

# LE PÉRISCOOP

Jun 2008 Volume 12 Numéro 2 | ISSN-1201-9143



## VERS L'ACCOUCHEMENT NORMAL

Chez nous, comme **chez nos voisins**

**CÉLINE LEMAY, PH. D.**  
Sage-femme

Au Québec, plus de la moitié des naissances se déroulent actuellement en présence de médecins spécialistes : l'obstétricien gynécologue, le pédiatre et l'anesthésiste. À la base même de l'inscription des accouchements dans nos statistiques, il est surprenant de se rendre compte qu'un accouchement est considéré « au même titre qu'une chirurgie » dans les documents de la RAMQ et comptabilisé dans les statistiques de MED ECHO sous la catégorie des « chirurgies ». Nous pouvons comprendre alors que tout est en place pour que l'accouchement normal s'estompe

de nos tableaux. La table est mise pour que l'on se mette à croire qu'une césarienne est simplement une autre façon d'accoucher. Ce processus évolutif datant de milliers d'années et qui assure la reproduction de l'espèce humaine semble ne pas peser bien lourd devant l'effet séducteur du contrôle technologique de l'accouchement.

Que se passe-t-il au royaume de la naissance? On dirait que nous sommes passés d'une confiance en les femmes à une confiance en la technologie. On dirait que les femmes sont en train de faire

la même chose et de renoncer à utiliser et à réclamer ce pouvoir qui pourtant leur appartient. L'accouchement est souvent considéré comme un problème à régler et non pas comme un processus complexe et unique à soutenir.

Comment pouvons-nous faire la promotion de l'allaitement en tant que processus optimal global pour l'enfant et en même temps justifier des interventions sur le processus de sa naissance, comme si l'un est acceptable et souhaitable et que l'autre est hautement problématique? Oublions-nous que

c'est à travers un même corps de femme que les deux se déroulent ?

Depuis plusieurs décennies, les interventions conçues pour des situations à risque sont proposées et même souvent imposées à des femmes enceintes en santé alors que les textes scientifiques médicaux considèrent la grossesse et l'accouchement comme des processus physiologiques normaux du corps féminin. Le grand nombre d'interventions à l'accouchement nous amène à les considérer bien plus sous

l'angle de la maladie que celui d'un processus normal de la vie. C'est là une des sources des problèmes actuels.

Aujourd'hui, un peu partout dans le monde, l'augmentation constante du taux de césarienne est de plus en plus questionnée. Ce n'est pas la chirurgie comme telle qui l'est, car nous savons tous qu'elle permet de sauver des vies, c'est sa surutilisation qui commence à être considérée comme problématique.

À la base même de l'inscription des accouchements dans nos statistiques, il est surprenant de se rendre compte qu'un accouchement est considéré « au même titre qu'une chirurgie » dans les documents de la RAMQ et comptabilisé dans les statistiques de MED ECHO sous la catégorie des « chirurgies ».

## CRÉDITS

Les membres du conseil de coordination en périnatalité de l'ASPQ agissent à titre de comité éditorial pour le PÉRISCOOP.

### Catherine Chouinard

Chargée du dossier périnatalité, ASPQ

### Catherine Gerbelli

Sage-femme

### Céline Lemay, Ph.D.

Présidente, Regroupement les Sages-femmes du Québec

### Lucie Thibodeau

Directrice du Réseau des Centres de ressources périnatales

## COORDINATION

Catherine Chouinard  
Marie-Claude Perreault

## RÉDACTION

Catherine Chouinard

## COLLABORATION

Chantale Audet  
Jessyka Boulanger  
Céline Lemay  
Marie-Claude Perreault  
Hélène Vadeboncoeur

## CORRECTIONS

Marie-Claude Perreault

## MISE EN PAGE

Caroline Brunet

## CONTRIBUTION FINANCIÈRE

Ministère de la Santé et des Services sociaux

## SOMMAIRE [ Dans ce numéro du PÉRISCOOP ]

<b>Éditorial : Vers l'accouchement normal</b>	p. 1
<b>Prix Aurore-Bégin</b>	
Appel de candidatures – Édition 2008 : une bourse de 5000 \$	p. 4
<b>Conférence annuelle de l'ASPQ</b>	
Devenir parent en 2008 : des besoins à connaître et à reconnaître	p. 6
<b>Des nouvelles de la péri</b>	
Un mouvement qui prend racine	p. 8
<b>Accouchement normal</b>	
Pour une naissance Amie des mères	p. 10
Initiative internationale pour la naissance MèrEnfant (IINME)	p. 14
Transparence des soins en maternité : The Birth Survey	p. 22
Consensus sur l'accouchement normal au Royaume-Uni	p. 25
The Business of Being Born : Un documentaire, deux réflexions	p. 26
Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans	p. 30

### Un mouvement collectif

Il s'en passe des choses autour de nous dans le monde ! La *Coalition for Improving Maternity Services* aux États-Unis propose d'adopter une démarche similaire à celle « Ami des bébés » à partir de critères qui visent somme toute à soutenir l'accouchement normal et l'autonomie des femmes. Le Royaume-Uni a produit une déclaration sur l'accouchement normal, appuyé par un grand nombre de médecins, sages-femmes, infirmières et décideurs. En France, il y a maintenant une « semaine mondiale pour l'accouchement respecté ». Le film « *The Business of Being Born* » est présenté un peu partout et est un formidable déclencheur de prises de conscience et de mobilisation. Ce qui se passe autour de la naissance est devenu problématique et il faut s'en occuper en tant que société, pour aujourd'hui et pour demain.

Nous sommes bien loin ici de l'action idéologique de petits groupes militants. Nous parlons ici d'un mouvement collectif et profond. Il est question de santé sociale, de santé publique, à promouvoir et à protéger.

Nous sommes bien loin ici de l'action idéologique de petits groupes militants. Nous parlons ici d'un mouvement collectif et profond. Il est question de santé sociale, de santé publique, à promouvoir et à protéger.

Avec sa longue histoire de questionnement et de mobilisation autour des événements de la périnatalité, l'ASPQ continue de se tenir très proche de ces démarches. À partir d'une large base de collaboration multidisciplinaire, elle se mobilise actuellement pour

recevoir le forum de la *World Alliance for Breastfeeding Action* en 2010 et proposer du même coup, pour les intervenants du Québec mais aussi d'ailleurs, un grand rassemblement en périnatalité, une grande invitation à se rencontrer et se mobiliser autour des thèmes liés à la naissance.

Le monde est en train de se réveiller et de se réseauter par rapport à la santé et à l'avenir de notre mère la Terre. La recherche de l'efficacité et du contrôle sans tenir compte des conséquences sur notre environnement a mené à des dérives importantes qui nous touchent et nous inquiètent. Le monde est probablement en train de s'éveiller aussi en ce qui concerne la santé de nos mères et de nos familles. Ils sont notre trésor et notre avenir. Ailleurs et ici, il va s'agir de se tenir debout au milieu d'une forte vague. ☒

### RECTIFICATIF

Dans le Pêriscoop d'avril dernier, Céline Lemay nous offrait un texte « Un bébé vient au monde, c'est la naissance d'une mère<sup>1</sup> » où elle nous proposait de considérer, comme nous le faisons avec les nouveau-nés, l'APGAR de la nouvelle mère. Au cœur de cet article, elle nous soumettait un tableau dont le centre représentait la mère. « Comment va la maman ? » pouvions nous y lire. Madame Lemay avait elle-même écrit : « Comment va la mère ? ». Les textes soumis pour le Pêriscoop sont relus et cette fois-ci un mot a été changé, sans se douter qu'il avait été choisi avec soin. Pour Madame Lemay, la différence est importante entre maman et mère. La définition du mot « maman » dans le Petit Robert est celle-ci : « Terme affectueux par lequel les enfants même devenus adultes, désignent leur mère. » Il fait donc référence à la relation de l'enfant à sa mère. Madame Lemay parlait de la relation de la femme avec l'intervenant de la santé dans son rôle de mère. Alors, si vous utilisez le texte de Céline Lemay, veuillez s'il vous plaît corriger le terme dans le tableau, pour bien refléter sa pensée et respecter sa vision.

1. Pêriscoop Avril 2008, p. 12, [www.aspq.org](http://www.aspq.org)



## prix aurore-bégin

# APPEL DE CANDIDATURES

Édition 2008 du Prix Aurore-Bégin : une bourse de 5000 \$

L'Association vous invite à poser votre candidature pour le Prix Aurore-Bégin qui vise à reconnaître publiquement un projet de promotion de la santé influençant la culture de la période périnatale, en considérant cette période comme un processus physiologique normal de transformation personnelle, familiale et sociale. En d'autres mots, le Prix Aurore-Bégin de l'ASPQ honore un projet qui propose une vision globale et multidimensionnelle de la naissance et qui contribue à ce que les femmes et les couples conservent leur pouvoir et développent leur autonomie tout au long de la période périnatale. Les dossiers doivent être reçus avant le 18 septembre 2008 à 17 h 00. Tous les règlements ainsi que les formulaires d'inscription sont disponibles sur le site internet de l'Association au [www.aspq.org](http://www.aspq.org). N'hésitez pas à communiquer avec nous si vous avez besoins de précisions sur les critères de sélection ou la marche à suivre.

Les dossiers doivent être reçus avant le **18 septembre 2008** à 17 h 00.

La remise des Prix se fera à Québec, en novembre prochain, dans le cadre des Journées annuelles de santé publique. La date ainsi que le déroulement

de la cérémonie de remise vous seront confirmés dans le prochain PÉRISCOOP ainsi que sur le site internet de l'Association à l'adresse mentionnée précédemment.

