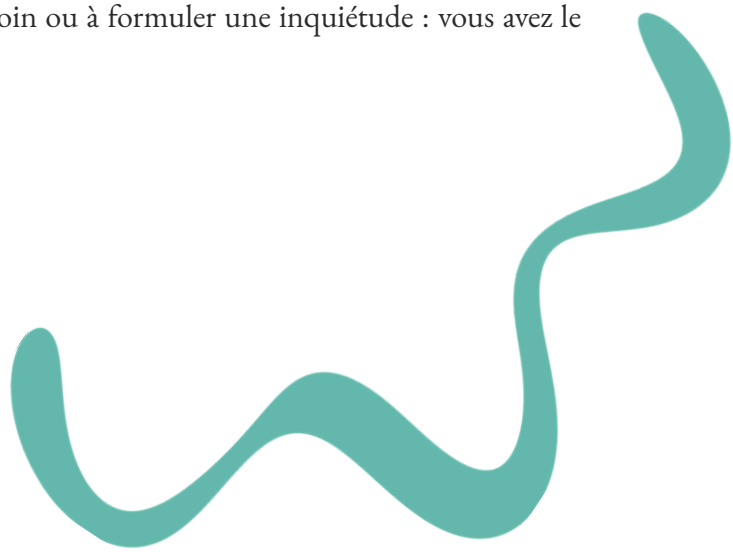


Une note importante (et honnête)

Les soignants que vous rencontrerez sont tous formés et diplômés d'État. Cependant, comme partout, la qualité du lien humain peut varier : certaines personnes seront très disponibles et sensibles, d'autres plus concentrées, ou parfois pressées. Cela dépend du contexte, de la charge de travail... et des personnalités.

C'est une réalité humaine. Si un professionnel vous semble distant, ce n'est pas contre vous : il s'agit peut-être de sa troisième nuit d'affilée, ou cette personne vient de vivre une situation difficile. Mais à l'inverse, vous croiserez aussi des soignants qui vous marqueront par leur humanité, leur écoute, leur présence. Ces rencontres précieuses et ces moments lumineux font aussi partie de l'expérience.

N'hésitez jamais à poser vos questions, à signaler un besoin ou à formuler une inquiétude : vous avez le droit d'être entendue et prise en charge avec respect.



2.

Les appareils médicaux utilisés

Lorsque vous entrez en salle de naissance, vous n'entrez pas dans une pièce vide. Autour de vous, des appareils sont déjà installés, les écrans en veille, les moniteurs allumés. Ils ne sont pas là pour surveiller de manière intrusive, mais pour accompagner le travail médical et anticiper les besoins. Effectivement, ça fait un peu "vaisseau spatial" au premier abord.

Comme lors de votre passage aux urgences, certains dispositifs permettent de suivre vos constantes vitales (tension artérielle, température, saturation en oxygène) mais cette fois, ils s'intègrent à une surveillance continue, adaptée à l'évolution du travail.

La table d'accouchement : plus qu'un simple lit

Votre lit n'est pas un lit classique. Il s'agit d'une table d'accouchement articulée, conçue pour s'adapter aux différentes phases du travail. Elle peut être inclinée, abaissée, ajustée selon vos sensations ou les consignes de l'équipe. Des repose-jambes, des poignées ou des appuis peuvent être installés pour plus de stabilité. Cette table est adaptée à vos besoins et aux décisions médicales.

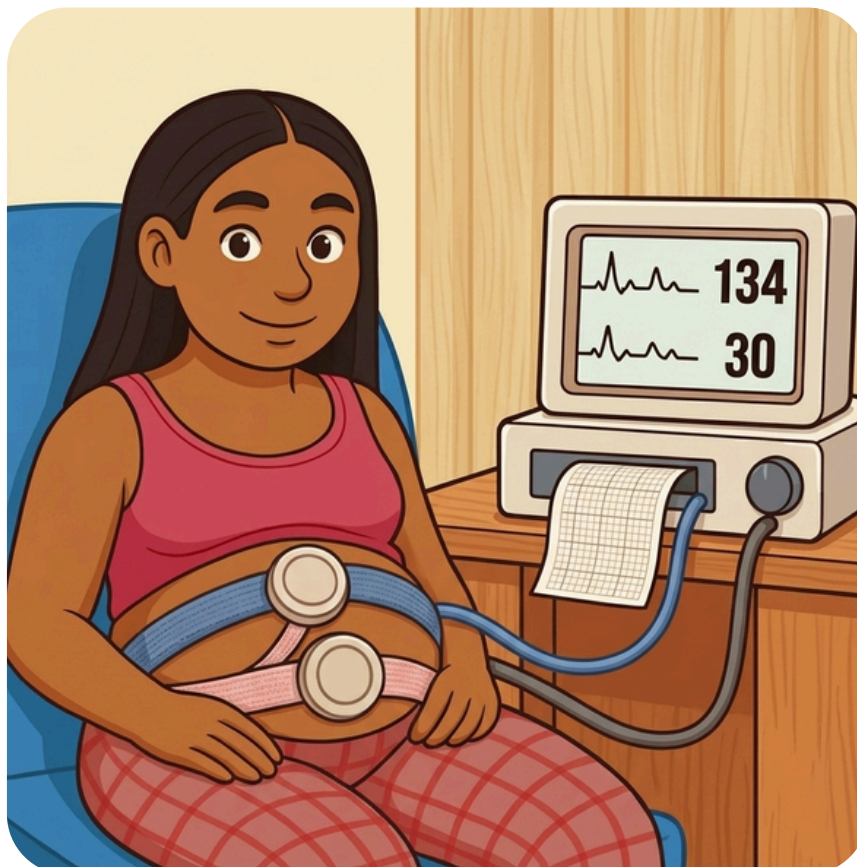
Dès votre installation, le personnel vous indiquera **la sonnette d'appel**, toujours placée à portée de main, que vous soyez allongée, assise ou semi-inclinée. En cas d'inconfort, de besoin ou d'urgence, il vous suffit d'appuyer : l'équipe est alertée immédiatement. N'hésitez jamais à l'utiliser.



Conseil : Si le bruit des alarmes vous dérange, vous pouvez demander à l'équipe de baisser leur volume car elles restent visibles sur les écrans en salle de staff. Certaines maternités peuvent aussi tamiser les lumières ou ajuster l'ambiance sonore. N'hésitez pas à exprimer vos besoins : votre confort mental est aussi important.

Le monitoring obstétrical : votre compagnon de route

L'un des appareils clés de cette étape est le monitoring obstétrical, composé de deux capteurs maintenus sur votre ventre par des bandes élastiques.



Ligne du haut : Rythme cardiaque bébé

Ligne du bas : Contractions utérines

Ce dispositif permet d'observer les variations naturelles du **cœur de votre bébé** (accélérations, ralentissements) ainsi que **vos contractions** : leur fréquence, leur intensité et leur régularité. Ces données apparaissent en temps réel en salle de staff, ce qui permet à l'équipe de suivre le tracé à distance.

Puis-je bouger avec le monitoring ?

Oui! Vous pouvez changer de position, vous asseoir, vous mettre sur le côté, parfois même marcher si les capteurs sont sans fil (en fonction des équipements de la maternité).

L'équipe vous aidera à trouver des positions confortables tout en gardant une surveillance efficace. Vous n'êtes pas obligée de rester immobile sur le dos pendant des heures, bien au contraire.

Perfusion et pousse-seringue

Lors de votre arrivée en salle de naissance, il est possible qu'une perfusion soit posée sur votre bras. Cette voie veineuse permet d'administrer certains médicaments ou liquides directement dans la circulation sanguine, de manière efficace et sécurisée.



1. La perfusion

Une poche de liquide (sérum physiologique, glucose ou médicament dilué) est suspendue à une potence et reliée à votre bras par une tubulure fine et souple. Elle est posée par l'infirmière ou la sage-femme, généralement au niveau de l'avant-bras ou du pli du coude, à l'aide d'un petit cathéter maintenu par un pansement.

Ses rôles principaux :

- **Hydratation** : Vous hydrater si vous ne pouvez pas boire momentanément.
- **Administration de soins** : Diffuser des antibiotiques ou des médicaments spécifiques.
- **Accompagnement de l'accouchement** : Faciliter la pose d'une péridurale ou préparer une éventuelle césarienne.

2. Le pousse-seringue électrique

Lorsque certains traitements doivent être administrés en très petite quantité et à un débit extrêmement précis, on utilise un pousse-seringue. Cet appareil contient une seringue insérée dans un boîtier motorisé qui pousse lentement le piston pour délivrer la dose exacte de manière continue.

Ses utilisations fréquentes :

- **Gestion de la douleur** : Il permet notamment de contrôler le débit de la péridurale.
- **Traitements de haute précision** : Il assure un dosage rigoureux et constant pour les médicaments nécessitant une surveillance étroite.

La plupart du temps, la perfusion est posée en prévention, même si vous n'avez pas besoin de médicament immédiatement. Elle permet d'obtenir une voie d'accès rapide en cas de nécessité, il s'agit d'une mesure de sécurité et non un signe que quelque chose ne va pas.


Puis-je boire et manger avec une perfusion ?

En France, les recommandations de la HAS autorisent les liquides clairs (eau, jus sans pulpe) tout au long du travail, même sous perfusion, en toute petite quantité. En revanche, dès la pose d'une péridurale ou en phase active, la consommation d'aliments solides est généralement interdite par précaution, face au risque d'anesthésie générale d'urgence. **Dans la plupart des maternités, le protocole standard reste le jeûne solide dès l'admission en salle de naissance. Demandez toujours à l'équipe ce qui est autorisé dans votre cas!**

Et pour bébé ?

Ces dispositifs sont là pour votre sécurité et votre confort. Ils n'ont aucune conséquence directe sur votre bébé, et peuvent au contraire faciliter le bon déroulement de l'accouchement.

Bon à savoir : Ces appareils sonnent régulièrement et les alertes ne sont pas forcément "fiable" (il faut les interpréter) car ils sont très sensibles. Par exemple, si vous bougez rapidement votre bras, le tensiomètre peut sonner car les valeurs vont grimper artificiellement. La perfusion peut sonner car la poche est vide, il y a de l'air dans la tubulure, le débit est terminé etc.

 **Conseil :** Si vous avez une perfusion au bras, demandez à l'équipe de la poser sur votre bras non dominant (si vous êtes droitier, sur le bras gauche). Cela vous facilitera la vie pour manger, boire ou utiliser votre téléphone.

La sonde urinaire : quand et pourquoi ?

Si vous avez une péridurale, il est possible qu'une sonde urinaire soit posée temporairement. Pourquoi ? Parce que la péridurale peut diminuer la sensation de vessie pleine et une vessie trop remplie peut gêner la descente du bébé. La sonde permet de vider votre vessie régulièrement sans que vous soyez obligée de vous lever.

Elle sera retirée quelques heures après l'accouchement, une fois que vous aurez retrouvé vos sensations.

Le masque à oxygène

L'équipe peut vous proposer un masque à oxygène si vous êtes très fatiguée, si vous avez du mal à récupérer entre les contractions ou si le rythme cardiaque de bébé montre qu'il a besoin d'un petit coup de pouce en oxygène. Sa pose est temporaire, non invasive et cela soulage souvent beaucoup : en saturant votre sang en oxygène, il aide vos muscles à mieux récupérer pour atténuer l'épuisement et permet à bébé de traverser cette étape plus sereinement.

L'espace dédié au nouveau-né

Dans un coin de la salle (ou dans une pièce juste à côté), un espace est réservé aux premiers soins de votre bébé. On y trouve une table équipée d'un système chauffant. Elle est utilisée pour maintenir la température du nouveau-né, que ce soit pour un examen de routine ou pour lui apporter un soin spécifique si besoin.



Pour le partenaire : Vous êtes entouré d'écrans, de câbles, de machines qui sonnent. Cela peut paraître froid, technique, voire intimidant. Cependant, votre rôle reste essentiel.

Vous pouvez :

- **Poser des questions à l'équipe** (« Ça sonne souvent comme ça ? », « Qu'est-ce que vous voyez sur l'écran ? »).
- **Rester simplement présent :** Silencieux, attentif, une main sur l'épaule.

Votre présence est importante, même dans un environnement technique. Vous êtes l'humain au milieu des machines. Et c'est exactement ce dont la maman a besoin.

Petit mot pour conclure

Ces appareils ne prennent pas votre place. Ils ne jugent rien, ne décident de rien. Ils offrent un soutien à l'équipe, pour lui permettre d'agir rapidement si besoin. Ils s'installent autour de vous comme un décor fonctionnel, un peu bruyant parfois mais protecteur.

Le cœur de cette salle, ce n'est ni l'écran, ni l'alarme. C'est ce qui se joue entre votre corps, votre bébé et l'attention qu'on vous porte.

Une fois ces éléments en place, l'équipe vous accompagne progressivement dans les étapes de l'accouchement. Il ne s'agit plus seulement de surveiller, mais d'accompagner la naissance. Le grand voyage commence.

3.

Le grand voyage de l'accouchement

L'accouchement se déroule en trois grandes étapes :

1. **Le travail** : Le col se dilate de 0 à 10 cm (c'est souvent la phase la plus longue).
2. **L'expulsion** : Naissance du bébé.
3. **La délivrance** : L'expulsion du placenta.

Ces étapes peuvent se succéder de façon rapide ou lente, parfois avec des pauses, parfois dans un élan continu. Chaque corps a son rythme, chaque naissance est unique. L'équipe vous accompagne à chaque phase, en veillant à votre confort, votre sécurité, et celle de votre bébé.



Première étape : Le travail, entrer dans l'intensité

Le travail débute. C'est souvent la phase la plus longue et la plus imprévisible. Le col s'assouplit, s'efface, puis se dilate centimètre par centimètre jusqu'à l'ouverture complète (10 cm).

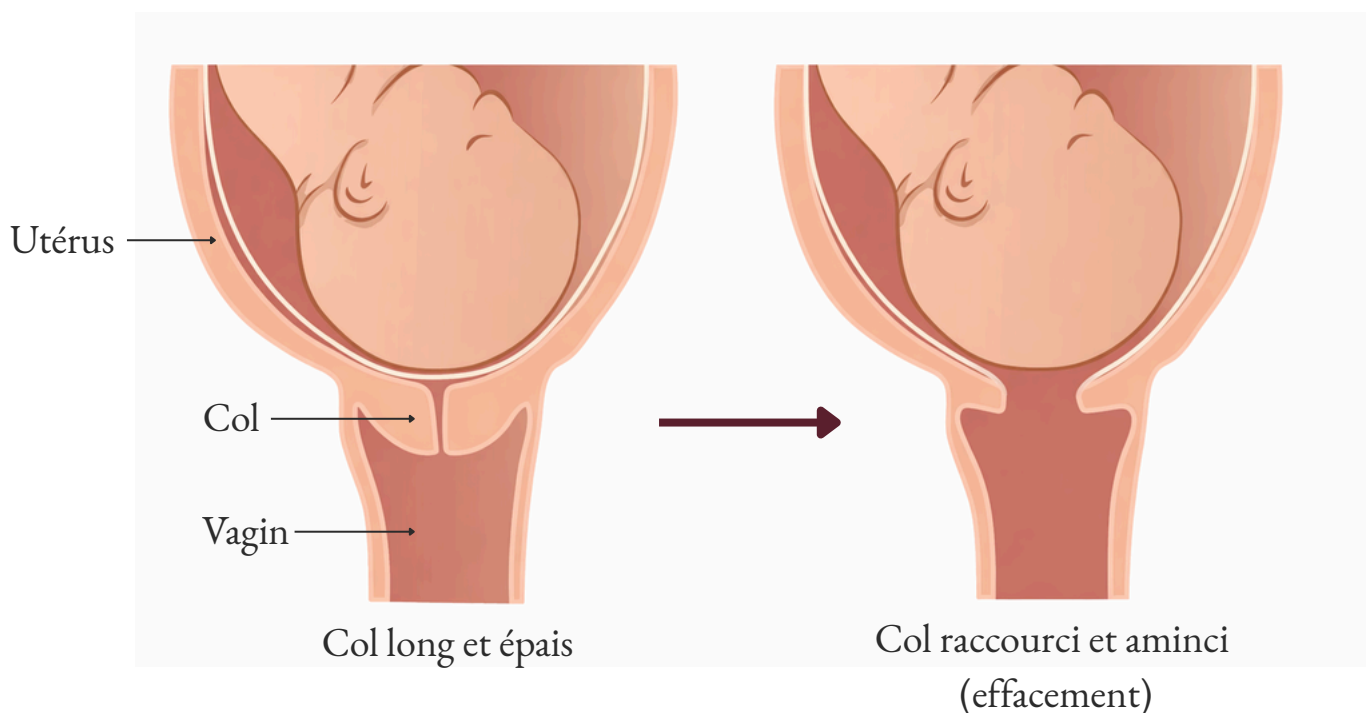
Tout au long de ce processus, la sage-femme effectue des examens vaginaux réguliers. À chaque contrôle, elle évalue l'évolution du col, mais observe aussi la position du bébé et son engagement dans le bassin. Ces points réguliers permettent d'ajuster l'accompagnement et de vous guider selon votre progression.

A. Le col de l'utérus : la porte de sortie de bébé

Le col de l'utérus ressemble normalement à un petit tunnel rigide d'environ 3 à 4 cm. Pour laisser passer le bébé, il doit subir une transformation totale :

- **L'effacement** : Le col se raccourcit, s'amincit et finit par s'incorporer à la paroi de l'utérus. Il devient alors aussi fin qu'une feuille de papier.
- **La dilatation** : L'ouverture s'élargit progressivement de 0 à 10 cm.

Ces deux processus se produisent souvent simultanément. Une fois le col "effacé et à dilatation complète", le passage est prêt !



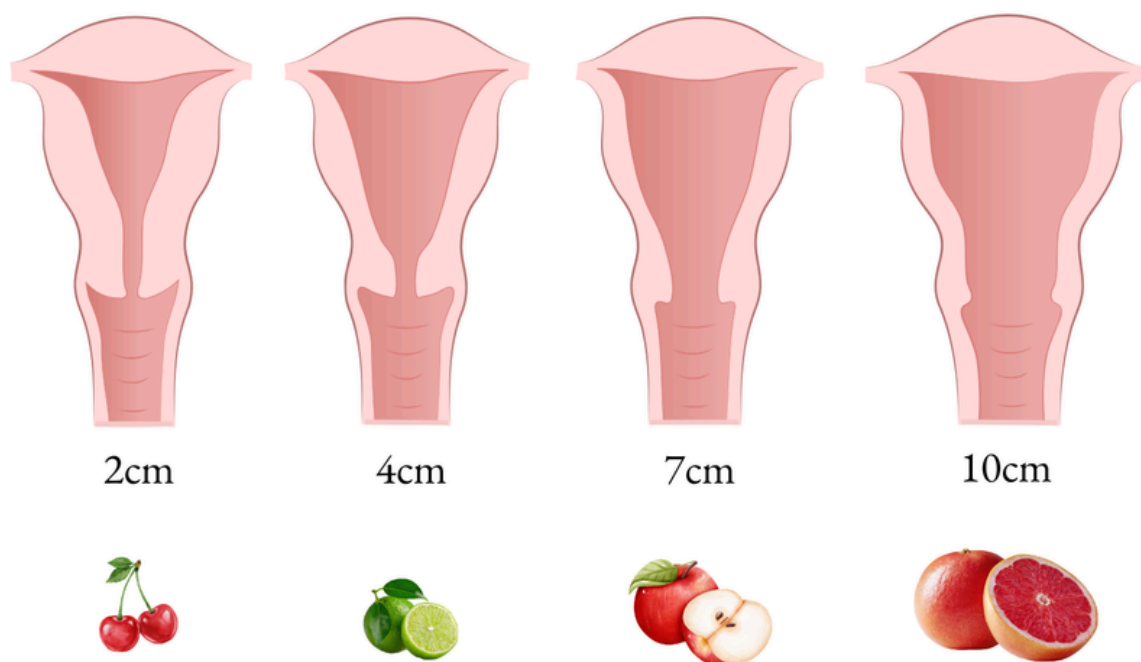
B. La dilatation du col de l'utérus pendant le travail

Le col s'ouvre progressivement de 0 à 10 cm. Chaque femme a son propre rythme : certaines dilatent régulièrement, d'autres restent bloquées à 4-5 cm avant de progresser rapidement.

On entend très souvent dire que la dilatation progresse d'un centimètre par heure pour un premier bébé. En réalité, chaque accouchement suit son propre rythme. Il arrive qu'un col reste stable plusieurs heures avant de s'ouvrir très rapidement. D'autres fois, la progression est lente et régulière. Rien n'est figé. Votre col n'a pas lu les manuels et c'est très bien comme ça.

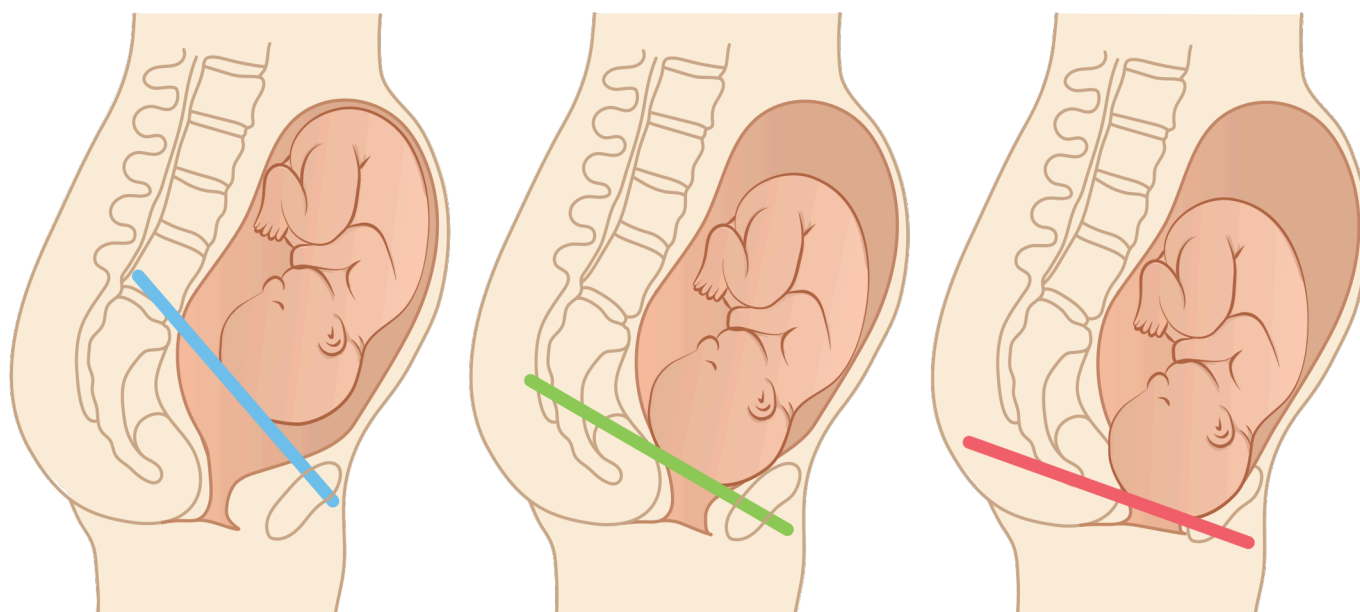
Même à 10 cm, la poussée n'est pas forcément immédiate. Idéalement, l'équipe peut attendre jusqu'à trois heures pour permettre au bébé de descendre davantage dans le bassin grâce aux contractions, ce qui permet souvent une expulsion plus fluide, moins fatigante. On appelle ce temps d'attente la **pause physiologique**. Votre bébé descend tranquillement pendant que vous récupérez un peu.

Sur le schéma ci-dessous, les fruits illustrent la taille approximative de l'ouverture du col de l'utérus.



C. La descente du bébé dans le bassin

Pendant que le col s'ouvre, votre bébé travaille lui aussi pour franchir les obstacles osseux de votre bassin. L'équipe évalue sa progression selon trois paliers :



Partie haute

Partie moyenne

Partie basse

Partie haute : Bébé se présente à l'entrée du bassin. On dit qu'il amorce sa descente.

Partie moyenne : Bébé franchit le milieu du bassin. Il s'adapte aux courbes de vos os pour trouver son chemin.

Partie basse : Bébé est engagé. Il a franchi la partie la plus étroite et se prépare pour la naissance.

