



| | |
|--|-----|
| Le début du travail..... | 204 |
| Le déroulement de l'accouchement..... | 216 |
| Les interventions possibles pendant l'accouchement..... | 226 |
| Les premiers jours..... | 240 |

Le début du travail

| | |
|---|-----|
| Reconnaître le début du travail..... | 205 |
| Quand aller au lieu de naissance? | 208 |
| Comprendre et apprivoiser la douleur..... | 209 |



Veronique Poirier Jutras

Vous allez bientôt mettre votre bébé au monde. En général, l'accouchement débute spontanément entre 37 et 42 semaines de grossesse.

Votre date prévue d'accouchement n'est pas une date limite. Si vous n'avez toujours pas accouché à 40 semaines, il y a encore de bonnes chances que le **travail** commence de lui-même.

Il peut toutefois être préférable d'accoucher avant 42 semaines plutôt que d'attendre que les 42 semaines de grossesse soient finies. Après 41 semaines, s'il n'y a toujours aucun signe que le travail a débuté, votre médecin ou votre sage-femme discutera avec vous des options possibles. On pourra vous proposer certains tests, par exemple le monitoring et l'**échographie**.

Ces tests aideront à évaluer si vous pouvez continuer à attendre que le travail commence de lui-même ou s'il vaut mieux le déclencher (voir **Déclenchement artificiel du travail**, page 227).

Reconnaître le début du travail

Personne ne peut prédire quand et comment le travail va commencer. Cependant, une majorité de femmes reconnaîtront le début du travail grâce à certains indices, comme les contractions ou la perte des eaux. Il est normal, à ce moment-là, de se sentir excitée ou craintive.

Perte du bouchon muqueux

Le bouchon muqueux est composé de sécrétions épaisses et gélatineuses, parfois teintées de sang, qui bloquent le col de l'utérus pendant la grossesse. Vous pouvez perdre le bouchon muqueux plusieurs jours avant l'accouchement ou pendant le travail. Vous pouvez même le perdre en plusieurs fois.

Si vous perdez votre bouchon muqueux, ne sautez pas aux conclusions. Cela ne signifie pas nécessairement que le travail est commencé. Il faut attendre d'autres signes.

Vous pouvez aussi perdre le bouchon muqueux sans vous en rendre compte.

Contractions

Pour la majorité des femmes, le **travail** commence par des contractions utérines. Lors de ces contractions, votre ventre se serre et devient dur. La douleur des contractions utérines dure au moins 20 secondes (voir **Distinguer les contractions des autres maux de ventre**, page 157).

Plusieurs femmes ressentent la douleur des contractions dans le bas du ventre. Pour d'autres, la douleur se situe dans le bas du dos et s'étend vers l'avant. Certaines femmes trouvent que la douleur des contractions ressemble à celle des crampes menstruelles, en plus fort.

Chaque femme ressent les contractions de façon unique. Pour une même femme, les sensations peuvent être différentes d'un accouchement à l'autre.

Les contractions ressenties en travail sont régulières et de plus en plus fortes.

Perte des eaux (rupture de la membrane amniotique)

Pour certaines femmes (environ une sur 10), c'est la perte des eaux (rupture de la membrane amniotique) qui signale le début du travail.

La membrane amniotique est formée de deux couches ; c'est pourquoi on dit souvent « les membranes ». Cette membrane enveloppe votre bébé et contient le liquide amniotique dans lequel il baigne. Lorsqu'elle se rompt, le liquide amniotique s'écoule.

On entend souvent dire « perte des eaux », parce que le liquide qui s'écoule est clair comme de l'eau, quoiqu'il soit parfois un peu teinté de sang. Il se peut que vous ne perdiez que quelques gouttes, mais aussi qu'il s'écoule assez de liquide pour mouiller votre lit ou vos vêtements. La quantité de liquide peut être assez importante pour couler sur le plancher.

Il peut être difficile, en fin de grossesse, de faire la distinction entre les pertes vaginales normales et le liquide amniotique (voir [Distinguer les pertes de liquides](#), page 159). Généralement, la quantité de liquide amniotique est assez importante pour mouiller une serviette hygiénique.

Que faire ?

Quand vous perdez vos eaux, vous devez vous rendre au lieu de naissance, même si vous n'avez aucune contraction.

On s'assurera alors que votre bébé va bien. On vérifiera aussi qu'il s'agit bien de la rupture des membranes, et non pas de sécrétions vaginales, qui sont plus abondantes en fin de grossesse.

Le **travail** devrait commencer dans les heures qui suivent la perte des eaux. Si les contractions tardent trop à venir ou si vous êtes porteuse du streptocoque du groupe B, il sera peut-être nécessaire de déclencher le travail (voir [Déclenchement artificiel du travail](#), page 227).



Quand vous perdez vos eaux, vous devez vous rendre au lieu de naissance, même si vous n'avez aucune contraction.

Quand aller au lieu de naissance ?

Vers la fin de la grossesse, votre médecin ou votre sage-femme vous expliquera à quel moment vous devrez vous rendre au lieu de naissance. Ceci dépend de la distance que vous avez à parcourir, de vos accouchements antérieurs, de votre état de santé et de l'état du col de votre utérus.



Vérifiez en fin de grossesse avec votre médecin ou votre sage-femme à quel moment vous devrez vous rendre à votre lieu de naissance.

Toutefois, vous devez tout de suite vous rendre à votre lieu de naissance si l'une ou l'autre des situations suivantes se présente :

- Pour un premier accouchement, vos contractions sont régulières et elles surviennent toutes les 5 minutes ou moins pendant 1 heure.
- Vous n'en êtes pas à votre premier accouchement, vos contractions sont régulières et surviennent toutes les 5 minutes ou moins. Si vous habitez à plus de 30 minutes du lieu de naissance, allez-y lorsque les contractions surviennent toutes les 10 minutes.
- Vous avez perdu vos eaux (votre membrane est rompue).
- Vous perdez du sang.
- Vous ne sentez plus votre bébé bouger (voir [Absence de mouvements du bébé après 26 semaines de grossesse](#), page 155).

Il arrive souvent que les femmes se rendent au lieu de naissance parce qu'elles pensent être en **travail** actif, alors qu'en fait, elles ne sont encore qu'en phase de latence (voir **Phase de début** ou « **phase de latence** », page 218). Si c'est votre cas, on vous conseillera simplement de retourner à la maison et de revenir un peu plus tard. Cela vous permettra de vous habituer aux contractions chez vous, pendant que vous êtes dans un environnement familial.



Au début du travail, ou en cas de doute, vous pouvez téléphoner à votre sage-femme ou à une infirmière du département d'obstétrique de votre hôpital.

On vérifiera avec vous si votre travail est commencé, on répondra à vos questions, on vous donnera des conseils et on vous dira quand vous devrez vous rendre à votre lieu de naissance.

Comprendre et apprivoiser la douleur

La douleur de l'accouchement est unique, et elle a un sens. Elle signifie que le processus d'ouverture menant à la naissance de votre enfant est commencé. Ce processus se fait de façon graduelle. Un rythme s'installe et l'intensité de la douleur augmente progressivement.

La douleur est plus forte pendant une contraction, et l'intervalle entre les contractions peut vous permettre de récupérer. Pour certaines femmes, c'est le début du travail qui est le plus difficile, alors que pour d'autres, il s'agit du moment de la poussée.

Certains éléments aident à apprivoiser la douleur sans recours aux médicaments. Connaître ces différents éléments peut aider les femmes et les couples à mieux comprendre la douleur et à s'y préparer.

Être accompagnée pendant l'accouchement

Pendant l'accouchement, la mère a besoin de se sentir soutenue et d'être accompagnée par une personne en qui elle a confiance. Ce peut être le père de l'enfant, le ou la partenaire, un membre de la famille, une amie ou une accompagnante, aussi appelée doula (voir [Accompagnantes à la naissance](#), page 120). Cette présence lui fait du bien, la rassure et l'encourage dans le **travail**.

En tant que père ou partenaire, vous pouvez vous sentir dépourvu et impuissant lors de l'accouchement, d'autant plus que c'est un moment extrêmement important pour vous. Que faire quand celle que vous aimez a mal, qu'elle vous dit qu'elle n'en peut plus ? Comment composer avec toutes ces émotions ?

Il n'y a pas de « recette » qui fonctionne à tout coup, mais rassurez-vous, votre simple présence compte pour beaucoup. Essayez d'adopter une attitude positive et bienveillante et encouragez votre conjointe du mieux que vous pouvez.



Vous n'êtes pas obligé d'être un expert pour être utile au moment de l'accouchement. N'hésitez pas à essayer différentes choses. Elle vous dira si ça lui fait du bien. Accompagnez-la et continuez si vos paroles ou vos gestes semblent l'aider.

Créer un environnement favorable

Les femmes qui accouchent ont besoin d'être dans un environnement où elles se sentent calmes, en sécurité et en confiance. Cela les aide à sécréter les hormones nécessaires au travail. Pour créer un environnement favorable, vous pouvez par exemple tamiser les lumières et réduire le plus possible les bruits ambiants pendant le travail (ex. : baisser le son des moniteurs, demander à ce que les personnes présentes chuchotent).

Différentes techniques pour apprivoiser la douleur

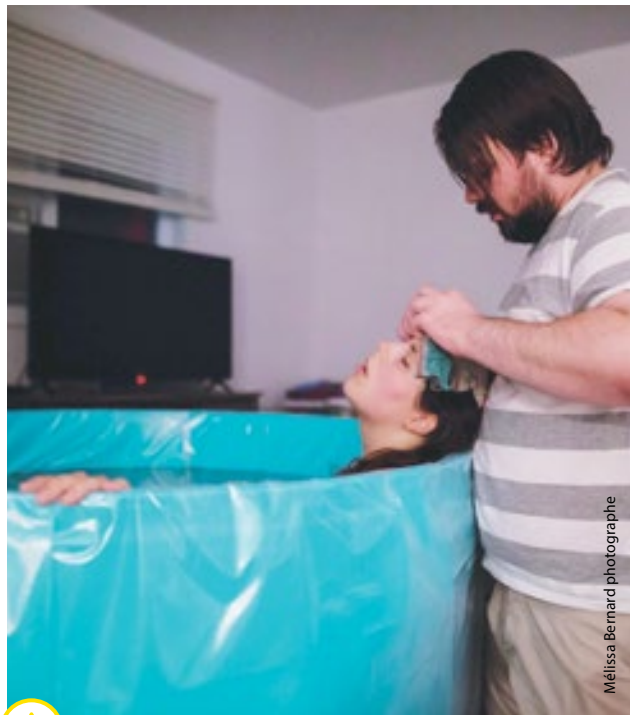
Diverses techniques peuvent être essayées pour apprivoiser la douleur. Voyez ce qui vous fait du bien. Cela peut changer à différents moments pendant le **travail**.