### L'origine du Prix

Le Prix Aurore-Bégin est en fait une édition renouvelée du Prix Materna de l'ASPQ qui fut décerné pour la dernière fois en l'an 2000, à l'équipe de périnatalité de l'hôpital Brôme-Missisquoi-Perkins pour son accréditation à titre de premier Hôpital Ami des Bébé au Canada. À partir des réflexions du jury de sélection



Prix Aurore Bégin : Une bourse de 5000 \$ !

### Composition du jury de sélection :

#### Céline Lemay

Présidente, Regroupement les sages femmes du Québec

#### Marie Rhéaume

Présidente, Conseil de la famille et de l'enfance

#### Claire Millette

Agente de recherche, Direction de la promotion de la santé et du bien-être, MSSS

#### Christiane Charest

Infirmière, Chef de programme Périnatalité, CSSS La Pommeraie

#### Dominique Pilon

Président, Association des médecins omnipraticiens en périnatalité

## LES GAGNANTS DES ANNÉES PRÉCÉDENTES

### Prix Materna

1995 – Le Centre Parents-enfants La boîte à copains d'Amos, notamment pour ses services de relevailles et de répit aux mères qui viennent d'accoucher.

1996 – La Maison de quartier de Fabreville, à Laval, pour son projet d'ateliers offerts aux mères adolescentes et aux nouvelles familles.

1998 – Madame Noëlla Tremblay, CLSC et CHSLD de Gatineau, pour son projet Suivi des mères en grande difficulté et de leur famille.

2000 – L'équipe du Pavillon des naissances de l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, Cowansville, pour son projet Hôpital Ami des bébés.

### Prix Aurore-Bégin

2003 – Naissance-Renaissance Estrie, à Sherbrooke, pour la qualité des services offerts à leur population et l'influence qu'ils exercent sur la culture périnatale.

2006 – Comité de parents MIMOSA

du Prix Materna, de la démarche accomplie pour définir le Prix Jean-Pierre Bélanger de l'ASPQ et en tenant compte de la vision concertée adoptée par le Comité national d'orientation et de mobilisation en périnatalité, nous avons repensé et redéfini ce prix consacré à la périnatalité.

de l'Abitibi. Cette femme mémorable n'a pas eu peur d'être différente et elle a fait tout ce qui était en son pouvoir pour contribuer à l'amélioration des conditions de vie des femmes et des familles de sa communauté, guidée par son bon sens et sa confiance dans la capacité des femmes à mettre leur enfant au monde.

promotion de la santé périnatale qui sera soumis à l'appréciation d'un jury de sélection. On peut se mériter le Prix sans être nécessairement un professionnel de la promotion de la santé ou même sans savoir qu'on fait de la promotion de la santé périnatale. C'est la nature et les mérites du projet qui seront évalués. ❏

### La femme

Aurore Bégin fut une sage-femme forte et courageuse qui, durant plus de dix ans, a contribué de façon exceptionnelle à soutenir et à accompagner les femmes, pour leur grossesse et leur accouchement, dans les colonies

### Le candidat

Les candidatures éligibles peuvent provenir d'une personne, d'un groupe, d'une organisation ou d'une partie d'organisation (service) et doivent présenter un projet spécifique de





## conférence annuelle

# CONFÉRENCE ANNUELLE DE L'ASPQ

## Devenir parent en 2008 : des besoins à connaître et à reconnaître

Comme à chaque année, l'ASPQ organise sa Conférence annuelle dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP). L'événement aura lieu le 19 novembre prochain, sous le thème : **Devenir parent en 2008 : des besoins à connaître et à reconnaître.**

Sous la présidence de Céline Lemay, Ph. D., sage-femme et administratrice de l'ASPQ, le comité scientifique de l'événement s'est déjà réuni à plusieurs reprises afin de concevoir un programme des plus intéressants.

La grossesse, l'accouchement et la première année de vie avec un bébé marquent une période de transformations et de changements majeurs dans la vie des parents. Au-delà du suivi médical de la mère et de son bébé et du passage à travers notre système de santé et de services sociaux, comment notre société organise-t-elle l'accueil et le soutien des familles? Quels environnements mettons-nous en place pour les accompagner dans leur nouvelle

Cette conférence s'adresse à l'ensemble des acteurs interpellés par la famille ainsi qu'aux intervenants de la santé puisque la prévention, la promotion et la protection sont en jeu dès le début de la vie.

Elle permettra aux participants :

- d'analyser la période périnatale en considérant la globalité de l'expérience des parents ;
- d'intégrer à leur pratique des stratégies d'interventions issues de divers milieux.

Veillez noter que le programme complet sera disponible sous peu sur le site internet de l'Association : [www.aspq.org](http://www.aspq.org). Nous vous invitons à le consulter régulièrement pour être informés des développements. ☒

réalité? Quelle place accordons-nous à leur expérience et à leurs besoins? Nous vous proposons d'explorer la période périnatale en portant attention aux processus autant qu'aux résultats, de vous amener au niveau du parcours des parents et de leurs besoins.

La conférence d'ouverture mettra en perspective l'évolution de la parentalité durant les 50 dernières années. Elle sera donnée par madame Louise Vandelac, Ph. D., professeure titulaire, Département de sociologie, Université du Québec à Montréal.

### QUOI ?

La Conférence annuelle de l'ASPQ

### OÙ ?

Au centre des congrès de Québec

### QUAND ?

Le 19 novembre 2008

### POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS

[www.aspq.org](http://www.aspq.org)

## MERCREDI 19 NOVEMBRE 2008 AU CENTRE DES CONGRÈS DE QUÉBEC

### CONFÉRENCE ANNUELLE DE L'ASPQ

#### Devenir parent en 2008 : des besoins à connaître et à reconnaître

*Matin*

#### PLÉNIÈRE

##### Devenir parent au fil du temps : différentes perspectives

Perspectives sociologiques de la parentalité des 50 dernières années

Panel : Politique de périnatalité et organisation des services : différentes perspectives

*Après-midi*

#### SESSIONS SIMULTANÉES

##### Session 1

##### Conciliation famille et emploi

Recherche-inventaire : Expérimenter une politique de conciliation travail-famille en entreprise et présentation d'outils

Stratégies pour diminuer le stress durant la grossesse  
Comment concilier allaitement et emploi?

##### Session 2

##### Les municipalités : terres d'accueil des nouvelles familles

Les politiques familiales municipales au Québec

Victoriaville : une ville qui concilie familles, aménagement du territoire et services communautaires

Les organismes communautaires : des milieux de vie pour tous les parents

##### Session 3

##### Vers une périnatalité sociale?

La Maison du Collectif : pour que l'attente soit bonne!

Le modèle sage-femme comme stratégie de périnatalité sociale

La Maison bleue : milieu de vie préventif à l'enfance

Le Centre Premier Berceau : Grandir avec son premier enfant

##### Session 4

##### En transition vers...

... la paternité : voyage au cœur d'un père

... la maternité : expérience linéaire versus processus de transformation

... la parentalité : un couple devient parent

#### PLÉNIÈRE

##### Parents en quête d'informations... ou comment faire du sens avec tout et son contraire?

En quête d'informations, en quête de fiabilité

Table ronde : Comment soutenir les parents dans leur quête d'informations tout en maintenant la confiance en leur capacités parentales?

#### Forum

##### Des besoins à connaître et à reconnaître

Le programme complet de la conférence ainsi que la liste des conférenciers sont disponibles sur notre site Internet au [www.aspq.org](http://www.aspq.org)



## des nouvelles de la péri

# L'ACCOUCHEMENT NORMAL :

## Un mouvement qui prend racine

CATHERINE CHOUINARD  
ASPQ

### La Politique de périnatalité du Québec : elle est arrivée !

Alors que la présente édition du *Périscoop* se trouvait chez notre graphiste pour qu'elle en fasse la mise en page, le ministère de la Santé du Québec a décidé de procéder au dévoilement de sa Politique de périnatalité, le vendredi 6 juin.

C'est ainsi que Lucie Thibodeau, présidente de l'ASPQ, a été invitée à assister à son dévoilement tant attendu et qu'elle s'est empressée de confirmer sa présence. Après une lecture rapide du document, nous sommes très satisfaits de constater que les valeurs véhiculées par le gouvernement dans cette politique rejoignent celles de l'Association, par exemple :

L'humanité : « Agir avec humanité, c'est d'abord respecter le caractère physiologique naturel de la grossesse, de l'accouchement, de la naissance et de l'allaitement. Pour ce faire, on verra à offrir des environnements propices au libre choix, à l'accompagnement et au soutien. On adoptera une approche souple, ouverte et sensible aux besoins des enfants et des parents », est-il écrit dans la politique.

Outre les valeurs, l'ASPQ partage également les convictions sur lesquelles la politique s'appuie, notamment que la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des processus physiologiques naturels,

que la parentalité est une réalité multidimensionnelle, qu'il faut faire confiance aux parents, ne pas négliger le rôle du père et favoriser son implication, pour ne nommer que celles-là.

Il est bien évident que nous n'avons pas eu suffisamment de temps entre le dévoilement de la politique et l'impression de ce numéro du *Périscoop* pour analyser en profondeur le document et d'en réaliser une synthèse critique de qualité. C'est ainsi que, dans les prochaines semaines, l'Association se penchera spécifiquement sur ce dossier afin de vous offrir, dans les meilleurs délais, un numéro dédié aux éléments importants de la Politique de périnatalité.