L'orientation du bébé

La sage-femme vérifie également la présentation. S'il se présente par les fesses (**en siège**), l'équipe évalue la faisabilité d'un accouchement par voie basse ou l'éventualité d'une césarienne.

S'il se présente par la tête mais regarde vers le ventre (**en postérieur**), le travail peut être plus lent ou plus ressenti dans les reins. Des changements de position peuvent alors faciliter la rotation du bébé.

Le monitoring pendant le travail

Pendant toute la phase de travail, le monitoring reste en place pour surveiller en continu le rythme cardiaque de votre bébé et vos contractions. L'équipe suit les tracés en salle de staff et vient vérifier régulièrement que tout va bien. Si le monitoring montre des signes de fatigue chez bébé (rythme qui ralentit, par exemple), l'équipe peut vous proposer de changer de position, de vous donner de l'oxygène, ou parfois d'accélérer la naissance.

Pour le papa/partenaire : Dès le début du travail, votre présence devient une ancre. Vous êtes celui qui veille, qui accompagne chaque respiration. Un mot doux, un verre d'eau, une compresse fraîche ou un simple massage peuvent tout changer.

Les équipes médicales tournent, mais vous, vous êtes la seule constante. Votre simple présence attentive est le meilleur rempart contre le sentiment d'isolement de la maman.

Et si le travail stagne ?

Il est fréquent que le col "stagne" à 4, 5 ou 6 cm. Ce n'est pas un échec, c'est une pause que le corps prend pour s'ajuster (bébé mal positionné, fatigue, stress). Plusieurs options s'offrent à vous pour relancer la machine.

Le mouvement et les positions

Varié pour aider bébé. Le mouvement est votre meilleur allié. Si votre état et la péridurale le permettent, changer de position peut débloquer la situation. Marcher, utiliser le ballon, se mettre à quatre pattes ou s'allonger sur le côté aide le bébé à mieux orienter sa tête et à exercer une pression plus efficace sur le col.

La rupture artificielle de la poche des eaux

Si votre poche des eaux n'est pas encore rompue et que le travail stagne, la sage-femme peut proposer de la rompre artificiellement. Cela peut accélérer le travail en intensifiant les contractions. Vous n'êtes pas obligée d'accepter, vous pouvez demander à attendre encore un peu pour voir si le travail repart naturellement.

L'ocytocine : relancer le travail

Si le travail stagne ou si les contractions sont irrégulières, l'équipe peut proposer d'administrer de l'ocytocine (une hormone synthétique) par perfusion. Elle stimule les contractions et aide le travail à progresser. Les contractions peuvent devenir plus intenses et plus régulières. Si vous n'avez pas encore de péridurale et que l'ocytocine rend les contractions très difficiles à supporter, vous pouvez en demander une.

Au-delà de ces aspects techniques, le travail est aussi une expérience émotionnelle intense où votre corps et votre esprit sont sollicités à leur maximum.

La fatigue

Si votre travail dure longtemps (10, 15, 20 heures...), il est légitime d'être épuisée. Vous avez le droit de dire «Je suis crevée», de pleurer, de demander une pause, de vouloir dormir entre deux contractions. L'équipe peut vous proposer un moment de repos (parfois avec une péridurale pour vous permettre de dormir un peu), une perfusion pour vous réhydrater, des encouragements adaptés. Vous êtes en train de faire un marathon.



Gérer la douleur

Les contractions deviennent plus fortes, plus rapprochées. Elles peuvent surprendre, submerger, parfois même vous faire douter de vos capacités. Plusieurs approches existent pour les accompagner. C'est normal. L'objectif n'est pas de « tenir » par principe, mais de traverser ce moment avec le curseur de confort qui vous convient au mieux.

Les approches naturelles

Ces méthodes aident à accompagner le travail physiquement et mentalement :

- **Le mouvement** : Mobilisation du bassin, utilisation du ballon (pour "ouvrir" le passage), changements de positions.
- **L'eau** : Douche ou bain chaud (si la salle en est équipée), pour détendre les muscles et le périnée.
- **L'environnement** : Musique, lumière tamisée, visualisation, respiration guidée, hypnose.
- **Le toucher** : Massages lombaires ou points d'acupression réalisés par l'accompagnant ou la sage-femme.

Les aides médicamenteuses


- **Le MEOPA (gaz)** : Souvent appelé «gaz hilarant», c'est un mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote que vous respirez au masque. Il ne supprime pas la douleur, mais il la rend plus supportable en créant une sensation de détente et de distance (une "bulle"). Vous gardez le contrôle : vous l'inhalez quand vous le sentez. Effets possibles : légères nausées ou vertiges qui disparaissent dès l'arrêt de l'inhalation.
- **Les antispasmodiques** : Administrés par perfusion, ils aident les fibres du col de l'utérus à se relâcher.
- **La péridurale** : C'est l'anesthésie de référence. Posée par un médecin anesthésiste, elle soulage la douleur de la partie basse du corps tout en vous permettant de rester pleinement consciente.

Ophélie, maman

« La pose de la péridurale a été une délivrance. J'ai pu totalement me concentrer sur mon bébé qui descendait, et lors de la poussée, il a pu sortir sans trop attendre. »

La péridurale

C'est une anesthésie loco-régionale qui soulage la douleur pendant le travail tout en vous permettant de rester consciente et de participer activement à la naissance. Elle est posée par un anesthésiste, généralement entre deux contractions, et qui vous demandera de rester immobile quelques minutes en faisant le dos rond. L'effet se fait sentir en 15-20 minutes. Vous pouvez la demander dès que les contractions deviennent difficiles à supporter.


 Une fiche technique complète sur la péridurale et la rachianesthésie est disponible en fin d'ouvrage.

Se préparer à toutes les éventualités

Même si vous prévoyez d'avoir une péridurale, il est utile de vous préparer un minimum à un accouchement sans anesthésie. Pourquoi ? Parce que parfois, les choses vont très vite : le travail s'accélère d'un coup et bébé arrive avant que la péridurale n'ait le temps de faire effet. Il arrive aussi que la péridurale ne prenne pas parfaitement d'un côté, ou que les anesthésistes soient mobilisés sur une urgence alors que votre travail progresse rapidement. Ce n'est pas fréquent, mais cela peut arriver.

Connaître quelques techniques de respiration, de positions, de gestion de la douleur vous aidera à traverser ces moments éprouvants. Et si finalement vous avez votre péridurale comme prévu, ces outils vous auront quand même aidée pendant les premières heures du travail.

Dans tous les cas, c'est un bagage rassurant qui vous permet de rester actrice de votre accouchement, quel que soit le scénario.

 **Conseil :** Quel que soit votre choix, essayez de ne pas rester figée. Même avec une péridurale classique, changer de côté régulièrement aide le bassin à travailler et le bébé à progresser. Écoutez votre corps : il sait souvent ce dont il a besoin.



Accoucher sans péridurale, un choix légitime

Certaines femmes choisissent d'accoucher sans anesthésie. Ce choix peut venir d'une envie de vivre un accouchement physiologique, de convictions personnelles, d'une peur de la péridurale ou simplement d'un ressenti profond. Il est important de rappeler que ce choix est légitime et mérite d'être soutenu, quelles que soient les raisons qui le motivent.

Accoucher sans péridurale, ce n'est pas faire preuve de courage ou de performance. Ce n'est pas non plus un défi à relever ou une médaille à gagner. Il s'agit simplement d'une autre manière de vivre son accouchement, avec ses spécificités, ses ressources et ses ajustements.

À quoi s'attendre ?

L'accouchement sans péridurale est un effort physique d'une intensité rare. Contrairement à une douleur de blessure, la contraction est une force utile : c'est un muscle qui travaille pour ouvrir le passage. Cette sensation peut être perçue comme submergeante par moments, mais elle est intermittente. Entre deux vagues, votre corps vous offre des pauses totales pour récupérer. Comprendre que cette intensité est normale et qu'elle a un but précis est la première étape pour ne pas la subir, mais l'accompagner en pleine conscience.

Votre «Pharmacie interne» : un antidouleur naturel

Pour traverser cette épreuve, votre cerveau devient votre meilleur allié en sécrétant **un cocktail d'ocytocine et d'endorphines**. Ces dernières sont des morphines naturelles puissantes.

Leur rôle est de filtrer la douleur et de vous faire basculer dans un état de conscience modifié, souvent appelé «La bulle». Cet état modifie votre perception du temps et des sensations : il vous permet de décrocher du mental pour laisser votre corps diriger le travail. Pour favoriser ce processus, le calme, l'obscurité et le sentiment de sécurité sont vos meilleurs outils.

Gardez toutefois en tête que la sécurité du bébé reste la priorité : si le monitoring doit rester continu et qu'il n'est pas sans fil, vos mouvements devront malheureusement s'adapter et être limités pour rester à proximité du lit.

Bon à savoir : Vers la fin de la dilatation, entre 8 et 10 cm, il y a souvent cette **“Phase de désespérance” (ou de transition)** où les contractions sont très rapprochées, très intenses et beaucoup de mamans ont à ce moment-là l'impression de ne plus y arriver.

C'est le moment où on entend souvent "Je n'en peux plus", "Je veux rentrer chez moi", ou même "Je veux une péridurale maintenant". Cette phase est courte (30 minutes à 1h en général) mais elle est intense.

C'est un signal physiologique classique qui annonce souvent que le bébé est presque là. L'équipe le sait et elle vous soutiendra particulièrement à ce moment-là.

Apprivoiser l'intensité : votre boîte à outils physiologique

L'accouchement sans péridurale repose sur une idée simple : accompagner la sensation plutôt que de lutter contre elle. En mobilisant vos ressources naturelles, vous permettez à votre corps de travailler avec efficacité tout en restant actrice de votre accouchement.

Le mouvement et la recherche d'espace

Rester mobile est votre meilleur atout pour aider le bébé à descendre grâce à la gravité. Le mouvement du bassin modifie les diamètres osseux en temps réel, créant ainsi le passage nécessaire tout en évitant que la douleur ne se fixe sur une zone précise. Vous pouvez utiliser un ballon (fitball) pour dessiner des huit avec le bassin, ce qui assouplit le périnée et décompresse les lombaires. La marche active, les étirements en suspension (en s'appuyant sur le partenaire) ou la position à quatre pattes permettent de libérer le diaphragme et de soulager la pression, notamment si les contractions se font ressentir "par les reins".

- **Pratiques** : Yoga prénatal (Méthode de Gasquet), Kinésithérapie périnatale, Méthode Bonapace (pour les postures de travail).

Le souffle, le son et le relâchement profond

La respiration est le carburant de l'utérus : un muscle bien oxygéné travaille mieux et s'épuise moins. Une expiration longue et lente, comme si vous souffliez dans une paille, calme instantanément le système nerveux. Vous pouvez y ajouter des sons graves (des "A" ou "O" profonds) qui par effet de résonance, induisent un relâchement réflexe du col et du périnée. Un détail crucial est la détente de la mâchoire : gardez la bouche entrouverte, car une mâchoire crispée entraîne mécaniquement un verrouillage du bas du corps.

- **Pratiques** : Chant prénatal, Sophrologie, Yoga du son.

La chaleur et les diversions sensorielles (Gate Control)

Le cerveau possède une capacité limitée à traiter les messages nerveux. En créant une sensation forte de chaleur ou de pression ailleurs sur le corps, vous saturez le canal de transmission et atténuez le message venant de l'utérus. C'est ici que l'eau et la chaleur interviennent : une immersion en baignoire de dilatation, une douche chaude dirigée sur le bas du dos ou l'application d'une bouillotte sur les lombaires favorisent la sécrétion d'endorphines, vos antidouleurs naturels.

Pour une diversion plus directe, la technique du peigne consiste à serrer un peigne à dents fines dans la paume (dents contre la racine des doigts) : cette pression nerveuse occupe votre cerveau en priorité pendant la contraction.

- **Pratiques** : Acupuncture (pour la préparation du col et la gestion de la douleur), Thalasso de bain de naissance.

Le mental et la gestion du temps

La peur génère de l'adrénaline, l'ennemie de l'ocytocine (l'hormone du travail). En restant dans une bulle de confiance, vous accélérez le processus. Le rituel de la minute est un outil puissant : une contraction dure environ 60 secondes. Se dire « Je peux tout faire pendant une minute » permet de gérer chaque vague l'une après l'autre sans se laisser submerger par la durée totale. La visualisation aide également à transformer la sensation : imaginez votre col comme une fleur qui s'épanouit ou une porte qui s'ouvre à chaque vague pour laisser passer votre enfant.

- **Pratiques :** HypnoNaissance (Méthode Mongan), Préparation classique avec auto-hypnose.

Tous ces outils s'apprennent idéalement durant le troisième trimestre. L'objectif est d'avoir les clés et de créer des réflexes pour que, le jour J, votre corps sache quoi faire sans que vous ayez besoin de réfléchir.

Changer d'avis en cours de route

Même avec un projet sans anesthésie, il est possible qu'au fil du travail vous ressentiez le besoin d'un soulagement. Demander la péridurale à 6 ou 7 cm après des heures de travail est une adaptation, pas un abandon. **Vous aurez déjà parcouru un chemin immense.**

Le plus important est de rester à l'écoute de votre corps et de ne jamais vous sentir obligée d'aller au bout si ce n'est plus tenable. Personne ne vous jugera. L'équipe est là pour vous accompagner, quelle que soit votre décision.

Le mot pour le partenaire, co-pilote et phare dans la tempête !

Votre présence est une ressource précieuse et votre engagement peut physiquement transformer le vécu de la maman. En tant que partenaire, vous agissez comme un véritable co-pilote dont les gestes et le soutien émotionnel permettent de réduire la perception de la douleur et de maintenir un environnement sécurisant.

Vos outils de terrain : pression et soulagement physique

- **Contre-pression et acupression** : Appuyez très fermement avec la paume de votre main sur son sacrum pendant la contraction pour contrer la sensation d'écartement du bassin. En parallèle, apprenez à stimuler le point GI4 (dans le creux entre le pouce et l'index) ou le B32 (sur le sacrum). Ces points fonctionnent comme des interrupteurs naturels pour filtrer les signaux de douleur.
- **Le Rebozo** : Formez-vous au bercement avec cette écharpe (auprès d'une doula ou d'une sage-femme) pour mobiliser son bassin en douceur et lui offrir un sentiment de légèreté sans effort physique pour elle.

Le guidage mental et les techniques d'ancrage

- **L'ancrage par le toucher et le regard** : Votre présence physique est son point de repère. En maintenant un contact visuel soutenu ou en tenant fermement ses mains, vous l'aidez à rester "ici et maintenant". Si elle semble "s'éparpiller", posez vos mains sur ses épaules ou ses hanches : ce poids rassurant l'aide à ne pas se laisser submerger par la vague.
- **L'hypnose périnatale** : Cette technique s'apprend idéalement en duo dès le septième mois avec une sage-femme formée, une doula ou via des programmes audio spécialisés (méthode Mongan par exemple). L'objectif est de créer un ancrage : un geste précis ou un mot-clé qui, répété pendant la grossesse, agira comme un signal de sécurité instantané le jour J.
- **La respiration synchronisée** : En soufflant lentement et profondément à ses côtés pendant la contraction, vous devenez son métronome. Elle pourra caler son rythme respiratoire sur le vôtre sans même avoir besoin de parler, ce qui stabilise son mental.
- **Le guidage par la voix** : Chronométrez les vagues pour la rassurer sur leur durée (« Le sommet est passé, elle redescend »). Votre voix est son ancrage stable qui lui permet de ne pas se laisser happer par l'inconnu.

S'adapter à l'instant T : observer et accompagner

Chaque femme réagit différemment à l'intensité du travail et votre force réside dans votre capacité d'adaptation. Certaines auront besoin d'un contact constant, tandis que d'autres préféreront le silence total et l'absence de toucher. Observez ses signes : des épaules qui se crispent sont souvent un signal qu'elle a besoin d'un rappel doux pour souffler. Proposez votre aide sans l'imposer en demandant simplement si elle souhaite un massage ou votre main. Si elle semble "perdre le contrôle" ou exprime son désarroi, restez son ancrage stable. Ce changement de comportement est souvent le signe physiologique que la naissance est imminente. Votre voix rassurante et votre présence calme sont ses meilleurs guides dans cette tempête de sensations. Votre écoute et vos paroles valorisantes sont le moteur qui lui permet d'aller au bout de son effort.


Le projet de naissance

Vous pouvez noter vos souhaits dans un projet de naissance, un document personnel remis à l'équipe pendant la grossesse ou à votre arrivée à la maternité. Il ne s'agit pas d'un contrat rigide, mais d'un outil de dialogue.

Vous pouvez y indiquer vos préférences : accouchement sans péridurale, positions souhaitées, ambiance (lumière tamisée, musique), peau à peau immédiat, ne pas connaître le sexe avant la naissance, présence d'une personne de soutien spécifique, prière à la naissance.

L'équipe tiendra compte de vos souhaits, bien évidemment toujours dans la mesure du possible : selon votre état, celui du bébé et des contraintes médicales du moment. Il faut simplement garder à l'esprit que le jour J est une aventure vivante qui demande parfois de la flexibilité.

 **Une fiche technique dédiée au projet de naissance se trouve en annexe pour vous guider dans sa rédaction.**

 **Conseil :** N'hésitez pas à mentionner l'existence de ce document dès votre installation en salle de naissance et à le signaler de nouveau si les soignants changent. Dans l'intensité du moment ou lors d'un changement de garde, un petit rappel permet de s'assurer que vos souhaits restent au cœur de l'accompagnement.

Deuxième étape : L'expulsion, la rencontre approche

Par voie basse

Lorsque le col est complètement dilaté et que le bébé est bien engagé dans le bassin, la phase d'expulsion commence. Certaines femmes ressentent alors une envie de pousser irrésistible. D'autres la ressentent moins, notamment avec une péridurale. Dans tous les cas, l'équipe est là pour vous guider.

Le personnel présent

La sage-femme coordonne l'expulsion et surveille la progression du bébé. C'est elle qui pilote médicalement cette phase. À ses côtés, l'auxiliaire de puériculture vous soutient émotionnellement et prépare le matériel pour accueillir votre enfant. Selon les maternités, une infirmière peut aussi être présente pour la surveillance technique.

Bon à savoir: Dans certains établissements privés, c'est le gynécologue-obstétricien qui réalise l'accouchement, la sage-femme restant à ses côtés. Dans les maternités publiques, la sage-femme vous accompagne jusqu'au bout, sauf en cas de complication ou d'utilisation d'instruments (ventouse, forceps), auquel cas le médecin intervient.

Préparation de la salle

Avant de commencer, l'équipe ajuste l'environnement. Le lit se transforme en table d'accouchement pour s'adapter à votre position, les instruments stériles sont installés et la table chauffante pour le bébé est allumée. Si vous avez une playlist, c'est le moment de la lancer. Tout est prêt.

Comment se passe la poussée ?

Vous poussez pendant les contractions. On utilise souvent le repère de trois poussées par contraction, mais l'important reste votre ressenti. Lors de la poussée, le fait de lever la tête et de rapprocher le menton de la poitrine permet d'orienter l'effort vers le bas et de faciliter la descente du bébé.

La sage-femme vous guide : une inspiration profonde, puis une poussée vers le bas en accompagnant le mouvement par le souffle ou une courte apnée. Entre deux contractions, vous relâchez tout pour récupérer.

L'auxiliaire de puériculture, près de votre visage, vous encourage et vous décrit la progression : « C'est très bien ce que vous faites, il est bientôt là, je vois ses cheveux ! ». L'ambiance peut être silencieuse ou plus rythmée selon vos besoins, n'hésitez pas à dire si vous préférez le calme ou des encouragements sonores.

Aloïse, maman

« L'accompagnement a été au top. L'équipe était à l'écoute de mes attentes et de mes envies. Dans la salle d'accouchement, c'était vraiment une bonne ambiance, et je trouve que c'est très important. »

Ce que personne ne dit, mais que (presque) tout le monde vit : les selles

Pendant la poussée, il est possible qu'un peu de selles s'évacue. C'est parfaitement physiologique. Le bébé descend, comprime le rectum, la pression entraîne cette évacuation. L'équipe est habituée. Tout est retiré discrètement, sans commentaire, sans gêne. Vous ne vous en apercevrez probablement même pas.

Et votre partenaire ? Il ne voit rien. Il est à vos côtés, pas en face du cœur de l'action, et un drap est posé sur vos jambes (si ce n'est pas le cas, demandez-le!). Ce détail n'a rien de honteux. Il fait simplement partie de la réalité du corps qui donne la vie.

Quelles positions pour pousser ?

La position "classique" sur le dos, jambes relevées dans les étriers, est la plus courante car elle facilite la surveillance et l'intervention si nécessaire. Mais ce n'est pas la seule !

Selon les maternités et votre situation (avec ou sans péridurale), d'autres positions et accessoires peuvent être proposés :

- **Sur le côté (latérale)** : Parfois plus confortable, surtout si vous êtes fatiguée.
- **Accroupie ou semi-accroupie** : Avec l'aide de la barre d'accroupissement (un arceau métallique fixé au lit).
- **À quatre pattes** : Peut soulager le dos et faciliter la descente du bébé.
- **Poignées latérales** : Fixées sur les côtés du lit, vous pouvez vous y accrocher pour prendre appui.
- **Avec sangles de traction (ou lianes)** : Des sangles en tissu attachées à la barre ou au plafond que vous tirez pendant les contractions pour vous redresser et mieux pousser.
- **La technique du drap (le "remorqueur")** : La sage-femme attache un drap solide à une barre ou le tient avec vous.

Bon à savoir : En France, l'accouchement dans l'eau jusqu'à la naissance est une option encore peu répandue. Si la plupart des maternités proposent un bain pour soulager les contractions pendant le travail, elles demandent généralement d'en sortir pour la phase d'expulsion afin de faciliter les gestes de l'équipe et de limiter les risques infectieux pour le bébé.

Seuls quelques rares établissements permettent aujourd'hui d'aller jusqu'au bout dans l'eau. Si ce projet vous tient à cœur, renseignez-vous tôt auprès de votre maternité pour savoir si elle fait partie de ces exceptions.

Les sensations fortes

Au moment où la naissance est imminente, la sage-femme peut vous proposer de **toucher la tête de votre bébé**. Pour certaines mamans, sentir ces quelques cheveux ou cette petite tête est un boost de motivation incroyable qui donne la force pour les dernières poussées. C'est le moment où le virtuel devient réel. Pour d'autres, c'est une sensation trop impressionnante ou déstabilisante. Il n'y a aucune attente à ce sujet, vous pouvez accepter ou décliner selon votre instinct du moment.

Un autre ressenti marquant, surtout lors d'un accouchement sans péridurale, est ce qu'on appelle "**l'anneau de feu**". C'est une sensation de brûlure intense et très brève qui survient quand la tête du bébé étire le périnée au maximum. Bien que surprenante, elle est en réalité un signal positif : elle indique que le passage est à son ouverture maximale et que le bébé va sortir dans les secondes qui suivent. Avec une péridurale, ce moment est généralement perçu comme une simple pression ou une tension importante, sans la sensation de brûlure.

Pour le partenaire, vos missions sont de :

- **Soutenir l'effort** : Aidez-la à ramener sa tête vers sa poitrine pendant la poussée et proposez-lui de l'eau ou une compresse fraîche entre deux contractions.
- **Encourager** : Dites-lui ce qu'elle ne voit pas («Je vois ses cheveux», «Il arrive»).
- **Gérer vos émotions** : Si l'intensité du moment ou la vue du sang vous donne le tournis, n'attendez pas de tomber. Allez de vous-même vous asseoir au sol, vous ne pourrez pas tomber plus bas ! Prenez quelques secondes pour respirer, l'équipe a l'habitude et personne ne vous jugera. Une fois remis, vous pourrez reprendre votre place.

