

# Un projet de naissance : pour ou contre?

Autor(en): **Brailey, sue**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **104 (2006)**

Heft 10

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949889>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## EDITORIAL

L'été touche à sa fin pendant que j'écris cet éditio et vous serez en plein automne quand vous recevrez le journal.

Deux articles intéressants seront présentés cette fois. Le premier parle des projets de naissance. Cela fait quelques années, une dizaine au moins, que nous attirons l'attention des étudiantes sur la nécessité d'en élaborer un avec le couple qu'elles préparent. Quelques étudiantes se donnent beaucoup de peine et laissent écrire le couple une vraie lettre à remettre à la



sage-femme lors de leur entrée en salle d'accouchement. Bien sûr, les étudiantes doivent avertir le couple que chaque accouchement se passe différemment et que parfois le projet de naissance ne peut pas être pris en considération. Dans ma pratique de sage-femme à la Maternité au CHUV, j'ai pu néanmoins observer que le plan de naissance d'un couple n'était pas si bien vu par certaines sages-femmes. Plus que la moitié des femmes qui accouchent au CHUV sont des femmes étrangères ne parlant souvent pas le français et elles accouchent d'une façon très passive, «à la suisse», dépossédée de la moindre décision. Une autre partie des femmes qui accouchent au CHUV se fient à la technique, la surveillance rapprochée de la mère et du bébé, et elles demandent souvent déjà une anesthésie péridurale à la porte d'entrée. Ce sont des femmes dites faciles, parce qu'elles donnent une grande liberté d'action à la sage-femme. Les femmes qui arrivent avec un projet de naissance sont demandeuses et elles sont considérées comme «moins confortables» pour la sage-femme qui doit lui laisser la décision pour certains gestes. Pourtant, quand la relation entre femme et sage-femme est bien établie, l'accouchement peut être beaucoup plus enrichissant pour toutes deux.

Un autre article, une interview cette fois, présente une préparation à la naissance qui vise à mieux intégrer les pères dans la préparation et à l'accouchement pour une meilleure complicité dans le couple et pour son avenir. Je vous souhaite une bonne lecture et un bel automne.

*Barbara Jeanrichard*

Barbara Jeanrichard

## Débat

## Un projet de naissance

Les projets de naissance n'ont pas que des avantages: en salle d'accouchement, ils peuvent perturber, dérouter et parfois irriter le personnel soignant. Toutefois, leur préparation aide la femme à se poser les «bonnes questions» à un moment où elle n'est pas encore impliquée «dans le feu de l'action». L'auteure indique les effets positifs ou négatifs ainsi que les limites d'une pratique qui semble nouvelle.

Sue Brailey

**TOUT** au long de l'Histoire, les femmes ont planifié les naissances. Avant le recours massif à l'hospitalisation, les femmes en instance d'accoucher prévoyaient, par exemple, qui allait être à leur côté dès que le travail débiterait, qui allait préparer les repas après la naissance, et quand viendrait la sage-femme. Dès que les femmes ont commencé à sortir de leur propre environnement pour accoucher, tout a changé entre elles et les soignants en termes de pouvoir. Accoucher à l'hôpital signifie en effet ne plus être actives et participantes, devenir passives et objets de soins.

C'est dans cet esprit que, dans les années 1980, aux Etats-Unis, les «childbirth educators» ont émis l'idée d'encourager les femmes à écrire un projet de naissance pour reconquérir un certain contrôle sur leur maternité et façonner l'expérience de leur accouchement.

Un projet de naissance s'avère nécessaire dès lors que, d'une part, l'accouchement est pratiqué selon un paradigme technocratique et que, d'autre part, les soins sont fragmentés; que, dans ce contexte, les femmes sont suivies par une foule de professionnels de la santé. L'anthropologue Davis-Floyd (2002) décrit trois paradigmes du soin de santé, à savoir un paradigme technocratique, un paradigme humaniste et un paradigme holistique de la naissance. Dans la suite de cet article, je me concentrerai sur les paradigmes technocratique et humaniste.

## Illustrations

Tout au long de ce dossier, Thierry Paccaud (Rue de Malagny 21, 1196 Gland, tél. 022 364 25 42) présente ses «Clous en vie», œuvres originales et variées faites à partir de véritables clous de charpentier. La plupart mettent en scène un sportif ou un musicien, quelques-unes un père avec son enfant.