Le mouvement en faveur de l'accouchement normal, ou naturel, dans lequel l'ASPQ s'inscrit et que soutient la nouvelle Politique de périnatalité du gouvernement du Québec est un mouvement qui prend racine un peu partout dans le monde. C'est ainsi qu'il sera question dans ce *Périscoop* de vous entretenir sur des actions spécifiques menées en faveur de l'accouchement normal. Les projets et initiatives que nous aborderons dans les prochaines pages sont issus de chez-nous, des États-Unis et du Royaume-Uni mais cela aurait pu être du Brésil, de la France, de l'Europe du nord, de la Tchécoslovaquie...

L'ASPQ s'inscrit dans ce mouvement car nous croyons fondamentalement que la grossesse, l'accouchement

et l'allaitement sont UN processus physiologique normal et que le respect de ce processus et le soutien des personnes concernées ont un impact à court et à long terme sur le développement physique, émotionnel, affectif et spirituel des personnes, ainsi que sur la santé globale des familles. L'expérience de la grossesse, celle de l'accouchement et celle de l'allaitement deviennent alors tout aussi importantes les unes que les autres et c'est globalement que nous souhaitons les aborder. D'où l'organisation du Forum International de la World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) et d'un grand rassemblement en périnatalité, *Enfanter le monde*, en 2010 ; et d'où notre support à la Coalition for Improving Maternity Services (CIMS).

Désormais devenu une tradition printanière, l'Association s'est rendue pour la troisième année consécutive au Forum annuel de la CIMS, qui se tenait cette fois à Orlando en Floride. Et comme à notre habitude, nous vous en faisons rapport dans ce *Périscoop*. La délégation québécoise ayant assisté à ce Forum était composée de Lucie Thibodeau, présidente de l'ASPQ et directrice du Réseau des centres de ressources périnatales, de Lorraine Fontaine du Regroupement Naissance-Renaissance et de moi-même. Le dynamisme et l'efficacité de cette coalition sont réellement inspirants et c'est pourquoi nous souhaitons être en mesure de vous partager et de vous transmettre notre enthousiasme !



### Dans ce numéro du Pêriscoop sur l'accouchement normal

Dans les numéros précédents du Pêriscoop sur le Forum annuel de la CIMS, il a été avant tout question de la Mother-Friendly Childbirth Initiative (Initiative Amis des mères (IAM)) qui a été développée aux États-Unis et pensée en fonction de la pratique de l'obstétrique dans ce pays. Nous vous tenions aussi informé du développement d'une initiative parallèle qui, elle, serait d'envergure internationale. Dans ce numéro, il sera amplement question de cette initiative internationale, l'International MotherBaby Childbirth Initiative (Initiative internationale pour la naissance MèreEnfant (IINME)), qui a été lancée le 8 mars dernier à Orlando et qui nous semble bien prometteuse.

Dans le numéro du Pêriscoop d'octobre 2007, Hélène Vadeboncoeur vous rendait compte de la parution d'une revue de littérature

systématique et exhaustive appuyant les dix conditions pour des soins « Amis des mères », qu'il est possible de télécharger sur le site Internet de CIMS<sup>1</sup>. L'Organisme états-uniens *Citizens for Midwifery* en a résumé les points saillants afin d'en faciliter l'accès et le Regroupement Naissance-Renaissance en a fait la traduction que vous trouverez dans ce numéro.

Il sera question de transparence dans les soins de maternité et d'un outil accessible aux femmes de la région new-yorkaise (et bientôt à toutes les femmes des États-Unis), leur permettant d'avoir accès à de l'information de qualité concernant les soins offerts dans les lieux où elles prévoient accoucher, ceci afin qu'elles soient en mesure de faire des choix bien informés et de se préparer adéquatement.

Il sera aussi question du *Maternity Care Working Party* (MCWP), du Royaume-Uni cette fois, un rassemblement d'organismes multisectoriel,

dont le Collège Royal des Sages-femmes et le Collège Royal des Obstétriciens-gynécologues, et d'individus faisant campagne pour l'amélioration des soins en maternité. Le MCWP souhaite encourager une attitude positive envers l'accouchement normal. Leur démarche a aussi pour but d'offrir une définition de l'accouchement normal permettant de les comptabiliser et de les comparer de façon standard.

Enfin, suite à la projection en avril dernier du film *The Business of Being Born* à Montréal, nous vous offrons deux regards sur ce documentaire et des réflexions qu'il a suscitées. ☒

1. [www.motherfriendly.org](http://www.motherfriendly.org)



Veuillez prendre note que du **27 juin au 5 septembre** inclusivement, l'ASPQ fermera ses portes à **12 h le vendredi**. MERCI!



Toute l'équipe de l'Association vous souhaite une excellente période estivale!



## accouchement normal

# POUR UNE NAISSANCE AMIE DES MÈRES

## Points saillants des données probantes

Lorsque l'Initiative Amis des mères (IAM) a vu le jour en 1996 aux États-Unis, sous le nom de *Mother-Friendly Childbirth Initiative*, elle était fondée sur les études scientifiques disponibles au milieu des années 90. Quinze ans plus tard, la mise à jour exhaustive des données probantes s'imposait. À cette fin, un groupe d'experts a été constitué en 2005 par la *Coalition for Improving Maternity Services* (CIMS) afin de documenter par une revue de littérature systématique et exhaustive toutes les conditions et sous-conditions formant l'IAM. Le résultat de ce travail considérable a été publié dans un supplément du *Journal of Perinatal Education* de près de 100 pages, en mars 2007<sup>1</sup>.

Le document qui suit constitue un résumé de ces données probantes qui soutiennent les *Dix conditions pour des soins Amis des mères*<sup>2</sup>. Le texte original a été rédigé par « Citizens for Midwifery<sup>3</sup> » et a été traduit par Jessyka Boulanger puis révisé par Hélène Vadeboncoeur pour le Regroupement Naissance-Renaissance (mai 2008).

### Condition 1 :

Offrir à toutes les femmes en travail la possibilité d'avoir auprès d'elles un ou des compagnons de leur choix, un accès illimité à du soutien continu psychologique et physique ainsi qu'aux services de sages-femmes.

### > La possibilité d'avoir auprès d'elles un ou des compagnons de leur choix

La perception du soutien reçu durant le travail est un élément clé de la satisfaction ultime des femmes relativement à leur expérience d'accouchement. Le soutien est considéré par les femmes comme un déterminant de satisfaction bien plus important que l'expérience de la douleur ou que la satisfaction apportée par le soulagement de la douleur. Une plus grande satisfaction fut signalée lorsque le support à la naissance était fourni par le/la partenaire ou une/un doula que par une/un médecin ou une/un infirmière/er.

### > Un accès illimité à du soutien continu psychologique et physique pendant le travail

Le soutien pendant le travail réduit la probabilité de demandes de soulagement médical de la douleur lors du travail, réduit la probabilité de douleurs sévères durant la période post-partum, augmente la probabilité d'accouchements spontanés (accouchement vaginal sans l'utilisation de forceps ou de ventouse), augmente la satisfaction de l'expérience de la naissance et diminue le taux de césariennes et l'utilisation d'ocytocine durant le travail.

### > Un accès aux services de sages-femmes – Le recours aux soins fournis par des sages-femmes est associé à :

- Une augmentation de la durée des visites prénatales, de l'éducation et du counselling durant les soins prénataux et à moins d'admissions dans un centre hospitalier
- Une utilisation moindre d'analgésiques et/ou de la péridurale et une augmentation de l'utilisation d'alternatives pour le soulagement de la douleur ainsi qu'à une meilleure liberté de mouvement lors du

1. Pour consulter la revue systématique dans son intégralité, incluant la méthodologie, les critères d'inclusion et d'exclusion des études examinées, les données probantes relatives à chacune des 10 conditions, la discussion, les commentaires et la liste complètes des membres du groupe de travail d'experts de CIMS, rendez vous à [http://www.motherfriendly.org/pdf/CIMS\\_Evidence\\_Basis.pdf](http://www.motherfriendly.org/pdf/CIMS_Evidence_Basis.pdf).

2. Traduction libre de Evidence Basis for the Ten Steps of Mother-Friendly Care, The Journal of Perinatal Education, Vol.16, supplement 1, Winter 2007

3. [www.cfmidwifery.org](http://www.cfmidwifery.org)

travail et à l'ingestion d'aliments et de boissons

- Une diminution de l'utilisation de l'amniotomie (rupture des membranes), de soluté intraveineux, de moniteur fœtal électronique; des déclenchements artificiels du travail et de l'accélération du travail; à moins de blessures au périnée (tissus entre le vagin et l'anus) démontrées par moins d'épisiotomies, de lésions rectales et par plus de périnées intacts.
- Une diminution du taux de césariennes incluant les césariennes d'urgence suite à une détresse fœtale ou à un progrès inadéquat du travail et plus d'accouchements vaginaux après césarienne (AVAC). Moins de prématurité, d'insuffisance de poids à la naissance et de complications telles que des traumatismes lors de l'accouchement ou des réanimations suite à la naissance, et plus d'allaitement exclusif 2 à 4 mois suivant la naissance.

### Condition 2 :

Fournir de l'information juste, à la population, sous forme de statistiques descriptives sur les pratiques et procédures entourant l'accouchement, incluant les types d'interventions et les résultats.