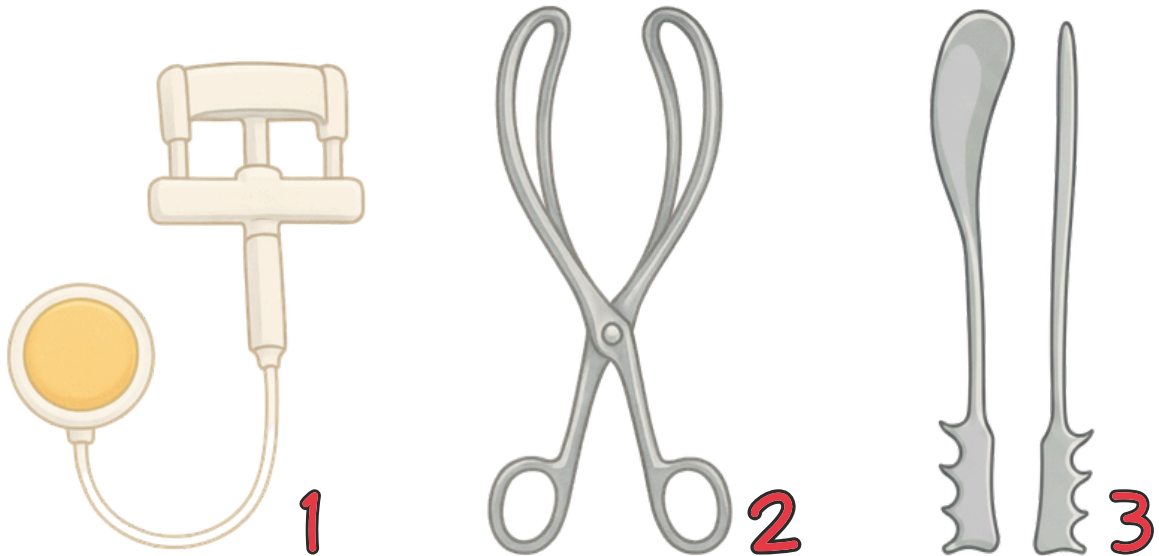
Et si une aide médicale est nécessaire ?

En général, si après environ 30 minutes d'efforts de poussée actifs le bébé ne progresse plus, ou si vous ou votre bébé montrez des signes de fatigue excessive, un médecin est systématiquement appelé.

Il évalue la situation et détermine s'il faut recourir à une assistance instrumentale. C'est une mesure de sécurité pour vous et pour bébé. **Vous restez totalement actrice de votre accouchement.**

Les instruments

Trois différents types d'instruments peuvent être utilisés pour accompagner la naissance.



1. La ventouse obstétricale : Une petite cloche souple (ou rigide) placée sur la tête du bébé, reliée à un système d'aspiration douce. Elle aide à guider le bébé vers la sortie en suivant les efforts de poussée de la maman.

2. Les forceps : Deux instruments métalliques en forme de cuillères croisées. Ils sont ajustés avec précision autour de la tête du bébé pour le guider doucement vers l'extérieur et peuvent aider à la rotation de la tête si nécessaire.

3. Les spatules : Semblables aux forceps mais non articulées entre elles. Ces deux branches indépendantes servent principalement à "écarter" les tissus maternels et à orienter le bébé pour faciliter son passage, agissant un peu comme des toboggans.

Ces outils peuvent surprendre, notamment par l'aspect métallique des forceps et des spatules, mais rassurez-vous : leur usage est précis, maîtrisé, et totalement adapté à ce moment délicat. Ils ne remplacent pas votre poussée, ils la guident et l'accompagnent. Vous continuez à pousser et l'instrument aide votre bébé à descendre. Vous restez actrice de votre accouchement.

Le moment est là, votre bébé arrive.

La sortie finale : après la tête, les épaules

Une fois la tête sortie, la sage-femme vérifie que le cordon n'est pas autour du cou, si c'est le cas elle le libère simplement. Elle vous demandera alors de souffler doucement, comme pour éteindre des bougies afin de protéger le périnée, de façon à ce que les épaules passent en douceur sans déchirer les tissus. Elle guide aussi, avec ses mains, la sortie du bébé pour limiter les lésions.

Une fois les épaules sorties, le reste du corps glisse tout seul. Et là, votre bébé est né. Vous l'avez fait!

Le périnée

Malgré ces précautions, de petites lésions peuvent survenir : **les déchirures** sont naturelles. C'est le tissu qui cède de lui-même là où la pression est la plus forte. Il s'agit le plus souvent de lésions superficielles qui concernent uniquement la peau ou la muqueuse.

L'épisiotomie est une incision chirurgicale de quelques centimètres pratiquée par la sage-femme ou le médecin avec des ciseaux chirurgicaux sous anesthésie locale. Elle n'est absolument pas systématique et son usage a énormément diminué : aujourd'hui, elle concerne moins de 10% des accouchements en France.

Celle-ci n'est décidée qu'en dernier recours, et peut-être décidé pour plusieurs raisons :

- Aider un bébé fatigué à sortir plus vite.
- Dévier une ouverture qui se fait naturellement.
- Éviter une déchirure plus complexe.

Dans les deux cas, la suture se fait juste après la naissance avec du fil résorbable qui disparaît seul en deux ou trois semaines. Vous n'aurez pas besoin de faire retirer les fils.

Le moment de la naissance

Le frisson post-partum

Ne soyez pas surprise si, juste après la naissance, vous vous mettez à trembler de façon incontrôlée (cela arrive aussi après une césarienne). Ce phénomène est fréquent et tout à fait normal. Il est dû à la chute brutale des hormones, à la fatigue intense et à l'évacuation du surplus d'adrénaline accumulé pendant l'effort. C'est la manière dont votre corps évacue la pression. N'hésitez pas à demander une couverture chauffante qui peut vous apaiser.

Les premiers gestes

Dès la naissance, l'auxiliaire de puériculture prend bébé et le sèche en le stimulant doucement. Il est normal que bébé soit un peu bleuté ou violet les premières secondes, le temps qu'il respire et s'oxygène bien. Sa coloration devient progressivement rosée. Elle analyse alors **son adaptabilité à la vie extra-utérine** en observant sa respiration (poitrine qui se soulève), son tonus (s'il bouge, s'étire, réagit) et écoute ses pleurs qui confirment que ses poumons se sont bien ouverts.

L'attente du premier cri

Le cri puissant est souvent attendu comme un signal de départ, mais il arrive généralement après quelques secondes de "latence". Ces secondes de silence sont normales et physiologiques : c'est le temps nécessaire pour que bébé réalise que l'oxygène ne vient plus du cordon, mais de ses propres poumons.

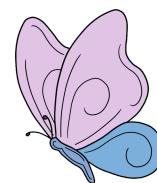
En effet, il passe d'un milieu aquatique à un milieu aérien, c'est donc tout son système respiratoire et son fonctionnement qui se modifient et se mettent en route en quelques secondes. Ce premier cri fort a une fonction mécanique : il permet d'expulser le liquide restant dans les alvéoles et de déplier les poumons pour la première fois. Une fois ce "grand nettoyage" fait, bébé peut s'apaiser rapidement.

Soutien respiratoire si besoin

Si l'équipe juge que votre bébé a besoin d'une aide supplémentaire, il peut être emmené quelques instants vers la table chauffante pour une aspiration. Une petite sonde souple libère alors ses narines et sa bouche des sécrétions qui gênent le passage de l'air. Si nécessaire, un peu d'oxygène lui sera administré via un petit masque souple. Il s'agit d'un simple accompagnement technique pour l'aider à stabiliser sa respiration avant de vous le confier.

Bon à savoir : Dans ces moments, l'équipe peut agir vite et sembler peu communicative. Cette concentration est le signe de leur souci pour aider bébé à bien démarrer, et non systématiquement d'une situation grave. Ils n'ont pas toujours le temps d'expliquer leurs gestes sur l'instant, mais ce soutien rapide ne dure généralement que quelques minutes. Bébé vous sera rendu dès sa respiration stabilisée, et l'équipe prendra alors le temps de vous expliquer ce qu'il s'est passé.

L'apparence de votre bébé à la naissance



Il se peut que votre bébé, comme beaucoup d'autres, présente des aspects surprenants. Rassurez-vous, c'est temporaire.

Ce que vous pourriez observer :

- **Tête allongée ou déformée** : Surtout après un accouchement par voie basse, la pression du passage dans le bassin peut modeler temporairement le crâne. Pas d'inquiétude : les os de la tête de votre bébé sont encore très souples et ne sont pas soudés entre eux, ce qui permet ce moulage. Elle reprendra sa forme ronde en quelques jours.
- **Les fontanelles** : Vous remarquerez peut-être deux zones molles sur le crâne (une au sommet, une à l'arrière). Ce sont les fontanelles, des espaces membraneux qui permettent au crâne de se moduler lors du passage. N'ayez crainte, vous pouvez toucher et laver doucement la tête de votre bébé sans danger : la membrane des fontanelles est solide. Elles se refermeront progressivement (la petite vers l'âge de 2 à 3 mois, et la grande entre 12 et 18 mois).
- **Yeux gonflés** : La compression pendant l'accouchement peut provoquer un léger œdème autour des yeux. Cela disparaît très vite.
- **Peau couverte de vernix** : Cette substance blanchâtre et grasse protégeait sa peau dans le liquide amniotique. L'équipe la laisse en place car elle hydrate naturellement et protège votre bébé des infections. C'est pour cette raison que le personnel ne lave plus les bébés dès la naissance mais attend généralement le deuxième jour de vie.
- **Un duvet de poils (le lanugo)** : Certains bébés peuvent avoir le dos, les épaules ou les tempes couverts d'un fin duvet. Ce lanugo servait à retenir le vernix sur la peau quand votre bébé était dans l'utérus. Il tombera tout seul dans les premières semaines.
- **Petites taches rouges ou violacées** : Ce sont des pétéchies, de minuscules éclatements de vaisseaux dus à l'effort de la naissance. Elles disparaissent en quelques jours.
- **Organes génitaux gonflés** : Les bourses chez les garçons ou les grandes lèvres chez les filles peuvent paraître particulièrement volumineuses à la naissance. C'est un phénomène tout à fait normal, dû à la poussée de vos hormones qui ont traversé le placenta juste avant l'accouchement. Ce gonflement est temporaire et s'estompe naturellement en quelques jours.
- **Cheveux ou pas** : Certains bébés naissent avec une tignasse impressionnante, d'autres sont chauves comme un œuf. Les deux sont parfaitement normaux.

Dans les heures et les jours qui suivent, l'apparence du bébé va évoluer.

Le clampage du cordon ombilical

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) recommande d'attendre au moins 1 à 3 minutes avant de couper le cordon ombilical, ce qui correspond au **clampage tardif**. Cette recommandation est également soutenue par la HAS (Haute Autorité de Santé) car elle permet d'améliorer les réserves en fer de votre bébé et de réduire le risque d'anémie dans ses premiers mois de vie.

Le partenaire peut demander à couper le cordon ombilical s'il le souhaite. Si ce moment juste après la naissance semble trop impressionnant ou intimidant, ce n'est pas grave! Il sera tout à fait possible de le raccourcir un peu plus tard, lors d'un moment plus calme.

Bon à savoir : Les ciseaux médicaux sont standardisés pour les droitiers. Le cordon a une texture très caoutchouteuse : il faut donc y aller franchement pour une coupe nette! Si vous êtes gaucher, prévenez simplement la sage-femme. Elle pourra tenir le cordon différemment pour vous faciliter la tâche, ou vous guider pour positionner votre main au mieux.

Prélèvement du pH du cordon

Juste après la naissance, l'équipe réalise un prélèvement rapide et indolore sur le cordon ombilical afin d'analyser le pH du sang. Ce geste permet de vérifier que votre bébé a bien été oxygéné pendant l'accouchement.

Le pH en quelques mots : Il mesure l'équilibre acide-base du sang. Pour faire simple, c'est le "baromètre" de la fatigue de votre bébé pendant l'effort de la naissance. Ce résultat immédiat permet aux soignants de s'assurer que tout va bien ou de décider s'il faut surveiller certains paramètres de plus près. L'équipe effectue ce prélèvement en quelques secondes pendant que votre attention est tournée vers votre nouveau-né.

Le peau à peau

Si votre bébé va bien, il est immédiatement installé contre votre poitrine, nu ou en couche. L'auxiliaire de puériculture le place doucement sur vous. Ce contact peau contre peau, chaud et vivant est bien plus qu'un moment de tendresse : c'est une transition biologique essentielle.

Pourquoi le peau à peau est-il si important ?

Il permet à votre bébé de stabiliser sa température, sa respiration et son rythme cardiaque. Il facilite également la mise au sein s'il y a un projet d'allaitement, et initie en douceur ce lien si particulier entre vous. Le contact recrée les repères connus in utero : chaleur, battements du cœur et odeur familière. Votre bébé se sent en sécurité.

L'équipe vous laisse ce moment sacré. Vous pouvez le toucher, l'embrasser, lui parler. Il vous connaît déjà. Votre voix et votre chaleur sont ses premiers repères dans ce nouveau monde.

Combien de temps ?

L'OMS recommande un peau à peau immédiat et ininterrompu d'au moins 1 heure après la naissance (si l'état de la maman et du bébé le permet). Ensuite, aussi souvent que possible : en maternité, plusieurs fois par jour. À la maison, autant que vous le souhaitez. Il n'y a pas de limite de durée ou de fréquence. Le peau à peau reste bénéfique pendant les premiers mois de vie, pas seulement à la naissance.

👉 Une fiche technique complète sur le peau à peau est disponible en fin d'ouvrage.

Et la première tétée ?

Si vous avez un projet d'allaitement, le peau à peau favorise la mise au sein. Certains bébés vont chercher le sein très rapidement, d'autres ont besoin de plus de temps. Il n'y a pas d'urgence. Laissez votre bébé explorer, sentir, lécher. L'auxiliaire de puériculture ou la sage-femme vous accompagne dans ces premiers instants.

Si votre bébé ne tète pas dans la première heure, ce n'est pas grave, il aura d'autres occasions. Si votre bébé a besoin d'être alimenté avant de monter en suite de couches (par exemple en cas d'hypoglycémie), l'équipe peut lui proposer quelques millilitres de lait (du lait artificiel ou votre colostrum recueilli manuellement) au "doigt-seringue".

Le doigt-seringue, qu'est-ce que c'est ?

Une petite seringue sans aiguille est placée le long du doigt de l'adulte. Bébé tète le doigt pendant qu'on dépose doucement le lait dans sa bouche. Cette méthode douce n'interfère pas avec l'allaitement maternel. L'important, c'est le contact et la proximité.

L'allaitement sera abordé plus en détail dans le chapitre suivant.

Le score d'Apgar

À 1 minute, 5 minutes et 10 minutes après la naissance, l'équipe médicale évalue l'adaptation de votre bébé à la vie extra-utérine selon 5 critères précis : la fréquence cardiaque, la respiration, le tonus musculaire, la réactivité aux stimulations et la coloration de la peau.

Chaque critère est noté de 0 à 2, pour un score total idéal de 10. Ce score est systématiquement inscrit dans le carnet de santé de votre enfant.

Interprétation du score :

- 7 à 10 : Excellent, votre bébé s'adapte très bien.
- 4 à 6 : L'adaptation est un peu plus lente, cela peut nécessiter une surveillance renforcée ou une aide ponctuelle (comme un petit apport en oxygène).
- En dessous de 4 : Bébé a besoin d'une assistance médicale et d'une intervention rapide de l'équipe.

Par césarienne (voie haute)

Une autre manière de naître

La césarienne est une intervention chirurgicale qui permet de faire naître votre bébé par voie abdominale, lorsque la voie basse n'est pas possible ou comporte un risque pour vous ou pour votre bébé.

Environ 20% des naissances en France se font par césarienne. Ce n'est ni un échec, ni une solution de facilité, mais un acte médical maîtrisé. C'est parfois la meilleure option pour garantir votre sécurité et celle de votre bébé.

Césarienne programmée ou en urgence ?

Césarienne programmée

La décision est prise pendant la grossesse pour des raisons médicales identifiées à l'avance (bébé en siège, placenta praevia, antécédents médicaux, etc.). Une date est fixée, généralement autour de 39 semaines d'aménorrhée. Vous arrivez le matin à jeun, et l'accouchement se déroule de manière calme et organisée.

Bon à savoir : Même si la césarienne est programmée, le travail peut se déclencher avant. Elle est alors réalisée en urgence, ce qui signifie simplement qu'elle est avancée car le processus a commencé. Si cela arrive, ne mangez et ne buvez plus rien dès les premiers signes (c'est frustrant, mais vital pour la sécurité de l'anesthésie) et rendez-vous sans attendre à la maternité.

Césarienne en urgence

La décision est prise en cours de travail : travail qui ne progresse pas, souffrance foetale, échec d'extraction instrumentale, décollement placentaire...

Il existe plusieurs niveaux d'urgence. Certaines situations nécessitent une intervention immédiate (urgence vitale), d'autres laissent le temps de vous préparer (urgence relative, la plus fréquente). Dans tous les cas, l'équipe vous accompagne avec bienveillance et compétence.

Si la césarienne n'était pas prévue, vous pouvez ressentir de la surprise, de la déception, de la peur ou du soulagement. Toutes ces émotions sont légitimes. C'est un acte de soin pour vous et pour votre bébé, une étape qui permet de clore le processus de l'accouchement avec sérénité lorsque la voie basse n'est plus l'option la plus adaptée.

Marion, maman

« Je suis restée 5 jours à l'hôpital avant d'accoucher. Ils ont essayé de me déclencher 4 fois : 2 gels, 1 ballonnet, 1 perfusion d'ocytocine. Rien n'a fonctionné. Au bout de 24h, j'étais dilatée à 1. J'ai fini par accepter la césarienne. Ces 5 jours ont été une véritable épreuve physique et psychique. »

Le personnel présent

Lors d'une césarienne, plusieurs professionnels sont mobilisés autour de vous :

- **Le médecin obstétricien** réalise l'intervention, souvent assisté d'un interne.
- **L'anesthésiste** assure votre confort et votre surveillance tout au long de l'opération, assisté d'un **infirmier anesthésiste**.
- **L'infirmière de bloc** organise l'environnement stérile et prépare les instruments.
- **La sage-femme** vous accompagne et accueille votre bébé.
- Parfois, **une auxiliaire de puériculture** s'occupe aussi de votre bébé et un **pédiatre** peut être présent si nécessaire.

Chaque personne a sa place, son rôle. Vous n'êtes jamais seule.

Le transfert au bloc opératoire

Avant l'intervention, la zone de l'incision (située juste au-dessus du pubis) est tondu(e) si nécessaire, afin de garantir une hygiène parfaite et de limiter les risques d'infection. Une perfusion est posée si ce n'est pas déjà fait, et une sonde urinaire sera installée une fois l'anesthésie posée (vous ne sentez donc pas sa pose).

Vous êtes ensuite installée sur un brancard pour rejoindre le bloc opératoire. Pendant ce temps, votre partenaire reçoit une tenue stérile complète : blouse, pantalon, surchaussures, charlotte, masque. Il patiente à l'extérieur pendant votre installation.

L'installation au bloc

La salle est fraîche (environ 18°C à 20°C). Cette température est nécessaire pour limiter les risques infectieux. Pour votre confort, vous pouvez demander à ce que l'on vous pose une couverture chaude sur vos épaules.

Vous êtes transférée sur une table opératoire étroite, avec des bras articulés pour poser vos bras. Un champ stérile (grand drap) est placé devant votre abdomen, à hauteur de votre poitrine, pour masquer la zone chirurgicale. Vous ne verrez pas l'intervention.

L'anesthésiste s'installe à votre tête et reste à vos côtés tout au long de la césarienne. Vous pouvez lui parler, lui poser des questions ou exprimer vos émotions. Une fois tout en place, votre partenaire est autorisé à entrer. Il s'assoit près de votre tête pour vous accompagner et vous rassurer.

Pour le partenaire : Vous êtes en tenue stérile complète, assis près de la tête de la maman. Vous ne voyez pas l'intervention car le champ stérile vous cache tout. Votre mission est essentielle : être là, lui tenir la main, lui parler doucement et respirer avec elle si elle panique. Vous êtes son point de stabilité dans cet environnement impressionnant.

L'anesthésie

La grande majorité des césariennes sont réalisées sous anesthésie loco-régionale : soit par rachianesthésie (injection unique à effet immédiat), soit via la péridurale si elle était déjà posée (le dosage est alors augmenté).

Vous restez consciente tout au long de l'intervention. Vous ne ressentez aucune douleur, mais vous pouvez percevoir des sensations de pression, de traction ou de mouvements. Avant de commencer, l'équipe teste systématiquement l'efficacité de l'anesthésie pour s'assurer que vous ne sentez rien. Si vous ressentez une douleur, signalez-le immédiatement à l'anesthésiste.

Dans certains cas plus rares (urgence vitale ou échec de l'anesthésie locale), une anesthésie générale peut être nécessaire. Vous seriez alors endormie et réveillée après la naissance, entourée et informée par le personnel soignant.

 **Une fiche technique complète sur la rachianesthésie et la péridurale est disponible en fin d'ouvrage.**

La naissance du bébé

Lorsque l'incision est réalisée, le bébé est extrait rapidement. Vous pouvez ressentir une forte pression sur votre ventre, une sensation de traction, parfois un vide soudain quand bébé sort. Ce n'est pas douloureux, mais ça peut être impressionnant. Respirez lentement, serrez la main de votre partenaire.

Et puis... les premiers cris.

Si tout va bien, la sage-femme vous présente votre bébé immédiatement. Vous pouvez l'embrasser, lui parler. Ce contact est bref car la température du bloc est trop froide pour un nouveau-né. Vous pourrez retrouver votre bébé en peau à peau en salle de réveil, au calme, pour un vrai moment de rencontre.

Votre bébé est confié à l'équipe dans une pièce attenante, bien chauffée, pour le sécher, le réchauffer, le stimuler et vérifier qu'il s'adapte bien. Si il a besoin d'être aspiré, on peut demander au papa d'attendre quelques instants. Dès que tout va bien, il pourra le rejoindre.

Pour le partenaire : Vous pouvez choisir de l'accompagner dans cette salle. C'est un moment précieux : vous le voyez, vous lui parlez, vous le touchez. Même quelques minutes suffisent à créer un lien fort. Si vous préférez rester avec la maman, c'est aussi légitime.

Après la naissance

Une fois votre bébé né, l'obstétricien retire le placenta et vérifie que votre utérus se contracte bien. Il procède ensuite à la suture des différentes couches de tissus (utérus, muscles, peau).

Cette étape est la plus longue : si la naissance est très rapide (parfois quelques minutes en cas d'urgence), la fermeture prend généralement 20 à 30 minutes. Au total, vous resterez entre 30 et 45 minutes au bloc opératoire. Profitez de ce temps pour parler avec votre partenaire ou avec l'anesthésiste, vous reposer ou simplement pour réaliser que vous venez de devenir parents.

Vivre une césarienne sereinement

Une césarienne n'est pas un échec. Vous avez accouché. Votre bébé est né. La façon dont il est venu au monde ne définit pas votre capacité à être mère.

Votre corps a subi une chirurgie majeure et la récupération sera plus longue qu'après une voie basse. Soyez indulgente avec vous-même : demandez de l'aide pour porter votre bébé, vous déplacer ou faire les soins. Toutes vos émotions sont légitimes (soulagement, déception, tristesse, joie). Laissez-les venir, parlez-en à l'équipe, à votre partenaire ou à un proche.

La phase de surveillance

Après l'intervention, vous restez sous surveillance pendant environ 2 heures afin que l'équipe s'assure que tout va bien et que l'anesthésie se dissipe. Ce temps se passe généralement en salle de réveil au sein du bloc opératoire, mais selon l'organisation de votre maternité, cette surveillance peut parfois se faire directement en salle de naissance.

Selon la température de la pièce, votre bébé peut rester avec vous pour un premier peau à peau. Si les conditions de confort thermique ne sont pas réunies, ce moment de tendresse peut être réalisé par votre partenaire dans une pièce mieux chauffée.

Il est fréquent de ressentir des tremblements à cause de l'adrénaline ou même une grande fatigue. Le personnel soignant surveille régulièrement vos constantes vitales, vos saignements et votre état général pour s'assurer que vous récupérez sereinement.

Troisième étape : La délivrance du placenta

Votre bébé est né, mais une dernière mission est nécessaire : l'expulsion du placenta. Cet organe qui a nourri votre enfant pendant neuf mois doit maintenant être évacué. C'est ce que l'on appelle la **délivrance**.

Par voie basse

Une dose d'ocytocine est injectée de manière systématique dans votre perfusion dès le dégagement des épaules de bébé. C'est la recommandation officielle pour garantir une contraction immédiate de l'utérus et prévenir efficacement le risque d'hémorragie.