(Photos: JBS)

Je crois qu'ils ont une grande influence sur notre société et que l'approche humaniste donne aux sages-femmes une occasion de prendre distance par rapport au modèle technocratique généralement dominant.

## Technocratique versus Humaniste

En résumé, le modèle technocratique correspond au modèle médical où l'esprit et le corps sont vus comme séparés l'un de l'autre et où le corps est perçu comme fonctionnant telle qu'une machine. Le corps des femmes étant sous l'influence peu fiable de la nature, il est considéré inévitablement et par essence comme imparfait; il nécessite donc une surveillance constante et un contrôle médical. La pratique obstétricale et sa technologie ont été développées pour conduire et améliorer un processus de reproduction intrinsèquement défectueux. Les femmes donnant naissance dans un environnement technocratique sont encouragées à abandonner leurs responsabilités, pour elles-mêmes et pour leur enfant, et à les transférer au personnel médical. Elles reçoivent passivement des soins au lieu d'être des partenaires impliquées dans un processus de décision. Leur jugement à propos de ce que leur corps ou leur bébé est en train de subir a peu de valeur, alors que les machines et les technologies sont considérées comme des témoins bien plus fiables.

A l'opposé du paradigme technocratique, Davis-Floyd (2002) présente le paradigme humaniste comme une tentative de connexion plutôt que de séparation. Corps et esprit sont envisagés comme reliés et la femme elle-même est vue dans sa globalité: avec son passé, sa culture, sa famille, ses valeurs. Les soins sont alors personnalisés



Sue Brailey, sage-femme indépendante agréée, formatrice à l'école de Berne, membre du Conseil rédactionnel «Hebamme.ch».



# nce: pour ou contre?

au lieu d'être standardisés. Dans la littérature médicale, une analogie peut être établie avec le modèle bio-psycho-social qui prend en compte le biologique, le psychologique et l'environnement social. Dans le modèle humaniste, l'information, la prise de décision et la responsabilisation sont partagées entre la femme et le prestataire de soins.

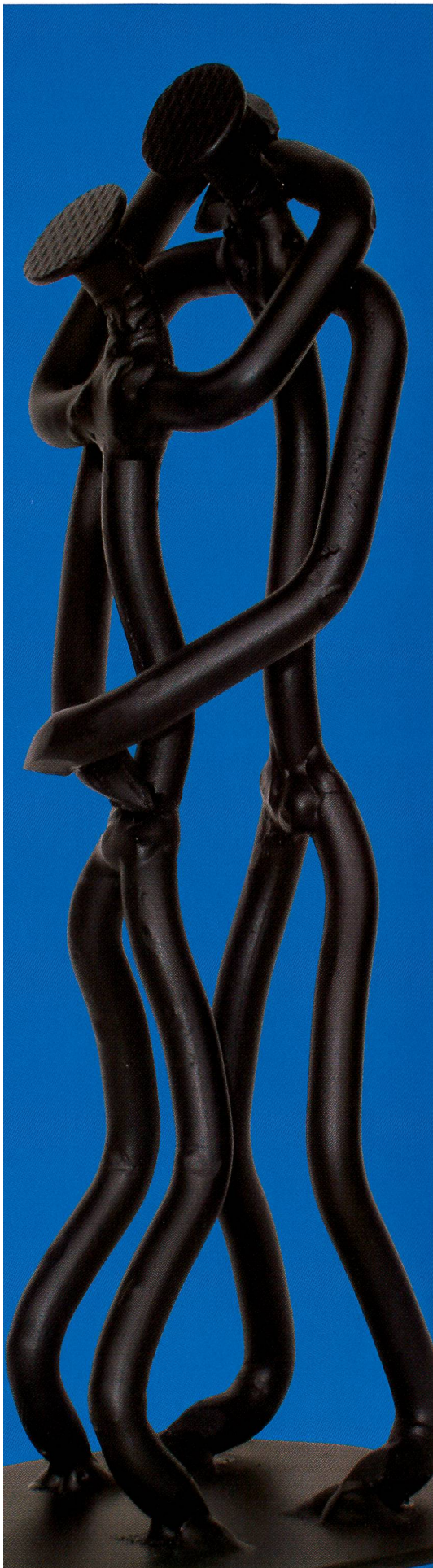
Dans le paradigme humaniste, les projets de naissance soutiennent la pratique de la sage-femme. Encourager les femmes à écrire un projet de naissance signifie alors que nous devons leur fournir davantage d'informations pour être capables de faire des choix concernant leurs soins. Les femmes peuvent prendre leurs responsabilités et avoir davantage de contrôle sur les décisions.

