

	FORMULAIRE	
	<b>MON PROJET DE NAISSANCE</b>	Version Du 11/06/2024
		Page 1/7
Entité émettrice : INSTITUT FEMME ENFANT / Gynécologie-Obstétrique		

**Nom, prénom :** ..... **Date de naissance :** .....

- **Qu'est-ce que le projet de naissance ?**

Dans ces recommandations professionnelles relatives à la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) publié en 2005, la Haute Autorité de Santé oriente vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation dans le projet de naissance. Ce projet est un outil de communication parents-professionnels en vue de préparer le moment de la naissance de votre enfant.

Il vise à renforcer la confiance entre vous, votre accompagnant(e) et les professionnels de santé de la maternité qui seront présents à vos côtés lors de la naissance de votre enfant.

Aussi, mieux vous connaître permet aux équipes de la maternité de répondre à vos questions et vos besoins quel que soit le déroulé de votre accouchement.

- **Quel est l'utilité du projet de naissance ?**

Vous pouvez utiliser le projet de naissance pour envisager et échanger avec les professionnels de la maternité autour des différentes étapes de l'accouchement et de ses suites (travail, naissance, soins pour vous et votre enfant, séjour à la maternité ou suivi à domicile, etc.).

Ce document est informel et ne constitue pas un contrat entre vous et l'équipe médicale. C'est pourquoi, certains de vos souhaits pourraient évoluer à votre demande ou ne pas pouvoir être réalisés pour des raisons médicales.

- **Comment construire votre projet de naissance ?**

Nous vous conseillons de vous renseigner sur les différentes pratiques proposées par nos équipes au sein de notre service de maternité.

Votre projet de naissance peut prendre la forme qui vous convient (feuille blanche, communication verbale etc.)

Nous vous proposons un formulaire avec des questions ouvertes ou une zone de texte libre afin de réfléchir à vos souhaits ou vos besoins. Vous pouvez l'utiliser librement : n'en remplir qu'une partie, en faire un simple support de discussions ou encore aborder d'autres sujets. L'essentiel est de pouvoir poser toutes les questions qui sont importantes pour vous.

**Vous pouvez le faire évoluer tout au long de votre grossesse et de votre accouchement.**

Votre projet de naissance sera relu par une sage-femme du CHU de Caen et un rendez-vous vous sera proposé **uniquement si** :

- ⇒ certaines de vos demandes ne pourraient être envisagées au regard des éléments de votre dossier médical ou des équipements disponibles et/ou compétences mobilisables au sein de notre établissement ;
- ⇒ si des précisions sur vos souhaits sont nécessaires.



**FAISONS CONNAISSANCE : VOS RESSOURCES ET BESOINS**

Pendant cette grossesse, j'ai été suivie par (plusieurs réponses possibles) :

- Un médecin traitant
- Un.e gynécologue
- Un.e sage-femme
- Un.e psychologue
- Un acupuncteur
- Autre : .....

Pendant cette grossesse, je suis accompagnée et je peux être soutenue par :

- Mon.ma conjoint.e
- Ma famille
- Un.e, des amis
- Des connaissances moins proches
- Je ne suis pas accompagnée

J'ai suivi une préparation à la naissance et à la parentalité :

- Oui :
  - Au CHU de Caen
  - En ville :
    - Classique
    - Sophrologie
    - Méditation
    - Piscine
    - Yoga
    - Hypnose
    - Haptonomie
    - Chant
    - Autre
- Non

Visite de la maternité souhaitée ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas encore

De manière générale, pour la naissance à venir, je me sens :

- Sereine
- Un peu inquiète
  
- Très inquiète

# MON PROJET DE NAISSANCE

Entité émettrice : INSTITUT FEMME ENFANT / Gynécologie-Obstétrique

Sur une échelle de 0 (pas du tout de stress) à 10 (niveau maximum de stress) à combien évaluez-vous votre niveau de stress concernant l'accouchement :

Entourez la réponse.

Moi : |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mon.ma conjoint.e : |-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## ACCOMPAGNEMENT DURANT LES CONTRACTIONS JUSQU'À L'ACCOUCHEMENT

Quelle personne souhaitez-vous avoir à vos côtés tout au long du travail et de l'accouchement ?

- Conjoint.e
- Autre personne .....
- Je ne souhaite pas être accompagnée
- Autre .....

Vos besoins pour vous sentir à l'aise :

- Musique     Douche / bain     Eclairage tamisé
- Tenue (Précisez : Blouse de l'hôpital ? Tenue personnelle adaptée ?) :  
.....
- Autre besoin :  
.....

Concernant la mobilisation :

- Je souhaite pouvoir me mobiliser le plus longtemps possible (marche, ballon, suspension)
- Je ne souhaite pas me mobiliser

Pour accompagner la douleur, si les circonstances le permettent, je souhaite utiliser les méthodes / équipements suivants :

- Bain                       Douche                       Ballon                       Respiration
- Acupression               Massage                       Chant                       Méditation
- Haptonomie               Autre : .....