Mouvements

Bouger favorise la progression du travail. Pendant l'accouchement, vous êtes encouragée à bouger, à marcher, à vous accroupir. Trouvez une position confortable et n'hésitez pas à alterner d'une position à l'autre (voir **Positions possibles pendant le travail**, page 215). Il y a de gros ballons sur lesquels vous pouvez vous asseoir et bouger en même temps. Si on ne vous a pas offert de les utiliser, n'hésitez pas à les demander.

Utilisation de l'eau

Dans la plupart des lieux de naissance, vous avez accès à un bain ou une douche. Pour plusieurs femmes, être dans l'eau aide à apprivoiser la douleur.



Mélissa Bernard photographie



Pour plusieurs femmes, être dans l'eau aide à apprivoiser la douleur.

Massages

Les massages doux peuvent aider à diminuer les inquiétudes et à rendre la douleur plus supportable. Pendant les contractions, certaines femmes préfèrent les massages vigoureux aux endroits douloureux, ou encore l'**acupression**.

Compresse

Les compresses chaudes ou froides appliquées sur les régions douloureuses peuvent aider à diminuer la douleur.

Méthodes de relaxation

Certaines femmes apprennent des méthodes de relaxation comme des techniques de respiration, de visualisation, d'autohypnose, ou encore font du yoga.

Vous pouvez vous préparer pendant la grossesse à utiliser ces méthodes. Pendant le **travail**, écouter de la musique et se créer une bulle de calme peut être apaisant.

Autres techniques

Certains lieux de naissance offrent également les injections d'eau **stérile** sous la peau ou l'utilisation d'une machine TENS, qui envoie des stimulations électriques aux endroits douloureux. Si ce type de méthode vous intéresse, n'hésitez pas à vous informer auprès de votre professionnel de la santé.

Si vous en arrivez à un moment où les moyens pour vous aider à tolérer la douleur ne fonctionnent plus, ou si vous avez l'impression que vous n'en pouvez plus, sachez qu'il est souvent possible de soulager la douleur avec certains médicaments (voir **Médicaments contre la douleur**, page 232).

Conseils pour apprivoiser la douleur de l'accouchement

- Être accompagnée du père de votre bébé, de votre conjoint ou conjointe, d'un membre de la famille, d'une amie ou d'une accompagnante.
- Créer une atmosphère chaleureuse, calme et intime.
- Être au chaud.
- Vous faire confiance et faire confiance à votre instinct.
- Rester dans le moment présent.
- Visualiser ce qui se passe en vous.
- Bouger et changer de position selon vos besoins (ne pas rester couchée); marcher entre les contractions.
- Relaxer.
- Respirer lentement.
- Prendre une douche ou un bain.
- Manger et boire selon vos besoins.
- Faire des sons.
- Réclamer ce qui vous ferait du bien, sans aucune hésitation.
- Être encouragée et réconfortée par des paroles ou des gestes.
- Être touchée, massée ou simplement avoir une main à tenir.
- Vous faire éponger avec une compresse humide.



Olivier Drouin



Se tenir le haut du corps droit peut accélérer le travail.

Positions pendant le travail

Tout au long du **travail**, vous pouvez explorer différentes positions pour favoriser la dilatation du col de l'utérus et pour relaxer entre les contractions. Parmi ces positions, la position allongée sur le dos est souvent la moins confortable. Si vous ressentez le besoin de vous allonger, se coucher sur le côté est souvent plus tolérable.

Se tenir le haut du corps droit, que ce soit en étant debout, accroupie, assise sur un ballon ou même à quatre pattes, peut accélérer le travail.

Vous trouverez à la page suivante des exemples de positions que vous pouvez essayer tout au long de votre travail.

Positions possibles pendant le travail

Debout



Assise



Accroupie



À genoux



Illustrations: Maurice Gervais

Le déroulement de l'accouchement

| | |
|--|-----|
| Premier stade : amincissement et ouverture du col de l'utérus..... | 217 |
| Deuxième stade : descente et naissance de votre bébé..... | 219 |
| Troisième stade : sortie du placenta..... | 223 |
| Premiers moments avec votre bébé..... | 224 |



Caroline Nicolas

Tout au long du **travail**, votre corps se transforme pour permettre à votre bébé de se frayer un chemin vers le monde extérieur. L'accouchement comprend les trois grands stades suivants :

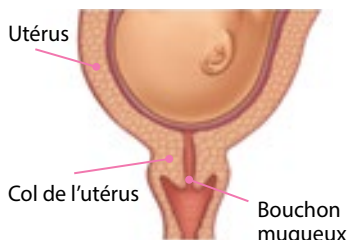
Premier stade : amincissement et ouverture du col de l'utérus (aussi appelée dilatation)

Deuxième stade : descente et naissance de votre bébé

Troisième stade : sortie du placenta

Il n'est pas possible de prédire la durée de chacun de ces stades, car elle varie d'un accouchement à l'autre.

Ouverture du col de l'utérus



Illustrations : Maurice Gervais

Premier stade : amincissement et ouverture du col de l'utérus

Le premier stade de l'accouchement est la période pendant laquelle vos contractions commencent à être régulières. Ces contractions permettront au col de l'utérus de s'amincir (s'effacer) et de s'ouvrir (se dilater) complètement, jusqu'à ce que l'ouverture ait atteint 10 cm.

Progression du travail

Phase de début ou « phase de latence »

Pendant la phase de latence, vous pouvez avoir des contractions sans être certaine que c'est le **travail** qui commence. Est-ce le début ou une fausse alarme ?

Au début, les contractions sont généralement de faible intensité ; vous pouvez même parler pendant une contraction. Souvent, elles sont irrégulières et ne durent pas très longtemps. Essayez de rester calme et n'oubliez pas de dormir et de manger. Vous pouvez prendre un bain ou une douche si vous le voulez. Profitez de ce moment pour apprivoiser ce qui se passe en vous.

C'est une période qui peut durer plus ou moins longtemps et pendant laquelle vous devez être patiente. Ce n'est pas encore le moment d'aller à votre lieu de naissance, sauf si vous avez perdu vos eaux ou si vous ne sentez plus votre bébé bouger.

Si vos contractions diminuent d'intensité ou même qu'elles arrêtent, on parle alors de « faux travail ». Quelque chose se passe en vous, mais ce n'est encore qu'un travail « préparatoire », c'est-à-dire qu'il fait « mûrir » le col de l'utérus.

Travail actif

Il arrive un moment où vous sentez que le travail progresse. Les contractions sont douloureuses et elles se rapprochent, se prolongent et s'intensifient. On parle alors de la phase de travail actif : le col est aminci (ou effacé) et il est ouvert (ou dilaté) d'environ 3 à 5 cm.

Puis, la force des contractions augmente graduellement et le col s'ouvre progressivement jusqu'à 10 cm (dilatation complète). À 8 ou 9 cm, les contractions sont souvent très douloureuses. Elles sont à leur plus haute intensité juste avant la dilatation complète de 10 cm.

On compare souvent cette période à une tempête. Il se peut que vous viviez beaucoup d'émotions fortes, ou encore que vous ayez besoin de faire des sons ou de crier. Vous pouvez avoir l'impression de perdre le contrôle et que ça ne finira jamais. C'est normal.

Essayez de vous abandonner au **travail**, de bien respirer, de visualiser votre bébé qui commence à descendre et de garder contact avec lui (voir **Comprendre et apprivoiser la douleur**, page 209).



Le moment du travail peut être intense et vous faire vivre des émotions fortes. Faites-vous confiance et n'hésitez pas à demander ce dont vous avez besoin à la personne qui vous accompagne ou aux professionnels de la santé qui prennent soin de vous.

Deuxième stade : descente et naissance de votre bébé

Le deuxième stade de l'accouchement commence lorsque votre bébé est bien descendu dans votre bassin et que le col est complètement ouvert (dilaté). Le bébé peut maintenant descendre dans le vagin pour venir au monde.

Poussées

Lorsque votre col est ouvert (dilaté) à 10 cm, les sensations se transforment et vous avez probablement envie de pousser. Les contractions deviennent comme une force intérieure, et toute votre énergie est concentrée sur la poussée pour aider votre bébé à naître.

Il est possible que l'envie de pousser arrive avant que le col ne soit complètement dilaté. Les professionnels de la santé pourront vous guider quant au meilleur moment pour commencer à pousser, afin que vos efforts soient plus efficaces.

Le temps entre les contractions peut vous permettre de récupérer entre les poussées.

Il arrive que des selles soient expulsées pendant ce stade. C'est tout à fait normal. Il arrive aussi qu'au passage du bébé, les tissus du **périnée** n'aient pas le temps de s'étirer adéquatement et qu'ils se déchirent. Cette déchirure guérit généralement bien après l'accouchement.

Si vous êtes sous anesthésie péridurale, la sensation de poussée peut être diminuée et même parfois absente au début du deuxième stade. Cette sensation arrive plus tard, à mesure que votre bébé descend grâce aux contractions. Il est généralement possible d'attendre que vous en ressentiez le besoin avant de pousser. Vos efforts seront alors plus efficaces : vous pousserez mieux et moins longtemps.

Positions pour pousser

La page suivante illustre quelques positions que vous pouvez prendre durant le deuxième stade du **travail**.



Avec l'aide de la personne qui vous accompagne et des professionnels de la santé qui vous entourent, installez-vous dans une position qui vous convient. N'hésitez pas à changer de position quand vous en sentez le besoin.