De fait, se sentir en état de contrôler la situation semble être un des facteurs les plus importants influençant l'expérience qu'ont les femmes de leur accouchement. C'est ce qui a été démontré dans des études portant sur la satisfaction des femmes à propos de leur expérience d'accouchement. Une étude descriptive américaine portant sur 60 femmes ayant vécu un accouchement par voie basse normale, ceci dans deux hôpitaux différents, a montré que le sentiment de contrôler soi-même la situation était statistiquement significatif pour prédire une satisfaction positive globale de l'expérience de mettre au monde son enfant ( $p = 0,0045$ ) (Goodman et al, 2004). Par ailleurs, dans une étude longitudinale, toutes les femmes ont mentionné ce même contrôle, alors qu'aucune question n'en faisait directement état. Contrôler ce qui leur arrivait et comment les décisions concernant leurs soins étaient prises, tels étaient les facteurs importants influençant leur satisfaction à long terme et l'image d'elles-mêmes qui en découlait.

En Suisse, la plupart des parturientes n'ont pas l'occasion de faire savoir ce qu'elles veulent à la sage-femme s'occupant d'elle durant leur accouchement. De ce fait, «quelqu'un», un soignant qui ignore leur préférence ou leur désir s'occupe d'elles. Si ces femmes avaient eu un projet de naissance écrit avec elles, la sage-femme qui s'occupe d'elle aurait pu trouver rapidement ce qu'elles voulaient, comment elles souhaitaient que cela se passe, sans avoir à les déranger en plein travail avec une série de questions. Pour les femmes qui ont connu la continuité des soins et qui sont capables de construire une relation







avec leur sage-femme tout au long de leur grossesse, la nécessité d'un projet de naissance devient obsolète, puisque la sage-femme présente durant le travail a eu de multiples occasions de discuter de leurs préférences au cours des visites anténatales. L'attrait récent pour les doulas reflète bien le désir des femmes d'avoir à leurs côtés, durant tout le travail, une même personne présente, qui connaît leurs désirs et qui, au besoin, pourra fonctionner comme une avocate.

### Les buts d'un projet de naissance

L'expérience de la naissance structure la vie future en tant que mère. L'acte de donner la vie marque une transition d'un état à un autre, plus exactement de la grossesse à la maternité, et la manière de vivre cette transition a des répercussions sur la vie future de la femme en tant que mère. Quatre facteurs semblent influencer la satisfaction: les attentes personnelles, l'ampleur du support fourni par les soignants, la qualité du support fourni par les soignants et l'implication dans la prise de décisions (Hodnett 2002). Chacun de ces facteurs peut être favorisé dans un projet de naissance.

Le fait de mettre par écrit et de formuler un projet de naissance encourage les femmes à réfléchir à ce qui pourrait être idéal pour elles. Rédiger ses souhaits à propos de la naissance permet aux femmes de réaliser quels choix sont possibles et aussi, espérons-le, où et avec qui elles sont le plus à l'aise. Curieusement, les femmes ayant de grandes attentes augmentent leur chance de vivre une expérience positive, tandis que les femmes ayant de faibles attentes ont tendance à être moins satisfaites de leur accouchement (Green, Coupland et al. 1990). Quoi qu'il en soit, rédiger un projet de naissance amènent les femmes à parler de leurs attentes et de leurs désirs avec leur partenaire, leurs amis et leur famille, élargissant ainsi les possibilités de support social de leur réseau.

Les projets de naissance peuvent être un moyen utile pour promouvoir un choix informé. Discuter d'un projet de naissance avec des soignants induit un partenariat où des décisions sont prises conjointement. Le dialogue est ouvert et la transparence grandit. Tout cela dépend évidemment de la propre philosophie du soignant au sujet de la naissance et de sa volonté de partager le pouvoir, de fournir à la femme une information neutre et actualisée. Mais, la rédaction d'un projet de naissance peut être un processus d'apprentissage pour toutes les personnes impliquées. Elle peut initier une recherche active d'informations

que l'on espère basées sur des preuves («evidence based»).