La seule étude sur le sujet démontre que fournir de l'information basée sur des données probantes n'est pas néfaste. Le concept de « consentement

éclairé » est reconnu comme étant un droit fondamental de la personne. Font partie intégrante de ce droit, les discussions concernant les bénéfices/risques encourus par le traitement ou le non traitement, le consentement ou refus éclairé ainsi que le droit fondamental à l'autonomie personnelle.

### Condition 3 :

Fournir des soins adaptés culturellement

Des soins adaptés culturellement sont associés à une amélioration de la communication, à l'évitement d'erreurs médicales et à une augmentation de la satisfaction patiente/cliente ainsi qu'à la confiance en la/le prestataire de soins.

### Condition 4 :

Donner à la femme en travail la liberté de marcher, de bouger et de prendre les positions de son choix.

Aucune preuve d'effet néfaste ne fut trouvée à moins que des restrictions soient appliquées dans le cadre d'une complication. Marcher, bouger et prendre différentes positions peut abrégé le premier et le deuxième stade du travail, et ces mesures offrent un soulagement efficace de la douleur. Cela mène à moins de tracés non rassurants de la fréquence cardiaque fœtale, à moins

de blessures périnéales et à de pertes sanguines moindres. Marcher durant le premier stade du travail diminue la probabilité d'accouchement par césarienne, ou d'accouchement instrumentaux (forceps ou ventouse).

### Condition 5 :

Avoir des politiques claires et des procédures concernant la collaboration avec d'autres services de maternité et référer à des ressources appropriées dans la communauté

Des avantages autant pour les mères que les bébés furent associés à la continuité des soins et à une approche de soins axée sur la collaboration. Ces avantages incluent plus d'accouchements vaginaux spontanés, des péridurales moins fréquentes, des nouveaux-nés moins exposés à la nécessité de réanimation et une amélioration de l'allaitement. Les femmes n'ayant pas reçu de soins axés sur la continuité sont plus susceptibles de se sentir moins soutenues durant le travail, moins préparées à être parents, moins à l'aise de discuter de leurs préoccupations ou de problèmes reliés à la grossesse et à la période post-partum avec leur prestataire de soins.

→ suite page 12

**Condition 6 :**

Ne pas avoir recours à des pratiques et procédures non fondées sur des données probantes

Exemples d'interventions routinières non fondées utilisées fréquemment :

- L'amniotomie (rupture des membranes) échoue à réduire le taux de césariennes, peut augmenter les risques de tracés cardiaques fœtaux non rassurants, les taux d'infections maternelles et néonatales et mener à une procidence du cordon ombilical.
- La surveillance électronique continue du cœur fœtal, comparée à l'auscultation intermittente, augmente la probabilité d'accouchements instrumentaux et de césariennes et échoue à réduire les bas taux d'Apgar, les taux de mortinaissances et de mortalité néonatale, l'admission du nouveau-né aux soins intensifs, ou l'incidence de paralysie cérébrale. À l'opposé, la fréquence des convulsions néonatales associées à une forte dose d'ocytocine fut réduite par la surveillance électronique du cœur fœtal.
- Le déclenchement artificiel du travail sans indication médicale est associé à une augmentation de l'administration d'analgésiques et de péridurales et à une incidence de tracés cardiaques fœtaux non rassurants ; il est aussi associé à une augmentation des présentations dystociques de l'épaule (épaule coincée lors de l'accouchement) et à des accouchements instrumentaux ou par césarienne.

- L'épisiotomie n'améliore pas les résultats néonataux et engendre plus de douleur, plus de lésions rectales, ralentit la guérison ; elle rend les muscles du plancher pelvien plus faibles et entraîne plus de dysfonctions sexuelles.
- La césarienne augmente la probabilité d'infections, de complications dues à l'anesthésie, de blessures chirurgicales, d'hystérectomie, de besoin de transfusions sanguines, de douleurs chroniques, d'échec d'allaitement, de problèmes de santé mentale et physique, d'infertilité, en plus d'accroître les chances de complications fatales d'adhérence du placenta et des césariennes de plus en plus risquées lors de grossesses subséquentes.

**Condition 7 :**

Enseigner au personnel des techniques non pharmacologiques de soulagement de la douleur et ne pas promouvoir le recours aux analgésiques ou à des médicaments anesthésiants en l'absence d'indication destinée à traiter une complication

- Le massage et un toucher encourageant sont associés à une réduction de la douleur maternelle, du stress et de l'anxiété et aident les femmes à endurer le travail.
- L'hypnothérapie est associée à une réduction du besoin d'analgésiques et d'ocytocine pour la stimulation du travail, à une satisfaction accrue relativement au soulagement de la douleur et à un accouchement d'une durée moindre.
- L'hydrothérapie (l'immersion dans l'eau) est associée à une réduction de la tension artérielle maternelle, de la douleur lors du stade de dilatation du col, du besoin d'analgésique ou d'anesthésie, du besoin de stimuler le travail lors d'un travail lent ; elle est aussi associée à une diminution des présentations dystociques et à une satisfaction accrue des femmes relativement à leurs efforts de poussée.
- Les complications de l'anesthésie péridurale incluent des démangeaisons sévères (la péridurale narcotique), un travail plus long, une augmentation de l'utilisation d'ocytocine, de présentations dystociques, des accouchements assistés/instrumentaux (forceps ou ventouse obstétricale), des lésions rectales et possiblement des césariennes — surtout lorsque l'anesthésie est effectuée tôt durant le travail.
- Lorsque les opioïdes (des dérivées de la morphine) sont utilisés, les nouveau-nés sont plus sujets à une détresse respiratoire et à être allaités plus tardivement.

**Condition 8 :**

Encourager toutes les mères et les familles à toucher, tenir, allaiter et prendre soin de leur bébé

Toucher, tenir et prendre soin des nouveau-nés est associé à un attachement accru entre les mères et leurs bébés, que ceux-ci soient en bonne santé, prématurés ou souffrant d'une anomalie congénitale. Éliminer ou réduire le temps de séparation des mères et de leurs bébés, lorsque c'est possible, permet de réduire la détresse autant des bébés en santé que des bébés malades. Un contact peau à peau précoce sans entrave augmente les réponses positives à l'allaitement et sa durée lorsque les mères ont des nourrissons en santé.

**Condition 9 :**

Décourager la circoncision des nouveau-nés mâles lorsque faite pour des raisons non religieuses

La circoncision des nouveau-nés ne prévient pas les problèmes survenant à l'adolescence ou à l'âge adulte. Assumant un taux de complication de 2 %, la circoncision de 1000 nouveau-nés préviendrait 9 cas d'infections urinaires, mais causerait des complications chez 20 bébés. Des alternatives sans risque ou à moindre risque peuvent entraîner les mêmes

avantages que ceux qui sont attribués à la circoncision effectuée de routine.

**Condition 10 :**

Viser à se conformer aux critères établis par l'OMS et l'UNICEF des établissements amis des bébés pour la promotion de l'allaitement

La promotion de l'allaitement par les hôpitaux peut augmenter la durée exclusive de l'allaitement. Les mères accouchant dans les établissements ayant adhéré aux dix conditions de l'Initiative amis des bébés sont, de façon significative, plus susceptibles d'allaiter lorsque leur bébé a 12 mois que celles n'y ayant pas accouché. Elles sont également plus susceptibles d'allaiter exclusivement lorsque leur bébé a entre 3 et 6 mois et les nourrissons ont moins d'infections gastro-intestinales.

**Annexe : La naissance est sécuritaire dans les foyers et dans les maisons de naissances**

Résumant les données concernant les naissances à domicile (des femmes à faible risque de complications planifiant une naissance à domicile avec une intervenante qualifiée) et celles dans les maisons de naissances (installations indépendantes offrant des soins aux femmes à faible risque et à leurs nouveau-nés), les auteurs de la revue systématique de littérature ont relevé :

- Des taux inférieurs de déclenchement artificiel et de stimulation du travail, d'amniotomie, de soluté intraveineux et de surveillance par moniteur fœtal.
- Un moindre recours aux analgésiques, péridurale ou anesthésie spinale, plus de liberté de mouvement durant le travail lors d'un accouchement à domicile
- Une gestion plus efficace de la douleur durant le travail ; plus de liberté de mouvement et une ingestion accrue d'aliments et de liquides
- Une diminution du nombre de césariennes, d'utilisation de ventouses obstétricales, de forceps et d'épisiotomies
- Des résultats similaires pour les bébés, lorsque comparés aux résultats des bébés nés de mères ayant planifié une naissance en centre hospitalier.

« À cause de son caractère non-interventionniste et d'un environnement favorisant l'intimité, la naissance hors des centres hospitaliers facilite les soins Amis des mères » ❏



# INITIATIVE INTERNATIONALE POUR LA NAISSANCE MÈRENFANT (IINME)

## Dix conditions pour des **services optimaux en maternité**

CATHERINE CHOUINARD  
ASPQ

Depuis quelques années, diverses organisations, gouvernementales, professionnelles ou autres, à travers le monde, mettent de plus en plus l'accent sur le respect la normalité de l'accouchement et de l'expérience des femmes. C'est le cas du gouvernement

du Québec qui met de l'avant et qui soutient l'accouchement normal ainsi que les services de première ligne comme porte d'entrée du réseau de la santé pour les femmes enceintes dans sa nouvelle Politique de périnatalité. Parmi ces initiatives, la

*Mother-Friendly Childbirth Initiative*<sup>1</sup> (MFCI), que nous vous avons présentée à quelques reprises dans des numéros antérieurs du PÉRISCOOP, a récemment donné lieu à la création d'une initiative internationale, l'International MotherBaby Childbirth Initiative, dont il sera question plus loin dans cet article. Rappelons que la MFCI, que nous avons traduit par Initiative Amis des mères, a été créée en 1996 aux États-Unis. Comme vous le savez, il s'agit d'un modèle novateur de soins de maternité ayant une grande parenté avec l'Initiative Amis des bébés (IAB). Cette initiative s'appuie sur les principes suivants :

> 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, respectivement, pour donner naissance et venir au monde.
- À leur naissance, les bébés sont des êtres humains éveillés et sensibles et on devrait le reconnaître et prendre soin d'eux en conséquence.