Positions possibles pour pousser



Illustrations : Maurice Gervais

Naissance de votre bébé

Vous et vos proches vivrez probablement avec beaucoup d'intensité le moment de la poussée. À mesure que votre bébé approche du monde extérieur, on voit le dessus de sa tête apparaître. Le père ou le partenaire peut voir la chevelure de bébé.

Vous aussi vous pourrez suivre la progression de votre bébé vers l'extérieur, au moyen d'un miroir, disponible dans la plupart des salles de naissance. Après le dessus de la tête, le visage de bébé est dévoilé au grand jour. Encore un effort, et c'est au tour des épaules et du reste du corps d'apparaître.

Naissance du bébé



Illustrations : Maurice Gervais

Troisième stade : sortie du placenta

Votre bébé est né, mais l'accouchement n'est pas encore terminé. Après la naissance, votre utérus continuera de se contracter pour faire sortir le placenta.

Ensuite, même après la sortie du placenta, votre utérus va continuer à se contracter pour éviter les **hémorragies** et reprendre sa forme initiale. Si vous allaitez, les premières tétées de votre bébé stimulent la production d'**ocytocine**, une hormone qui augmente les contractions de l'utérus.

Si les contractions ne sont pas assez fortes, il y a risque d'hémorragie. Le traitement consiste alors à masser le ventre au niveau de l'utérus pour le stimuler à se contracter, ou encore à donner de l'ocytocine sous forme de médicament.



Anne-Marie Turcotte Tremblay



Généralement, on propose au père ou au partenaire de couper le cordon ombilical.

Premiers moments avec votre bébé

À peine sorti de votre ventre, votre bébé vous fera entendre son entrée dans la vie avec ses premiers sons. Il sera déposé sur vous. Les professionnels de la santé vont assécher votre bébé tout en évaluant s'il va bien. Lorsque c'est nécessaire, ils enlèveront les sécrétions se trouvant dans son nez et sa bouche.

Si vous et lui allez bien, il demeurera sur votre poitrine en contact peau à peau. Idéalement, votre bébé y resterait sans aucune séparation pour un minimum de deux heures. Sous une chaude couverture, vous pouvez serrer votre bébé contre vous. C'est le moment de faire connaissance avec lui. Vous découvrez son visage, ses poings et ses pieds, et vous croisez son regard.

Ainsi, la transition vers la vie hors de l'utérus se fait tout doucement, car ce contact permet de maintenir la chaleur corporelle de votre bébé et de normaliser sa respiration et sa fréquence cardiaque.

De plus, le contact peau à peau sécurise votre bébé naissant et facilite l'allaitement. Viendra un moment où votre bébé cherchera d'instinct à téter pour se nourrir et se rassurer. Les professionnels de la santé qui vous assistent pour l'accouchement pourront vous aider à mettre votre bébé au sein.

Si votre état ne le permet pas, le peau à peau peut se faire avec le père ou une autre personne importante. Si le peau à peau ne peut être pratiqué immédiatement vous pourrez le faire un peu plus tard, et votre bébé s'en portera très bien aussi.

Votre bébé retrouve la chaleur de votre corps, ou encore découvre celle des bras de son papa ou d'une autre personne importante. Il reconnaît la voix de ses parents. Bébé tire la langue, cligne des yeux, respire plus rapidement, bouge les lèvres, tourne la tête... C'est le moment de la rencontre! Votre bulle familiale se forme, dans une période de découverte mutuelle très intense.



Mélissa Bernard photographie



Votre bébé retrouve la chaleur de votre corps et cherchera d'instinct à téter pour se nourrir et se rassurer.

Les interventions possibles pendant l'accouchement

| | |
|--|-----|
| Balayage ou décollement des membranes (<i>stripping</i>) | 227 |
| Déclenchement artificiel du travail | 227 |
| Stimulation du travail | 229 |
| Surveillance de la santé de bébé | 229 |
| Médicaments contre la douleur | 232 |
| Épisiotomie | 235 |
| Césarienne | 235 |



Balayage ou décollement des membranes (*stripping*)

À la fin de la grossesse, il est possible que votre professionnel de la santé vous propose un balayage des membranes (aussi appelé décollement des membranes, ou *stripping*). Cette procédure peut amener des contractions utérines dans les jours suivants, ce qui évite que votre **travail** doive être déclenché artificiellement après 41 semaines (voir **Déclenchement artificiel du travail**).

Le balayage des membranes est fait pendant un examen vaginal qui vise à évaluer l'ouverture et la consistance du col. Le balayage peut être inconfortable, voire douloureux, et occasionner des saignements minimes dans les 24 heures suivantes.

Déclenchement artificiel du travail

Quand déclenche-t-on le travail ?

Le déclenchement du travail, aussi appelé « induction du travail », est pratiqué lorsque des raisons médicales le justifient : par exemple s'il y a eu perte des eaux (rupture de la membrane amniotique) mais que les contractions n'ont pas commencé, ou si la grossesse a dépassé 41 semaines.

Dans certaines situations, plus rares, c'est la santé de la mère ou celle du bébé qui justifie le déclenchement du travail. Discutez avec votre professionnel de la santé des raisons et des conséquences possibles de l'induction.

Méthodes utilisées pour déclencher le travail

Il existe diverses façons de déclencher le **travail**. La méthode choisie dépend de plusieurs facteurs, comme la maturité du col de l'utérus et le fait qu'il s'agisse ou non d'un premier accouchement.

On évalue d'abord la maturité du col. Si le col est encore fermé (ou épais), on peut utiliser des hormones sous une forme insérée dans le vagin (tampon, gel, comprimé) ou prise par la bouche (comprimé). Cela permet au col de devenir plus mou, de commencer à s'amincir (s'effacer) et de s'ouvrir (se dilater) de quelques centimètres.

Il arrive aussi que l'on insère à l'intérieur du col une sonde munie d'un petit ballon qui, une fois gonflé, permet au col de s'ouvrir. Cette méthode et les précédentes peuvent parfois être inconfortables ou douloureuses, mais elles permettront au col d'être prêt pour la suite du déclenchement.

On peut provoquer les contractions, à l'aide d'un médicament qu'on administre par voie intraveineuse, orale ou vaginale. Lorsque le médicament a commencé à faire effet, il est généralement nécessaire d'en administrer jusqu'à la naissance du bébé.

On peut aussi crever les eaux (rompre la membrane amniotique) de façon artificielle. Cette intervention n'est en général pas plus douloureuse qu'un examen du col et elle ne fait pas mal au bébé.

Stimulation du travail

Une fois le **travail** commencé naturellement, il est possible qu'on vous propose une stimulation du travail si votre col ne s'ouvre pas (ne se dilate pas) et que vos contractions sont trop espacées ou ne sont pas assez fortes.

La stimulation consiste à faire augmenter la fréquence et la force des contractions avec de l'**ocytocine** qu'on vous administrera de façon continue par voie intraveineuse. Une fois que l'ocytocine a commencé à faire effet, il est généralement nécessaire d'en administrer jusqu'à la naissance du bébé.

Surveillance de la santé de bébé

Tout au long de la phase du travail actif, on surveillera le bien-être de votre bébé en auscultant son cœur avec un appareil à ultrasons. Pendant cette phase, cet examen est effectué toutes les 15 à 30 minutes.

Monitorage

S'il faut surveiller votre bébé de plus près, on fera un monitorage, c'est-à-dire une surveillance à l'aide d'un moniteur fœtal. Le monitorage peut être plus ou moins prolongé, selon la situation. Il peut être effectué de façon intermittente ou alors en continu (ce qui est aussi appelé surveillance continue).



Pendant le monitoring, deux capteurs seront attachés sur votre ventre avec deux ceintures, et le tout sera relié à un appareil qui produira un tracé.

Pendant le monitoring, deux capteurs seront attachés sur votre ventre avec deux ceintures, et le tout sera relié à un appareil qui produira un tracé. Un des capteurs permettra d'écouter le cœur du bébé, et le second enregistrera vos contractions et les mouvements du bébé.

Si vous vous sentez incommodée par cet appareil ou si vous désirez bouger davantage, vous pourrez demander s'il est possible de prendre des pauses du monitoring.

Le personnel pourra vous expliquer ce que le tracé donne comme information.

Il est inutile de s'inquiéter si jamais on n'entend plus le cœur de votre bébé pendant le monitoring : dans la majorité des cas, c'est parce que vous ou votre bébé avez bougé et que le capteur n'est plus au bon endroit. Dites-le au personnel, qui pourra réajuster l'appareil.

Quand et pourquoi utilise-t-on le monitoring ?

| Quand ? | Pourquoi ? |
|---|--|
| Pendant le dernier trimestre de la grossesse. | Pour vérifier que votre bébé va bien si : <ul style="list-style-type: none">• vous avez des problèmes de santé (diabète, hypertension) ;• on s'inquiète pour votre bébé (diminution des mouvements du bébé, petit poids, manque de liquide amniotique). |
| Lors du déclenchement artificiel ou de la stimulation du travail avec des médicaments. | Pour s'assurer que votre bébé va bien et évaluer la fréquence des contractions. Le monitoring est fait jusqu'à la naissance du bébé. |
| Pendant le travail. | Pour s'assurer que votre bébé va bien, surveiller la fréquence des contractions et voir comment votre bébé les tolère, si : <ul style="list-style-type: none">• on a un doute sur le bien-être du bébé, ou une situation nécessite une évaluation ou un suivi plus approfondi ;• vous demandez une péridurale pendant le travail. Dans ce cas, vous serez probablement reliée au moniteur jusqu'à la naissance du bébé ;• vous tentez un accouchement vaginal après césarienne (AVAC) ;• vous avez une grossesse à risque. Si votre grossesse s'est déroulée sans complications et que votre travail se déroule normalement, on surveillera aussi le bien-être de votre bébé en auscultant son cœur avec un appareil à ultrasons. |

Médicaments contre la douleur

Dans les centres hospitaliers, on peut soulager la douleur avec certains médicaments. Les méthodes qui peuvent vous être offertes sont la péridurale, les narcotiques, le protoxyde d'azote et le bloc des nerfs honteux. Ces méthodes sont définies ci-après.

Informez-vous à l'avance pour savoir quelles méthodes sont offertes à votre lieu de naissance.