- **La délivrance naturelle (physiologique) :** Le corps agit seul. Sous l'effet des contractions naturelles, le placenta se décolle et descend vers le vagin. La sage-femme vérifie simplement sa progression. Ce processus prend en général 30 à 45 minutes.
- **La délivrance dirigée :** Si le placenta tarde ou pour limiter les saignements, la sage-femme accompagne sa sortie. Elle guide le placenta par une tension douce et contrôlée sur le cordon. Cela prend généralement 5 à 15 minutes.
- **La délivrance artificielle :** Si après une heure le placenta n'est toujours pas sorti, le médecin doit aller le chercher manuellement pour libérer l'utérus et éviter que le col ne se referme prématurément. Si vous n'avez pas de péridurale, l'anesthésiste procède à une sédation ou une anesthésie générale de très courte durée pour que vous ne sentiez absolument rien.

La surveillance des pertes

Lors de votre installation pour la phase de poussée, un sac de recueil stérile et gradué a été placé sous vos fesses. Son rôle est de permettre à l'équipe de mesurer au millilitre près la quantité de sang perdue. C'est un outil de vigilance indispensable.

Une perte est considérée comme normale jusqu'à 500 ml. Grâce aux graduations, le personnel soignant peut agir immédiatement si ce seuil est atteint pour stopper le saignement.

La vérification

Une fois le placenta expulsé, la sage-femme l'examine minutieusement sur un plateau. Elle doit s'assurer que tout est sorti :

- **Les cotylédons :** Ce sont les masses charnues qui forment la face du placenta collée à l'utérus. La sage-femme vérifie qu'elles s'emboîtent parfaitement, comme un puzzle. S'il y a un "trou", un morceau est resté à l'intérieur.
- **Les membranes :** Ce sont les parois du sac (la poche des eaux) qui entouraient bébé. Elles doivent être présentes en totalité.

Pourquoi est-ce vital ?

Pour stopper les saignements après l'accouchement, l'utérus doit se contracter fermement sur lui-même, comme une éponge que l'on serre pour l'essorer. Si un fragment de membrane reste à l'intérieur, il empêche l'utérus de se rétracter complètement. Les petits vaisseaux sanguins restent alors ouverts, ce qui entraîne un risque d'hémorragie.

La révision utérine

En cas de doute ou si le placenta est incomplet, le médecin effectue une révision utérine. C'est une vérification manuelle interne, réalisée sous anesthésie (ou via la péridurale), pour s'assurer que l'utérus est parfaitement vide et peut se refermer immédiatement.

N'hésitez pas à demander à voir le placenta si vous êtes curieux ! Au premier abord, ça ressemble un peu à un gros steak, mais en le retournant, on découvre un réseau de vaisseaux magnifiques appelé "l'**arbre de vie**". C'est cet organe éphémère qui a permis à votre bébé de respirer et de s'alimenter pendant 9 mois. Il est impressionnant à voir !

Par césarienne (voie haute)

Extraction du placenta

Pendant que l'équipe s'occupe du bébé ou que vous profitez du peau à peau, l'obstétricien extrait le placenta manuellement en quelques secondes. Vous pouvez ressentir une légère traction ou parfois rien du tout. Le médecin vérifie immédiatement que le placenta est entier grâce à sa vue directe sur l'intérieur de l'utérus.

La surveillance des saignements se fait alors en mesurant le volume de sang aspiré pendant la césarienne et en pesant les compresses utilisées.

 Une fiche technique complète sur le placenta est disponible en fin d'ouvrage.

4.

Les premières heures de surveillance



Côté maman

Dès la naissance de votre bébé, l'équipe médicale reste pleinement mobilisée pendant environ deux heures avant que vous n'alliez en service de suites de couches. Cette phase de surveillance, qui englobe la délivrance et les moments qui suivent, vise à s'assurer que votre récupération commence de manière optimale. Cette durée peut varier légèrement selon votre état ou celui de votre bébé.

Hygiène et confort

Dès la fin de la délivrance, la table est re-transformée en lit confortable. Le périnée est nettoyé pour limiter tout risque infectieux et assurer votre confort. Des protections hygiéniques adaptées sont mises en place. Vous êtes changée, réchauffée si besoin et installée dans une position confortable.

Surveillance rapprochée

L'équipe vérifie régulièrement vos constantes vitales ainsi que la quantité de sang perdu. Elle s'assure également que votre utérus se contracte bien en palpant doucement votre ventre. Ces contractions, appelées rétractions utérines, sont essentielles pour limiter les saignements. Ce geste de palpation peut être un peu désagréable mais il est rapide et important.

Bon à savoir : Il ne faut pas confondre ce contrôle avec l'expression abdominale. Celle-ci consistait à pousser violemment sur le haut du ventre pendant le travail pour forcer le bébé à descendre. C'est une pratique aujourd'hui proscrite car elle est dangereuse. À l'inverse, le geste réalisé après l'accouchement est un contrôle médical indispensable. La sage-femme appuie fermement sur votre bas-ventre pour vérifier que l'utérus forme un globe bien dur et, si nécessaire, elle le masse pour l'aider à se rétracter et évacuer les caillots de sang.

Vigilance sur l'hémorragie du post-partum

L'hémorragie est la complication la plus fréquente après un accouchement. C'est précisément pour cette raison que vous êtes surveillée de si près durant ces deux premières heures. L'équipe est parfaitement formée à cette situation et sait réagir immédiatement. Si l'utérus ne se contracte pas assez, le personnel peut pratiquer un massage utérin ou administrer des médicaments par la perfusion pour renforcer les contractions et stopper les saignements.

Repos et lien avec votre bébé

Ce temps en salle de naissance est aussi l'occasion de profiter d'un moment de peau à peau, de la première tétée ou tout simplement d'un instant de calme à trois. Si vous êtes fatiguée, votre partenaire peut prendre le relais. Et si jamais vous ne vous sentez pas en état immédiatement, le lien se construira aussi bien dans les heures et les jours suivants.

Perfusion et alimentation

Une perfusion reste en place pour administrer les médicaments qui aident l'utérus à bien se contracter. Il est généralement recommandé de ne pas boire (sauf très petite quantité, demandez à la sage-femme ou à l'infirmière avant) ni manger immédiatement après l'accouchement.

Pourquoi ?

En cas de complication nécessitant une intervention rapide (hémorragie, par exemple), il faut que votre estomac soit vide pour l'anesthésie. Mais dès que l'équipe vous donne le feu vert, vous pourrez manger et boire normalement.



Côté bébé

Certains examens peuvent être pratiqués dans les jours qui suivent selon les protocoles, mais voici le déroulement général des premières heures tel qu'il est pratiqué dans la majorité des hôpitaux publics.

Le temps de la découverte et les soins immédiats

Dès la naissance, la priorité est donnée au contact mais quelques soins indispensables sont réalisés pour assurer la sécurité de votre bébé.

La vitamine K

Les bébés ne produisent pas assez de vitamine K pour assurer une bonne coagulation du sang avant leur troisième mois. Une première dose leur est donc donnée par voie orale dès la naissance en prévention. Pour la petite anecdote, cette vitamine est un peu amère. Ne soyez donc pas étonnés si votre bébé fait une petite grimace ou semble déconcerté par le goût au moment de l'administration.

Deux doses supplémentaires seront données plus tard : dans la semaine qui suit la naissance, puis à un mois pour les bébés allaités uniquement (le lait artificiel étant déjà supplémenté).

Le collyre oculaire

Non systématique, il peut être appliqué selon les protocoles en vigueur ou en cas de risque infectieux pour prévenir certaines infections sexuellement transmissibles (comme l'herpès). Ce produit, de couleur jaune ou orangée, colore brièvement le contour des yeux du bébé, mais rassurez-vous, c'est totalement indolore et sans aucun danger pour sa vue.

Le cordon ombilical

Le cordon ne contient pas de nerfs donc sa section est totalement indolore. Il est donc normal de voir du sang couler au moment de la coupe. C'est simplement le sang qui circulait entre le placenta et le bébé. Une fois le clamp posé, ce qui correspond à une petite pince en plastique fermant hermétiquement le cordon, le saignement s'arrête net. La sage femme vérifie alors que le cordon contient bien deux artères et une veine car c'est le signe que les échanges se faisaient parfaitement. Le partenaire peut tout à fait demander à être acteur de ce geste s'il le souhaite.

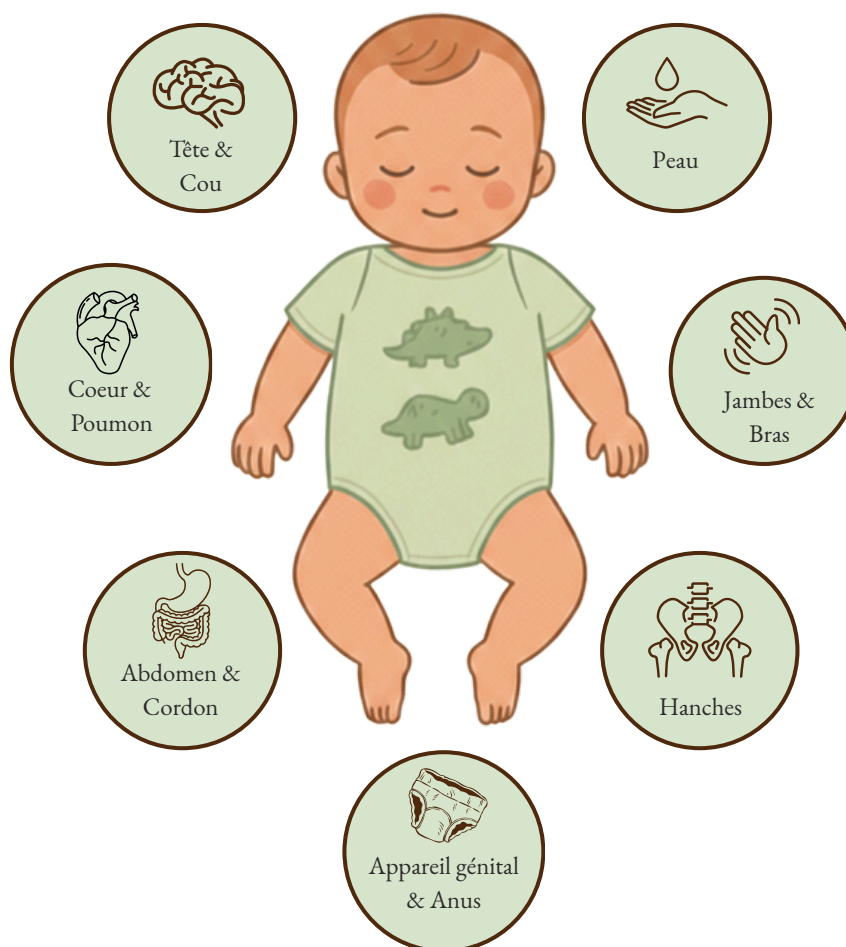
Les bracelets d'identification

Dès la naissance, l'équipe place au moins un bracelet d'identification au poignet ou à la cheville pour garantir la sécurité de votre enfant. Selon les établissements, il est possible qu'on en pose deux. Si vous remarquez qu'un bracelet tombe ou devient difficile à lire, n'hésitez pas à prévenir le personnel pour qu'il le remplace.

Premier examen clinique complet

La sage-femme effectue un contrôle approfondi pour s'assurer du bon développement et de l'intégrité physique de votre bébé. Ce moment est rapide et non douloureux :

- **Tête et cou** : Palpation des fontanelles pour s'assurer de la bonne mobilité cervicale.
- **Cœur et poumons** : Écoute attentive pour confirmer que la respiration est régulière.
- **Abdomen et membres** : Examen du ventre, du cordon, des hanches et des membres pour vérifier que tout est bien formé.
- **Appareil génital et anus** : Vérification de la bonne formation des organes génitaux et contrôle de la perméabilité de l'anus pour s'assurer qu'il est bien perforé.
- **Peau** : Observation globale pour identifier d'éventuelles taches de naissance qui sont la plupart du temps bénignes.



Enfin, **les réflexes archaïques (ou primitifs)** sont testés.

Ces mouvements involontaires sont présents dès la naissance et témoignent du bon développement neurologique de votre enfant. Ces réflexes sont dits "archaïques" car ils disparaissent progressivement au cours des premiers mois (généralement entre 3 et 6 mois) pour laisser place aux mouvements volontaires.

Voici les principaux tests effectués par le pédiatre :

- **Le réflexe de Moro** : Le bébé écarte les bras et ouvre les mains en cas de bruit ou de mouvement soudain.
- **La succion** : Il commence à téter vigoureusement dès qu'un doigt ou une tétine est placé dans sa bouche. C'est le réflexe indispensable à son alimentation.
- **La préhension (Grasping)** : Il referme ses doigts si fort sur votre doigt qu'il est parfois possible de le soulever légèrement. Ce réflexe existe aussi pour les orteils.
- **Les points cardinaux** : Il tourne la tête et ouvre la bouche du côté où l'on chatouille sa joue pour chercher à se nourrir.
- **La marche automatique** : Tenu sous les aisselles et penché vers l'avant, bébé redresse son corps et esquisse quelques pas lorsqu'il sent une surface plane.

Bon à savoir : Dans les hôpitaux publics, cet examen est systématiquement réalisé en salle de naissance. Dans certaines maternités privées, il est parfois différé mais est réalisé obligatoirement avant de sortir de la maternité.

Pour le partenaire : Parfois, cet examen se fait dans une autre salle et maman ne peut pas forcément le suivre si son état ne le permet pas. Vous pouvez prendre des photos ou vidéos (sans flash) pour le lui montrer ensuite. Filmez surtout le moment de la marche automatique, c'est impressionnant et émouvant à voir !

Surveillance continue

Dans les premières heures, l'équipe veille à ce que votre bébé s'adapte parfaitement à sa nouvelle vie.

- **Température** : Elle prend sa température corporelle et veille à ce qu'il soit maintenu bien au chaud.
- **Paramètres vitaux** : Elle observe sa respiration, son rythme cardiaque et sa saturation en oxygène.
- **État général** : Elle surveille la couleur de sa peau, son tonus musculaire et ses mouvements.

Habillage et mesures

Votre bébé est changé et habillé avec soin, parfois sur la table chauffante si nécessaire. Le partenaire peut participer à cette étape et recevoir les conseils de l'équipe. Les premiers habillages et changes peuvent sembler complexes avec tous ces boutons-pression à fermer. L'auxiliaire de puériculture vous montrera les gestes, et en quelques jours, vous serez devenu un véritable expert en la matière!

Les mensurations sont prises : taille, poids, périmètre crânien. Notez que pour la taille, de nombreuses maternités préfèrent attendre le 2ème ou 3ème jour (souvent au moment du premier bain) pour mesurer bébé. Cela permet de le laisser se détendre après sa naissance avant de "déplier" ses petites jambes. Ces valeurs sont indicatives, chaque bébé étant unique.

Voici les moyennes pour vous donner un repère :

- Taille : 50 cm
- Poids : entre 2,5 et 3,5 kg
- Périmètre crânien : 35 cm

Allez, pas de
panique, je vais
vous montrer!



Le carnet de santé

Toutes ces informations (poids, taille, périmètre crânien et observations de l'examen clinique) sont immédiatement consignées par le personnel soignant dans le carnet de santé de votre enfant. Ce précieux document vous sera remis avant votre sortie ou dès la naissance selon les établissements. Il permet de suivre l'évolution de votre bébé étape par étape.

Pour le partenaire : Votre voix, votre calme et votre attention sont autant de repères familiers pour votre bébé dans sa nouvelle réalité. Ce moment peut aussi être l'occasion d'un peau à peau pour vous, si votre partenaire est fatiguée ou tout simplement si vous souhaitez participer activement à la rencontre.

Le tourbillon d'émotions du post-partum

Juste après la naissance, vous pouvez ressentir des émotions contradictoires : joie immense, soulagement, fatigue écrasante ou parfois même une déconnexion étrange. On peut se demander : "C'est vraiment mon bébé ?". Vous pouvez pleurer de bonheur ou simplement être sonnée, sans ressentir grand-chose tout de suite. Toutes ces réactions se manifestent fréquemment.

Le lien ne se crée pas toujours instantanément. Certaines mamans tombent amoureuses immédiatement, d'autres ont besoin de quelques heures ou de quelques jours. Il n'y a pas de bonne façon de ressentir ce moment.

Laissez-vous le temps car votre corps et votre esprit viennent de vivre quelque chose d'immense. Encore une fois, soyez indulgente avec vous-même, le lien peut aussi se construire progressivement, regard après regard.

Et ensuite ?

Une fois ces premières heures passées en salle de naissance, bienvenue en service de suite de couches! Ce nouveau chapitre de votre séjour à la maternité sera consacré au repos, à la récupération, à l'alimentation et à la prise en main progressive des soins au quotidien. L'ambiance y est plus intime, le rythme plus doux mais l'accompagnement reste constant.

Pour le partenaire : Pendant le travail, la naissance et les toutes premières heures avec bébé, vous êtes souvent un pilier mais aussi un parent en train de naître. Cette place n'est pas toujours facile à trouver. Vous pouvez vous sentir impuissant, dépassé, ému ou parfois même un peu mis de côté. Soyez acteur de ces moments. Votre présence compte énormément, même si vous ne faites que tenir une main ou murmurer des encouragements.



*Ces naissances nous ont marquées.
Voici trois moments que nous n'oublierons jamais.*

Le cousin au Canada

« Il était 3h du matin. Une patiente était arrivée en salle de naissance, très douloureuse. Elle était à 2-3 cm de dilatation. Le problème : elle ne parlait pas français. Elle parlait un dialecte de mon ethnie d'origine, mais que je ne maîtrise pas. Je sais juste dire bonjour, au revoir, merci.

Impossible de communiquer avec elle. Elle criait, elle avait mal. On ne savait pas si elle voulait une péridurale, si c'était son premier bébé. On n'avait aucune information sur elle. C'était dangereux. Alors j'ai eu une idée, j'ai appelé mon cousin qui vit au Canada. Avec le décalage horaire, il était 21h là-bas. Il a décroché. Je lui ai demandé de poser des questions à la patiente pour savoir ce qu'elle voulait, comment elle se sentait.

Dès qu'elle a entendu quelqu'un qui parlait sa langue, tout a changé. Elle s'est complètement révélée. Avant, elle était fermée, froide. Dès que je rentrais dans la salle, son visage s'illuminait. Elle n'arrêtait pas de me dire merci. Elle se sentait vraiment prise en charge.

Grâce à mon cousin, on a pu faciliter l'accouchement. Elle n'avait jamais accouché avec une péridurale, elle ne comprenait pas qu'il fallait pousser. Elle poussait tellement mal que le rythme ralentissait. On aurait pu partir en césarienne.

J'ai rappelé mon cousin. Il lui a expliqué ce qu'on lui disait, il répétait : "Poussez, poussez !" Et grâce à ça, elle s'est mise à pousser comme une reine. L'enfant est né au bout de deux minutes. Bonne santé, tout allait bien.

Elle était tellement contente qu'elle a donné à son bébé le prénom de mon cousin. Un prénom de chez elle, de notre ethnie.

Mon cousin, au téléphone, était tellement ému. Il a entendu le bébé pleurer, et il pleurait aussi. Alors qu'il ne connaît pas la patiente, qu'il vit au Canada, qu'il n'a rien à voir avec tout ça.

C'était le 18 août, la veille de mon anniversaire. Je m'en souviens parce que la dame était tellement contente. On a vu la différence entre avant et après que la barrière de la langue soit levée.

Franchement, c'est l'un de mes meilleurs souvenirs d'accouchement. »

Aude, Infirmière

Le mari coach

« C'était un accouchement sans péridurale. On a vraiment formé une équipe avec le papa et la sage-femme. Le papa était très impliqué.

Accouchement à 4 pattes. Le mari coachait sa femme, l'écoutait. Ce qui m'a marquée, c'est les mots qu'il avait envers elle. Il était complètement investi. Il la soutenait physiquement et mentalement.

La plus belle phrase qu'il lui a dite : "On va y arriver ensemble. On est ensemble, je suis là", tout en la soutenant à bout de bras.

Il ne s'est pas senti dépassé par les cris et les larmes de douleur de sa femme. On les a laissés former ce duo. Ils ne faisaient qu'un. Avec la sage-femme, on s'était fait toutes petites.

Et au moment où la tête sortait, c'est le mari qui a fait un 4 mains avec la sage-femme et qui a présenté leur petite fille à sa femme.

C'était magique. »

Axelle, Auxiliaire de puériculture

Le Roi Lion

« C'était leur premier enfant. Chaque contraction les rapprochait un peu plus de leur bébé. Les parents étaient stressés mais impatients de découvrir le visage de cet enfant tant attendu.

Quand le moment de la naissance est arrivé, ils avaient mis la musique du Roi Lion, "L'histoire de la vie".

Mais surprise : l'enfant n'est pas arrivé tout de suite. Et comme les parents tenaient vraiment beaucoup à ce que leur bébé arrive sur cette musique, on a dû la remettre 5 fois.

Ça m'a fait sourire. Depuis, quand j'entends cette musique, je repense toujours à ce couple. »

Pauline, Infirmière

CHAPITRE

3

LES SUITES DE COUCHES

1.

Votre nouveau cocon à la maternité

Votre bébé est là. Vous découvrez maintenant cette chambre où vous allez faire connaissance. Le monde extérieur s'efface un instant. Ici, tout est pensé pour vous accompagner dans vos premiers pas à trois.

Ce séjour dure en moyenne :

- **Accouchement par voie basse** : 2 à 4 jours en l'absence de complication.
- **Césarienne** : 4 à 5 jours.
- **Prolongation** : Le séjour peut être rallongé si nécessaire pour votre santé ou celle de votre bébé.



Vous pouvez le vivre comme un temps suspendu pour récupérer, apprendre et tisser ce lien si précieux avec votre bébé.

Vie quotidienne en chambre

Votre chambre est équipée pour favoriser votre confort et celui du bébé. Selon les disponibilités de la maternité, vous pouvez bénéficier d'une chambre seule ou être installée en chambre double, avec une autre jeune maman.

Bon à savoir : Précisez bien votre souhait en amont. Partager l'espace avec une autre maman peut être réconfortant pour certaines mais difficile pour d'autres, surtout si les rythmes des bébés ne coïncident pas ou si vous avez besoin d'intimité. Si la situation devient inconfortable, n'hésitez pas à en parler à l'équipe : des ajustements sont parfois possibles.

Un accompagnement au quotidien

Durant votre séjour, une équipe pluridisciplinaire assure votre suivi et celui de votre enfant.

Côté maman : La sage-femme et l'infirmière coordonnent vos soins et votre récupération physique. Selon les établissements, une psychologue peut être présente pour vous accompagner et un assistant social peut vous aider pour vos démarches administratives.

Côté bébé : L'auxiliaire de puériculture vous guide dans l'apprentissage des gestes quotidiens comme le bain ou l'alimentation. Le pédiatre réalise l'examen de santé du bébé et selon les besoins, une consultante en lactation peut intervenir pour soutenir votre projet d'allaitement.

Le rythme des journées

Le rythme quotidien en maternité s'organise autour de plusieurs temps forts :

- **Le ballet des soignants** : Dès le matin, les passages s'enchaînent pour les surveillances médicales (tension, douleur et saignements pour vous; poids et température pour le bébé). Ces contrôles sont indispensables pour s'assurer que la récupération se passe bien.
- **L'apprentissage des soins** : Accompagnés par l'auxiliaire, vous découvrez les premiers gestes (change, soins du cordon, mise au sein ou préparation du biberon). L'idée est de vous rendre autonomes petit à petit.
- **L'intendance hospitalière** : Les repas sont servis à heures fixes et les agents de service passent pour l'entretien de la chambre. C'est un rythme "collectif" auquel il faut essayer d'adapter votre repos.
- **Les moments à vous** : Entre deux visites ou examens, le bébé reste près de vous 24h/24. C'est là que la bulle se crée vraiment. Certaines maternités proposent un relais la nuit si vous avez besoin de vous reposer.

Il est aussi utile de savoir que le rythme en maternité peut parfois être soutenu, notamment dû aux passages fréquents des professionnels et des soins à horaires fixes. Si vous avez besoin de repos ou d'un peu de tranquillité, n'hésitez pas à en parler à l'équipe.