©iStockphoto.com/Andrew Johnson



1. [www.motherfriendly.org](http://www.motherfriendly.org)

- L'allaitement constitue la meilleure nourriture pour les nouveau-nés et les bébés.
  - La naissance peut avoir lieu en toute sécurité dans les centres hospitaliers, les maisons de naissance et au 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 en ses capacités à donner naissance et à prendre soin de son bébé peut être accrue 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 interrelation 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; elles 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 dans lesquelles elle accouche;
  - Donner naissance comme elle le désire, dans un environnement où elle se sent soutenue et en sécurité, où son bien-être psychologique, son intimité et ses désirs sont respectés;
  - Avoir accès à toute une gamme de choix relatifs à sa grossesse, à son accouchement et à l'alimentation de son bébé, ainsi qu'à de l'information juste sur tous les lieux de naissances, les différents types de professionnels offrant des services et les pratiques existantes
  - Recevoir de l'information précise et à jour sur les avantages et les risques de tous les médicaments, interventions 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;
  - Être soutenue pour en arriver à des choix éclairés concernant 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
- Rien ne devrait être fait de manière routinière pendant la grossesse, l'accouchement ou la période post-partum. De nombreux tests, procédures, technologies médicales et médicaments présentent 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 scientifiques.
- > 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 les besoins de l'intervenant-e, mais uniquement sur ceux de la mère et de l'enfant.
  - Chaque centre hospitalier et 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 ou procédures médicales effectuées sur les mères et les bébés.
  - La société, par le biais du gouvernement et des institutions de santé publique, est responsable d'assurer un accès adéquat aux services de maternité à toutes les femmes et de contrôler la qualité de ces services.

- Les individu-e-s sont ultimement responsables de faire des choix éclairés relativement aux soins de santé qu'ils ou elles et leurs bébés reçoivent.

Tout comme le modèle proposé par l'IAB, ces principes sous-tendent dix conditions que doivent respecter les services de maternité souhaitant y adhérer<sup>2</sup>.

À l'origine, la MFCI était formée de représentantes d'organismes œuvrant en santé maternelle et infantile. Ce groupe initial est plus tard devenu la *Coalition for Improving Maternity Services* (CIMS) qui s'est donné pour mission de promouvoir la MFCI. Dans les années subséquentes, plus d'une centaine d'organisations ont démontré un vif intérêt envers la CIMS et y ont adhéré, dont plusieurs à travers le monde. Or, la MFCI a été pensée en fonction de la pratique de l'obstétrique telle qu'on la connaît aux États-Unis. Les demandes de différents pays sont devenues pressantes pour la création d'une initiative globale, qui serait cette fois inclusive pour toutes les régions de notre planète.

### Vers la création d'un réseau international

Afin de répondre à ces demandes, CIMS a mis sur pied en 2005 un Comité international ayant pour mandat de développer à l'échelle mondiale une initiative semblable

à la MFCI. De ce comité est né un réseau de représentantes basées dans différents pays ou régions du monde, le Canada étant représenté par la chercheuse Hélène Vadeboncoeur. Ces femmes ont identifié la plupart des organisations œuvrant en périnatalité dans plus de 160 pays, incluant les secteurs communautaires, professionnels, gouvernementaux et non-gouvernementaux et ont ainsi généré le plus vaste réseau du genre dans le monde.

(...) la MFCI a été pensée en fonction de la pratique de l'obstétrique telle qu'on la connaît aux États-Unis. Les demandes de différents pays sont devenues pressantes pour la création d'une initiative globale, qui serait cette fois inclusive pour toutes les régions de notre planète.

L'étape suivante a été de solliciter ces organisations ainsi que leur réseau pour participer à un sondage qui concernait les conditions de la *Mother-Friendly Childbirth Initiative* et qui était piloté par le Centre de recherche sur la santé des femmes de l'Université de la Caroline-du-Nord. Un élément touchant la question du choix informé, jugé essentiel par le réseau international, avait été ajouté. Les résultats du sondage ont démontré de façon éloquent que l'initiative des États-Unis obtenait la faveur de 80 % à 95 % des répondants<sup>3</sup> et qu'elle pouvait

servir de base à la création de ce qui deviendrait l'*International MotherBaby Childbirth Initiative* (IMBCI), que nous avons traduit par l'*Initiative internationale pour la naissance MèreEnfant* (IINME). Ce nom a été choisi pour bien illustrer que, bien qu'étant des personnes distinctes, la mère et son enfant forment une unité biologique et sociale indissociable, une dyade, qui ne devrait pas être séparée.

### Naissance de l'Initiative internationale pour la naissance MèreEnfant (IINME)

En juin 2006 s'est tenue à Genève en Suisse une rencontre exceptionnelle à laquelle participait Hélène Vadeboncoeur et qui réunissait les organisations suivantes : l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'UNICEF, OMS/UNICEF Initiative Amis des mères, Le Fonds de l'UNICEF pour la population (UNFPA), La Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens (FIGO), La Coalition for Improving Maternity Services, Lamaze International, Childbirth Connection, DONA International, La Ligue La Leche internationale (LLLI), Wellstart International, la World Alliance of Breastfeeding Action (WABA), La Confédération internationale des sages-femmes (ICM), l'International Lactation Consultant Association (ILCA), l'International Council of Nurses (ICN), l'International Pediatric Association (IPA), JHPIEGO et ACCESS. L'objectif de cette rencontre était de leur présenter une première version de l'IINME, de vérifier leur intérêt à la supporter et à

2. Pour connaître ces conditions, voir le Pêriscoop d'octobre 2007 à la page 4 au [www.aspq.org](http://www.aspq.org)

3. Voir le Pêriscoop d'octobre 2007 à la page 14





Lancement de l'IINME : des représentantes du Canada, du Mexique, de Porto-Rico et des Etats-Unis

la promouvoir, de vérifier si ce support était suffisant pour lancer le projet à travers le monde et de repérer des sites pour l'implantation de projets-pilotes. Cette présentation a suscité une grande vague d'enthousiasme.

En 2007 était créé un organisme indépendant de CIMS, l'*International MotherBaby Childbirth Organization* (IMBCO), une ONG dont la mission est de développer, mettre régulièrement à jour et promouvoir l'Initiative internationale pour la Naissance MèreEnfant. Les membres du conseil d'administration de l'IMBCO sont les deux co-présidentes Debra Pascali-Bonaro et Maureen Corry, la secrétaire Ray Davies, la rédactrice en chef Robbie Davis-Floyd et Mayri Lesley Sagady, qui assure la liaison avec CIMS. Le directeur exécutif à tout récemment été nommé, il s'agit du docteur Rodolfo Gomez Ponce de Leon de l'Argentine, qui est obstétricien-gynécologue.

C'est le 8 mars 2008, journée internationale des femmes, que l'IINME a été officiellement lancée, lors de la rencontre annuelle de CIMS en Floride.

Au cours de l'année qui vient de s'écouler, l'Initiative internationale a été re-visitée en considérant l'apport des collaborateurs internationaux et la dernière version a été complétée en février dernier. C'est le 8 mars 2008, journée internationale des femmes, que l'IINME a été officiellement lancée, lors de la rencontre annuelle de CIMS en Floride. Hélène Vadeboncoeur a depuis traduit l'IINME, dont les dix conditions et les principes fondamentaux qui soutiennent l'IINME, que vous trouverez à la page 19 (la version intégrale est disponible sur notre site Internet au [www.aspq.org](http://www.aspq.org)).

### **L'IINME, une voie possible pour le Québec**

L'Initiative Amis des bébés représente un apport vraiment majeur pour la transformation de notre culture d'allaitement. Plusieurs intervenants croient que les initiatives issues de CIMS pourraient faire de même pour notre vision de la naissance et pour nos pratiques en obstétrique. C'est pourquoi depuis trois ans maintenant, l'ASPQ et d'autres suivent l'évolution de ces projets de très près et vous gardent au courant de leurs développements. L'Initiative Amis des mères a déjà commencé à influencer sur la culture de l'obstétrique chez nos voisins du sud (voir l'article *Transparence des soins en maternité* à la page 22).

L'Initiative internationale pour la naissance MèreEnfant, sa jumelle, est une opportunité pour le Québec. Ce modèle inspirant nous offre un cadre rigoureux et bien structuré.

→ suite page 18

Rappelons que dans la nouvelle Politique de périnatalité québécoise, on positionne d'emblée le caractère normal, physiologique de la maternité.

- La grossesse, l'accouchement, la **naissance** et l'allaitement sont des processus physiologiques naturels.
- La parentalité constitue une réalité multidimensionnelle.
- Les mères et les pères sont compétents.
- La qualité de la relation d'attachement de l'enfant constitue un élément fondamental pour son développement optimal.
- Chaque naissance fait appel à la solidarité et à la responsabilité collective. À chaque nouvelle naissance, la société s'enrichit.