Chaque personne réagit différemment aux médicaments. N'hésitez pas à poser vos questions à la personne qui fait votre suivi de grossesse ou qui s'occupe de vous à la salle d'accouchement.

Péridurale

L'anesthésie péridurale (péridurale ou épidurale) est la méthode la plus efficace pour soulager la douleur de l'accouchement. Elle consiste à placer un tube souple (cathéter) entre deux vertèbres du bas du dos et à y injecter une solution contenant un anesthésique local. Cette solution permet d'engourdir les nerfs du ventre, et partiellement ceux des jambes.

La péridurale fait diminuer ou disparaître la douleur du **travail**, mais permet de continuer à avoir des contractions. Cependant, elle peut diminuer les contractions et vous empêcher de bouger comme avant, ralentissant ainsi la descente du bébé.

Si vous voulez avoir une péridurale, une évaluation sera d'abord faite pour vérifier, entre autres, que vous ne présentez pas de contre-indication à ce type d'anesthésie.

À savoir ●●●

Il est préférable de ne pas faire la péridurale trop tôt, afin de s'assurer que le **travail** est bien amorcé. À l'opposé, il est possible que vous n'ayez pas le temps de la recevoir et d'être soulagée avant la poussée.

Un soluté devra vous être installé avant la mise en place de la péridurale et être maintenu jusqu'à ce qu'elle arrête de faire effet. De plus, vous serez probablement reliée à un moniteur fœtal en continu, en particulier si on vous donne aussi des médicaments pour stimuler les contractions (voir **Stimulation du travail**, page 229).

Dans certains hôpitaux, il est possible de marcher et d'aller à la salle de bain même si vous êtes sous péridurale. Informez-vous auprès de votre professionnel de la santé.

Si vous avez de la difficulté à uriner, il se peut toutefois que vous ayez besoin d'une **sonde urinaire**.

Sous péridurale, il est parfois plus difficile de savoir comment pousser. C'est pourquoi on peut avoir davantage besoin d'utiliser des instruments comme la ventouse ou le forceps pour aider le bébé à sortir. La péridurale n'augmente pas le risque d'avoir une césarienne.

Narcotiques

Les narcotiques sont des analgésiques donnés par injection, dans les muscles ou les veines. Ils diminuent la sensation de douleur, sans toutefois la soulager complètement. Ils sont principalement utilisés dans les premières phases du **travail**, lorsque le niveau de douleur est encore bas. Plus la douleur augmente, plus la dose de narcotiques nécessaire pour la soulager est grande.

Les effets secondaires possibles des narcotiques augmentent également avec la dose. Les narcotiques peuvent vous rendre somnolente, vous donner des nausées et affecter votre fréquence cardiaque. Le bébé peut aussi ressentir certains de ces effets. Pour cette raison, on évite l'administration de narcotiques en fin de travail.

Il arrive parfois que le bébé demande une surveillance médicale pendant quelques heures après sa naissance, le temps qu'il élimine les narcotiques de son système. Cependant, ces médicaments n'ont d'effets à long terme ni pour la mère ni pour le bébé.

Protoxyde d'azote

Le protoxyde d'azote, aussi appelé « gaz hilarant », est administré dans un masque dans lequel la femme respire. Il soulage partiellement la douleur pendant le travail. Le protoxyde d'azote peut causer des nausées et des étourdissements, mais est en général bien toléré.

Bloc des nerfs honteux

Le bloc des nerfs honteux est une analgésie faite un peu avant la poussée. Il vise à diminuer la douleur du **périnée** et du vagin pendant l'accouchement. À l'aide d'une longue aiguille, on passe par le vagin pour injecter un anesthésiant dans les deux nerfs honteux.



Vous pouvez discuter à l'avance des diverses façons de contrer la douleur avec la personne qui fait votre suivi de grossesse. Vous pouvez aussi poser vos questions à la personne qui s'occupe de vous à la salle d'accouchement.

Épisiotomie

L'épisiotomie est une coupure (incision) du **périnée** que l'on fait au moment où le bébé est sur le point de sortir. Elle peut être pratiquée occasionnellement dans les cas où il est nécessaire d'aider le bébé à sortir plus rapidement. La coupure est ensuite réparée avec des points de suture, sous anesthésie locale.

On ne fait plus l'épisiotomie de façon systématique, car elle augmente le risque de déchirures profondes du périnée.

Césarienne

La césarienne est un type d'accouchement pratiqué dans les cas où le bébé ne peut pas sortir par voie vaginale. C'est une opération chirurgicale qui consiste à couper le ventre et l'utérus de la mère pour en sortir le bébé. Au Québec, environ une femme sur quatre accouche par césarienne.

Raisons d'avoir recours à une césarienne

Plusieurs raisons peuvent entraîner le recours à la césarienne. Une césarienne peut être planifiée ou non planifiée. Voici quelques exemples de situations pouvant nécessiter une césarienne.

Situations pouvant nécessiter une césarienne planifiée

- Certains problèmes médicaux chez la mère.
- Lorsque le placenta est placé partiellement ou directement sur le col de l'utérus (*placenta prævia*).
- Dans certains cas de présentations par le siège (voir **Présentation du bébé par le siège**, page 190).
- Lorsque la femme a déjà accouché par césarienne et que la situation n'est pas favorable à un accouchement vaginal (voir **Accouchement vaginal après une césarienne**, page 188).

Situations pouvant nécessiter une césarienne non planifiée

- Le bébé est dans une position qui ne permet pas un accouchement vaginal sécuritaire.
- L'état de santé du bébé est préoccupant.
- Le **travail** ne progresse pas convenablement, malgré une stimulation adéquate.
- La mère présente des problèmes médicaux majeurs.

Déroulement d'une césarienne

Avant la césarienne, on pose un soluté et une **sonde urinaire** à la femme.

La césarienne se déroule généralement sous anesthésie péridurale (voir **Péridurale**, page 232) ou par blocage rachidien. Le blocage rachidien ressemble à la péridurale, mais le médicament est injecté dans une région différente de la colonne vertébrale. Il permet une anesthésie plus rapide. Dans les deux cas, ce n'est que le bas du corps qui est anesthésié, et la femme reste consciente. L'anesthésie générale, qui consiste à endormir la personne, est pratiquée dans de rares cas.

Une fois la préparation pour la césarienne terminée, la personne qui accompagne la femme peut généralement entrer dans la salle d'opération et s'asseoir près d'elle. Un drap cache la vue du ventre pendant l'opération.

La coupure du ventre et de l'utérus est habituellement horizontale, au-dessus de la ligne des poils du pubis. Le bébé est sorti, puis le cordon ombilical est coupé. Le bébé sera alors mis en contact avec la peau de sa mère, si l'état de santé de la mère et du bébé le permet.

Le placenta est retiré. L'utérus et le ventre sont ensuite refermés à l'aide de points de suture ou d'agrafes.

Même après une césarienne, la mère aura la possibilité de pratiquer le peau à peau avec son bébé et de commencer l'allaitement. Selon les circonstances et l'endroit où a lieu l'accouchement, cela peut se faire dans la salle d'opération, une fois la mère transférée en salle de réveil ou encore dans la chambre (voir [Allaiter, est-ce toujours possible?](#), page 444). S'il n'est pas possible pour la mère de commencer le peau à peau, il peut être fait par le père ou une personne importante.



La personne qui accompagne la femme pendant un accouchement par césarienne peut généralement entrer dans la salle d'opération et s'asseoir près d'elle.

Conséquences possibles de la césarienne

La césarienne peut avoir des conséquences à court et à long termes.

À court terme, les effets de la césarienne peuvent être les suivants :

- Douleurs abdominales et pelviennes qui nécessitent l'usage de médicaments
- Difficulté à uriner
- Allaitement parfois plus difficile immédiatement après la césarienne, notamment à cause de la douleur ressentie et de la gêne dans les mouvements (voir [Allaiter, est-ce toujours possible ?](#), page 444)
- Hospitalisation parfois plus longue que pour un accouchement vaginal
- Récupération plus longue que pour un accouchement vaginal

La majorité des césariennes se déroulent bien. Toutefois, puisqu'il s'agit d'une intervention chirurgicale, la césarienne peut également entraîner certaines complications chez la mère, comme une infection, des saignements, une **thrombophlébite** ou des blessures aux organes internes. Ces complications peuvent entraîner des interventions et soins supplémentaires.

À plus long terme, la césarienne pourrait avoir des répercussions sur les grossesses futures, en augmentant la possibilité de troubles du placenta (ex. : *placenta prævia*). Lors d'un futur accouchement vaginal, la **rupture utérine** est aussi possible, mais très peu probable (voir [Accouchement vaginal après une césarienne](#), page 188).

Dans les heures qui suivent l'accouchement, un bébé né par césarienne est susceptible d'avoir une température corporelle plus basse. Le contact peau à peau avec sa mère ou son autre parent contribue à améliorer cette situation. De plus, une détresse respiratoire légère est plus fréquente chez les bébés nés par césarienne.

Se remettre d'une césarienne

À l'hôpital, on vous encouragera à marcher, à boire et à manger de façon progressive lorsque les effets de l'anesthésie seront partis et que vous vous sentirez mieux. Bouger après la césarienne aide à récupérer plus facilement et à prévenir les complications.

Vous serez incommodée par une douleur à l'endroit de l'incision et par un engourdissement de la peau dans cette même région. Leur présence et leur durée varient d'une femme à l'autre. Des médicaments pour soulager la douleur vous seront prescrits par votre médecin. L'incision guérira au cours des semaines suivant la naissance.

Avant votre départ de l'hôpital, un professionnel de la santé vous informera des soins à apporter à votre plaie et vous donnera des conseils adaptés à votre situation. N'hésitez pas à lui poser toutes vos questions. Vous pouvez aussi consulter la rubrique **Le corps après l'accouchement**, page 254, pour plus d'information.

On vous donnera aussi des conseils sur les soins à apporter à votre bébé. Habituellement, un bébé né par césarienne ne requiert pas de soins particuliers.

Quelques semaines sont nécessaires avant que vous puissiez reprendre toutes vos activités, comme conduire un véhicule, soulever des objets lourds, pratiquer certaines activités physiques ou un sport (voir **Activités physiques**, page 258) ou avoir des relations sexuelles (voir **Sexualité après la naissance**, page 264).