	FORMULAIRE	
	<b>MON PROJET DE NAISSANCE</b>	Version Du 11/06/2024
		Page 5/7
Entité émettrice : INSTITUT FEMME ENFANT / Gynécologie-Obstétrique		

Concernant la péridurale (plusieurs réponses possibles) :

- Je ne souhaite pas de péridurale, mais souhaite pouvoir changer d'avis à tout moment
- Hors indication médicale, je ne souhaite pas que la péridurale me soit proposée car je veux être libre d'en faire la demande par moi-même
- Je souhaite une péridurale le plus tardivement possible
- Je souhaite une péridurale rapidement
- Je ne sais pas encore

Si une césarienne est programmée avant le travail ou décidée en cours de travail :

- Je souhaite la présence de mon.ma partenaire au bloc opératoire si les conditions médicales le permettent :
  - Qu'il.elle accompagne et reste à côté de notre enfant après la naissance
  - Qu'il.elle reste à mes côtés après la naissance en salle de réveil
- Je ne souhaite pas la présence de mon.ma partenaire au bloc opératoire
- Mon.ma partenaire ne souhaite pas être présent au bloc opératoire

## **ACCOMPAGNEMENT LORS DE LA PHASE DE PUSSEE**

Dans quelle position imaginez-vous mettre au monde votre bébé si les conditions le permettent ?

- Allongée sur le dos
- Allongée sur le côté
- Un peu assise
- A quatre pattes
- Autre : .....

Si cela est possible, je souhaiterais toucher ou voir (miroir) la tête de mon bébé pour bien percevoir sa progression :

- Oui
- Non
- Ne sais pas encore

	FORMULAIRE	
	<b>MON PROJET DE NAISSANCE</b>	Version Du 11/06/2024
Entité émettrice : INSTITUT FEMME ENFANT / Gynécologie-Obstétrique		Page 6/7

### **JUSTE APRES LA NAISSANCE :**

Le cordon ombilical qui relie le fœtus au placenta permet au bébé de se nourrir pendant la grossesse. Il est coupé après la naissance ; c'est indolore pour le nouveau-né :

- Je souhaite que le cordon soit coupé par un professionnel
- Je souhaite que mon.ma partenaire coupe le cordon
- Je souhaite couper le cordon moi-même
- Je souhaite que le cordon cesse de battre

Pour les soins de mon bébé à la naissance (pesée, examen clinique, etc.), je souhaiterais :

- Participer aux premiers soins si mon état le permet
- Que mon.ma conjoint.e participe aux premiers soins
- Nous souhaiterions participer tous les deux aux premiers soins si cela est possible

En cas de non contre-indication médicale du côté maternel lors de l'accouchement, souhaitez-vous réaliser du « peau à peau » avec votre bébé ? :

- oui
- non

Pour l'alimentation de mon bébé à la naissance, je souhaiterais :

- Proposer une mise au sein à mon bébé
- Proposer un biberon à mon bébé
- Même si je ne souhaite pas allaiter, j'aimerais réaliser une tétée d'accueil
- Je ne sais pas encore

Pour l'alimentation de mon bébé, je souhaite :

- Un allaitement maternel
- Un allaitement artificiel
- Un allaitement mixte
- Je ne sais pas encore

	FORMULAIRE	
	<b>MON PROJET DE NAISSANCE</b>	Version Du 11/06/2024  Page 7/7
Entité émettrice : INSTITUT FEMME ENFANT / Gynécologie-Obstétrique		

## PENDANT LE SEJOUR A LA MATERNITE

Je souhaiterais que mon.ma partenaire reste dormir à la maternité pour participer aux soins de notre enfant :

- Oui  
 Non

Pendant mon séjour, en complément de la pris en charge habituellement organisée pour la mère et l'enfant, je souhaiterais pouvoir rencontrer :

- Une psychologue  
 Une assistante sociale  
 Je n'y ai pas encore réfléchi  
 Je n'en éprouve pas le besoin

Concernant les futurs soins de mon bébé (change, bain, etc.) :

Je me sens :  Sereine     Un peu inquiète     Très inquiète

Je souhaite :  Etre accompagnée un maximum     Etre en autonomie un maximum

Je souhaiterais que le premier bain soit donné à la maison en accord avec l'équipe de la maternité

- Oui  
 Non  
 Ne sais pas encore

## LE RETOUR A LA MAISON

Le retour à domicile se fait en général entre le 3ème et le 5ème jour après l'accouchement. Je souhaiterais :

- Un retour anticipé si les conditions médicales le permettent, avec un accompagnement par :  
      Sage-femme libérale informée  
      Pédiatre ou médecin traitant de mon choix  
 Un retour standard (> 72 h si voie basse et > 96 h si césarienne)

Le suivi médical de mon bébé sera assuré par :

- La PMI     Un pédiatre     un médecin traitant

**S'il y a d'autres points que vous souhaitez aborder, vous pouvez les noter sur l'espace libre de la page 2**