Malheureusement, à l'instar de la majorité des pays développés et statistiques à l'appui, nous ne pouvons que constater que les naissances sont de moins en moins physiologiques et que les femmes se sentent aujourd'hui moins compétentes pour accoucher.

Cependant, il ne faut pas perdre espoir quant à un revirement de situation. Avec les éléments contenus dans la nouvelle Politique de périnatalité, nous pouvons croire en un accroissement des accouchements physiologiques naturels ainsi que de la compétence et de la confiance des femmes en elles-mêmes. Dans les priorités retenues pour la mise en œuvre de cette nouvelle Politique, il est notamment question des interventions obstétricales. On peut y lire : « L'accouchement est un processus physiologique naturel qui n'exige pas d'intervention particulière pour la majorité des femmes enceintes. Des environnements propices à la promotion de cette approche ainsi que certaines mesures seront mises en place pour favoriser le déroulement du travail et de l'accouchement sans intervention médicale. De ce fait, la femme enceinte pourra avoir accès à un accompagnement de qualité qui lui apportera le soutien nécessaire. Cela implique qu'en matière de soulagement de la douleur, des options autres que médicales et pharmaceutiques puissent être proposées. Lorsque nécessaires, les interventions obstétricales seront pratiquées au regard de leur pertinence pour la santé de la mère et de l'enfant. »<sup>4</sup>

Pour ce faire, on propose de :

- Promouvoir par des moyens concrets une approche physiologique de la grossesse, de la naissance et de l'allaitement.
- Enseigner aux intervenantes et aux intervenants responsables de la transmission de l'information

prénatale un ensemble de notions fondées sur une vision de la naissance privilégiant l'accouchement physiologique naturel.

Nous persistons à croire que l'IINME devrait se retrouver dans ce plan de mise en œuvre ou du moins devrions-nous nous en inspirer.

Nous croyons que l'IINME serait un excellent moyen pour soutenir le plan de mise en œuvre. Ou, du moins, pourrions-nous nous en inspirer. Le Québec est chef de file dans l'implantation de l'IAB à travers tout le Canada. Pourquoi ne pas poursuivre dans cette voie en se proposant comme projet-pilote pour l'IINME ?

*Ce texte est, en partie, une traduction d'un extrait du site internet de la Motherbaby Childbirth Initiative : [www.imbci.org](http://www.imbci.org)*

4. Politique de périnatalité 2008, p. 138

## L'INITIATIVE INTERNATIONALE POUR LA NAISSANCE MÈRENFANT<sup>1</sup> (IINME)

### Dix conditions pour des soins optimaux de maternité axés sur la dyade MèreEnfant

Une initiative de l'International MotherBaby Childbirth Organization – [www.imbci.org](http://www.imbci.org)

Ce texte a été traduit par Hélène Vadeboncoeur.

• • •

#### Résumé des dix conditions de l'IINME

Tous les organismes offrant des soins optimaux de maternité axés sur la dyade MèreEnfant ont des politiques écrites, qui font partie de la formation donnée et dictent les pratiques. Ces politiques exigent que les professionnel-le-s de la santé :

**Condition 1** : Traitent chaque femme avec respect et dans le souci de sa dignité.

**Condition 2** : Possèdent les connaissances et habiletés relevant de la pratique sage-femme qui favorisent le déroulement normal et physiologique de l'accouchement et de l'allaitement.

**Condition 3** : Informent la femme en travail des avantages du soutien continu durant l'accouchement et appuient son droit à recevoir un tel soutien de personnes de son choix.

**Condition 4** : Offrent des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur et des mesures de confort pendant le travail, en expliquant comment ces méthodes peuvent faciliter le déroulement d'un accouchement normal.

**Condition 5** : Dispensent des soins fondés sur des données scientifiques probantes, soins dont on a démontré qu'ils sont bénéfiques

**Condition 6** : Évitent de prodiguer des soins susceptibles d'être nocifs.

**Condition 7** : Prennent des mesures qui accroissent le bien-être des femmes et des bébés et qui préviennent les complications et les urgences.

**Condition 8** : Assurent l'accès à des traitements d'urgence spécialisés fondés sur des données scientifiques probantes.

**Condition 9** : Fournissent un continuum de soins, soins fournis par les professionnel-le-s de la santé, les établissements et les organismes concernés, dans un cadre favorisant cette continuité et la collaboration entre tous et à tous les niveaux.

**Condition 10** : Visent à se conformer aux dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel de l'Initiative des Amis des bébés. ☒

---

1. La mère et le bébé sont considérés comme formant une unité biologique et sociale, c'est-à-dire un tout, durant la grossesse, la naissance et la petite enfance. C'est pourquoi il est question ici de la dyade MèreEnfant.

PRINCIPES FONDAMENTAUX SOUTENANT L'INITIATIVE INTERNATIONALE POUR LA NAISSANCE MÈRENFANT<sup>1</sup>

- Les droits des femmes et les droits des enfants font partie des droits de la personne.
- Avoir accès à des soins de santé efficaces et qui tiennent compte des besoins des êtres humains constitue un droit fondamental de la personne.
- La mère et le bébé sont considérés comme formant une unité biologique et sociale, un tout, durant la grossesse, l'accouchement et la petite enfance (d'où l'expression « MèreEnfant »), les soins fournis à l'un ayant un impact significatif sur les soins fournis à l'autre.
- Les services de maternité constituent une partie essentielle des soins de santé. Ils devraient bénéficier d'un financement adéquat, de personnel et de ressources suffisantes. Chaque femme devrait pouvoir avoir accès gratuitement à ces services, peu importe son statut social ou son statut de citoyenneté.
- Tous les soins de maternité devraient être fondés sur la considération et le respect de chaque femme.
- Les soins fournis pendant la grossesse, l'accouchement et pendant la période post-partum, de même que les soins au nouveau-né, devraient être personnalisés. Les besoins de la dyade MèreEnfant devraient avoir préséance sur ceux des intervenant-e-s, des établissements et de l'industrie de la santé.
- La grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des processus normaux et sains qui, la plupart du temps, n'exigent que l'attention et le soutien des intervenant-e-s. Les données scientifiques actuelles font la démonstration de la sécurité et des résultats supérieurs obtenus grâce à cette approche.
- On devrait fournir aux femmes des renseignements complets, justes et non biaisés, fondés sur les meilleures données scientifiques, sur les effets nocifs et les avantages des pratiques ayant cours pendant la période périnatale, ainsi que sur les alternatives possibles, de sorte que les femmes puissent prendre des décisions éclairées relativement aux soins qui les concernent ou qui concernent leur bébé.
- Les pratiques entourant la naissance affectent la dyade MèreEnfant non seulement sur le plan physiologique mais aussi sur le plan psychologique. La confiance d'une femme dans son aptitude à donner naissance, à prendre soin de son bébé, à allaiter, ainsi que les capacités du bébé à se nourrir de manière efficace, peuvent être renforcées ou affaiblies par chaque personne qui fournit des soins ou par l'environnement dans lequel cette femme donne naissance.
- Chaque professionnel-le de la santé est responsable de la qualité des soins qu'il ou elle fournit. Il ou elle doit répondre de ses actes devant la mère, la famille, la communauté et le système de santé.
- Pour obtenir des soins de maternité de qualité, il est essentiel d'établir une ambiance chaleureuse, d'être à l'écoute de la mère, de l'encourager à s'exprimer et de respecter son intimité.
- Lors de la période périnatale (pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum), les sages-femmes sont les intervenantes de soins de santé primaires de millions de femmes dans la plupart des pays. Elles ont développé un modèle de soins fondé sur la physiologie normale et sur l'apport de sciences humaines telles que la sociologie et la psychologie. L'Initiative internationale pour la Naissance MèreEnfant s'inspire du

(SUITE)

modèle de pratique sage-femme et affirme que les connaissances, les habiletés et les comportements associés à la pratique sage-femme sont essentiels à des soins de maternité MèreEnfant optimaux.

- La continuité des soins ainsi que l'apport des intervenant-e-s prenant en compte les croyances et les valeurs culturelles, religieuses ou personnelles de la mère réduisent pour celle-ci le risque de traumatismes psychologiques et accroissent sa confiance envers les intervenant-e-s. Cela permet une expérience d'accouchement plus satisfaisante et l'incline à accepter des soins et à les rechercher par la suite au besoin.
- Lorsque la présence du père lors de la naissance du bébé est appropriée d'un point de vue culturel, cette présence peut avoir un effet positif sur sa famille, sur son aptitude à la paternité ainsi que sur le respect qu'il éprouve envers sa compagne.
- De nombreuses femmes peuvent donner naissance en toute sécurité dans des centres de santé, des maisons de naissance ainsi que chez elles, lorsqu'elles y sont accompagnées par des personnes compétentes, quitte à orienter ces femmes vers d'autres ressources en cas de besoin. On devrait informer les femmes enceintes, incluant celles qui ont précédemment accouché par césarienne ou celles qui portent un bébé se présentant par le siège ou des jumeaux, des risques et des avantages de la césarienne ou de l'accouchement par voie vaginale reliés à tous les lieux de naissance et aux intervenant-e-s présent-e-s.
- Tous les services entourant la maternité devraient respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
- Les soins d'urgence, même s'ils sont essentiels, ne constituent pas la seule solution pour réduire la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale. On doit s'attaquer à ces problèmes à la source par des mesures axées sur la prévention des complications, sur la promotion du bien-être de la mère et du bébé ainsi que sur l'autonomisation (*empowerment*) des femmes.