Quand consulter ?

Une fois à la maison, si vous observez des signes indiquant la présence possible d'infection à la plaie (ex. : rougeurs, écoulements), contactez un professionnel de la santé.



Si vous avez un des problèmes présentés dans l'encadré rouge de la page 254, consultez rapidement votre médecin ou votre sage-femme, ou allez à l'urgence.

Il est aussi possible que le recours à une césarienne vous fasse vivre différentes émotions, parfois contradictoires. Chaque expérience est unique, et le sentiment que l'on éprouve peu de temps après une césarienne peut évoluer avec les années. N'hésitez pas à en parler avec un professionnel.

Les premiers jours

| | |
|--|-----|
| Contact peau à peau | 241 |
| Séjour au lieu de naissance | 242 |
| Quand tout ne se passe pas comme prévu | 245 |
| Le corps après l'accouchement | 254 |
| <i>Baby blues</i> | 260 |
| Dépression | 262 |
| Sexualité après la naissance | 264 |
| Contraception | 265 |



François-Xavier Delorme

Votre enfant est né. À qui ressemble-t-il ? À son papa ? À sa maman ? À un parent éloigné, peut-être ? Peu importe, il est unique... Il vous reste à le découvrir.

Contact peau à peau

Dans les premières heures, les premiers jours et premières semaines de vie de votre bébé, pratiquer le peau à peau l'apaise et le réconforte. C'est un moyen privilégié pour découvrir votre bébé et développer un lien affectif.

On peut pratiquer le peau à peau aussi souvent qu'on le veut. Il suffit de placer votre bébé, simplement vêtu d'une couche, directement sur votre poitrine et de le recouvrir d'une couverture.

Le contact peau à peau peut également faciliter l'allaitement s'il est fait sur la poitrine de maman.



Le peau à peau peut se pratiquer tout de suite après la naissance et se poursuivre aussi longtemps que souhaité. Il apporte de la chaleur et de la sécurité à votre bébé.



Si vous quittez le lieu de naissance en auto, il est obligatoire d'avoir un siège d'auto pour transporter votre bébé (voir [Se déplacer en sécurité : siège d'auto](#), page 673).

Séjour au lieu de naissance

Le séjour à l'hôpital est d'environ 24 à 36 heures après un accouchement vaginal et d'environ 36 à 48 heures après une césarienne. En maison de naissance, il dure environ 24 heures. Cette durée peut être plus ou moins longue selon l'état de santé de la mère et du bébé.



Le séjour au lieu de naissance est un moment unique pour vous habituer à votre bébé et pour apprendre à en prendre soin. Profitez-en bien!

La plupart des hôpitaux encouragent la cohabitation, qui permet aux parents de garder bébé avec eux dans la chambre d'hôpital. Vous pourrez en profiter pour découvrir votre bébé et vous habituer à en prendre soin, en sachant qu'en cas de besoin, une infirmière peut vous guider.

De plus, la cohabitation permet de nourrir votre bébé à la demande. Si vous allaitez, ces premières heures sont précieuses pour démarrer la production de lait (voir [Les gestes qui facilitent l'allaitement](#), page 176).

Si vous recevez des visiteurs, assurez-vous que lorsqu'ils viennent vous voir, ils ne sont pas malades et n'ont pas d'infection comme le rhume ou l'herpès buccal (aussi appelé « feu sauvage »).

Plusieurs lieux de naissance vous offrent de rencontrer un conseiller en vaccination pendant votre séjour. Son rôle est de vous accompagner dans votre réflexion sur la vaccination de votre enfant. Si cette rencontre ne vous est pas proposée d'emblée, n'hésitez pas à discuter de vos questions sur la vaccination avec votre professionnel de la santé (voir [Vaccination](#), page 617).

Pendant votre séjour, vous devrez remplir les documents relatifs à la naissance de votre enfant.

Soins à votre nouveau-né

Durant votre séjour au lieu de naissance, les infirmières, médecins ou sages-femmes vont donner des soins à votre bébé pour assurer son bien-être et pour prévenir ou dépister des problèmes de santé.

Si quelque chose vous préoccupe ou si vous avez des questions sur les soins donnés à votre bébé, n'hésitez pas à en parler à ces professionnels de la santé.

Interventions en prévention

Dans les heures qui suivent l'accouchement, on proposera de donner une injection de vitamine K à votre nouveau-né afin de prévenir des saignements. Ceux-ci sont rares, mais ils peuvent être sévères et sont parfois mortels.

On proposera aussi d'appliquer un onguent antibiotique dans les yeux de votre nouveau-né pour prévenir certaines infections graves.

Examen physique

Au cours de votre séjour au lieu de naissance, un professionnel fera aussi un examen physique complet de votre nouveau-né pour vérifier son état de santé et détecter les problèmes possibles.

Dépistage néonatal

Le dépistage néonatal a pour but de détecter des maladies rares et souvent non apparentes au moment de la naissance, mais qui ont des conséquences importantes pour la santé d'un enfant. Si un enfant est atteint de l'une de ces maladies, le traitement doit être commencé le plus tôt possible, avant que des symptômes apparaissent. Ainsi, le dépistage précoce permet d'éviter ou d'atténuer des complications graves et permanentes.

Dépistage sanguin

Dès les premiers jours de vie de votre bébé, on vous proposera qu'un dépistage sanguin soit fait. Pour cela, quelques gouttes de sang seront prises à son talon.

Dépistage urinaire

Le dépistage urinaire s'effectue à 21 jours de vie. Pendant votre séjour au lieu de naissance, on vous remettra le nécessaire pour recueillir une petite quantité d'urine de votre bébé, à la maison. Un dépliant d'information contenant la marche à suivre vous sera remis au même moment.

Que se passe-t-il après les prélèvements ?

Pour la grande majorité des enfants, les résultats des dépistages sont normaux, et les parents ne reçoivent donc pas d'appel. Pas de nouvelles, bonnes nouvelles!

Si le prélèvement révèle un résultat anormal, on vous contactera et on vous dirigera vers un centre spécialisé, pour des analyses complémentaires. Si ces analyses confirment le diagnostic, on vous proposera un suivi et un traitement appropriés.

Pour plus d'information sur le dépistage

Consultez Quebec.ca/dépistage et cliquez sur [Dépistage sanguin et urinaire chez les nouveau-nés](#).

Par téléphone

Pour le dépistage sanguin :

Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval

Partout au Québec : **1 855 654-2103**

Pour le dépistage urinaire :

CIUSSS de l'Estrie-CHUS, hôpital Fleurimont

Partout au Québec : **1 855 905-5253**

Quand tout ne se passe pas comme prévu

Tous les parents veulent un bébé en santé. Mais parfois, l'événement heureux qui était attendu ne se passe pas comme prévu.

Il est impossible de tout prévoir, même dans les meilleures conditions. Un projet de famille vient avec de grandes joies, mais aussi avec des défis et une part d'inconnu.

Il est possible que votre bébé soit hospitalisé à la naissance ou dans les jours suivants, s'il souffre d'une infection, d'une malformation ou d'un autre problème de santé. C'est un choc pour les parents qui doivent apprendre à vivre avec cette réalité et s'ajuster à un rôle différent de ce qu'ils avaient imaginé.

Il se peut aussi que la naissance ait lieu avant la date prévue. On parle de prématurité lorsque le bébé naît avant 37 semaines de grossesse. Le bébé prématuré peut recevoir différents soins, présentés dans le tableau à la page page 246.

Soins aux bébés prématurés

| Moment de la naissance | Soins |
|-------------------------|---|
| Avant 34 semaines | <p>Transfert dans une unité de soins intensifs pour nouveau-nés, dans un hôpital où des services de ce genre sont disponibles.</p> <p>Votre bébé peut :</p> <ul style="list-style-type: none">• être placé dans un incubateur pour l'aider à garder sa chaleur ;• recevoir de la photothérapie (exposition à la lumière dans un incubateur, aussi appelé couveuse) s'il fait une jaunisse ;• se faire administrer un soluté (par intraveineuse) ;• recevoir une aide respiratoire ;• recevoir une aide pour se nourrir. |
| Entre 34 et 37 semaines | <p>Soins supplémentaires, mais à un degré moindre.</p> <p>Votre bébé peut :</p> <ul style="list-style-type: none">• recevoir une aide pour se nourrir ;• recevoir de la photothérapie (exposition à la lumière dans un incubateur ou dans son berceau) s'il fait une jaunisse ;• recevoir une aide respiratoire (dans de rares cas seulement). |

Quelques suggestions pour traverser ces moments difficiles

Vous vous sentirez peut-être coupables ou impuissants si une complication survient et que votre bébé doit être hospitalisé en raison de sa prématurité, d'une infection, d'une malformation (détectée ou non avant la naissance) ou d'un autre problème de santé. Voici quelques suggestions pour vous aider à traverser ces moments difficiles.

Posez vos questions

N'hésitez pas à poser des questions sur l'état de santé de votre bébé ainsi que sur les soins et traitements qu'il reçoit. Si certains des soins et traitements vous inquiètent, vous pouvez demander s'il existe d'autres options. C'est avant tout votre bébé, et vous pouvez toujours être impliqués dans les décisions qui le concernent.

Les membres de l'équipe de soins ont la responsabilité de vous renseigner. Toutefois, des contraintes de temps rendent parfois ces échanges difficiles. Demandez-leur quel est le meilleur moment pour discuter avec eux. Informez-vous des heures auxquelles le médecin fait le plus souvent ses visites.



N'hésitez pas à poser toutes vos questions aux professionnels qui s'occupent de vous.

Demandez de l'aide

Si possible, demandez à votre famille et à vos proches de vous aider, par exemple en s'occupant de la maison ou en prenant soin de vos autres enfants. Il est possible que vous ne puissiez pas toujours être présents à l'hôpital, surtout si vous avez d'autres enfants.

Lorsque l'hospitalisation se prolonge, il est essentiel de vous reposer pour être en forme et pour pouvoir vous occuper de votre bébé à son arrivée ou à son retour à la maison. Souvenez-vous que votre enfant a besoin de vous non seulement pendant l'hospitalisation, mais aussi après.