Lilian, papa

« Ce qui m'a vraiment aidé, c'est que nous étions dans une petite maternité. La proximité avec les soignants fait vraiment la différence. Avec le recul, j'aurais aimé une prise en charge un peu plus confortable pour le papa. »

Les visites et le partenaire

Les visites sont généralement possibles en fonction des horaires du service. N'hésitez pas à les limiter si vous êtes fatiguée ou si vous avez besoin d'intimité pour vous reposer et apprendre à connaître votre bébé.

Le partenaire peut rester la nuit dans la majorité des maternités, afin d'avoir la possibilité dès les premiers jours de créer une vraie bulle familiale, sécurisante pour le bébé et les parents.

Un lieu d'apprentissage, pas d'examen

La maternité n'est pas un lieu d'évaluation. Chaque bébé est unique et chaque parent avance à son rythme. Il n'y a pas de "bonne" manière de faire : il y a la vôtre.

N'hésitez jamais à exprimer vos doutes, même s'ils vous semblent anodins. Que ce soit pour votre confort, vos déplacements ou les soins du bébé, vous êtes pleinement légitimes à demander de l'aide. Les professionnels sont là pour vous accompagner avec bienveillance, sans aucun jugement.

Pour le partenaire : Il est essentiel de vous le rappeler : vous n'êtes pas un simple invité mais un acteur à part entière de ce séjour. C'est le moment idéal pour vous investir pleinement dans les soins de votre bébé . N'hésitez pas à initier des moments de peau à peau, assurer les changes ou donner un biberon.

Si votre compagne allaite, votre rôle est tout aussi crucial. Votre soutien est indispensable, qu'il s'agisse de l'aider à s'installer confortablement ou de lui apporter une présence rassurante. Cette étape précieuse de création d'un lien d'amour à trois pose les bases de votre vie de famille.

Petit mot pour vous accompagner : Accueillir un bébé est une aventure faite d'ajustements. Votre bébé n'attend pas des parents parfaits, il a simplement besoin de vous. Si vous ressentez une immense fatigue, donnez-vous le droit de le dire.

Votre installation est faite. Vous commencez à prendre vos marques. Mais concrètement, comment va votre corps après cet effort ?

2.

Votre corps après l'accouchement

Après la naissance, votre corps entame un important travail de récupération. Les soins en maternité sont là pour accompagner ces changements physiques et hormonaux en douceur.

Surveillance médicale et état général

Le premier lever après l'accouchement se fait **toujours** avec une soignante pour prévenir un malaise vagal (chute de tension), fréquent après la perte de sang et l'effort.

Votre récupération sera progressive et l'équipe vous accompagne à votre rythme pour marcher, vous doucher ou porter bébé en toute sécurité, tout en vous aidant à trouver des positions confortables pour l'allaitement ou le repos. En parallèle, vos signes vitaux (tension, température, pouls) sont surveillés régulièrement pour détecter la moindre anomalie.

Les saignements (lochies)

Ces saignements sont tout à fait normaux : ils proviennent de la cicatrisation de l'utérus. Ils durent généralement plusieurs semaines, passant du rouge vif au brun, puis au rosé.

- **Le style post-partum** : Prévoyez des protections ultra-absorbantes ou des culottes filets. La maternité en fournit généralement pour les premiers jours, mais avoir les vôtres vous garantira plus de confort ! C'est le moment où vous inaugurez votre premier look assorti avec bébé : chacun sa couche ! C'est une étape obligatoire, mais rassurez-vous, elle est temporaire.
- **Quand alerter ?** Prévenez l'équipe si vous remarquez des caillots volumineux ou si le flux vous semble anormalement abondant.

Les tranchées (contractions utérines)

On en parle peu, pourtant ces contractions peuvent être intenses, surtout s'il ne s'agit pas de votre premier enfant. Elles sont provoquées par l'ocytocine, ce qui les rend plus fortes pendant les tétées.

- **Leur rôle** : Elles sont essentielles pour aider l'utérus à reprendre sa taille initiale et limiter les saignements.
- **Astuce** : Si la douleur est vive, n'attendez pas. Demandez du paracétamol un peu avant la tétée. Si cela ne suffit pas, un antispasmodique peut aussi vous être proposé par l'équipe.

Le ventre après l'accouchement

Juste après l'accouchement, il est fréquent de découvrir un ventre vide, mou ou flasque. On ne va pas se mentir : beaucoup de mamans ont l'impression de ressembler de nouveau à une femme enceinte de 5 ou 6 mois. C'est tout simplement votre utérus qui après avoir pesé près d'un kilo, entame son voyage pour repasser à 50 grammes. Cela s'appelle l'**involution utérine** et prend environ 6 semaines.

Le mantra du post-partum : Votre corps vient de fabriquer un être humain. Il a besoin de temps et mérite du **respect**. Vous ne devez rien à personne, et certainement pas un ventre plat 48h après avoir accouché. Chaque récupération est unique et se fait à son propre rythme.

Si vous le souhaitez, vous pouvez marcher un peu et vous masser doucement pour aider la mécanique à se remettre en place, mais l'essentiel est d'écouter vos sensations.

La zone intime : soins et reprise du transit

C'est souvent la partie la plus impressionnante au début, mais l'équipe est là pour vous guider pas à pas.

Soins périnéaux et hygiène


Après une voie basse, le périnée peut être douloureux ou présenter des points de suture. L'équipe veille à sa cicatrisation. Cela passe par :

- Une toilette quotidienne douce à l'eau.
- Le changement fréquent de protections hygiéniques.
- Parfois des bains de siège ou l'application d'antiseptiques selon les protocoles.
- Le port de culottes confortables et respirantes. Un léger inconfort peut persister quelques jours, l'équipe vous montrera comment nettoyer la zone sans douleur.

La minute sympa : urines, selles et hémorroïdes!

L'idée d'aller aux toilettes pour la première fois peut être angoissante. « Et si mes points lâchent ? » Rassurez-vous, ils sont faits pour résister : votre périnée est solide et les sutures sont prévues pour tenir le coup.

- **Difficulté à uriner :** Après la péridurale, la vessie peut être comme engourdie. Si vous n'y arrivez vraiment pas, l'équipe pourra poser une sonde temporaire pour vous soulager rapidement.
- **La première selle :** Ne forcez pas. Attendez que l'envie soit bien présente et buvez beaucoup d'eau pour ramollir les selles. Petite astuce : vous pouvez soutenir votre périnée en plaçant une compresse propre ou votre main sur la zone des points pour vous rassurer.
- **Les hémorroïdes :** C'est un sujet "tabou" mais fréquent à cause des poussées de l'accouchement.
Signes : Douleurs, sensations de brûlures ou présence d'une petite boule sensible à l'anus.
Ce qui aide : L'équipe peut prescrire une crème apaisante ou un laxatif doux.

 **Conseil pour les urines :** Pour vos premiers passages aux toilettes, utilisez une petite bouteille d'eau tiède (ou une douchette intime) pour verser de l'eau sur la zone pendant que vous urinez. Cela dilue l'urine, évite les brûlures sur les plaies et assure une hygiène parfaite sans frotter.



Pour les selles : Prenez un petit marchepied ou un paquet de couches à placer sous vos pieds aux toilettes. Cette position facilite le transit et évite de forcer.



Pour les hémorroïdes : Appliquez une crème apaisante (sur prescription) et utilisez le froid (un gant de toilette propre rempli de glace enveloppé dans un linge).



Pas de bain ! Tant que vous avez des lochies et que votre col n'est pas refermé, les bains sont formellement interdits (4 à 6 semaines). Bains de mer et piscine inclus pour éviter tout risque d'infection utérine.

Sommeil et émotions : préserver votre énergie

La fatigue après la naissance est une réalité physique. L'idée n'est pas de lutter contre mais de trouver des stratégies pour récupérer au mieux durant ces quelques jours sur place :

- **Repos synchronisé :** Si bébé s'endort et que vous le pouvez, fermez les yeux aussi. Même 20 minutes. Le rangement de la chambre ou vos messages peuvent attendre.
- **Le mode avion :** Votre téléphone peut être une source de sollicitation immense. N'hésitez pas à le mettre en silencieux pour ne pas être réveillée par une notification au moment où vous trouviez enfin le sommeil.
- **Savoir dire non :** Vous avez le droit de limiter les visites ou de demander à vos proches de repasser plus tard si vous vous sentez trop fatiguée. Votre priorité, c'est votre récupération et la rencontre avec votre bébé.

Le Baby Blues : l'ascenseur émotionnel

Entre le 3^e et le 10^e jour, une grande sensibilité peut apparaître (pleurs, doutes, vulnérabilité). C'est lié à la chute des hormones après l'accouchement. Il s'agit d'un passage fréquent et temporaire. À différencier de la dépression post-partum qui dure plus longtemps et nécessite un accompagnement.

👉 Une fiche complète en fin d'ouvrage détaille le baby blues et la dépression post-partum.

Iman, maman

« Les sages-femmes ont été très à l'écoute, alertes aux signes de tristesse que j'ai pu avoir. C'est ce qui m'a vraiment aidée. »

3.

Votre bébé au cœur des soins

Après la naissance, votre bébé bénéficie d'un suivi attentif et rassurant. Principalement assuré par l'auxiliaire de puériculture, ce suivi est pensé pour veiller sur sa santé et vous guider pas à pas dans vos premiers gestes de parents. Il s'articule autour de soins quotidiens, de moments d'observation réguliers et d'examen médicaux systématiques avant votre retour à la maison.



Pour le partenaire :

Et vous, comment ça va ?

Accueillir un enfant est une étape d'une intensité rare. Il est fréquent de ressentir un décalage entre l'événement et ses propres émotions immédiates. Votre présence calme est votre meilleure ressource. S'autoriser des parenthèses pour décompresser ou marcher un peu à l'extérieur est une excellente stratégie. Cela permet de revenir avec une écoute plus fraîche et une énergie renouvelée. C'est en préservant votre propre équilibre que vous soutiendrez le mieux celui de votre nouvelle famille.

Quelques pistes pour accompagner ces premiers jours :

- **Le secrétariat** : Proposez de gérer les annonces et de répondre aux messages. Cela évite à la maman de rester fixée sur son écran alors qu'elle a besoin de repos ou de connexion avec bébé.
- **Le relais peau à peau** : Si la maman a besoin de dormir ou de prendre une douche réconfortante, proposez de faire le peau à peau. C'est un moment de rencontre puissant pour vous et un temps de récupération précieux pour elle.
- **Le bouclier temporel** : Soyez celui qui surveille l'heure des visites. On peut dire avec le sourire : « C'est l'heure du soin ou du repos ». Cela libère la maman de la pression sociale.
- **L'organisation** : Anticipez la logistique dans la chambre. Rangez les affaires qui traînent, préparez - lui un stock de son chocolat préféré ou le plat qu'elle attend depuis 9 mois (sushis, charcuterie...).
- **Le confort** : Pensez à apporter une batterie externe pour son téléphone, sa propre playlist pour l'ambiance, ou même son oreiller de la maison. Ces petits détails transforment l'aspect froid de l'hôpital.
- **Le lien avec l'équipe** : Notez les questions qui vous viennent à l'esprit pour les poser lors du passage des soignants. Dans la fatigue, la maman peut oublier ce qu'elle voulait demander.
- **Le soutien sans solution** : Parfois, elle aura juste besoin de pleurer ou de dire qu'elle a mal. Écouter sans chercher à "régler le problème" ou à minimiser la douleur est le plus beau cadeau à lui faire.
- **La transition post-tétée** : Après la mise au sein ou le biberon, proposez de gérer le rot, le change et le rendormissement pour qu'elle puisse se rendormir immédiatement.
- **La vigilance** : Comme vous la connaissez mieux que personne, signalez doucement à l'équipe médicale si vous notez une fatigue qui vous semble anormale ou une tristesse qui s'installe.

Un rythme sécurisant, pour vous aussi

Durant tout le séjour, votre bébé bénéficie d'un suivi régulier organisé autour de deux moments clés.

Le suivi quotidien permet à l'équipe de vous accompagner dans vos premiers gestes tout en assurant une surveillance complète de la santé de votre enfant (poids, soins et contrôle des constantes).

Enfin, **le bilan de sortie** consiste en des examens médicaux complets destinés à valider le bon état de santé de votre bébé pour un retour à la maison en toute sécurité.

L'organisation des passages


- **En journée** : Une auxiliaire passe environ toutes les trois heures, en même temps que les repas de bébé. Cela permet de regrouper les soins (température, soins, change, alimentation) et de répondre à vos questions en un seul moment, pour préserver votre tranquillité et celle de votre bébé le reste du temps.
- **La nuit** : L'équipe privilégie votre sommeil. Si vous êtes autonome, les soignants n'interviennent que si vous les appelez. Un point complet est fait avec vous au petit matin.



Conseil : Votre sommeil est précieux. Pour récupérer sans être interrompue, n'hésitez pas à signaler votre besoin de repos à l'équipe.

Une astuce pour dormir sereinement : Laissez une feuille visible dans la chambre avec les informations essentielles (alimentation, élimination, température, observations) en précisant l'heure de chaque événement.

Pourquoi est-ce important ? Ces informations sont indispensables à l'auxiliaire de puériculture pour assurer le suivi de votre bébé et garantir la continuité des soins lors de la transmission à l'équipe de relai. Elle pourra ainsi récupérer ces données discrètement pendant votre sommeil ou à votre réveil.

 **Une fiche sur le suivi de bébé à imprimer et à remplir est disponible en fin d'ouvrage.**

Pour le partenaire : Changer une couche, donner un biberon, participer au bain ou observer les examens médicaux sont autant de gestes précieux qui renforcent votre **lien affectif** avec bébé. Cette implication active favorise votre **confiance en vous** et contribue à installer la **sécurité affective** de votre enfant dès ses premiers jours.

L'alimentation

L'alimentation est l'une des préoccupations majeures des premiers jours. Que vous choisissiez l'allaitement maternel, l'allaitement artificiel (lait infantile) ou un allaitement mixte, l'équipe vous accompagne avec bienveillance. C'est **votre** choix, celui qui vous correspond.



L'allaitement maternel

L'allaitement est un apprentissage mutuel. Ce qui est naturel n'est pas forcément inné et bien entendu, cela se construit avec de la patience.


Les premiers jours : le colostrum

Les premiers jours, vos seins produisent du colostrum. Il s'agit d'un liquide épais, jaunâtre, très concentré en anticorps et nutriments. La taille de l'estomac de bébé est alors celle d'une bille et ces petites quantités (quelques millilitres) sont donc parfaitement adaptées à ses besoins.

La montée de lait

Entre le 2^e et le 4^e jour après l'accouchement (parfois un peu plus tard en cas de césarienne), vos seins peuvent gonfler, se durcir et cela est parfois douloureux. C'est une phase physiologique de 24h à 48h avant que la lactation ne se régule.

Si vous n'allaites pas : La montée de lait arrive quand même, c'est physiologique. Votre corps ne sait pas encore que vous n'allaites pas. Évitez de stimuler les seins (pas de massage ni de tire-lait). L'application de froid et l'homéopathie aident à stopper naturellement le processus en quelques jours.

 **Conseil :** Appliquez des compresses chaudes juste avant la tétée (pour faciliter l'écoulement du lait) et des compresses froides après la tétée (pour soulager l'inflammation). Vous pouvez aussi masser doucement vos seins sous la douche chaude.

L'installation au sein

Une bonne installation est la clé d'un allaitement confortable et efficace. L'auxiliaire de puériculture ou la sage-femme vous guide :

- **Installez-vous confortablement :** Assise, semi-allongée, sur le côté etc.
- **Approchez bébé de vous :** Et non l'inverse.
- **Son nez bien positionné :** À hauteur de votre mamelon.
- **Son menton bien positionné :** Il touche votre sein, son nez est dégagé.
- **Bouche grande ouverte :** Bébé doit prendre une grande partie de l'aréole, pas seulement le mamelon. Ses lèvres doivent être "ourlées" vers l'extérieur.

Bon à savoir : Une sensibilité au démarrage de la tétée est fréquente, mais une douleur n'est jamais normale. Si cela fait mal, n'hésitez pas à le signaler à l'équipe : c'est souvent le signe qu'il faut simplement corriger la position de bébé ou sa prise en bouche.

Les positions d'allaitement

Il existe plusieurs positions. Testez-les pour trouver celle qui vous convient le mieux :

- **Classiques :** Madone (bébé dans vos bras) ou Madone inversée (main opposée soutient la tête).
- **Récupération :** Ballon de rugby (sous le bras, idéal après césarienne) ou allongée sur le côté (parfait la nuit).
- **Instinctive :** Biological Nurturing (semi-allongée, bébé sur votre ventre).

N'hésitez pas à demander à l'équipe de vous (re)montrer et/ou sécuriser.

La fréquence des tétées

Un nouveau-né tète souvent : en moyenne 8 à 12 fois par 24 heures, et parfois plus. Le lait maternel étant extrêmement digeste et l'estomac de votre bébé encore tout petit, il a besoin de téter fréquemment pour :

- Se nourrir.
- Stimuler votre lactation (plus il tète, plus vous produisez).
- Se rassurer et se sentir en sécurité : c'est la « tétée de confort ». Le sein est aussi un repère émotionnel qui l'apaise.

Il n'y a pas de rythme à imposer. Vous pouvez allaiter à la demande : dès que bébé montre des signes de faim (bouche qui cherche, mains à la bouche, petits bruits, agitation).


Bon à savoir : L'OMS et l'UNICEF recommandent l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois car le lait maternel couvre 100% des besoins nutritionnels et immunitaires de l'enfant durant cette période, tout en protégeant son système digestif encore immature. *(La diversification alimentaire pourra ensuite être débutée entre 4 et 6 mois, toujours en accompagnement de votre lait).*

La HAS souligne également que l'allaitement à la demande favorise la mise en place de la lactation et le gain de poids optimal du bébé.

Les outils d'aide : les bouts de sein en silicone

Parfois, la mise au sein demande un petit coup de pouce technique. Ils sont particulièrement utiles si vos mamelons sont plats ou ombiliqués (orientés vers l'intérieur) car ils offrent une prise plus longue et plus ferme à votre bébé.

C'est aussi une barrière protectrice efficace si des crevasses apparaissent : le silicone permet de continuer à allaiter tout en laissant la peau cicatriser à l'abri des frottements.

 **Conseil :** Pour que le bout de sein adhère bien, déposez une goutte de lait à l'intérieur avant de le positionner. Cela crée un effet ventouse qui stabilise la protection. Une fois la cicatrisation lancée ou l'allaitement bien installé, essayez de les retirer progressivement pour retrouver un contact direct, plus stimulant pour votre production.

Les crevasses

Les crevasses sont de petites fissures sur le mamelon. Elles sont presque toujours le signe que la position de bébé n'est pas optimale ou qu'il ne prend pas assez de sein en bouche.

Ce qui peut aider :

- Vérifier et corriger la position d'allaitement avec l'équipe.
- Changer de position à chaque tétée pour varier les zones de pression.
- Appliquer un peu de votre lait sur le mamelon après la tétée (propriétés cicatrisantes et antibactériennes).
- Utiliser une crème à la lanoline pure. Il s'agit d'une crème spécial allaitement qui ne nécessite pas de rinçage avant la tétée suivante.



Conseil :

- **Attachez un élastique à cheveux** à votre poignet du côté du sein que vous venez de donner. Après la tétée, laissez-le sur ce poignet : il vous indiquera par quel sein commencer la prochaine fois (le sein opposé à l'élastique) !
- **Pour favoriser la cicatrisation** : Dès que possible, laissez vos mamelons à l'air libre.

Si malgré une bonne position les crevasses persistent, des tensions physiques ou un frein restrictif chez bébé peuvent gêner sa succion. N'hésitez pas à faire un bilan global. Vous pouvez consulter une **sage-femme formée** ou une **consultante en lactation (IBCLC)** pour réévaluer la tétée, un **ostéopathe** ou un **kinésithérapeute pédiatrique** pour libérer les tensions de sa mâchoire et de ses cervicales, ou encore un **orthophoniste pédiatrique**, expert de la succion et des troubles de l'oralité. Ne restez pas seule : parfois, il suffit seulement d'un petit ajustement pour que tout rentre dans l'ordre !

« Je n'ai pas assez de lait »

C'est l'une des inquiétudes les plus fréquentes. Dans l'immense majorité des cas, vous avez assez de lait. Votre corps produit exactement ce dont votre bébé a besoin, à condition que :

- **Bébé tète fréquemment** : La stimulation est le moteur de la production.
- **La position est bonne** : Un bébé bien installé vide efficacement le sein.
- **Vous êtes hydratée et reposée** (autant que possible dans ce contexte).

Les signes que tout va bien

Au lieu de regarder vos seins (qui peuvent paraître "mous" sans que cela soit un signe de manque de lait), regardez votre bébé et ses couches :

- **Les couches** : Bébé mouille 5 à 6 couches par jour (après J5).
- **Les selles** : Il fait au moins 3 selles par jour les premiers jours.
- **Le poids** : Bébé reprend du poids après la perte physiologique initiale.
- **L'état général** : Bébé est globalement calme et tonique entre les tétées.

Le suivi du poids réalisé à la maternité permet de valider ces repères et de vous rassurer sur la bonne mise en place de l'allaitement.



L'allaitement mixte



L'allaitement mixte consiste à alterner le sein et le biberon (qu'il contienne votre lait tiré ou du lait artificiel). C'est une organisation qui offre de la souplesse, mais qui demande quelques repères pour durer :

- **Le bon moment** : Idéalement, les professionnels conseillent d'attendre 4 à 6 semaines pour que la lactation se stabilise. Cependant, chaque bébé est unique : certains passent de l'un à l'autre dès la maternité sans aucune difficulté.
- **Le choix de la tétine** : Privilégiez des tétines à débit lent. Au biberon, le lait coule facilement, donc si le débit est trop rapide, votre bébé risque de s'énerver au sein par la suite car il devra y faire plus d'efforts.
- **La loi de l'offre et de la demande** : Votre corps produit du lait parce que votre bébé tète. Si vous remplacez plusieurs tétées par des biberons sans tirer votre lait, votre production diminuera naturellement.

Bon à savoir : L'allaitement dans le monde

Les habitudes varient beaucoup selon les cultures. Si en Europe du Nord l'allaitement exclusif est très valorisé, dans de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest ou d'Asie, l'allaitement mixte est introduit dès les premiers jours pour permettre à l'entourage de prendre le relais. Fiez-vous à votre bébé : s'il s'adapte bien aux deux et que sa courbe de poids progresse, c'est que votre organisation est la bonne !

Tirer son lait : Mode d'emploi

C'est la solution idéale pour inclure le partenaire ou s'accorder du repos. L'équipe de la maternité vous montrera comment utiliser un tire-lait (manuel ou électrique).

- **Le bon moment** : Pour ne pas interférer avec le rythme des tétées, l'idéal est de tirer votre lait le matin (moment où la lactation est souvent plus abondante) ou à distance d'une tétée.
- **Le confort** : Tirer son lait ne doit jamais être douloureux. Si c'est le cas, ajustez la puissance de la machine et vérifiez la taille de la tétérelle (l'embout en plastique), qui doit être parfaitement adaptée à votre morphologie.
- **Où s'équiper ?** La solution idéale est la location d'un appareil électrique de qualité hospitalière en pharmacie. Avec une ordonnance, elle est intégralement prise en charge par la Sécurité sociale. C'est gratuit et cela vous évite d'acheter un appareil du commerce, qui est soit très cher, soit abordable mais moins performant et qualitatif pour bien stimuler votre lactation au départ.

La conservation du lait maternel

Pour s'y retrouver facilement, retenez la "Règle des 4" qui ne s'applique qu'au lait qui vient tout juste d'être tiré.

La conservation du lait maternel


Pour vous organiser sereinement, voici les repères essentiels de conservation. Ils s'appliquent uniquement au lait qui vient tout juste d'être tiré :

- **À température ambiante (19 à 22°C) :** Jusqu'à 4 heures maximum.
- **Au réfrigérateur (à 4°C, bien au fond) :** Jusqu'à 48 heures (2 jours) pour une sécurité optimale.
- **Au congélateur (à -18°C) :** Jusqu'à 4 mois.

Et une fois que le lait a été manipulé ?

- **Le lait décongelé :** Une fois dégelé au réfrigérateur, il se conserve 24 heures au frais. Attention, on ne le recongèle jamais !
- **Le lait réchauffé ou entamé :** Si le biberon a été chauffé ou si votre bébé a commencé à boire dedans, le lait ne se conserve que 1 heure. Passé ce délai, il faut jeter le reste car les bactéries s'y développent très vite.