Ce modèle de soins MèreEnfant fait la promotion de la santé et du bien-être de toutes les femmes et de leur bébé pendant qu'elles sont enceintes, qu'elles donnent naissance et qu'elles allaitent. Il constitue l'exemple à suivre en soins de maternité (*gold standard*) et favorise l'obtention de résultats optimaux. Tous les intervenant-e-s en soins de maternité devraient bénéficier d'une formation conforme au modèle de soins MèreEnfant. Ils devraient soutenir ce modèle et dispenser des soins en conséquence.

Traduction d'Hélène Vadeboncoeur ☒

---

1. Ce texte s'inspire de l'*Initiative Amis des mères*, de la Coalition pour l'amélioration des services de maternité (Coalition for Improving Maternity Services) ([www.motherfriendly.org](http://www.motherfriendly.org)), des textes *The Rights of Childbearing Women* ([www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10084&ClickedLink=0&area=27](http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10084&ClickedLink=0&area=27)), *Harms of Caesarean Versus Vaginal Birth* ([www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10271](http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10271)), *What Every Pregnant Woman Needs to Know About Caesarean Section* ([www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10164](http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10164)) et de l'article *Caesarean Delivery Rates and Pregnancy Outcomes* (Villar J et al, 2006, *The Lancet*, 367(9525) :1819-1829, [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673606687047/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673606687047/fulltext))

# TRANSPARENCE DES SOINS EN MATERNITÉ

## The Birth Survey

CATHERINE CHOUINARD  
ASPQ

En mars 2006, je participais pour la première fois avec une délégation québécoise au Forum annuel de la Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) à Boston<sup>1</sup>. À cette occasion, je m'étais inscrite à un atelier d'une journée intitulé *It Takes a Village*. La cinquantaine de participantes étaient principalement des bénévoles de *Grassroots Organizations*<sup>2</sup> venues de partout aux États-Unis mais quelques-unes étaient de l'étranger. Nous cherchions des stratégies communes d'actions afin de réellement influencer la culture de l'obstétrique en nous inspirant des dix conditions mises de l'avant par la Mother Friendly Childbirth Initiative (Initiative Amis des mères) de la CIMS<sup>3</sup> qui vise l'amélioration des services en maternité. Au terme de l'activité, le constat d'agir sur la transparence des soins en maternité a émergé et a mené à la création du *Grassroots Advocates Committee* (GAC) qui s'est assuré de la poursuite des activités.

Au Forum 2008 de la CIMS à Orlando, des membres du GAC présentaient le fruit de leur travail amorcé à Boston : *The Birth Survey*. D'emblée, je dois dire que j'ai été impressionnée par la qualité du travail accompli en deux ans exclusivement par des travailleuses

bénévoles et que je ne fus pas la seule. En effet, au cours du Forum, les artisanes de ce projet se sont mérité le *CIMS Achievement Award* pour souligner l'importance de leur travail.

Cette initiative est vraiment inspirante et pourrait être très utile ici, au Québec.

### Buts et objectifs du projet

Le but de *Birth Survey* est avant tout de permettre aux femmes qui veulent un enfant d'avoir accès à de l'information transparente et de qualité concernant les soins offerts dans les lieux où elles prévoient accoucher, ceci afin de faire des choix bien informés et de se préparer adéquatement. Elles peuvent le faire par le biais d'un site Internet :

- en répondant à un sondage très bien structuré pour partager leurs expériences d'accouchement dans un établissement donné ;
- en consultant les résultats de ce sondage ;
- en ayant accès aux statistiques relatives aux taux d'interventions de chacun des établissements qui

offrent des services en obstétrique dans leur région.

Le but de *Birth Survey* est avant tout de permettre aux femmes qui veulent un enfant d'avoir accès à de l'information transparente et de qualité concernant les soins offerts dans les lieux où elles prévoient accoucher, ceci afin de faire des choix bien informés et de se préparer adéquatement.

Afin de mesurer la faisabilité de ce sondage, un projet-pilote a été mené dans la région new-yorkaise où l'on compte une moyenne de 125 000 naissances par année pour 44 hôpitaux offrant des soins de maternité. Il faut savoir que l'état de New-York est parmi les deux seuls aux États-Unis à s'être dotés d'une loi d'accès à l'information en maternité<sup>4</sup>, ainsi la tâche de recueillir les données statistiques concernant les interventions obstétricales s'est trouvée grandement simplifiée. Les résultats de ce projet-pilote peuvent être consultés sur le site Internet du *Birth Survey* ([www.birthsurvey.com](http://www.birthsurvey.com)).

1. Voir le Pêriscoop de juin 2006 : *Une initiative prometteuse*

2. Organisations communautaires ou terrains

3. Voir le Pêriscoop d'octobre 2007 : *Coalition for Improving Maternity Services (CIMS)*

4. Maternity Information Act (MIA)



Des membres du Grassroots Advocates Committee lors de la remise du prix *CIMS Achievement Award*

Si ce sondage permet aux femmes de se renseigner, il permet également aux intervenants de la santé d'obtenir un « feed-back » constructif sur l'appréciation de la population concernant la qualité des soins offerts dans les établissements où ils travaillent.

Si ce sondage permet aux femmes de se renseigner, il permet également aux intervenants de la santé d'obtenir un « feed-back » constructif sur l'appréciation de la population concernant la qualité des soins offerts dans les établissements où ils travaillent.

### Des statistiques qui en disent long

Aucun pays au monde n'investit autant dans les soins de maternité que les Etats-Unis, où il est pourtant pratiquement impossible d'avoir accès à de l'information sur la qualité des soins offerts dans les établissements. C'est dans ce pays où on trouve le plus haut taux de mortalité infantile des pays les plus riches. C'est aussi un des pays où l'on pratique le moins d'accouchements vaginaux et ce, même si les risques associés aux césariennes sont largement démontrés. L'utilisation de drogues et de technologies médicales sont également en constante croissance.

Sommes-nous si différents de nos voisins du Sud? Le dossier *Palmarès des maternités*<sup>5</sup> du journal La Presse des 7 et 8 avril dernier nous a permis d'avoir accès aux statistiques des

hôpitaux de la région de Montréal, une première depuis 2001, année où le ministère de la Santé et des Services sociaux a cessé de publier ces données. En 1996, le taux de césariennes dans la région de Montréal était de 18.8 % ; en 2007, selon La Presse, c'était 23.25 %, soit près du quart des femmes. En 2001, le taux de péridurales était de 57.3 % ; en 2007, c'était 68.7 %. Ce ne sont que deux exemples mais il n'est pas exagéré d'affirmer que, chez-nous aussi, on constate un accroissement significatif des interventions médicales.

### Un vent de changement

Est-ce réellement un problème? Il semblerait que oui puisque de plus en plus d'initiatives sont mises en place chez nous pour permettre de meilleures pratiques, pour freiner la montée de certaines interventions

5. Dossier préparé par la journaliste Ariane Lacoursière qui mesurait la performance médicale, le niveau de confort, l'ambiance et la qualité des services offerts dans les hôpitaux offrant des services en obstétrique de la région de Montréal.

ou pour s'assurer de la qualité des services obstétricaux. On peut citer comme exemples la nouvelle Politique de périnatalité qui affirme très clairement le caractère physiologique naturel de la maternité et qui prend position en faveur de la première ligne pour les services offerts au mère et à leur enfant ; l'Initiative Amis des bébés qui, tout en favorisant l'allaitement, implique un retour à des pratiques plus humanisantes ; le programme QUARISMA<sup>6</sup> qui cherche à diminuer le taux de césariennes ; le programme AMPRO<sup>7</sup>, de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, qui place la sécurité des patientes comme principe fondamental et qui, pour l'améliorer, considère qu'il faut apporter des changements considérables et durables à la culture de la pratique clinique et aux systèmes de prestation des soins.

(...) de plus en plus d'initiatives sont mises en place chez nous pour permettre de meilleures pratiques, pour freiner la montée de certaines interventions ou pour s'assurer de la qualité des services obstétricaux.

Mais de quel pouvoir les mères disposent-elles pour intervenir elles-mêmes sur ces situations ? De quels outils bénéficient-elles ? L'Organisation mondiale de la santé est d'avis que les « gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé<sup>8</sup> ». Une initiative comme le *Birth Survey* permet aux mères de faire entendre leur voix, tout en soutenant une démarche d'empowerment.

Transformer notre culture de l'obstétrique et, plus globalement, celle de la période périnatale nécessite un investissement de tous les acteurs concernés. Comme société, nous avons besoin de plusieurs stratégies pour y arriver. La bonne nouvelle est que, malgré des statistiques préoccupantes, on peut sentir un vent de changement, une volonté commune d'améliorer le bien-être et la santé des mères, de leur enfant et de leur famille, chez-nous comme chez nos voisins. ✕

La bonne nouvelle est que, malgré des statistiques préoccupantes, on peut sentir un vent de changement, une volonté commune d'améliorer le bien-être et la santé des mères, de leur enfant et de leur famille, chez-nous comme chez nos voisins.