N'hésitez pas à demander du soutien psychologique si vous en ressentez le besoin. Plusieurs équipes de soins spécialisés incluent des travailleurs sociaux et des psychologues qui peuvent soutenir les parents.

Renseignez-vous sur les ressources disponibles

L'équipe de soins spécialisés de votre hôpital pourra vous informer de l'aide que vous pourrez recevoir à la maison. Vous pourrez également demander un suivi auprès de votre CLSC lorsque votre enfant sortira de l'hôpital. Il est important de ne pas négliger l'après-hospitalisation, qui peut aussi être difficile pour certains parents.

Si votre bébé a un état de santé particulier, renseignez-vous pour savoir s'il existe des ressources pour les parents d'enfants qui ont le même problème. L'aide d'autres parents qui ont traversé la même épreuve peut s'avérer utile.

Le site Web suivant vous permet d'accéder à un grand nombre de ressources dans les différentes régions du Québec : laccompagnateur.org.

Il existe aussi une association qui soutient les parents d'enfants prématurés :

Préma-Québec

1 888 651-4909 / 450 651-4909
premaquebec.ca

Quelques suggestions pour faciliter le temps passé à l'hôpital

Plusieurs parents souhaitent être auprès de leur bébé lorsqu'il est hospitalisé. Parfois, lorsqu'ils en sont capables, le père et la mère se relaient à son chevet durant la journée, ou alors veulent y passer la nuit. Renseignez-vous auprès de votre centre hospitalier pour connaître les possibilités qui vous sont offertes.

Par exemple, vérifiez si on peut vous offrir une chambre pour que vous puissiez rester auprès de votre bébé si vous le souhaitez. Certains hôpitaux peuvent cependant avoir des contraintes d'espace qui rendent cette cohabitation plus difficile.

Être en contact avec votre bébé en incubateur

N'hésitez pas à demander de l'aide pour toucher votre bébé dans l'incubateur, pour le prendre dans vos bras ou pour le mettre en contact peau à peau avec vous en le recouvrant d'une couverture. Votre bébé sent votre présence et cela l'aide. Si vous ne pouvez pas le sortir de l'incubateur, vérifiez si vous pouvez mettre à côté de lui un foulard ou un vêtement imprégné de votre odeur.

Allaiter votre bébé hospitalisé

Même s'il est hospitalisé, il se peut que votre bébé soit capable de prendre le sein et de s'alimenter totalement ou partiellement. Si vous souhaitez allaiter, mais que votre bébé n'est pas encore prêt à téter, il est important de commencer la stimulation des seins dans les heures qui suivent la naissance pour démarrer la production de lait (voir [Les gestes qui facilitent l'allaitement](#), page 176).



N'hésitez pas à demander de l'aide pour toucher votre bébé, pour le prendre dans vos bras ou pour le mettre en contact peau à peau avec vous.

Vous pouvez **exprimer** votre lait jusqu'à ce que votre bébé s'alimente de lui-même. Votre lait ainsi recueilli peut être gardé au réfrigérateur ou même congelé jusqu'à ce que votre bébé soit prêt à le prendre. Au moment de le lui donner, on ajoutera peut-être des minéraux ou des calories au lait que vous exprimerez, si votre bébé en a besoin.

Vous pouvez demander de l'aide pour exprimer votre lait. Des tire-lait sont souvent disponibles dans les unités de soins intensifs. Ne vous découragez pas si vous n'obtenez que quelques gouttes les premières fois. Les seins ont besoin d'une stimulation régulière pour produire la quantité de lait dont votre bébé a besoin.

Rappelez-vous que l'estomac de votre bébé est très petit et qu'il n'a besoin que de quelques gouttes de lait au début de l'allaitement. Être près de votre bébé, avoir fait du peau à peau avec lui quelques minutes avant d'exprimer votre lait ou avoir une photo de lui pourrait vous aider à en recueillir plus.

Si vous ne pensiez pas allaiter, il n'est pas trop tard pour l'envisager.

Informez-vous au sujet des visites permises

Certains hôpitaux permettent que vos autres enfants ou votre entourage vous visitent. Assurez-vous que les visiteurs, lorsqu'ils viennent vous voir, ne sont pas malades et n'ont pas d'infection comme le rhume ou l'herpès buccal (aussi appelé « feu sauvage »). Un simple rhume pourrait avoir des conséquences sérieuses pour votre nouveau-né.

Par ailleurs, il pourrait être une bonne idée de parler avec vos autres enfants de ce qui se passe. Les frères et sœurs du bébé vivent aussi des émotions en pensant à son état de santé.

Par exemple, vous pouvez leur expliquer que ce n'est pas leur faute si le bébé est dans cette situation. Les enfants un peu plus âgés pensent souvent que leur jalousie à l'égard du nouveau bébé est responsable de la complication. Vous pouvez les impliquer dans certains des soins à donner au nouveau-né, lorsque cela est possible.

Décès du nouveau-né

La perte d'un bébé est toujours une épreuve pour les parents et leur famille.

La mort d'un bébé avant la naissance ou dans les jours qui suivent est très rare. La plupart du temps, le décès est dû à une trop grande prématurité ou à des **malformations congénitales**.

Lorsque le bébé décède pendant la grossesse, il est souvent recommandé à la mère d'accoucher par voie vaginale, de façon naturelle ou provoquée. Après l'accouchement, avoir une montée laiteuse ou des écoulements sanguins vaginaux peut être particulièrement éprouvant. Ces signes sont souvent un rappel de la perte du bébé.

Vivre le deuil ou la perte de son bébé

À l'hôpital, certains parents peuvent demander à voir ou à prendre leur bébé dans leurs bras, à l'habiller ou à prendre des photos. Ces gestes peuvent aider à cheminer dans le deuil.

Une autopsie pourrait être pratiquée pour comprendre les causes du décès. Différentes options funéraires (ex. : incinération, enterrement) sont généralement proposées.

De retour à la maison, il est normal de passer par des épisodes de choc, de révolte, de désorganisation et de tristesse. L'intensité des émotions vécues et le temps nécessaire pour les surmonter varient d'une personne à l'autre. Les différentes phases du deuil peuvent se chevaucher et ne sont pas toujours vécues dans le même ordre. De plus, les deux parents ne vivent souvent pas le deuil de la même façon ni à la même vitesse.

Ressources et soutien

Les parents qui ont vécu le décès de leur bébé disent que la présence et le soutien de leurs proches les ont aidés à traverser cette épreuve.

Il existe aussi des groupes de soutien pour les parents qui ont perdu un enfant. Ces groupes offrent une aide précieuse aux parents lorsque ceux-ci traversent la période du deuil, et leur permettent d'échanger avec d'autres parents endeuillés.

Les parents peuvent également consulter un professionnel de la santé (ex. : psychologue, travailleur social) afin d'obtenir un suivi individuel ou en couple.

Consultez votre CLSC pour connaître les services qui y sont offerts ou d'autres services qui existent dans votre région.

Pour connaître le CLSC de votre territoire

Visitez le sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/clsc/.

Fondation Portraits d'Étincelles

Service gratuit de photographies ou de retouche photo de bébés décédés avant ou à la naissance.

1 877 346-9940

portraitsdetincelles.com

Parents orphelins

Association québécoise des parents vivant un deuil périnatal.

514 686-4880

parentsorphelins.org

Revenir les bras vides

CHU Sainte-Justine

Série de vidéos et documents d'information sur le deuil périnatal, disponibles gratuitement.

chusj.org/fr/soins-services/C/complications-de-grossesse/Deuil-perinatal-mort-perinatale

Vous pouvez vous renseigner auprès de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) pour connaître les absences et congés auxquels vous pourriez avoir droit.

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)

1 844 838-0808

cnesst.gouv.qc.ca/fr/conditions-travail/conges/situations-particulieres/conge-dans-cas-dune-interruption-grossesse

Si votre bébé est décédé après 19 semaines de grossesse ou après sa naissance, il se pourrait aussi que vous ayez le droit de recevoir des prestations dans le cadre du Régime québécois d'assurance parentale.

Régime québécois d'assurance parentale

1 888 610-7727

rqap.gouv.qc.ca/fr/travailleur-salarie/deces-enfant



Les parents qui ont vécu le décès de leur bébé disent que le soutien de leurs proches ainsi que les groupes de soutien pour les parents endeuillés les ont aidés à traverser cette épreuve.

Le corps après l'accouchement

Votre corps a besoin de temps pour récupérer. Soyez patiente, il est normal que cela prenne plusieurs semaines avant de retrouver un bon niveau d'énergie.

De retour à la maison, si vous observez des signes qui vous inquiètent, vous pouvez en parler avec une infirmière du CLSC ou d'Info-Santé (811). Vous pouvez aussi consulter votre médecin ou votre sage-femme.

Les informations dans les pages suivantes concernent le corps et les soins après l'accouchement, que vous ayez accouché par voie vaginale ou par césarienne.



Consultez rapidement un médecin ou votre sage-femme ou allez à l'urgence dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- Vous avez des signes d'hémorragie :
 - Vous remplissez une serviette hygiénique régulière par heure pendant deux heures consécutives ;
ou
 - vous perdez de gros caillots de sang (ex. : plus d'un caillot de la grosseur d'un œuf).
- Vous faites de la fièvre : température de 38,0 °C (100,4 °F) ou plus.
- Vous avez une douleur abdominale intense ou non soulagée par des analgésiques.
- Vous avez des difficultés respiratoires.
- Vous avez une douleur nouvelle à une jambe, avec de l'enflure.
- Vous avez des maux de tête sévères, des douleurs en barre à l'estomac ou un changement subit de vision.

Appelez le 911 si vous croyez présenter des signes de choc : agitation, faiblesse, pâleur, peau moite et froide, sueurs, confusion, palpitations.

Contractions

Vous ressentirez peut-être des contractions utérines, surtout en allaitant. Si ce n'est pas votre première grossesse, il est possible que vous ayez plus de contractions que lors de la précédente. Si vous avez besoin de soulager la douleur, parlez-en à votre professionnel de la santé.