Notez toujours la date et l'heure du recueil sur votre contenant avant de le stocker !

 **N'utilisez jamais le micro-ondes. Pour réchauffer votre lait, privilégiez toujours le bain-marie ou un chauffe-biberon doux. Il détruit les anticorps précieux du lait maternel et crée des "points chauds" invisibles qui peuvent gravement brûler la bouche de votre bébé, même si le biberon paraît tiède à l'extérieur.**

Si l'allaitement est difficile

L'allaitement est un apprentissage qui se construit jour après jour entre vous et votre bébé. À la maternité, il arrive que le personnel n'ait pas toujours le temps nécessaire pour vous accompagner ou que les conseils donnés diffèrent d'un soignant à l'autre. Cette multiplicité d'avis peut parfois semer le doute pendant que vous cherchez simplement vos marques.

Papa anonyme

« Ce qui a été difficile, c'étaient les premières 48 h avec bébé. Nous y sommes souvent très mal préparées et pas toujours suffisamment épaulées. Pour l'allaitement, se préparer en amont est essentiel, car à la maternité, les explications peuvent parfois être insuffisantes. »

Bonne nouvelle, des solutions existent!

Se préparer en amont permet de gagner en confiance et de ne pas dépendre uniquement des conseils reçus à la maternité. Et si la mise en place vous semble laborieuse les premiers jours, rassurez-vous : l'allaitement se stabilise très souvent une fois de retour au calme, dans l'intimité de votre maison.

Pierre, papa

« L'accouchement en lui-même a été intense, et la mise en place de l'allaitement a mis un peu de temps. Ce qui nous a vraiment aidés : le personnel de la maternité et les cours de préparation suivis avant. Ils rassurent vraiment et démystifient tout. Mon conseil : plus on cherche les infos, plus on est en confiance. »

Pour le partenaire : Vous ne pouvez pas allaiter à sa place, mais vous pouvez être d'un soutien immense :

- **L'intendance :** Apporter un grand verre d'eau et un encas dès que la tétée commence (allaiter donne une soif de loup).
- **Le confort :** Glisser un coussin sous le bras de la maman ou ajuster son dossier sans qu'elle ait à le demander.
- **L'entretien du matériel :** Si elle utilise un tire-lait ou des bouts de sein, occupez-vous systématiquement du nettoyage et de la stérilisation. C'est une charge mentale en moins pour elle.
- **Le relais post-tétée :** Dès que le bébé a fini, c'est votre tour. Prenez-le pour le rot, le change et l'endormissement. Cela permet à la maman de se reposer immédiatement.

Parfois, malgré toute la bonne volonté du monde, si cela ne fonctionne toujours pas ou ne vous convient plus, vous avez le droit d'arrêter. L'allaitement n'est pas une obligation. Votre santé mentale et physique compte autant que celle de votre enfant : vous êtes une mère qui prend soin d'elle pour mieux prendre soin de son bébé.

Que vous allaitiez ou donniez le biberon, votre enfant sera nourri, aimé et en sécurité.

Si vous recevez des remarques comme "Tu n'allaites pas ?" ou "Tu allaites encore ?", vous pouvez simplement répondre : « C'est notre choix, et ça nous convient très bien. »

Votre bébé a avant tout besoin d'une maman en paix avec ses décisions.



L'alimentation artificielle

Le choix du lait : comprendre les numéros

Le lait infantile est formulé pour suivre la croissance de votre enfant. Les marques répondent toutes à des normes de sécurité et de composition très strictes, elles se valent donc globalement.

- **Le lait « Pré »** : Parfois utilisé à la maternité pour les bébés de petit poids.
- **Le lait 1er âge (Lait 1)** : De la naissance jusqu'à 6 mois environ.
- **Le lait 2ème âge (Lait 2)** : Dès le début de la diversification (vers 6 mois).
- **Le lait de croissance (Lait 3)** : De 12 mois jusqu'à 3 ans.

À la sortie : Vous pouvez choisir la marque que vous préférez. Pour éviter de perturber le système digestif de bébé les premiers jours, il est souvent plus simple de reprendre la même référence que celle utilisée à la maternité, mais ce n'est pas une obligation.

Les quantités (repères indicatifs)

Les premiers jours, l'estomac de bébé est très petit. Les quantités augmentent donc progressivement :

- J0 : 5 à 15 ml par biberon
- J1 : 10 à 30 ml par biberon
- J2 - J3 : 30 à 60 ml par biberon
- J4 - J7 : 60 à 90 ml par biberon

Chaque bébé est différent. L'important est d'écouter ses signaux : s'il s'arrête de téter ou s'endort, il ne faut pas le forcer à finir son biberon. L'estomac d'un nouveau-né est minuscule et le forcer peut provoquer des inconforts ou des régurgitations. Tant que bébé mouille ses couches, fait des selles et reprend du poids, c'est qu'il boit suffisamment.

Préparer et donner le biberon

À la maternité vous serez données des nouettes (mini biberons prêts à l'emploi), mais voici les gestes qui deviendront vite des automatismes à votre domicile :

1. **L'ordre** : Versez d'abord l'eau en bouteille (adaptée aux nourrissons), puis ajoutez la poudre. Cela permet un dosage précis.
2. **Le dosage** : Comptez 1 mesurette rase de poudre pour 30 ml d'eau. Utilisez le rebord de la boîte pour raser la poudre sans la tasser.
3. **La tétine** : Un débit « nouveau-né » (vitesse 1) est adapté au début.
4. **La température** : Le biberon peut se donner à température ambiante. Si vous préférez le chauffer, vérifiez toujours la température avant de lui donner.



Conseil : Comment vérifier la température ?

Versez une goutte de lait sur l'intérieur de votre poignet. Si vous ne la sentez pas, donc ni chaud ni froid, c'est que le lait est à environ 37 °C, soit la température du corps, ce qui est idéal pour bébé.

Le moment du biberon

Installez-vous confortablement, bébé semi-redressé. Inclinez le biberon pour que la tétine soit toujours pleine de lait pour éviter qu'il n'avale trop d'air. En effet, l'air prend de la place dans son tout petit estomac, ce qui peut lui donner une fausse sensation de satiété ou provoquer des gaz inconfortables et des régurgitations. Laissez-le boire à son rythme.



Le rot et les régurgitations

Le rot permet d'évacuer l'air avalé pendant le biberon. Pour l'aider, vous pouvez tenir bébé contre vous, sa tête sur votre épaule, ou bien l'asseoir sur vos genoux en le penchant légèrement vers l'avant tout en soutenant son buste. Si le rot ne vient pas après quelques minutes, vous pouvez simplement redresser bébé ou le recoucher s'il semble apaisé.

Les régurgitations sont courantes car le clapet de l'estomac est encore immature. Pour les limiter, gardez bébé en position verticale 15 à 20 minutes après le repas et évitez de changer sa couche juste après manger. Si elles vous semblent très abondantes, systématiques ou en jet, signalez-le simplement à l'équipe soignante. Cela leur permet de vérifier la courbe de poids et de s'assurer que le lait ou le débit de la tétine est bien adapté.

Les soins et l'observation au quotidien

Au-delà de l'alimentation, votre bébé a besoin de quelques soins simples. L'équipe de la maternité vous accompagnera pour les apprendre à votre rythme. L'idée est de transformer ces gestes en moments de complicité.

Les bons réflexes d'hygiène

Adopter ces quelques habitudes permet de garder une peau saine et de ne pas redistribuer les germes d'un endroit à l'autre. Ces principes sont les règles d'hygiène de base.

Les mains et le matériel propres : C'est le point de départ indispensable. Lavez-vous les mains avant le soin pour protéger bébé et nettoyez régulièrement le matelas à langer ou la baignoire.

Du plus propre au plus sale : C'est la règle d'or. On commence toujours par les zones les plus nettes pour finir par les plus souillées. Cela évite simplement de déplacer des bactéries là où il n'y en a pas.

Le sens du nettoyage : On privilégie un mouvement de haut en bas ou de l'intérieur vers l'extérieur pour évacuer les impuretés.

À noter pour les yeux : Même si on a naturellement le réflexe de ramener les petites sécrétions vers l'intérieur pour mieux les attraper, il est recommandé de passer de l'intérieur vers l'extérieur. Cela évite de pousser les impuretés vers le coin de l'œil et de boucher le canal lacrymal de bébé, qui est encore très fragile.

Un seul passage : L'idée est de retirer la saleté plutôt que de l'étaler. En utilisant une face propre du coton pour chaque passage, on évacue les impuretés sans les déposer à nouveau.

L'astuce du pliage : En pliant votre coton ou votre compresse après chaque passage, vous travaillez toujours avec une surface nette. C'est plus efficace et bien plus propre.

Le soin du visage et des sens

Le visage est une zone ultra-sensible, de l'eau tiède ou du sérum physiologique suffisent amplement.

- **Les yeux** : Utilisez une compresse propre imbibée de sérum physiologique. Une face de coton par œil pour ne pas déplacer de germes d'un côté à l'autre.
- **Le nez** : Roulez une petite mèche de coton (une fusette) imbibée de sérum physiologique. Introduisez-la délicatement à l'entrée de la narine en tournant doucement pour accrocher les impuretés.

Bébé respire exclusivement par le nez durant ses premiers mois. Il ne sait pas encore respirer par la bouche de manière efficace.

- **Les oreilles** : Nettoyez uniquement le pavillon (la partie visible) et l'arrière de l'oreille. Jamais de coton-tige à l'intérieur : cela risque de blesser le tympan ou de tasser le cérumen qui protège l'oreille.
- **Le cou** : Insistez bien dans le pli du cou avec un coton humide. C'est là que le lait des régurgitations se cache. Sans nettoyage, l'humidité fait macérer la peau et crée des rougeurs.

Le change : devenir expert en couches

Changer une couche devient très vite un geste machinal. Pour préserver la peau fragile de votre bébé, privilégiez encore et toujours la simplicité et l'observation.

À quelle fréquence ?

Changez bébé dès que sa couche est souillée (selle) ou toutes les 3-4 heures (urine). Les premiers jours, préparez-vous à changer 8 à 10 couches par jour.



Conseil : La plupart des couches jetables ont une ligne jaune qui devient bleue ou verte quand la couche est mouillée. Vous pouvez donc regarder cet indicateur avant de le déshabiller.

La méthode

1. L'ouverture : Ouvrez la couche sale et déposez-la sous lui.


2. Le conseil anti-douche : Chez les petits garçons, le contact de l'air frais stimule souvent l'envie de faire pipi immédiatement. Gardez le haut de la couche (ou un coton) posé sur son pénis quelques secondes après l'ouverture pour éviter les jets de surprise.

3. La manipulation (Le « Roll ») : Pour nettoyer les fesses, ne soulevez pas bébé par les pieds en l'air. Cela force inutilement sur ses hanches et comprime son estomac. Faites-le plutôt basculer doucement sur le côté en le tenant par la hanche, puis faites-le rouler de l'autre côté pour glisser la couche propre.

4. **Le nettoyage** : Pour l'urine, de l'eau tiède sur un coton suffit largement. Pour les selles, vous pouvez utiliser un gant avec un savon doux spécial bébé ou du liniment sur un coton pour nettoyer et décoller facilement les résidus.

5. **Le séchage** : Tamponnez bien tous les plis sans frotter, la peau de bébé est sensible. L'humidité stagnante est la première cause de rougeurs.

6. **La finition** : Sortez bien les petites collerettes élastiques de la couche vers l'extérieur pour éviter les fuites. Si le cordon n'est pas tombé, repliez le haut de la couche vers l'intérieur pour le laisser à l'air libre.

 **Le plan à langer est l'endroit où les chutes sont les plus fréquentes. L'idéal est de toujours garder une main sur votre bébé, surtout si vous devez pivoter pour attraper un coton ou un vêtement. Même tout petit, un bébé peut se propulser avec ses jambes en un clin d'œil.**

Le moment du bain : complicité et détente

Le bain est un moment privilégié. Tout préparer à l'avance permet de ne plus s'occuper que de bébé une fois qu'il est dans l'eau.

- Un thermomètre de bain.
- Un savon ou gel lavant spécial bébé.
- Une grande serviette chaude (posée sur un radiateur avant si possible).
- Des vêtements propres et une couche.

En pratique

- **Température de l'eau** : 37°C (vérifiez avec un thermomètre ou votre coude).
- **Température de la pièce** : 22-24°C (bien chauffée).

Les étapes :

1. **Remplissez** la baignoire à 37°C.

2. **Déshabillez** bébé rapidement.

3. **Maintenez sa tête et sa nuque** avec votre avant-bras. L'autre main soutient son corps ou le lave.

L'équipe vous montrera la technique de prise "en pince" : votre main et votre avant-bras forment un support stable qui maintient la tête et empêche bébé de glisser. Cette technique s'apprend en pratique.

4. **Glissez-le** doucement dans l'eau, jusqu'aux oreilles. L'eau sur les oreilles l'apaise en lui rappelant les sons étouffés qu'il entendait in utero.

5. **Lavez-le** à la main avec une petite noisette de savon doux, de haut en bas.

6. **Le rinçage** : Utilisez simplement l'eau de la baignoire avec votre main. Le savon spécial bébé est tellement dilué dans l'eau qu'il ne laisse pas de résidu irritant sur sa peau. C'est la méthode la plus sûre pour garder le contact physique.

7. **Sortez-le après quelques minutes** : Les nouveau-nés ne régulent pas encore leur température, les premiers bains sont courts.

8. **Enveloppez-le** immédiatement dans une serviette et séchez bien, surtout les plis (cou, aisselles, aines, derrière les oreilles).



Astuces pratiques pour le bain

- **Attention au robinet**

Tournez le robinet sur le côté (pas au-dessus de bébé) pour éviter qu'une goutte d'eau résiduelle très chaude ne tombe sur lui.

- **Les pieds contre la paroi**

Beaucoup de bébés se sentent rassurés quand leurs pieds touchent le bord de la baignoire. Cela leur rappelle la sensation de contention qu'ils avaient in utero. Laissez ses pieds appuyés contre la paroi si ça semble l'apaiser.

- **Attention aux mouvements brusques**

Bébé peut parfois "se pousser" avec ses pieds contre la paroi et se projeter en arrière. Gardez toujours une main ferme qui le maintient pour éviter qu'il ne cogne sa tête contre le bord. Vous pouvez également placer une serviette de bain sur la paroi.

Le bain enveloppé : un cocon de douceur

Le bain enveloppé consiste à baigner votre bébé alors qu'il est emmaillotté dans un lange fin en coton.

Cette technique est magique pour les nouveau-nés qui se sentent "perdus" dans le vide du bain. Le tissu mouillé qui colle à leur peau leur rappelle la sensation de confinement et la chaleur sécurisante du ventre maternel. Cela évite les pleurs et les mouvements brusques de panique (le réflexe de Moro).

En pratique : On plonge bébé dans l'eau tout doucement avec son lange. Une fois qu'il est apaisé et détendu, on déplie les coins du tissu un par un pour savonner et rincer le corps, avant de le refermer.


L'équipe de la maternité pourra vous montrer ce geste lors des premiers soins si les auxiliaires y sont formées. Sinon, n'hésitez pas à voir avec une professionnelle à votre sortie ou, si vous êtes à l'aise, à regarder des vidéos de démonstration.

La référence : Pour aller plus loin, vous pouvez découvrir la méthode de Sonia Krief (Le Bain de Sonia). C'est une approche mondialement reconnue qui transforme le bain en un véritable moment de libération émotionnelle et de bien-être pour le nouveau-né.

Le soin du cordon

Le cordon sèche et tombe généralement entre 5 et 15 jours. C'est un processus naturel de cicatrisation qui demande surtout de la patience.

- **L'aspect** : Il va durcir et passer du blanc/jaunâtre au marron, puis au noir en séchant. C'est tout à fait normal.
- **Le nettoyage** : Le laver à l'eau et au savon doux lors du bain quotidien suffit. Il n'est plus recommandé de le nettoyer quotidiennement au sérum physiologique, sauf s'il est souillé par des selles ou des urines. Certaines maternités conseillent parfois un spray asséchant, mais ce n'est pas nécessaire : le meilleur moyen pour qu'il cicatrise vite, c'est simplement de le laisser propre et bien au sec.
- **Le bain** : Vous pouvez donner le bain normalement. L'astuce est de bien tamponner le cordon avec une compresse propre après la sortie de l'eau pour qu'il ne reste aucune humidité à sa base.
- **La couche** : Repliez le haut de la couche vers l'intérieur pour laisser le cordon à l'air libre. Cela évite les frottements et l'humidité de l'urine, ce qui accélère le séchage.

 **Quand consulter ? Si la peau tout autour du cordon devient très rouge, gonflée, chaude ou si vous remarquez un écoulement de pus avec une odeur très forte. Ce sont les signes d'une infection qui nécessitent l'avis d'un médecin ou d'une sage-femme.**

Pour le partenaire : Ces moments de soins ne sont pas que de l'hygiène, ce sont des moments parfaits pour créer un **lien d'attachement** avec votre bébé. Que ce soit pour le change, le nettoyage du visage ou le premier bain, n'hésitez pas à prendre les devants. Votre toucher, votre voix et votre odeur rassurent bébé autant que ceux de la maman.

C'est en pratiquant, même avec un peu d'appréhension au début, que vous construirez votre propre complicité avec lui.

L'évolution du poids

La pesée est le rituel quotidien de la maternité. Quasiment tous les nouveau-nés perdent entre 5% et 10% de leur poids de naissance durant les 3 ou 4 premiers jours. Ce n'est pas parce qu'il ne boit pas à sa faim, mais parce qu'il évacue l'excédent d'eau dont il est naturellement pourvu à la naissance. C'est durant ces jours qu'il élimine aussi le méconium, ses premières selles noires et collantes. La courbe commence généralement à remonter vers le 4ème ou 5ème jour, l'objectif étant de retrouver le poids de naissance entre J10 et J15.

L'équipe médicale veille au grain : un bébé ne reçoit le feu vert pour quitter la maternité que si sa perte de poids reste inférieure à 10% et que sa courbe s'est stabilisée ou a commencé à remonter.

À la maison, il n'est pas nécessaire d'acheter un pèse-bébé. En dehors des visites médicales obligatoires, vous pouvez simplement vous rendre à la PMI pour une pesée de contrôle si vous ressentez le besoin d'être rassuré sur sa croissance.

Quand demander un avis médical ? N'hésitez pas à consulter votre sage-femme ou votre pédiatre si la courbe de poids se remet à stagner ou à descendre une fois à la maison. De même, un avis médical immédiat est nécessaire si votre bébé manque de tonus, s'il est difficile à réveiller pour les prises d'alimentation ou s'il les refuse catégoriquement.

La jaunisse (Ictère du nouveau-né)

Assez fréquente, elle se manifeste par une coloration jaune de la peau, mais c'est surtout dans le blanc des yeux que vous la remarquerez le plus facilement.

Pourquoi ? À la naissance, le corps du bébé doit éliminer un surplus de globules rouges, ce qui fabrique un pigment jaune (la bilirubine). Comme son foie est encore un peu trop jeune pour tout éliminer d'un coup, ce pigment s'accumule et colore la peau.

Pour surveiller cela, l'équipe réalise un flash quotidien à l'aide d'un petit lecteur optique posé sur le front ou le thorax : le **biliflash**. Si cet indice dépasse le seuil de sécurité, le traitement de référence est la **photothérapie**.

C'est le moment pour votre bébé de s'offrir un petit séjour sous les tropiques ! Il est installé confortablement en couche sur un petit filet (un hamac doux), sous une rampe de lumière bleue spécifique. Avec ses petites lunettes de protection sur le nez pour protéger sa rétine, il profite de la chaleur de la rampe sous une surveillance constante de l'équipe. Selon les maternités, ce soin se fait dans une salle du service ou directement dans votre chambre grâce à un Bilibed (matelas de lumière).

La durée du traitement varie selon l'indice de bilirubine. Si le taux est particulièrement tenace, l'équipe pourra intensifier le traitement ou effectuer des examens complémentaires, mais dans l'immense majorité des cas, la lumière bleue vient à bout de la jaunisse en 24h à 48h.

Observations courantes

Certains détails physiques ou réflexes de votre nouveau-né peuvent vous surprendre bien qu'ils soient parfaitement bénins :

Le hoquet et les éternuements

Le hoquet est extrêmement fréquent, il peut même survenir plusieurs fois par jour comme c'était déjà le cas in utero. Il passe seul en quelques minutes. Les éternuements, eux, sont le seul moyen pour bébé de nettoyer ses narines des poussières ou résidus de lait.

Les tremblements et sursauts

Vous remarquerez peut-être des petits tremblements du menton ou des membres, surtout quand bébé pleure. C'est simplement son système nerveux qui finit de se construire. Le réflexe de Moro (bébé écarte brusquement les bras comme s'il tombait) est une réaction archaïque normale qui s'estompera vers 3 ou 4 mois.

Les extrémités froides ou colorées

Durant les premières 48 à 72 heures, il est fréquent que les mains et les pieds de bébé soient frais et paraissent violets ou bleutés. Son système circulatoire privilégie encore ses organes vitaux comme le cœur et le cerveau. Pour vérifier s'il a vraiment froid, touchez sa nuque ou son ventre : la peau doit y être tiède et sèche. En revanche, si cette couleur bleutée touche le visage ou les lèvres, prévenez l'équipe soignante.

Le regard et la peau

Il est très fréquent de voir un nouveau-né loucher. Ses muscles oculaires ne sont pas encore bien coordonnés et il lui faut quelques semaines pour apprendre à fixer un objet avec les deux yeux. Côté peau, vous observerez peut-être des petites taches rouges ou des petits boutons blancs sur le nez (le milium) : c'est le résultat de l'adaptation de sa peau à l'air libre. Ils s'en iront tout seuls !

Une respiration irrégulière

Le rythme respiratoire d'un nouveau-né n'est pas linéaire : il peut alterner des phases rapides et de courtes pauses de quelques secondes. Tant que son ventre se soulève doucement, que son visage reste bien rose et qu'il ne semble pas "faire d'effort" particulier pour respirer, tout va bien.

Les "surprises" dans la couche

Vous pouvez trouver une tache orangée dans la couche : il s'agit de cristaux d'urate. C'est simplement le signe que les reins de bébé s'activent et que son hydratation se met en place. Par ailleurs, à cause de vos hormones transmises pendant la grossesse, certains nouveau-nés font une "crise génitale" : les petites filles peuvent avoir de légères pertes de sang (mini-règles) ou blanches et les petits garçons un gonflement passager des bourses ou des mamelons. Tout cela est inoffensif et disparaît naturellement.

Comprendre et apaiser les pleurs

Le pleur est l'unique moyen de communication de votre bébé. Il ne pleure jamais "pour rien" ou "pour vous embêter" : il exprime un besoin que son corps ou ses émotions ne peuvent pas encore gérer seuls.

Le réflexe de vérification

Gardez en tête que bébé vous appelle simplement parce qu'il ne peut pas combler ses besoins seul. Procédez par élimination dans cet ordre : proposez le sein ou le biberon (priorité n°1), vérifiez sa couche, puis assurez-vous qu'il n'a ni trop chaud ni trop froid (test de la nuque). Souvent, un simple peau à peau suffit à l'apaiser s'il a seulement besoin de proximité.

Les pleurs du soir (décharge émotionnelle)

Beaucoup de bébés pleurent plus intensément en fin de journée, souvent entre 18h et 22h. À la maternité, il s'agit rarement de douleurs digestives, mais plutôt d'une manière pour bébé d'évacuer les tensions et les découvertes de la journée. Le peau à peau, le portage ou les "bruits blancs" (aspirateur, application spécifique) sont vos meilleurs alliés pour traverser ces moments.

Pourquoi on ne parle pas de coliques à la maternité ?

Scientifiquement, les véritables coliques apparaissent rarement avant la 2ème ou 3ème semaine de vie. À la naissance, le système digestif est encore stérile. Il faut quelques jours pour que l'intestin se colonise avec les bactéries du lait pour former la flore intestinale (le microbiote). Les pleurs intenses des débuts sont donc plus souvent liés à la faim, à la fatigue ou au besoin vital de réassurance après le choc de la naissance.