Les projets de naissance sont des documents évolutifs, qui peuvent être modifiés avec l'arrivée de nouvelles informations, un changement de circonstances et l'évolution de la communication. Ils sont utiles pour les femmes, non seulement pour mettre par écrit quelles sont leurs préférences pour un accouchement idéal, mais aussi pour considérer quels seraient leurs désirs si les choses ne se passent pas comme elles l'ont prévu. Tout comme lorsque nous planifions nos vacances en pensant aussi à ce que nous ferions s'il venait à pleuvoir ou si la voiture venait à tomber en panne... De la même manière, les femmes peuvent considérer comment un travail ralenti pourrait être géré, ou ce qu'elles voudraient si une césarienne s'avère nécessaire.

Les projets de naissance peuvent devenir des documents légaux et peuvent être utilisés pour enregistrer un consentement informé tout comme un refus informé. Récemment, une de mes clientes en a été un exemple extrême. Anna attendait son 2<sup>e</sup> enfant et avait planifié une naissance à domicile. Son premier enfant était né prématurément à 27 semaines et une épisiotomie avait été faite contre sa volonté. Elle était très bien informée et pleinement consciente qu'une naissance prématurée n'est pas une indication pour une épisiotomie (Lobb et al., 1986). Venant d'Amérique du Nord, elle avait écrit un projet de naissance détaillé, exprimant explicitement qu'elle ne donnait pas son consentement pour une épisiotomie, quelles que soient les circonstances. Une copie du projet de naissance était déposée chez un avocat aux Etats-Unis et cela était indiqué dans le projet de naissance avec la précision supplémentaire suivante: en cas d'épisiotomie contre son gré, une procédure légale serait engagée.

### Source potentielle de conflits

Les projets de naissance peuvent être sources de conflits. Les femmes choisissent souvent très tôt au cours de la grossesse les soignants et le lieu de la naissance et, de ce fait, la manière dont le travail et la naissance se produiront.

Ceci est particulièrement le cas des femmes qui accouchent dans un environnement technocratique où elles sont sensées recevoir passivement des soins. Elles sont alors souvent «autorisées» à choisir des choses superficielles, comme d'avoir leur propre musique, d'apporter leur propre huile de massage ou leurs bougies. Des choix qui ne sont que des illusions, tant que les soignants répuent à chan-



ger leurs chères croyances ou leur pratique clinique face à un projet de naissance, fût-il inspiré par des faits probants («evidence based»).

Une recherche récente donne bien à penser... Elle montre en effet que les femmes ayant rédigé un projet de naissance sont davantage prêtes à subir diverses formes d'interventions que les femmes n'en ayant aucun. Jones et al. (1998) ont étudié 42 femmes avec un projet de naissance. Ils constatent que seulement 40% d'entre elles ont une naissance normale alors que 60% des femmes n'ayant aucun projet de naissance ont une naissance normale. Chacune des formes d'interventions, à l'exception de la péridurale, était plus fréquente dans le groupe avec projet de naissance que dans le groupe sans projet de naissance. Les auteurs émettent l'hypothèse que les soignants sont irrités face aux femmes ayant un projet de naissance et réagissent de manière plutôt hostile. Malheureusement, les auteurs attribuent cette différence à l'existence même du projet de naissance; ils détournent leur attention des attitudes de l'équipe et ignorent comment leur relation avec ces femmes pourrait être améliorée.

Autre source potentielle de conflit: les protocoles médicaux. La plupart des projets de naissance ne contiennent pas de souhaits ou de requêtes non raisonnables. Leur contenu est généralement basé sur des faits probants: par exemple pas de goutte-à-goutte, liberté de mouvement, accouchement dans l'eau, pas de monitoring fœtal en continu. Néanmoins, la sage-femme peut se trouver elle-même face à un dilemme: ou bien, prodiguer des soins dans une perspective «evidence based» à la demande de la femme; ou bien adhérer à la politique de son employeur. Il s'agit là d'un conflit venant non pas de la femme et de son projet de naissance, mais plutôt de l'hôpital dont les protocoles rigides ne reflètent pas les «bonnes pratiques» courantes. En revanche, des requêtes d'interventions telles que déclenchement, césarienne ou péridurale sont souvent très bien reçues par les soignants. C'est lorsque les femmes en demandent peu (obstétrique «low-tech») que les conflits surgissent le plus souvent. C'est en effet quand elles rejettent l'obstétrique «high-tech», qu'elles quittent par conséquent le paradigme technocratique et qu'elles se mettent à lancer un défi à la culture dominante, que les choses se gâtent.