Pertes sanguines

Après l'accouchement vaginal ou par césarienne, les femmes ont des pertes sanguines : les lochies. Au cours des deux premiers jours, les pertes sanguines sont plus abondantes que des menstruations, puis elles diminuent. Si vos saignements augmentent au lieu de diminuer, consultez votre professionnel de la santé.

À l'occasion, vous pourrez perdre un caillot de sang. Cela survient surtout le matin, après avoir uriné ou allaité. Si le saignement diminue après le passage du caillot, il n'y a pas lieu de s'inquiéter. Notez qu'un effort inhabituel peut aussi causer des lochies plus rouges et abondantes. Voir l'encadré de la page 254 pour savoir quand consulter.

Au fil des jours, les pertes sanguines changeront de texture et de couleur. Il pourra s'y mêler du mucus (substance blanchâtre). La couleur passera graduellement du rosé au brun de plus en plus pâle et pourra devenir jaune.

Les lochies durent en général de trois à six semaines. Pendant cette période, utilisez des serviettes hygiéniques, et non des tampons ni une coupe menstruelle.

Hygiène

L'hygiène est importante après l'accouchement. Voici quelques conseils utiles :

- Changez votre serviette hygiénique au moins toutes les quatre heures.
- Essuyez-vous toujours de l'avant vers l'arrière.
- Lavez vos mains après chaque passage aux toilettes.
- Lavez-vous chaque jour, ou plus d'une fois par jour. Cependant, ne vous donnez pas de douche vaginale.

Si vous avez accouché par voie vaginale, vous pouvez prendre des douches et des bains à tout moment dans une baignoire propre, sans huile et sans bain moussant.

Si vous avez accouché par césarienne, vous pouvez prendre des douches à tout moment. Le bain est possible environ cinq jours après l'opération, si la plaie de césarienne guérit bien.

Points de suture

Si vous avez des points de suture au **périnée**, ne craignez rien, ils ne céderont pas lorsque vous irez à la selle. Après le bain ou la douche, asséchez délicatement les points de suture avant de vous habiller.

Si vous avez accouché par césarienne, vous devez bien assécher les points de suture au ventre avec une serviette propre après la douche ou le bain. Vous pouvez retirer les bandes adhésives qui ne sont pas tombées d'elles-mêmes après sept jours. Si vous observez des signes indiquant la présence possible d'infection à la plaie (ex. : rougeurs, écoulements), consultez votre professionnel de la santé.

Selles

Il est normal de ne pas aller à la selle pendant de deux à trois jours après un accouchement vaginal et jusqu'à trois à cinq jours après une césarienne.

Cependant, si vous n'êtes pas allée à la selle après ce délai, il est possible que vous soyez constipée. La constipation est fréquente après un accouchement, qu'il se soit passé par voie vaginale ou par césarienne.

Les conseils suivants peuvent vous aider :

- Augmentez graduellement votre consommation d'aliments riches en fibres :
 - Produits céréaliers à grains entiers ;
 - Légumes et fruits (frais, séchés, surgelés ou en conserve) ;
 - Légumineuses et noix.
- Augmentez la quantité d'eau que vous buvez tous les jours.
- Allez à la toilette dès que le besoin se fait sentir.
- Lorsque vous vous en sentirez capable, reprenez graduellement des activités physiques de faible intensité (voir **Activités physiques**, page 258).

Si ces mesures ne suffisent pas, demandez à un professionnel de la santé si un laxatif pourrait vous aider.

Urine

Après l'accouchement, uriner vous donnera peut-être une impression de brûlure. Si c'est le cas, n'hésitez pas à asperger votre vulve d'eau tiède pendant que vous urinez.

Il est aussi normal, dans les premiers jours après un accouchement, d'avoir de la difficulté à retenir l'urine. Les fuites d'urine peuvent durer quelques semaines après l'accouchement. Si ces désagréments persistent, parlez-en à votre médecin lors de la visite de suivi.

Périnée et plancher pelvien

Vu de l'extérieur, le **périnée** est la partie du corps située entre la vulve et l'anus (voir **Anatomie de la femme**, page 26). À l'intérieur, les muscles du périnée forment un « hamac » : le plancher pelvien. Ce « hamac » de muscles soutient les organes internes, dont l'utérus, la vessie et le rectum. Il contribue entre autres à empêcher les fuites d'urine ou de selles.

Pendant la grossesse et l'accouchement, le périnée s'adapte pour faciliter la naissance du bébé. Après la naissance du bébé, les muscles du plancher pelvien sont étirés. Il est aussi normal que l'aspect de la vulve change, par exemple que les lèvres soient plus écartées.

Après un accouchement vaginal, le périnée peut rester sensible quelque temps. Dans certains cas, il peut aussi être sensible après une césarienne.

Les muscles du plancher pelvien peuvent prendre de plusieurs semaines à plusieurs mois avant de retrouver leur tonus. Des exercices peuvent aider, comme les exercices de Kegel. Il est recommandé de parler avec votre professionnel de la santé pour savoir à quel moment les entreprendre et comment les faire de la bonne façon.

De même, si vous avez des fuites d'urine, des douleurs lors des activités sexuelles ou d'autres inquiétudes, n'hésitez pas à en parler à votre professionnel de la santé. Au besoin, il pourra vous donner des conseils au sujet des ressources spécialisées en rééducation du périnée (des physiothérapeutes, par exemple).

Fatigue

Il est normal d'être fatiguée après un accouchement vaginal ou par césarienne. Cela prendra quelques semaines pour retrouver un bon niveau d'énergie. Soyez patiente, car votre corps a besoin de temps pour se remettre.

La vitesse de récupération et le niveau d'énergie varient d'une femme à l'autre et d'un jour à l'autre. Cela dépend de plusieurs facteurs, par exemple des demandes de votre bébé, de la qualité de votre sommeil et de l'aide disponible. Malgré les besoins de votre nouveau-né, essayez de prendre soin de vous. Si possible, essayez de dormir pendant que votre bébé dort.

N'hésitez pas à demander de l'aide quand vous en avez besoin.



Pour récupérer de l'accouchement, toutes les nouvelles mamans ont besoin de repos et de soutien.

Si votre fatigue vous inquiète, n'hésitez pas à contacter Info-Santé (811) ou consulter votre professionnel de la santé.

Activités physiques

La grossesse et l'accouchement ont entraîné des changements physiques importants. Ceux-ci peuvent durer plusieurs mois après l'accouchement.

La reprise graduelle d'activités physiques peut vous aider à améliorer votre niveau d'énergie et votre forme physique. Cela peut aussi vous apporter du bien-être sur le plan psychologique.

Lorsque vous ne ressentez plus de douleurs et que vous vous en sentez capable, vous pouvez reprendre graduellement la pratique d'activités physiques de faible intensité, comme la marche. Par exemple, débutez par une seule marche, puis intégrez de courtes marches quelques fois par jour. Augmentez progressivement la fréquence et la durée, selon votre niveau de tolérance et d'énergie.

Vers quatre à six semaines après l'accouchement, vous pouvez augmenter graduellement l'intensité de vos activités (ex. : commencer à faire de la marche rapide). Choisissez des activités qui vous plaisent, tout en tenant compte de la manière dont votre corps a récupéré depuis l'accouchement.



Soyez à l'écoute de votre corps. Respectez votre niveau de tolérance, car il se peut qu'il soit différent d'avant la grossesse.

Il est habituellement conseillé d'attendre que votre **périnée** ait repris son tonus (voir **Périnée et plancher pelvien**, page 257) avant de progresser vers des activités physiques intenses ou avec impact, comme la course. Cela peut prendre de quelques semaines à plusieurs mois après l'accouchement.

Pour ce qui est de la baignade, il est généralement possible de la recommencer lorsque les lochies (voir **Pertes sanguines**, page 255) ne sont plus abondantes. Il est conseillé de discuter avec votre professionnel de la santé avant de reprendre la baignade.

Si vous avez subi des complications pendant votre accouchement, il peut aussi être prudent de vérifier avec votre professionnel de la santé que vous pouvez reprendre les activités physiques.

Poids

Avec la sortie du bébé, du placenta et du liquide amniotique, une partie du poids gagné pendant la grossesse est perdue dès l'accouchement. Dans les six semaines qui suivent, l'utérus retrouve sa taille normale. Le volume de sang et l'enflure diminuent, entraînant aussi une certaine perte de poids.

Par la suite, votre corps épuisera graduellement les réserves accumulées pendant la grossesse. Le rythme de la perte de poids peut être différent pour chaque femme et pour chaque grossesse. Soyez patiente, car le poids gagné en neuf mois devrait aussi prendre quelques mois pour être perdu.

En ayant une alimentation équilibrée (voir **Bien manger**, page 77) et en étant active (voir **Activités physiques**, page 258), perdre de 1 à 2 kg (2 à 4 lb) par mois est raisonnable.

Il n'est pas recommandé de suivre de régime amaigrissant, surtout si vous allaitez. Une diète pauvre en calories peut diminuer votre production de lait et votre niveau d'énergie.

La grossesse transforme le corps des femmes. Même si le poids gagné peut être perdu au bout de quelques mois, il est possible que la silhouette ne redevienne pas comme avant.



Laissez-vous le temps d'apprivoiser ces changements et n'hésitez pas à en discuter avec des personnes de confiance.

Baby blues

Après la naissance de votre bébé, il est normal d'avoir des sautes d'humeur et de pleurer plus souvent qu'à l'habitude. Beaucoup de nouvelles mères traversent une période de déprime passagère, qu'on appelle le *baby blues*.

Le *baby blues* survient dans les jours suivant la naissance du bébé et peut durer de quelques jours à environ deux semaines. Des changements hormonaux et la fatigue sont à l'origine de cette déprime passagère.

Pour vous sentir mieux durant cette période, vous pouvez :

- parler de ce que vous ressentez ;
- laisser couler les larmes sans trop chercher à les comprendre ou à les contrôler ;
- demander un peu plus d'aide et de soutien à vos proches ;
- vous permettre des pauses et des siestes pour vous reposer ;
- prendre soin de vous (voir **Prendre soin de soi**, page 740) ;
- pratiquer le peau à peau avec votre bébé ;
- échanger avec d'autres parents.