La science derrière les pleurs

Pourquoi les pleurs sont-ils si difficiles à supporter ? C'est une programmation biologique. Leurs fréquences sonores activent instantanément l'amygdale de votre cerveau (le centre de la peur). Cela déclenche une montée de cortisol (hormone du stress) et accélère votre rythme cardiaque. C'est un mécanisme de survie ancestral conçu pour que l'adulte réponde sans attendre. Si tous les besoins semblent comblés, bébé a peut-être simplement besoin d'une décharge émotionnelle.

La règle d'or : Si vous sentez que vous perdez patience, posez bébé en sécurité dans son lit, sur le dos. Sortez de la pièce et respirez. Il vaut TOUJOURS mieux le laisser pleurer seul quelques minutes que de risquer un geste brusque.



Ne jamais secouer un bébé : Des secousses violentes et brusques (même brèves) peuvent provoquer des lésions cérébrales graves, un handicap permanent ou la mort. Si vous avez secoué votre bébé, consultez immédiatement (15).



Le dictionnaire des pleurs

-La méthode Dunstan-



La méthode Dunstan Baby Language repose sur une découverte majeure : tous les nourrissons du monde émettent les mêmes sons réflexes universels. Ce ne sont pas des cris choisis, mais des réactions physiques involontaires. En répondant au signal dès le stade du "son", vous permettez à votre bébé de s'apaiser avant que les pleurs ne deviennent trop intenses, et vous gagnez en sérénité.

Ces réflexes sonores, universels et involontaires, sont particulièrement fiables dès le premier jour de vie et jusqu'aux 3 ou 4 mois de votre bébé. Après cet âge, ils laissent place aux premières vocalises volontaires.

La faim

Le son précoce : "NÉH". Produit par le réflexe de succion (la langue tape au palais, ajoutant le son "N").

Le pleur associé : Rythmé, insistant et ascendant. Bébé tourne la tête et cherche à téter ses mains.

Comment l'aider : Proposez le sein ou le biberon sans attendre, même s'il a mangé récemment.

La fatigue

Le son précoce : "OWH". Basé sur le réflexe de bâillement (la bouche prend une forme ovale).

Le pleur associé : Plaintif, "geignard" et irrégulier. Bébé peut se frotter les yeux ou fuir le regard.

Comment l'aider : Mettez-le au calme, dans la pénombre, avec des bercements très lents.

L'inconfort

Le son précoce : "HÉH". Un son soufflé qui vient de la gorge, réaction à une sensation désagréable sur la peau.

Le pleur associé : Souvent aigu, saccadé et "fâché".

Comment l'aider : Vérifiez sa couche, sa température (nuque) et assurez-vous que ses vêtements ne le serrent pas.

Le besoin de faire un rot

Le son précoce : "EH". Un son court et sec pour expulser une bulle d'air coincée dans la poitrine.

Le pleur associé : Un cri qui semble s'interrompre brutalement, comme si bébé était gêné par une pression interne.

Comment l'aider : Redressez-le à la verticale contre vous et tapotez doucement son dos.

Les gaz ou douleurs abdominales

Le son précoce : "EAI RH". Un son profond et grave qui semble venir du ventre (bébé force).

Le pleur associé : Très intense, avec les jambes qui se replient sur le ventre et le visage qui rougit.

Comment l'aider : Massez doucement son ventre dans le sens des aiguilles d'une montre ou placez-le en position "grenouille".



Comprendre le rythme de sommeil de bébé

À la maternité, votre bébé fonctionne selon un **rythme ultradien** (un cycle biologique qui se répète plusieurs fois par 24 heures) : il enchaîne de courtes périodes de sommeil de 50 à 60 minutes, sans distinction entre le jour et la nuit. Un nouveau-né dort en moyenne entre 16 et 20 heures par jour. Comme son estomac est encore minuscule, il doit se réveiller toutes les 2 à 4 heures pour s'alimenter. Ces réveils fréquents sont un besoin vital pour sa croissance et sa régulation glycémique durant ses premières semaines de vie.

Ce n'est généralement qu'entre 8 et 12 semaines (environ 2-3 mois) que l'horloge interne de votre enfant commence à se caler sur le rythme circadien (le cycle biologique calé sur l'alternance jour/nuit de 24 heures, comme le nôtre). C'est à cet âge que son cerveau commence à produire de la mélatonine, l'hormone du sommeil, en réponse à l'obscurité. Il est donc tout à fait normal si, durant les deux premiers mois, son rythme semble totalement décalé par rapport au vôtre.

Le sommeil agité : un festival de bruits et de mouvements

Il est essentiel d'appivoiser le sommeil agité, une phase particulièrement active qui représente environ 50% du temps de repos du nouveau-né. Durant cette période, le cerveau est en pleine ébullition : bébé peut bouger les bras, faire des grimaces, têter à vide ou émettre de petits bruits. Il arrive même qu'il pousse de brefs pleurs ou des gémissements sans pour autant être réveillé.

La règle d'or est de ne pas intervenir trop vite. Si ses yeux restent fermés, il dort encore. En le prenant dans vos bras au premier cri, vous risqueriez de casser son cycle de sommeil et de provoquer un réveil complet alors qu'il était simplement en phase de transition entre deux cycles.

La sécurité et le partage de chambre

Pour garantir une respiration libre et réduire de 50% le risque de mort subite du nourrisson, couchez toujours votre bébé sur le dos, à plat sur un matelas ferme. Cette position empêche la langue de s'affaisser au fond de la gorge et dégage les voies respiratoires. Le lit doit rester strictement épuré (pas d'oreiller, de couverture, de tour de lit ou de doudou) pour éviter tout risque d'étouffement ou de confinement de chaleur.

Le partage de chambre est recommandé durant les 6 premiers mois. Au-delà de l'aspect pratique, cette proximité permet à bébé de se caler naturellement sur votre propre rythme respiratoire. Le bruit de votre souffle et vos mouvements légers agissent comme un régulateur pour son système cardio-respiratoire encore immature.

👉 **Une fiche complète en fin d'ouvrage sur les gestes à adopter sur les précautions concernant la mort inattendue du nourrisson (MIN).**

La fameuse « nuit de la java »

Entre le 2^e et le 3^e jour de vie, beaucoup de bébés vivent une nuit particulièrement agitée. Bébé pleure dès qu'on le pose, réclame sans cesse et semble inconsolable. Ce moment peut être épuisant, mais il est tout à fait normal.

Pourquoi cette agitation ? Rassurez-vous : ce n'est ni un manque de lait, ni un caprice. C'est une étape de transition où votre enfant réalise qu'il n'est plus dans le cocon du ventre :

- **Perte de repères** : Il perd l'odeur du liquide amniotique et découvre la faim, le froid et le vide. Il cherche activement votre chaleur et vos battements de cœur.
- **La « commande » de lait** : En réclamant le sein sans cesse, bébé envoie un signal hormonal puissant à votre cerveau pour déclencher la montée de lait mûr.
- **L'odeur de la « cuisine »** : Bébé sent les modifications chimiques de votre peau et de votre lait. Cette effervescence peut l'énerver ou le rendre impatient, car il sent que la recette change et que la vraie montée de lait se prépare.

Quelques réflexes pour tenir le cap

- **Le peau à peau** : C'est votre meilleur outil. Votre chaleur et votre odeur stabilisent son rythme cardiaque et son stress.
- **Accepter les tétées groupées** : Laissez-le téter aussi souvent qu'il le demande, même si ce sont uniquement des tétées de confort. Chaque succion est un message utile pour votre production de lait.
- **Créer une bulle** : Restez dans la pénombre, limitez les bruits et évitez les stimulations inutiles.

Pour le partenaire : Co-piloter la nuit de la java

Cette nuit de transition demande une organisation d'équipe pour préserver le repos de chacun. Votre présence active est un levier majeur pour stabiliser la situation.

- **Rassurer la maman** : Face aux pleurs continus, on a vite fait de paniquer ou de croire qu'on n'a pas assez de lait. Rappelez-lui simplement que c'est une étape normale et que bébé est juste en train de s'adapter.
- **Le relais peau à peau** : Si bébé s'énerve trop contre la maman parce qu'il sent l'odeur du lait qui se prépare, prenez-le contre vous en peau à peau. N'ayant pas cette odeur de lait, cela aide souvent le bébé à s'apaiser.
- **Prendre le relais après la tétée** : Dès que bébé a fini de manger, reprenez-le pour le rendormir ou le garder contre vous. Cela permet à la maman de fermer les yeux et de récupérer tout de suite, sans avoir à gérer le reste.

Maman anonyme

« Ce qui m'a vraiment aidée, c'est mon conjoint.

Sans lui, cette expérience aurait été beaucoup plus difficile à traverser. »

Les examens médicaux avant la sortie

Avant de quitter la maternité, plusieurs examens de contrôle sont réalisés pour s'assurer que votre bébé démarre sa vie dans les meilleures conditions. Ces étapes sont systématiques et permettent de vérifier le bon fonctionnement des organes vitaux ainsi que l'absence de certaines pathologies rares.

Le test de Guthrie (dépistage néonatal)

Réalisé entre le deuxième et le troisième jour de vie, ce test consiste à prélever quelques gouttes de sang au talon de votre enfant. Une petite piqûre rapide permet de déposer le sang sur un papier buvard spécifique, le carton de Guthrie, qui est ensuite envoyé en laboratoire. Ce dépistage permet de détecter précocement 16 maladies rares mais graves (comme la mucoviscidose, l'hypothyroïdie ou certains déficits enzymatiques) afin de mettre en place un traitement immédiat.

Les résultats sont généralement disponibles sous quelques semaines. Appliquez la règle du "pas de nouvelles, bonnes nouvelles" car vous ne serez recontactés par l'équipe médicale que si une anomalie est détectée ou si des examens complémentaires sont nécessaires.



Bon à savoir : Améliorer le confort de bébé

Le prélèvement est rapide mais peut être désagréable. Pour l'apaiser, l'équipe propose souvent quelques gouttes de solution sucrée (G30%) par voie buccale juste avant le geste. Le goût sucré stimule la sécrétion d'endorphines, des hormones naturelles qui atténuent la sensation de douleur. Vous pouvez également proposer le sein ou une tétine pendant le test, car la succion possède un effet antalgique puissant. Cette technique est simple, sans danger et recommandée par la HAS pour tous les soins du nouveau-né.

Le test auditif

Ce test totalement indolore est réalisé avant la sortie pour vérifier que le système auditif de votre bébé fonctionne bien. Une petite sonde souple est placée à l'entrée de l'oreille pendant que bébé dort ou est au calme. Elle émet des sons très doux et enregistre la réponse de l'oreille interne.

Pourquoi ce test est indispensable ? On imagine souvent qu'il suffit de voir si bébé réagit ou sursaute aux bruits de la pièce pour savoir s'il entend bien. En réalité, seul ce test technique permet de s'assurer de manière fiable et précise que son audition est parfaite des deux côtés, ce qui est essentiel pour ses futures acquisitions et son langage.

Si le test n'est pas concluant immédiatement, c'est très souvent dû à la présence de reliquats de liquide amniotique dans le conduit auditif. Un rendez-vous de contrôle sera simplement programmé à la maternité ou chez un ORL dans les deux semaines qui suivent, et le pédiatre vérifiera le résultat lors de la visite des 1 mois.

L'examen pédiatrique

C'est un rendez-vous incontournable. Qu'un premier examen ait déjà été fait en salle de naissance ou directement en suite de couches, un pédiatre ou une sage-femme doit obligatoirement réaliser un examen complet et approfondi avant votre grand départ, généralement entre le 2^e et le 4^e jour de vie.

Le professionnel procède à une auscultation minutieuse pour s'assurer que tout va bien : il vérifie le cœur, les poumons, la souplesse des hanches, l'état de la peau et les réflexes archaïques. Les mesures de base (poids, taille, périmètre crânien) sont aussi contrôlées. C'est le moment idéal pour poser vos dernières questions avant le retour à la maison.

La vaccination BCG (Tuberculose)

Ce vaccin n'est plus obligatoire de manière systématique en France depuis 2007, mais il reste recommandé pour les nourrissons jugés à risque. Il est notamment préconisé avant la sortie si vous résidez dans des régions spécifiques comme l'Île-de-France, la Guyane ou Mayotte, ou si des antécédents familiaux le justifient. Le pédiatre vous expliquera l'intérêt de cette protection si votre situation le nécessite.

Se préparer à la sortie

Après ces quelques jours à la maternité, le moment est enfin venu de retrouver votre chez-vous. Pour certains, c'est une délivrance et l'impatience de retrouver son lit est totale. Pour d'autres, c'est le début d'un nouveau tête-à-tête qui peut impressionner. Quel que soit votre état d'esprit, l'équipe soignante valide avec vous les derniers points logistiques pour que vous passiez le pas de la porte sereinement.

Vérifiez que vous ayez bien tous ces éléments avant de quitter la maternité :

- **Le relais à domicile** : Vérifiez que vous avez bien les coordonnées de la sage-femme libérale qui passera vous voir dans les 48h. C'est elle qui prendra le relais pour la pesée et répondra à vos premières questions une fois installés.
- **Le carnet de santé** : C'est la "bible" de votre bébé. Assurez-vous qu'il est complet avec les résultats des examens (Guthrie, audition) et le poids de sortie.
- **Le sac à ordonnances** : Ne partez pas sans celles pour bébé (vitamine D, sérum physiologique) et les vôtres (antidouleurs, vitamines, contraception ou rééducation périnéale).
- **Le suivi du 1er mois** : Ayez déjà en tête le contact (pédiatre, généraliste ou PMI) pour la visite obligatoire de votre enfant dans quelques semaines.

Vous avez fait un travail immense. Une fois chez vous, prenez le temps de vous poser et de découvrir votre bébé dans le calme de votre environnement. Vous êtes prêts !

BONUS

DE LA MATERNITÉ À VOTRE
COCON

Cap sur vos premiers jours

Vous voilà sur le point de franchir les portes de la maternité avec votre bébé. Après avoir été entourés 24h/24 par une équipe soignante, vous allez vous retrouver à la maison. Mais rassurez-vous, vous n'êtes pas réellement seuls. Des professionnels (pédiatre, PMI, conseillère en lactation, psychologue, sage femme libérale, ostéopathe etc.) restent disponibles pour vous accompagner dans cette suite de l'aventure.

Organisation générale

Le départ et le trajet

Le retour commence dès la sortie de l'hôpital. Pour que ce premier voyage se passe en toute sérénité :

- **En voiture ou taxi** : Un siège auto (cosy) est indispensable et obligatoire.

Note : Ne mettez pas de manteau épais ou de combinaison pilote sous les harnais, cela réduit la sécurité en cas de choc. Réglez les sangles au plus près du corps de bébé.

- **À pied (courte distance)** : Privilégiez le landau (nacelle). Bébé y est bien à plat et la coque rigide le protège du bruit et de l'agitation extérieure. C'est aussi plus reposant et sécurisant pour vous.

Vos premiers jours en tête-à-tête

Une fois la porte franchie, votre seule mission est de faire connaissance. Le ménage et le rangement peuvent attendre.

- **Le rythme** : Attendez-vous à des cycles courts (tétées ou biberons toutes les 2-3 heures, jour et nuit). La règle d'or est d'essayer de dormir quand bébé dort, même s'il est 14h et que le ménage n'est pas fait.
- **Votre énergie** : Hydratez-vous et mangez bien. Votre corps a vécu un séisme et consomme énormément d'énergie pour récupérer.
- **En couple** : Répartissez-vous les rôles. Si l'un nourrit, l'autre gère le change ou l'intendance. Soyez indulgents l'un envers l'autre, la fatigue est l'ennemi de la patience.
- **Si vous êtes seule** : Sollicitez votre entourage ou une sage-femme à domicile. Vous n'avez pas à porter ce monde toute seule.

Protéger votre bulle (Les visites)

C'est un moment de joie que vos proches veulent partager, mais votre récupération est prioritaire. N'ayez pas peur d'instaurer vos règles de bienveillance :

- Pas de visite sans prévenir et jamais si on est malade.
- Le lavage des mains est obligatoire pour tout le monde.
- **Un petit conseil** : Évitez les bisous sur le visage ou les mains du nouveau-né. Son système immunitaire est fragile et des virus comme l'herpès ou le VRS (bronchiolite) peuvent être graves. Proposez plutôt à votre entourage de lui embrasser le crâne ou ses petits pieds !

Les démarches administratives essentielles

C'est souvent le co-parent ou un proche qui s'en charge pour vous libérer l'esprit.

La déclaration de naissance (Mairie)

Elle doit être faite dans les 5 jours suivant l'accouchement.

Note : Si le 5ème jour est un samedi, dimanche ou jour férié, le délai est prolongé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Documents à apporter : Certificat de naissance (maternité), pièces d'identité des parents, livret de famille (si existant) et acte de reconnaissance (si fait avant la naissance hors mariage).

Sécurité sociale et mutuelle

- **Ameli :** Déclarez la naissance sur votre compte pour rattacher bébé.
- **Carte Vitale :** Bébé n'a pas sa propre carte, mettez la vôtre à jour en borne (pharmacie, hôpital) pour faire apparaître ses droits.
- **Mutuelle :** Inscrivez-le rapidement pour la prise en charge complémentaire.

Les congés (Mise à jour 2026)

- **Congé maternité :** 16 semaines (pour un premier ou deuxième enfant).
- **Congé paternité :** 25 jours. Les 7 premiers jours sont obligatoires et à prendre dès la naissance (3 jours employeur + 4 jours sécurité sociale).

Note : Ces durées sont plus importantes dès le 3e enfant et en cas de grossesse multiple.

- **Nouveauté 2026 :** Pour les bébés nés depuis le 1er janvier 2026, chaque parent peut bénéficier de 2 mois supplémentaires mieux rémunérés (70% du salaire net le 1er mois, 60% le 2e), à prendre dans les 9 mois.

Le suivi médical et la sécurité

- **Récupération :** Votre corps a vécu un séisme. Les saignements (lochies) durent quelques semaines. Ne portez rien de plus lourd que votre bébé. Marchez doucement. La rééducation périnéale débutera 6 à 8 semaines plus tard.
- **Sage-femme libérale :** Visites à domicile remboursées à 100% jusqu'au 12ème jour.
- **Pédiatre :** Première consultation obligatoire dans le premier mois (10/15 jours si sortie précoce).

Alerte Santé : Quand s'inquiéter ?

Pour Bébé (Appelez le 15 immédiatement)

- **Température :** > 38°C ou < 36°C (la mesure rectale est la plus fiable).

Note : Ne donnez pas de Doliprane car cela masque l'infection. C'est une urgence absolue jusqu'aux trois mois de votre bébé.

- **Alimentation/Élimination :** Refus de manger depuis plus de 6h et/ou moins de 5 à 6 couches mouillées par 24h.

- **Comportement/Respiration** : Bébé est "mou", a le teint gris/bleuté (vérifiez ongles et gencives si peau foncée), ou sa respiration est bruyante et le thorax se creuse.

Pour Maman (Consultez en urgence) :

- **Hémorragie** : Vous remplissez une protection hygiénique en moins d'une heure.
- **Infection** : Fièvre ($>38^{\circ}\text{C}$), douleur intense, zone rouge et chaude (sein, cicatrice, mollet).
- **Santé mentale** : Idées noires, sentiment d'incapacité totale ou rejet du bébé. Si le Baby Blues dure plus de 2 semaines, il est nécessaire de consulter un professionnel .

👉 **Votre fiche avec les signes d'urgence et les numéros utiles est disponible à la page 120 (à imprimer et à coller sur le frigo).**




Préparer l'arrivée de bébé est une étape riche en émotions. Vous trouverez à la page suivante une checklist conçue pour vous assurer un retour en toute sérénité, avec l'essentiel à portée de main dès votre retour à la maison.

Ces indispensables vous garantissent un démarrage serein et sécurisé.

CHECKLIST

pour la maison

SOMMEIL

- Lit / Berceau / Landau
- Matelas ferme neuf
- 3 Draps-housses en coton
- 2 Gigoteuses (TOG adapté à la saison)
- Thermomètre de chambre (cible 18-19°C)
- Babyphone (indispensable pour vos moments d'isolement/douche)
-  Sécurité : Lit vide (ni doudou, ni tour de lit, ni couverture, ni oreiller)

HYGIÈNE

Changes


- Table à langer
- Matelas à langer
- Poubelle à couches (système anti-odeur)
- 2 Paquets de couches Taille 1 (2-5 kg)
- Carrés de coton
- Liniment

Soins

- Sérum physiologique (en dosettes)
- Compresses stériles (soins cordon et yeux)
- Thermomètre médical (embout souple)
- Vitamine D (prescrite à la sortie)

Bain

- Baignoire bébé
- Thermomètre de bain (37°C)
- Gel lavant corps et cheveux (sans parfum)
- 3 Capes de bain (serviettes à capuche)
- Brosse à cheveux (poils souples)
- Lime à ongles en carton douce

 Ne pas couper avant 1 mois car l'ongle est fusionné à la peau. Limer uniquement si besoin pour arrondir les angles.

VÊTEMENTS

- 8 Bodies "Cache-cœur" (ouverture croisée devant + pressions entrejambe)
- 8 Pyjamas (préférez les ouvertures à l'avant plutôt que dans le dos)
- 3 Gilets
- 2 Bonnets en coton
- 4 Paires de chaussettes
- 10 Langes en coton (multi-usages)



Taille : Priorité au 1 mois (54 cm). Taille Naissance (50 cm) uniquement si le poids est < 3 kg.



Lavage : Avant la première utilisation avec une lessive hypoallergénique, sans adoucissant.

REPAS

- 6 Biberons (sans BPA) + 6 Tétines débit 1
- 1 Goupillon (brosse de nettoyage)
- 6-8 Bavoirs

MAMAN

- 2-3 Paquets de serviettes hygiéniques maternité (absorption maximale)
- 1 Paquet de culottes jetables (filet) ou 4-5 culottes de règles post-partum
- Bouteille de rinçage périnéal
- 2-3 Soutiens-gorge d'allaitement (sans armatures)
- 1 Boîte de coussinets d'allaitement (jetables ou lavables)
- 1 Crème Lanoline pure (pour les mamelons)
- Coussin d'allaitement

SORTIES

- Porte-bébé
- Sac à langer
- Poussette : choisissez un modèle adapté à votre mode de vie (ville ou campagne)
- Siège auto/cosy

Conclusion

Ce guide vous a donné les repères nécessaires pour naviguer dans l'univers de la maternité, votre expérience fera désormais le reste.

Félicitations pour la démarche que vous venez d'entreprendre.

Le savoir, la connaissance et la curiosité sont vos meilleurs alliés, ils sont le socle de votre sérénité et de votre tout premier acte de soin pour votre petite famille. En cherchant à comprendre et à vous préparer, vous avez déjà commencé à protéger l'équilibre de votre nouvelle vie.

Votre bébé n'attend pas de perfection. Il a besoin de parents présents, informés et solidaires. La théorie s'arrête ici, votre histoire commence maintenant.

Soyez indulgents, restez unis et surtout, savourez le chemin parcouru.

À vous de jouer !

Glossaire

Les termes médicaux expliqués simplement

Baby blues : Phase émotionnelle intense et temporaire touchant 50 à 80% des mamans entre J3 et J10 après l'accouchement, lié à la chute hormonale. Disparaît généralement spontanément en quelques jours.

Césarienne : Intervention chirurgicale permettant de faire naître bébé par incision de l'abdomen et de l'utérus. Peut être programmée ou réalisée en urgence.

Col de l'utérus : Partie basse de l'utérus qui s'ouvre (se dilate) pendant le travail pour laisser passer bébé. Mesure environ 3-4 cm de long hors grossesse, s'efface puis se dilate de 0 à 10 cm pendant l'accouchement.

Colostrum : Premier lait produit par les seins dans les jours suivant l'accouchement. Épais, jaunâtre, très riche en anticorps. Les quantités sont petites (quelques millilitres par tétée) mais c'est exactement ce dont bébé a besoin.

Consentement éclairé : Droit légal de recevoir une information claire sur un acte médical (bénéfices, risques, alternatives) avant de l'accepter ou le refuser librement.

Contractions : Resserrement rythmique des muscles de l'utérus pendant le travail. Permettent au col de se dilater et à bébé de descendre. Peuvent être ressenties comme une douleur en ceinture, dans le bas du dos ou une pression intense.

Cordon ombilical : Lien entre le placenta et bébé in utero. Contient 2 artères et 1 veine qui transportent oxygène et nutriments.