## Alors, que faire?

Un projet de naissance écrit peut constituer un outil précieux, dans le sens où il aide la femme à réfléchir à ce qu'elle vou-

drait – ou ne voudrait pas – vivre durant son accouchement. Au sein d'un groupe de réflexion et avec des soignants, le processus de formulation et de discussion d'un projet de naissance amène la femme à penser à ce qui pourrait la sécuriser, à ce qui pourrait lui apporter du confort et aux formes d'interventions qu'elle peut envisager. La rédaction d'un projet de naissance peut même être à l'origine d'un véritable dialogue avec les soignants; il peut aider à entrer en discussion sur les options possibles et à faciliter un choix – ou un refus – éclairé. Lorsque nous, en tant que sages-femmes, encourageons la femme à écrire un projet de naissance, nous lui disons qu'elle est en position de façonner son expérience de naissance et d'en avoir le contrôle.

Si un conflit surgit à cause de l'existence d'un projet de naissance, ce n'est pas parce que la femme a écrit ce document, mais plutôt parce qu'un soignant n'a pas eu l'attitude qui convenait lors des soins à apporter et face au rôle que la femme aurait pu jouer dans ces soins-là. Il est vrai que, lorsque la femme est suivie par une sage-femme qu'elle connaît et qui la connaît, ou quand les professionnels de la santé sont ouverts aux choix et aux prises de décisions, une formulation écrite des projets de naissance s'avère superflue. Toutefois, jusqu'au jour «J», un projet de naissance permet à la femme d'avoir avec elle un outil précieux pour l'aider à vivre l'expérience qu'elle voudrait pouvoir vivre.

*Traduction: Josianne Bodart Senn*

## Références

- Davis-Floyd R.: The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. MIDIRS Midwifery Digest, vol. 12, n. 4, December 2002, 500-506.
- Goodman et al.: Factors relating to childbirth satisfaction. Journal of Advanced Nursing, vol. 46, no. 2 April 2004, 212-219.
- Green, Coupland et al.: Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth. A prospective study of 825 women. Birth, vol. 17, 1990, 15-24.
- Hodnett E.: Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynaecology, 186, 2002, 160-172.
- Jones et al.: Do birth plans adversely affect the outcome of labour? British Journal of Midwifery: Vol. 6, 1998, 38-41
- Lobb M.O., Duthie S.J. et al.: The influence of episiotomy on the neonatal survival and incidence of periventricular haemorrhage in very low birth weight infants. European Journal of Obstetric and Gynaecology Reproductive Biology, vol. 22, 1986, 17-21.
- Simkin P.: The Birth Partner. Massachusetts: The Harvard Common Press, 1989.
- Simkin P.: Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience: part I Birth, vol. 18, n. 4, 1991, 203-210.

## Un « bon » projet de naissance

### Comment le rédiger?

Rédiger un projet de naissance peut être une excellente occasion de se demander ce que vous voudriez vivre – ou ne pas vivre – durant l'accouchement. En discuter avec votre sage-femme peut vous aider à faire de cette expérience «votre» expérience. Évidemment, les naissances ne se passent pas toujours exactement comme prévu et rester flexible est un atout pour vivre une expérience positive, quelles que soient les circonstances. Voici une liste de ce que vous pourriez prendre en considération:

#### Durant la grossesse

Choix du soignant: sage-femme indépendante, obstétricien privé, centre médical

Lieu de naissance: domicile, maison de naissance, hôpital

#### Durant l'accouchement

A considérer: monitoring du rythme cardiaque de l'enfant (intermittent ou continu), mobilité, utilité du bain, touchers vaginaux, goutte-à-goutte, rupture des membranes, accompagnant, gestion de la douleur, choix des positions, soins immédiats à l'enfant, délivrance du placenta, utilisation du Syntocinon.

#### Une fois que Bébé est né

A considérer: vitamine K, genre d'allaitement, utilisation de la sucette, durée du séjour à l'hôpital ou en maison de naissance, vêtements pour bébé.

Lors de la rédaction, rappelez-vous qu'il peut être non raisonnable d'attendre de votre soignant qu'il/elle change radicalement sa manière habituelle de faire, juste pour vous. Vous auriez avantage à rechercher une personne plus en accord avec vos désirs.