Si cette déprime passagère se poursuit plus de deux semaines ou si vous vous sentez de plus en plus triste ou irritable, il est possible que vous viviez une dépression.

En tout temps, vous pouvez contacter Info-Santé ou Info-Social en composant le **811** ou vous adresser à votre CLSC ou à un psychologue.



Des changements hormonaux et la fatigue sont à l'origine du *baby blues*.

Dépression

À l'arrivée d'un bébé, il arrive que les nouveaux parents vivent un épisode difficile, voire dépressif. La dépression est souvent exprimée de façon différente chez les femmes et chez les hommes.

Chez la femme

Après l'accouchement, jusqu'à 1 femme sur 5 vivrait un épisode de dépression.

Contrairement au *baby blues*, qui est passager, les changements dans le comportement et l'humeur associés à la dépression sont présents presque tous les jours, pendant au moins deux semaines.

Pendant une dépression, la femme est habituellement d'humeur triste ou ressent une perte d'intérêt et de plaisir généralisée dans ses activités quotidiennes.

On peut aussi observer certains des signes suivants :

- Une diminution ou une augmentation de l'appétit
- Des troubles du sommeil (ex. : la femme dort trop, a de la difficulté à dormir ou en est incapable même si le bébé dort)
- Une agitation ou un ralentissement psychomoteur (ex. : elle a un débit de parole plus lent)
- De la fatigue ou une perte d'énergie
- Une anxiété excessive et de l'irritabilité
- Un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive (ex. : elle a l'impression de ne pas être un parent adéquat ou de ne pas être capable de créer un lien affectif avec son bébé)
- Une difficulté à se sentir attachée à son enfant, des sentiments d'ambivalence ou de désintérêt envers l'enfant
- Une difficulté de concentration ou de l'indécision
- Des pensées de mort, des idées suicidaires

Soyez rassurée, ce n'est pas parce que vous présentez certains de ces signes que vous faites nécessairement une dépression. Certains de ces signes peuvent être confondus avec des situations normales qui surviennent après la naissance de l'enfant (ex. : fatigue liée aux interruptions du sommeil pour les soins du bébé ; difficulté à trouver le moment propice pour manger ou augmentation de l'appétit liée à l'allaitement).

Cependant, si vous êtes inquiète voir [Chercher du soutien](#).

Chez l'homme

Jusqu'à 1 homme sur 10 vivrait une dépression pendant la période qui suit l'arrivée de l'enfant.

Les hommes vivent les mêmes sentiments que les femmes pendant une dépression. Toutefois, ils pourraient exprimer leur détresse de façon différente.

Par exemple, les hommes pourraient être plus agressifs ou irritables, avoir des sautes d'humeur et ressentir des malaises physiques comme des maux de ventre ou de tête, ou encore avoir de la difficulté à respirer. Certains hommes pourraient aussi adopter des comportements hyperactifs (se réfugier dans le travail ou le sport et y consacrer un nombre très important d'heures) ou avoir une consommation excessive d'alcool ou de drogues.

Chercher du soutien

Si vous observez des signes de dépression chez vous ou chez votre partenaire, ou que vous avez l'impression que ça ne va plus, n'attendez pas pour demander de l'aide. Des moyens existent pour traiter la dépression. C'est d'ailleurs aussi le cas pour d'autres troubles mentaux. Consultez un professionnel de la santé, adressez-vous à votre CLSC ou à un psychologue, ou encore contactez Info-Social en composant le [811](#).

Sexualité après la naissance

Certaines personnes ressentent moins de désir sexuel après la naissance du bébé. La fatigue, l'adaptation au rôle de parent, les soins qu'il faut donner au bébé, les complications physiques ou émotionnelles et les changements hormonaux sont autant de raisons qui peuvent expliquer la diminution de l'intérêt pour la sexualité. Avec la naissance du bébé, le temps disponible pour les rapprochements peut aussi être limité.

Plusieurs parents se demandent quand reprendre les activités sexuelles après l'accouchement. En l'absence de contre-indication médicale, les partenaires peuvent vivre des activités sexuelles sans crainte lorsqu'ils en ont envie.



Le moment pour reprendre les relations sexuelles avec pénétration varie en fonction des besoins et des préférences de chaque personne.

Pendant l'allaitement, le corps libère des hormones qui peuvent empêcher le vagin de se lubrifier suffisamment. Si vous vivez cette situation, vous pouvez utiliser un lubrifiant pour faciliter les caresses aux organes génitaux et la pénétration. Choisissez un lubrifiant à base d'eau si vous utilisez le condom.

Donnez-vous du temps et adaptez votre vie sexuelle à vos nouvelles réalités.

Contraception

Dès votre grossesse, pensez à la méthode de contraception que vous utiliserez après avoir accouché.

Les grossesses très rapprochées peuvent avoir des impacts sur la santé du bébé et le déroulement de la grossesse. Si vous désirez redevenir enceinte rapidement, parlez-en avec votre médecin.

Vous pourriez devenir enceinte même si vous n'avez pas eu vos menstruations. L'ovulation peut survenir aussi rapidement qu'à la troisième semaine après l'accouchement vaginal ou par césarienne. Utilisez une méthode contraceptive efficace pour éviter une grossesse non planifiée.

Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

Si vous allaitez exclusivement, l'ovulation peut être retardée. Pour utiliser l'allaitement comme méthode contraceptive, il faut bien comprendre les principes de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA).

Pour être efficace, la MAMA nécessite les conditions suivantes :

- Votre bébé est né depuis moins de six mois.
- Vous pratiquez l'allaitement exclusif (aucune préparation commerciale, aucun aliment ni aucune eau n'est donné au bébé).
 - L'allaitement se pratique sans horaire ou durée déterminée (voir [L'allaitement à la demande ou selon les besoins du bébé](#), page 177). Pour la MAMA, les tétées ne devraient pas être espacées de plus de 4 heures le jour et de plus de 6 heures la nuit.
- Vous n'avez pas recommencé vos menstruations ni eu de saignements.

Avant d'utiliser la MAMA ou une méthode naturelle de contraception (Billings, sympto-thermique), il est préférable de contacter l'organisme Seréna pour avoir des explications ou du soutien :

Seréna

Organisme de promotion des méthodes de planification naturelle des naissances.

514 273-7531 / 1 866 273-7362

serenaquebec.com

Vous pouvez aussi visiter le site Web de cette autre ressource :

World Alliance for Breastfeeding Action (WABA)

waba.org.my/resources/lam

(site en anglais pour la MAMA)

Méthodes contraceptives

Le choix d'une méthode contraceptive dépend de vos préférences et de votre situation personnelle. Cette situation doit être évaluée avec votre professionnel de la santé. L'évaluation peut être faite durant la grossesse ou avant votre départ de votre lieu d'accouchement.

Le tableau de la page 267 décrit les méthodes contraceptives disponibles.

L'implant contraceptif, les stérilets, l'injection contraceptive, la pilule à progestatif seul et les contraceptifs hormonaux combinés sont les méthodes contraceptives les plus efficaces. N'interrompez pas l'emploi d'une méthode de contraception sans vous assurer de commencer à en utiliser une autre. Afin d'éviter toute relation sexuelle non protégée, ayez toujours des condoms à portée de la main.

Le retrait ou coït interrompu et la méthode du calendrier ne sont pas des méthodes contraceptives efficaces.

Informez-vous sur les méthodes contraceptives en consultant le site Web de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada : lesexeetmoi.ca.

Méthodes contraceptives

| Méthodes | Début possible si vous n'avez pas de contre-indication |
|--|--|
| Implant contraceptif | N'importe quand après l'accouchement, selon votre état de santé. |
| Stérilet avec hormone | N'importe quand après l'accouchement, selon votre état de santé. |
| Stérilet au cuivre | N'importe quand après l'accouchement, selon votre état de santé. |
| Injection contraceptive | Selon l'avis de votre médecin et votre état de santé. |
| Pilule à progestatif seul | N'importe quand après l'accouchement. |
| Contraceptifs hormonaux combinés, c'est-à-dire qui contiennent de l'œstrogène et un progestatif: <ul style="list-style-type: none">• Pilules• Timbre contraceptif• Anneau vaginal contraceptif | <ul style="list-style-type: none">• Six semaines après l'accouchement.• Selon votre situation, votre professionnel de la santé pourrait vous proposer de commencer de trois à quatre semaines après l'accouchement. |
| <ul style="list-style-type: none">• Diaphragme• Cape cervicale | Six semaines après l'accouchement. |
| Condom | Dès la première relation sexuelle. |

Effets possibles des contraceptifs hormonaux sur la production de lait

Les contraceptifs hormonaux n'ont pas d'effets sur la qualité du lait et sur la santé du bébé.

Toutefois, si vous prenez un contraceptif hormonal combiné et que vous allaitez, il peut arriver que vous observiez une faible réduction de la quantité de lait produite. Si c'est le cas, communiquez avec une consultante en lactation, votre sage-femme, votre médecin ou une infirmière du CLSC.

Si vous prenez l'implant contraceptif, le stérilet avec hormone, l'injection contraceptive ou la pilule à progestatif seul, il est peu probable que cela affecte votre allaitement. Si vous notez un problème, communiquez avec une consultante en lactation, votre sage-femme, votre médecin ou une infirmière du CLSC.

Contraception d'urgence

Si vous avez eu une relation sexuelle mal protégée ou non protégée, vous pouvez avoir recours aux méthodes de contraception d'urgence.

La contraception orale d'urgence (COU), aussi appelée « pilule du lendemain »

La COU s'emploie jusqu'à cinq jours après la relation sexuelle mal protégée ou non protégée, n'importe quand après l'accouchement vaginal ou par césarienne, que vous allaitiez ou non. Plus la COU est prise tôt après la relation sexuelle mal protégée ou non protégée, plus elle est efficace. Vous pouvez l'obtenir auprès d'un pharmacien, sans prescription d'un médecin.

Si vous allaitez, mentionnez-le au professionnel de la santé. Il pourra vous prescrire une COU que vous pouvez prendre pendant l'allaitement.

Le stérilet au cuivre

S'il n'est pas contre-indiqué pour vous, votre médecin peut insérer le stérilet au cuivre jusqu'à sept jours après la relation sexuelle mal protégée ou non protégée.