Crevasse : Petites fissures douloureuses sur les mamelons pouvant apparaître pendant l'allaitement si la position de bébé au sein n'est pas optimale.

Déchirure : Petite lésion du périnée pouvant survenir lors de l'expulsion de bébé. Généralement superficielle, recousue avec du fil résorbable.

Déclenchement : Démarrage artificiel du travail par méthode mécanique ou médicamenteuse lorsque le travail ne démarre pas spontanément.

Délivrance : Expulsion du placenta après la naissance de bébé. Se produit généralement 10 à 30 minutes après l'accouchement.

Dépression post-partum : Trouble dépressif grave et durable touchant 10 à 15% des mamans. Symptômes : tristesse persistante, détachement, anxiété intense, idées noires. Nécessite un accompagnement professionnel.

Dilatation : Ouverture du col de l'utérus, mesurée en centimètres, de 0 à 10 cm. À 10 cm, le col est complètement dilaté et bébé peut sortir.

ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des Urines. Analyse de laboratoire recherchant précisément une infection urinaire. Il est souvent précédé d'une bandelette urinaire rapide à l'admission.

Effacement du col : Raccourcissement et amincissement du col de l'utérus avant la dilatation.

Engorgement : Seins très tendus, durs et douloureux causés par un excès de lait (souvent lors de la montée de lait). Se soulage en favorisant l'écoulement du lait (tétées fréquentes, tire-lait, compresses chaudes avant la tétée).

Épisiotomie : Incision volontaire du périnée réalisée par le médecin ou la sage-femme pendant l'accouchement pour faciliter la sortie de bébé ou éviter une déchirure importante. Pratique non systématique.

Expulsion : Deuxième phase de l'accouchement, la maman pousse pour faire sortir bébé.

Fontanelles : Espaces membraneux souples entre les os du crâne de bébé. Permettent au crâne de se modeler lors du passage dans le bassin. Se referment progressivement (petite fontanelle vers 2-3 mois, grande fontanelle vers 12-18 mois).

Liquide amniotique : Liquide dans lequel bébé baigne pendant la grossesse. Environ 1 litre à terme. Protège bébé des chocs et des infections. S'écoule à la rupture de la poche des eaux.

Lochies : Saignements vaginaux après l'accouchement, liés à la cicatrisation de l'utérus. Durent plusieurs semaines. Passent progressivement du rouge vif au rosé.

Méconium : Premières selles de bébé (noires ou verdâtres, épaisses, collantes). Composées de tout ce que bébé a avalé in utero (liquide amniotique, cellules...). Élimination complète en 2-3 jours.

Monitoring : Appareil de surveillance continue du rythme cardiaque de bébé et de vos contractions utérines pendant le travail.

Montée de lait : Arrivée du lait maternel, généralement entre J2 et J4 après l'accouchement. Les seins gonflent, durcissent, deviennent tendus et parfois douloureux. Peut durer 24-48h avant de se réguler.

Ocytocine : Hormone produite naturellement par votre corps qui déclenche les contractions de l'utérus et la montée de lait. Peut aussi être administrée artificiellement pour relancer le travail.

Périnée : Ensemble de muscles situés entre le vagin et l'anus. Soutient la vessie, l'utérus et le rectum. Peut être distendu, déchiré ou incisé (épisiotomie) lors de l'accouchement.

Péridurale : Anesthésie loco-régionale qui soulage la douleur du bas du corps pendant le travail, tout en vous laissant consciente et capable de pousser.

PH du cordon : Analyse du sang prélevé sur le cordon ombilical juste après la naissance. Permet de vérifier que bébé a été bien oxygéné pendant l'accouchement.

Placenta : Organe temporaire reliant bébé à l'utérus pendant la grossesse. Nourrit bébé, le protège, élimine ses déchets, produit des hormones. Expulsé après la naissance (délivrance).

Poche des eaux : Membrane contenant le liquide amniotique et bébé pendant la grossesse. Sa rupture (spontanée ou artificielle) marque souvent le début du travail.

Projet de naissance : Document personnel exprimant vos souhaits pour l'accouchement (péridurale, positions, ambiance, peau à peau...). Outil de dialogue avec l'équipe, pas un contrat rigide.

Rachianesthésie : Anesthésie loco-régionale similaire à la péridurale, mais en injection unique avec effet immédiat. Utilisée principalement pour les césariennes.

Réflexe archaïque : Réflexe inné et automatique présent chez le nouveau-né dès la naissance. Mouvements involontaires déclenchés par un stimulus (toucher, bruit, position...). Disparaissent progressivement dans les premiers mois. Exemples : réflexe de Moro (sursaut), succion, marche automatique, préhension.

Score d'Apgar : Évaluation de l'état de santé de bébé à 1, 5 et 10 minutes après la naissance. On note 5 critères : fréquence cardiaque, respiration, tonus musculaire, réactivité, coloration de la peau.

Test de Guthrie : Dépistage néonatal réalisé entre J3 et J5 de plusieurs maladies rares mais graves (phénylcétonurie, hypothyroïdie, mucoviscidose...).

Toucher vaginal (TV) : Examen réalisé par la sage-femme pour évaluer l'état du col (longueur, dilatation, consistance) et la position de bébé.

Tranchées : Contractions utérines après l'accouchement permettant à l'utérus de se rétracter et de retrouver progressivement sa taille initiale. Peuvent être douloureuses, surtout pendant les tétées.

Travail : Première phase de l'accouchement, du début des contractions régulières jusqu'à la dilatation complète du col (10 cm).

Vernix : Substance blanchâtre et grasse (vernix caseosa) qui recouvre la peau de bébé à la naissance et la protège. Laissée en place lors des premiers soins (hydrate naturellement la peau et protège des infections).

FICHES

TECHNIQUES




LE PROJET DE NAISSANCE

Qu'est ce que c'est ?

Document personnel dans lequel vous exprimez vos souhaits pour l'accouchement et les premiers moments avec bébé. Ce n'est pas un contrat rigide mais un **outil de dialogue** avec l'équipe.

BÉNÉFICES

 **Clarifier vos souhaits** : Vous réfléchissez à ce qui compte pour vous (rituels, ambiance, préférences culturelles).

 **Faciliter le dialogue** : L'équipe connaît vos préférences (religieuses ou personnelles) dès votre arrivée.

 **Vous rassurer** : Vous restez dans votre bulle et vous êtes actrice de votre accouchement.


 **Impliquer le partenaire** : Il devient le gardien de vos souhaits auprès du personnel.

QUEL CONTENU ? (exemples exclusifs)

- ▶ **Ambiance** : Lumière de "tanière" (sombre), silence total ou chuchotements, musique.
- ▶ **Douleur** : Péridurale "uniquement à ma demande", ne pas me la proposer.
- ▶ **Valeurs & convictions** : Moment de prière à la naissance, musique choisie à l'expulsion.
- ▶ **Identité** : Ne pas annoncer le sexe (découverte par les parents), secret du prénom.
- ▶ **Physiologie** : Attendre le cordon blanc, limiter les touchers vaginaux et examens.
- ▶ **Post-naissance** : Peau à peau immédiat, retarder les soins (poids, vitamines) de 2h.

PRÉSENTATION

- ▶ **Format** : 1 page maximum.
- ▶ **Ton** : Clair, simple, respectueux.
- ▶ **Structure** : Bullet points pour une lecture rapide en urgence.
- ▶ **Quand** : Dans votre dossier médical qui est remis à l'équipe à votre arrivée en salle de naissance, n'hésitez pas à le rappeler notamment en cas de changement d'équipe.

 **Gardez en tête** : La priorité reste la sécurité médicale. Les équipes respecteront vos souhaits tant qu'ils sont compatibles avec celle-ci.



LA PÉRIDURALE ET LA RACHIANESTHÉSIE

Qu'est ce que c'est ?

Anesthésies loco-régionales qui suppriment ou atténuent la douleur du bas du corps.

Note : La consultation d'anesthésie au 8ème mois est obligatoire, même sans souhait de péridurale (sécurité en cas d'urgence).

LES DIFFÉRENCES

- ▶ **Péridurale (Travail / Voie basse)** : Anesthésie locale de la peau puis la pose du cathéter (un petit tuyau souple). Il reste en place pour diffuser le produit en continu. Agit en 15-20 min. Les jambes sont souvent lourdes ou engourdies, mais vous pouvez pousser.
- ▶ **Rachianesthésie (Césarienne)** : Injection unique et directe. Agit très vite (2-5 min). Le blocage est plus intense : les jambes sont immobiles, vous ne ressentez que des pressions.

COMMENT ?

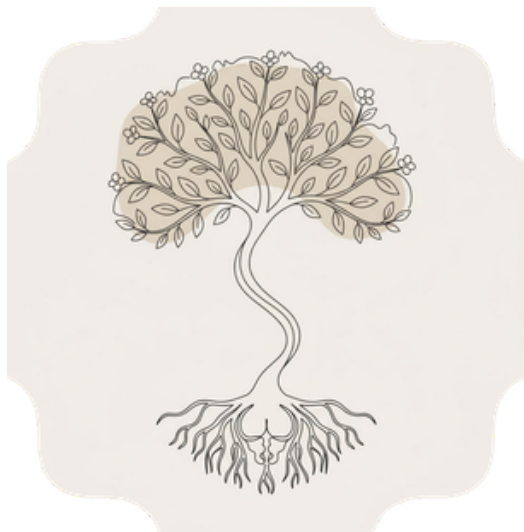
- ▶ **Avant** : Perfusion, prise de tension, consentement.
- ▶ **Pendant** : Assise, dos rond, immobile entre contractions.
- ▶ L'anesthésiste insère l'aiguille entre deux vertèbres.
- ▶ **Après** : L'effet se fait sentir progressivement.

 **Bon à savoir** : Certaines maternités proposent la péridurale ambulatoire (dosage léger qui vous permet d'être mobile, de marcher).



EFFETS SECONDAIRES

Fréquents : Baisse de tension (surveillée), frissons, difficulté à uriner (une sonde est parfois nécessaire).
Rares : Maux de tête intenses en position debout, ou péridurale "asymétrique" (ne prend que d'un côté).







LE PLACENTA

Qu'est ce que c'est ?

Organe unique qui n'existe que pendant la grossesse. Il relie bébé à votre utérus via le cordon ombilical. Il nourrit, protège, élimine les déchets de bébé et produit les hormones nécessaires. Après la naissance, il doit être expulsé : c'est la délivrance.

FONCTIONS

-  **Nourrit bébé :** Transporte l'oxygène et les nutriments. Les sangs de maman et bébé ne se mélangent jamais car les échanges se font à travers une membrane fine.
-  **Protège bébé :** Filtre certaines substances nocives et transmet vos anticorps pour immuniser bébé.
-  **Élimine les déchets :** Évacue le CO2 et les déchets métaboliques de bébé.
-  **Pour maman :** Fabrique les hormones essentielles à la grossesse : HCG (maintient la grossesse au début), progestérone (relaxe l'utérus pour éviter les contractions précoces), estrogènes (boostent la croissance de l'utérus et la circulation sanguine).

LA DÉLIVRANCE

- ▶ 5 à 30 minutes après la naissance.
- ▶ Contractions (moins fortes qu'avant, elles permettent au placenta de se détacher)
- ▶ Le placenta se détache et sort.
- ▶ Vérification qu'il est bien complet.

Recommandation HAS : Si il n'y a pas de saignements, la délivrance artificielle est recommandée entre 30-60 min après l'expulsion du bébé si le placenta ne sort pas naturellement.

SÉCURITÉ

À la maternité : L'équipe médicale examine minutieusement le placenta. S'il reste un fragment, il y a un risque d'hémorragie ou d'infection.

Retour à la maison : Consultez immédiatement si vous constatez :

- Des saignements très abondants ou rouge vif.
- Une douleur intense au bas du ventre.
- De la fièvre ou des pertes odorantes (signes d'infection).









LE PEAU À PEAU

Qu'est ce que c'est ?

Bébé nu (ou en couche) contre votre peau nue, couvert d'une couverture chaude sur son dos.

Simple
Puissant
Essentiel

BÉNÉFICES

-  **Régule** : Stabilise la température, le rythme cardiaque et la respiration de bébé.
-  **Favorise l'allaitement** : Aide à la montée de lait et aide bébé à trouver le sein naturellement.
-  **Renforce le lien** : Crée un attachement profond parent-bébé dès les premiers instants.
-  **Apaise** : Bébé reconnaît votre odeur, vos battements de cœur et votre voix.
-  **Développement cérébral** : Stimule la croissance cérébrale (effet neuroprotecteur).
-  **Développement immunitaire** : Transfert de la flore bactérienne protectrice.

QUAND ET COMBIEN DE TEMPS ?

- ▶ Minimum 1h immédiatement après la naissance (recommandation OMS/IHAB) **si possible**.
- ▶ Puis aussi souvent et longtemps que vous voulez.
- ▶ Vivement recommandé pour le partenaire !

SÉCURITÉ

- ✓ **VOUS** : Position demi-assise (pas à plat sur le dos)
- ✓ **BÉBÉ** :
 - Tête sur le côté, visage visible (libère les voies aériennes).
 - Cou non fléchi / menton relevé (évite l'étouffement par obstruction).
 - Nez/bouche dégagés car bébé respire exclusivement par le nez (prévention de l'asphyxie).
 - Dos arrondi en "C" (respect de la colonne vertébrale).
 - Jambes en "M" / grenouille (respect des hanches).
 - Mains près du visage (favorise l'auto-apaisement).
 - Bien maintenu par les bras ou bandeau (prévention des chutes).
- ✓ **Si vous êtes fatigué(e)s** : Déposez bébé sur le dos dans son lit !







LE LIEN D'ATTACHEMENT

Qu'est ce que c'est ?

Lien affectif profond et durable qui se construit entre bébé et ses parents. C'est la base de la **sécurité émotionnelle** de l'enfant et le fondement de ses relations futures.

POURQUOI EST-CE IMPORTANT ?

-  **Cerveau** : Stimule le développement cérébral.
-  **Sécurité** : Bébé se sent protégé, aimé et apaisé.
-  **Futur** : Un attachement sain favorise des relations saines à l'âge adulte.
-  **Confiance** : Bébé apprend qu'il a de la valeur et développe son estime de soi.

COMMENT SE CONSTRUIT-IL ?

Il se tisse au quotidien par la répétition de gestes simples :

- ▶ **Besoins** : Répondre à ses besoins vitaux (hygiène, alimentation, réconfort...).
- ▶ **Contact** : Peau à peau, portage, massages et câlins.
- ▶ **Interaction** : Regard (yeux dans les yeux), sourires, expressions.
- ▶ **Voix** : Parler doucement, chanter, raconter sa journée.
- ▶ **Fiabilité** : Être présent et régulier pour rassurer l'enfant.

ET SI JE NE RESSENS RIEN ?

- ▶ **Ne restez pas seul(e)** : Parlez-en à une sage-femme, un médecin ou à la PMI.
- ▶ **Déculpabilisez** : C'est souvent un signe de fatigue extrême ou de dépression post-partum qui se soigne.

Il n'y a pas de chronomètre : Le "coup de foudre" n'est pas systématique. Il faut parfois des semaines ou des mois pour ressentir ce lien. C'est normal.

OMS : Les interactions précoces et la réponse aux besoins sont les piliers du développement émotionnel et cognitif.








L'EMMAILLOTAGE

Qu'est ce que c'est ?

Une technique pour envelopper bébé dans un "cocon" de tissu afin de limiter les sursauts (réflexe de Moro) et recréer la sécurité in utero.

BÉNÉFICES

-  **Apaise et rassure** : Recrée la pression tactile et la contention connues dans le ventre maternel.
-  **Favorise le sommeil** : Bloque le réflexe de Moro, ces sursauts involontaires qui réveillent bébé.
-  **Réduit les pleurs** : Aide à la maturation du système nerveux en limitant les stimulations extérieures.
-  **Soulage les coliques** : Car cela exerce une légère pression sur l'abdomen qui facilite la digestion.
-  **Régule la température** : Maintient une chaleur corporelle stable durant les premières semaines.

COMMENT FAIRE ?

1. **Tissu léger** : Utilisez une mousseline de coton pour éviter la surchauffe.
2. **Bras regroupés** : Mains près du visage ou sur le cœur mais ne pas plaquer les bras le long du corps (respect de la position physiologique).
3. **Hanches libres** : Le bas doit être lâche pour que les jambes bougent « en grenouille » (prévention de la dysplasie des hanches).
4. **Fermeté** : Bien ajusté sur le buste, mais vous devez pouvoir passer trois doigts entre le tissu et bébé (liberté respiratoire).

RAPPEL SÉCURITÉ

- ✓ Sur le dos uniquement (prévention de la mort inattendue du nourrisson).
- ✓ Arrêt dès que bébé sait se retourner seul (sécurité vitale).
- ✓ Pas si bébé a de la fièvre (risque hyperthermie).



PRÉVENTION DE LA MIN (Mort Inattendue du Nourrisson)

Qu'est ce que c'est ?

Le décès brutal d'un bébé de moins d'un an, jusque-là bien portant et survenant le plus souvent pendant son sommeil. La grande majorité des cas (90%) survient avant l'âge de 6 mois.

LES 5 RÈGLES D'OR

- 1. Dodo sur le DOS :** Toujours (maintient les voies respiratoires dégagées). Jamais sur le ventre/côté (risque d'étouffement car bébé ne sait pas encore se retourner seul s'il est gêné).
- 2. Lit "nu" & PLAT :** Matelas ferme, drap tendu. Zéro objet : ni oreiller, couette, tour de lit ou doudou (évite d'obstruer le visage ou de confiner l'air expiré).
- 3. Zéro TABAC :** Grossesse et domicile (la nicotine altère les réflexes de réveil et la commande respiratoire).
- 4. Fraîcheur :** Chambre à 18-19°C. Gigoteuse adaptée, pas de bonnet (prévient la surchauffe thermique que le corps de bébé ne sait pas encore réguler).
- 5. Chambre PARTAGÉE :** Bébé dans son lit, près de vous jusqu'à 6 mois (sa respiration se calque sur la vôtre et se trouve stimulée par votre présence).

🚫 À NE PAS FAIRE

- ❌ **Partage du lit des parents :** Risque d'écrasement, de chute ou d'étouffement.
- ❌ **Surfaces molles :** Canapé, pouf, fauteuil (le visage peut s'y enfoncer et cela peut obstruer le nez et la bouche).
- ❌ **Plans inclinés :** Provoquent une flexion du cou qui peut comprimer la trachée et gêner le passage de l'air.

💡 BON À SAVOIR

L'OMS et l'HAS recommandent couchage sur le dos + partage de la chambre (pas du lit) jusqu'à 6 mois minimum, c'est la mesure la plus efficace (risque divisé par 2 à 3).

Santé Publique France : 76% de diminution des décès depuis les années 90 grâce aux recommandations.



BABY BLUES & DÉPRESSION POST-PARTUM

Qu'est ce que c'est ?

Baby Blues : Phase émotionnelle intense et temporaire. Touche 50-80% des mamans entre J3 et J10 après l'accouchement.

Dépression Post-Partum : Trouble dépressif grave et durable. Touche 10-20% des mamans, peut apparaître jusqu'à 1 an après.

LES SIGNES À RECONNAÎTRE



Baby Blues (Temporaire) :

Pleurs inexplicables, hypersensibilité, sautes d'humeur.

Doutes sur ses capacités, culpabilité passagère.

Durée : Quelques jours à 2 semaines maximum.



Dépression Post-Partum (Durable) :

Tristesse constante, sentiment de vide ou désespoir profond.

Difficulté à créer le lien avec le bébé (sentiment de détachement).

Pensées sombres ou peur de se faire du mal / faire du mal au bébé.



BON À SAVOIR

Biologie : La chute brutale de la progestérone et des œstrogènes est provoquée par l'expulsion du placenta, qui les fabriquait durant la grossesse.

Partenaires : Environ 10 % des pères/partenaires sont aussi concernés par ce trouble.

Dépistage HAS : Un Entretien Postnatal Précoce (EPNP) est vivement recommandé avec une sage-femme ou un médecin entre la 4^{ème} et 6^{ème} semaine.



QUAND ET QUI CONSULTER ?

- **Professionnels** : Sage-femme, médecin traitant, psychologue ou psychiatre périnatal.
- **PMI** : Service public gratuit. Vous pouvez solliciter une sage-femme ou une puéricultrice pour une écoute ou une visite à domicile.
- **Urgence** : Appel immédiat en cas d'idées noires ou d'incapacité totale à gérer le quotidien.

☎ 15 (SAMU) ou 3114 (Prévention suicide, 24h/24).



Rôle du partenaire : Vous êtes le premier observateur. Si l'état de votre partenaire ne s'améliore pas après 15 jours, vous pouvez contacter vous-même un professionnel de santé.



SIGNES D'ALERTE + NUMÉROS UTILES

Il vaut mieux appeler pour rien que de passer à côté d'une urgence !

URGENCE BÉBÉ : J'APPELLE LE 15

Fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$: Urgence jusqu'à 3 mois.

Difficulté à respirer : Respiration rapide, sifflement, creusement des côtes.

Teint gris, pâle ou lèvres bleutées : Manque d'oxygène.

Bébé "mou" ou impossible à réveiller : Faiblesse extrême.

Refus de boire ($> 6\text{h}$) + somnolence : Déshydratation.

Vomissements en jets ou verts : Blocage digestif.

URGENCE MAMAN : J'APPELLE LE 15 OU LA MATERNITÉ

Hémorragie : 1 protection pleine en $< 1\text{h}$ ou gros caillots.

Maux de tête violents ou "mouches" : Tension trop haute.

Mollet gonflé ou douleur à la poitrine : Risque circulatoire.

Fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$: Risque d'infection.

Idées noires ou détresse profonde : Besoin d'aide immédiate.



MES NUMÉROS DE SOUTIEN

SAMU : 15 | POMPIERS : 18 | URGENCES : 112

PRÉVENTION SUICIDE : 3114 (Gratuit 24h/24)

MA MATERNITÉ : _____

MA SAGE-FEMME : _____

MON PÉDIATRE : _____

LA LECHE LEAGUE : 01 39 58 45 84 (Allaitement)



VOTRE FEUILLE DE SUIVI

Qu'est ce que c'est ?

Un outil pour libérer votre esprit. Notez-y les événements de la journée/nuit pour suivre le rythme de bébé et transmettre les infos facilement à l'équipe médicale, à votre partenaire, à la nounou, etc.

ALIMENTATION

- ▶ **Comment remplir ?** : Notez l'heure, la quantité (ml) pour le biberon, ou le côté (SG = Sein Gauche ; SD = Sein Droit) et la durée pour l'allaitement.
 - ▶ **Le conseil pratique** : Changez la couche AVANT le repas pour le réveiller en douceur et éviter de le manipuler après manger (limite les régurgitations).
- Pour votre confort et celui de votre bébé, essayez de toujours regrouper les soins au maximum (exemple : soins quotidiens-change-alimentation).**

ÉLIMINATION : Les codes rapides

- ▶ **Comment remplir ?** : Notez U pour Urine, S pour Selle, ou S+U s'il y a les deux.
- ▶ **Le repère "Santé"** : Après J3, bébé doit avoir au moins 6 couches d'urine par jour (signe d'une bonne hydratation).
- ▶ **Les selles** : Elles passent du noir au jaune/moutarde vers J5. Zéro selle pendant 24h-48h les premiers jours = à signaler. (Plus tard, un bébé au sein peut espacer ses selles de plusieurs jours sans que ce soit grave).






SOINS & OBSERVATIONS

- ▶ **Soins** : Cochez une fois par jour quand le "trio" est fait : visage, cordon ombilical et vitamine D (ce sont les soins quotidiens).
- ▶ **Observations** : Notez ici ce qui est ponctuel comme le bain, la Vitamine K, les rendez-vous, la température, ou tout changement de comportement (pleurs, fatigue, régurgitations).
- ▶ **Pratique** : Cette feuille assure la continuité des soins avec l'équipe de maternité, votre partenaire, la nounou ou la famille.

Feuille de suivi

Date :

Jour de vie :

 HEURE	 ALIMENTATION (ML ou côté + durée)	 ÉLIMINATION (U / S)	 SOINS	 OBSERVATIONS
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	

Ce guide a été conçu avec soin.
Je vous souhaite une belle naissance
et de beaux instants de vie.