#### Le projet de naissance

Ecrivez vos propres idées sur l'accouchement – ce que vous voudriez et ce que vous ne voudriez absolument pas. Si vous avez une demande spéciale, parce que vous avez un handicap, parce qu'une cérémonie culturelle ou religieuse est importante pour vous, veuillez également l'indiquer.



# Les «Amis des femmes qui

**L'Initiative «Amis des femmes qui enfantent» (Mother-Friendly Childbirth Initiative) est un projet pour l'amélioration des services entourant la maternité, dont le siège est en Floride (Etats-Unis) et qui rassemble des organisations du monde entier. Ce projet CIMS («Coalition for Improving Maternity Services») a pour but de promouvoir un modèle de soins entourant la maternité axé sur le bien-être, améliorant les «résultats» de l'accouchement et réduisant substantiellement les coûts.**

Le label est axé sur la mère, le bébé et la famille. Il est fondé sur des données probantes («evidence-based»).

## Les principes CIMS

Les membres de la CIMS («Coalition for Improving Maternity Services») ont défini des principes pour promouvoir les services «Amis des femmes qui enfantent». Ils concernent:

- La normalité de l'accouchement;
- L'Empowerment;
- L'autonomie;
- La préoccupation de ne pas nuire;
- La responsabilité.

### La normalité de l'accouchement

L'accouchement est un processus normal, naturel et sain.

Les femmes et les bébés ont tout ce qu'il faut pour, respectivement, donner naissance et venir au monde.

À leur naissance, les bébés sont des êtres humains éveillés et sensibles et on devrait le reconnaître et en prendre soin en conséquence.

L'allaitement constitue la nourriture optimale pour les nouveau-nés et les bébés. La naissance peut avoir lieu en toute sécurité dans les centres hospitaliers, les maisons de naissance et le domicile des parents.

La conception de l'accouchement qu'ont les sages-femmes qui soutiennent et protègent le processus normal de la naissance, est la plus appropriée pour la majorité des femmes enceintes et qui accouchent.

### L'empowerment

La confiance d'une femme dans ses capacités à donner naissance et à prendre soin de son bébé peut être ac-

crue ou diminuée par toute personne qui s'occupe d'elle et par l'environnement dans lequel elle donne naissance.

La mère et son bébé sont des personnes distinctes mais interdépendantes durant la grossesse, la naissance et la petite enfance. Cette interconnexion est vitale et doit être respectée.

La grossesse, l'accouchement et la période postnatale sont des événements marquants de la vie. Ces expériences affectent profondément les femmes, les bébés, les pères et les familles, et ont un impact important et durable sur la société.

### L'autonomie

Chaque femme devrait pouvoir:

- Vivre son accouchement comme un événement sain et joyeux pour elle-même et sa famille, peu importe son âge et les circonstances entourant l'accouchement.
- Donner naissance comme elle le désire dans un environnement où elle se sent soutenue et en sécurité, et où son bien-être psychologique, son intimité et ses désirs sont respectés.
- Avoir accès à toute une gamme de choix en ce qui concerne sa grossesse, son accouchement et la manière de nourrir son bébé, ainsi qu'à de l'information juste sur tous les lieux de naissance, les différents types de professionnels offrant des services et les pratiques existantes
- Recevoir de l'information juste et à jour sur les bénéfices et les risques de toutes les interventions, médicaments et tests qui lui sont suggérés durant sa grossesse, son accouchement et la période post-partum, information accompagnée du droit d'y

consentir ou de les refuser de manière éclairée.

- Recevoir du soutien afin de faire des choix éclairés relativement à ce qui constitue la ou les meilleure(s) option(s) pour elle et son bébé et ce, en fonction de ses valeurs et croyances individuelles.

### La préoccupation de ne pas nuire

On ne devrait rien faire de manière routinière pendant la grossesse, l'accouchement ou la période post-partum. En effet beaucoup de tests, de procédures, de technologies médicales et de médicaments posent des risques pour la mère et le bébé et ne devraient pas être utilisés en l'absence d'indications scientifiques précises.

Si des problèmes surviennent durant la grossesse, l'accouchement ou la période post-partum, les traitements médicaux utilisés devraient avoir été évalués et avoir fait l'objet de recommandations sur le plan scientifique.

### La responsabilité

Chaque intervenant-e est responsable de la qualité de soins qu'il ou elle fournit.

Les pratiques relatives à l'accouchement ne devraient pas être fondées sur le besoin de l'intervenant-e mais uniquement sur ceux de la mère et de l'enfant.

Chaque centre hospitalier et chaque maison de naissance est responsable de réviser et d'évaluer périodiquement, en lien avec les résultats d'études scientifiques, l'efficacité, les risques et les taux des interventions (procédures) médicales effectuées sur les mères et les bébés.

La société, par le biais de ses gouvernements et institutions de santé publique est responsable d'assurer un accès adéquat aux services de maternité à toutes les femmes et de surveiller la qualité de ces services.

Les individus sont ultimement responsables de faire des choix éclairés relativement aux soins de santé qu'ils et elles et leurs bébés reçoivent.

### Les dix étapes CIMS

Ces principes soutiennent les dix étapes pour être désigné «Amis des femmes qui enfantent»:



# enfantent»

1. Offrir à toutes les femmes en travail:
  - la possibilité d'avoir auprès d'elles un ou des compagnons de leur choix, incluant le père, leur partenaire, leur(s) enfant(s), des membres de la famille ou des ami-e-s et ce, sans restrictions;
  - l'accès illimité à du soutien continu psychologique et physique fourni par une femme formée à cet effet, soit une doula ou une accompagnante;
  - l'accès à des services de sage-femme.
2. Fournir de l'information juste, sous forme descriptive et statistique, à la population sur ses pratiques et procédures entourant l'accouchement, incluant les types d'interventions et les «résultats».
3. Fournir des soins adaptés culturellement – soit des soins tenant compte des différentes croyances, valeurs et coutumes de l'ethnie ou de la religion à laquelle les femmes en travail appartiennent et les respectant.
4. Donner à la femme en travail la liberté de marcher, de bouger, et de prendre les positions de son choix durant le travail et la naissance de son bébé (à moins de restriction motivée par la nécessité de pallier une complication) et décourager la position couchée sur le dos et les jambes surélevées.
5. Avoir des politiques claires et des procédures concernant:
  - la collaboration avec d'autres services de maternité – incluant les consultations – au cours de la période périnatale, dont la communication avec le ou la professionnel-le attitré(e) de la femme enceinte lors d'un transfert d'un lieu de naissance à un autre au besoin;
  - les références à des ressources appropriées dans la communauté pour la mère et le bébé, incluant le suivi prénatal et postnatal et le soutien à l'allaitement.
6. Ne pas avoir recours, de manière routinière, à des pratiques et à des procédures non fondées sur des preuves scientifiques (données probantes), incluant les routines suivantes (mais non limité à celles-ci):
  - le rasage de la vulve ou du périnée

- l'administration de lavements
- la pose d'un soluté
- l'interdiction à la femme en travail de boire et de manger
- la rupture des membranes tôt dans le travail
- la surveillance électronique du cœur fœtal (monitoring)

limiter les interventions suivantes aux taux indiqués:

- taux de déclenchement artificiel du travail de 10 % ou moins
  - taux d'épisiotomie de 20% ou moins, (objectif: 5% ou moins)
  - taux de césariennes de 10% ou moins, dans les hôpitaux communautaires, et de 15 % ou moins dans des hôpitaux spécialisés offrant des soins de type tertiaire
  - taux d'AVAC (accouchements vaginaux après césarienne) de 60% ou plus (objectif: 75% ou plus)
7. Enseigner au personnel des techniques non pharmacologiques de soulagement de la douleur et ne pas promouvoir le recours aux analgésiques ou aux médicaments anesthésiants en l'absence d'indication destinée à traiter une complication.
  8. Encourager toutes les femmes ayant donné naissance et les familles – incluant celles qui ont des bébés prématurés ou ayant des malformations congénitales – à toucher, tenir, allaiter et prendre soin de leur bébé dans la mesure où leur état le permet.
  9. Décourager la circoncision du nouveau-né pour un motif non religieux
  10. Viser à se conformer aux 10 critères établis par l'OMS et l'UNICEF des établissements «Amis des bébés» pour la promotion de l'allaitement.

Traduction: Hélène Vadeboncoeur

Voir aussi: aussi [www.motherfriendly.org](http://www.motherfriendly.org)