6. QUALité des soins, gestion du RISque obstétrical et du Mode d'Accouchement au Québec (QUARISMA)

7. Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux

8. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé



# CONSENSUS SUR L'ACCOUCHEMENT NORMAL AU ROYAUME-UNI

## Tout un **mouvement** !

CÉLINE LEMAY PH. D.  
Sage-femme

Au Royaume-Uni, en décembre 2006, a été publié un document sur l'accouchement normal créé par les membres de « Maternity Care Working Party »<sup>1</sup>. Il s'agit d'encourager une attitude positive par rapport à l'accouchement normal. Cette prise de position est adoptée et soutenue par un consensus important d'organismes, allant d'associations de sages-femmes, d'obstétriciens-gynécologues, de groupes de femmes et de familles ou de professeurs d'université. Le sujet et le but ? **Faire de l'accouchement normal une réalité.**

Il s'agit d'expliquer pourquoi et à quel point l'accouchement normal est important. Tous les organismes s'entendent pour que le système de santé de l'Angleterre adopte la définition de l'accouchement normal et qu'il la considère comme base afin qu'il soit comptabilisé dans les statistiques d'accouchements, dont les pourcentages sont suivis régulièrement. **Quelle serait cette définition ?**

Un accouchement normal **inclut** :

- Les femmes dont le travail a débuté spontanément, progressé spontanément sans médication et qui ont accouché spontanément.

Cette définition comprend **aussi** :

- La stimulation du travail, la rup-

ture artificielle des membranes autre que pour induire l'accouchement, l'Entonox, les opiacés, le monitoring foetal électronique, la gestion active du 3<sup>e</sup> stade, les complications pré-per-et postnatales (comme l'hémorragie, les déchirures, l'admission en néonatalogie etc).

Cette définition **exclut** :

- L'induction du travail, l'épidurale, l'anesthésie générale, les forceps ou ventouse, la césarienne ou l'épisiotomie.

Parmi les moyens identifiés comme favorisant l'accouchement normal : le soutien un à un, une pratique basée sur des données probantes, l'immersion dans l'eau, l'accouchement à la maison, les soins d'une sage-femme que l'on connaît, une formation plus poussée pour les médecins juniors, le soutien d'un obstétricien consultant, etc.

Dans ce document, il y a un appui au développement d'un soin sage-femme autonome, à l'accessibilité à l'accouchement à la maison de même qu'à des maisons de naissance. Les soins dans la communauté sont reconnus comme étant une contribution significative à l'accouchement normal.

Plusieurs choses sont intéressantes dans ce document. Premièrement, le fait que les différentes disciplines professionnelles s'entendent pour valoriser la même chose, à partir des mêmes préoccupations. Deuxièmement, une prise de position claire sur une définition de l'accouchement normal, sa promotion ainsi que le suivi des taux pour la population. Troisièmement, des recommandations pour l'action et, enfin, une cible identifiée, c'est-à-dire une spécification précisant à qui s'adresse le document : les gestionnaires et décideurs, les professeurs et étudiants pour les sages-femmes, les médecins et la santé publique, ainsi que les représentants des « usagers ».

Les organismes savent déjà calculer le pourcentage d'accouchements normaux pour l'Angleterre, en utilisant cette définition. Il est de près de 48 %. Au Québec, comme en Irlande, il n'est pas possible de faire ce genre de calcul. Le ton est donné dans une partie du monde. Espérons qu'en Amérique du Nord un tel mouvement prendra son essor.

Vous pouvez télécharger ce document à : [www.rcog.org.uk/resources/public/pdf/normal\\_birth\\_consensus.pdf](http://www.rcog.org.uk/resources/public/pdf/normal_birth_consensus.pdf) ☞

1. <http://www.appg-maternity.org.uk>

# THE BUSINESS OF BEING BORN

## Un documentaire, deux réflexions

Le 3 avril dernier avait lieu à l'Université Concordia la projection du documentaire *The Business of Being Born*<sup>1</sup>, de la productrice Ricki Lake et de la réalisatrice Abby Epstein. Un événement à Montréal puisque les 700 places disponibles dans l'auditorium se sont rapidement remplies et que plusieurs personnes attendaient même à l'extérieur de la salle, dans l'espoir que des places se libèrent ! La présentation a été suivie d'une table-ronde composée d'une sage-femme, d'une chercheuse en périnatalité, d'une obstétricienne-gynécologue, d'une accompagnante à la naissance et d'une médecin omnipraticienne qui ont discuté de l'accouchement et des options offertes aux femmes qui accouchent au Québec. Plusieurs travailleuses de l'Association ont assisté à cette première montréalaise et deux d'entre-elles, soit Marie-Claude Perreault et Catherine Chouinard, ont accepté de vous partager leurs réflexions.

### L'accouchement... quand on prend le temps d'y penser

MARIE-CLAUDE PERREULT  
ASPQ

Il y a présentement six de mes amies qui sont enceintes. Elles sont tellement belles avec leurs yeux qui pétillent, leur sourire éclatant et leur ventre tout rond au sein duquel grandit ce qu'il y a de plus précieux sur cette terre : la vie ! C'est un réel plaisir de les regarder évoluer, chacune à sa façon, dans cette expérience riche en émotions, en changements et en réflexions. Si j'ai hâte à mon tour de fonder une famille et d'avoir le ventre rond, sachez que la maternité m'a longtemps angoissée, bien que j'aie désormais hâte de vivre l'un des moments de mon existence que j'appréhendais le plus : mon accouchement.

#### S'écouter...

Je n'aurais jamais dit ça si je n'avais pas eu la chance de regarder *The Business of Being Born*. En plus de m'avoir fait réaliser qu'il ne sert à rien de douter de soi ni de sans



FROM EXECUTIVE PRODUCER RICKI LAKE  
AND FROM DIRECTOR ABBY EPSTEIN  
**THE BUSINESS  
OF BEING BORN**  
WWW.THEBUSINESSOFBEINGBORN.COM  
You will never look at giving birth the same way.

cesse envisager le pire, même s'il demeure une éventualité, j'ai réellement compris qu'il est important de s'appropriier toute la période de

la grossesse et de se faire confiance, du début à la fin, dans ses questionnements et ses intuitions. Même s'il n'y pas de pensée magique qui à elle seule surmonte tous les obstacles, croire en ses capacités et porter une attention particulière à ce que nous dictent notre corps et notre petite voix intérieure est un bon début !

#### Et le pire dans tout ça...

Je dois avouer que le documentaire m'a, de prime à bord, effrayée. Certaines images d'accouchements réalisés aux États-Unis sont très explicites. Bien que confrontantes, elles m'ont fait prendre conscience de l'étroitesse de ma réflexion dans ma perception de l'accouchement, moi qui me croyais ouverte d'esprit ! Avant ce visionnement, il n'y avait qu'une façon d'accoucher : sur le dos, avec épidurale et les indications d'un tiers me disant quand pousser.

1. [www.thebusinessofbeingborn.com](http://www.thebusinessofbeingborn.com)

Ma réflexion se limitait exclusivement à l'aspect physique de l'accouchement : bien respirer et pousser ! Mon seul désir était que tout se passe rapidement, sans trop de souffrance. Pourtant, donner la vie est une opportunité sans égal dont il faut chérir chaque instant, une expérience unique qu'il faut vivre dans toutes ses subtilités. Pourquoi avais-je peur de l'un des plus beaux moments qui existe, celui où JE mettrai au monde MON bébé ? N'étant pas craintive de nature, je ne sais pas où j'ai cultivé cette peur... probablement à la télévision et dans le discours des femmes qui m'entourent. L'inconnu suscite souvent une peur illogique qui nous pousse à entrevoir le pire et à déléguer le contrôle de la situation à quelqu'un d'autre. C'est là je crois que *The Business of Being Born* m'a fait réaliser que mon corps possède toutes les qualités nécessaires pour mettre au monde un bébé et qu'il n'y a aucune raison pour que je doute de mes capacités à donner la vie. D'ailleurs, l'image qui m'a le plus marquée est celle d'une femme qui accouche, accroupie, qui extirpe elle-même son bébé de son corps, tous deux encore unis l'un à l'autre, pour

ensuite le serrer sur son sein. Si vous avez vu son sourire, sa satisfaction, sa plénitude, vous comprenez ce que je ne peux vous expliquer avec de simples mots... tout était dans le regard.

### Vivre l'expérience...

Le visionnement du documentaire m'a ouvert les yeux sur l'importance de se préparer à sa grossesse et à son accouchement, au même titre qu'on se prépare à partir en voyage pour ne rien manquer de l'aventure ! Bien informée et organisée, le départ ne nous fait plus peur et c'est avec assurance qu'on met les pieds dans l'avion, en route vers l'inconnu. C'est dans cette même optique que la réflexion devrait être effectuée par la femme, avant même qu'elle ne soit enceinte, lorsque son corps lui appartient encore dans sa totalité, que le doute et la peur n'interviennent pas dans son cheminement et qu'elle dispose de tout son temps pour trouver l'information nécessaire dans sa prise de décision. Évidemment, il n'existe pas de bonne ou de mauvaise réponse. L'important, je crois, c'est que la femme explore l'éventail de

possibilités qui s'offrent à elle, qu'elle oriente ses choix en fonction de ses désirs propres et de ses envies, qu'elle s'écoute et qu'elle ait confiance en son jugement et en ses compétences.

Je conseille à toutes les femmes de regarder *The Business of Being Born*, ne serait-ce que pour en retenir trois mots : nous sommes compétentes. L'important n'est pas l'endroit où la femme accouchera, ni le nombre d'ouvrages de références qu'elle aura lus, ni le nombre de personnes qui l'appuieront dans ses choix... mais bien la confiance qu'elle s'accordera à mettre au monde son bébé. Le documentaire réussit à nous persuader non seulement de notre compétence à donner la vie, mais également à démontrer que l'expérience de l'accouchement n'a pas de prix : elle vaut la peine qu'on s'y attarde un instant et qu'on y pense...

« L'important n'est pas de convaincre, mais de donner à réfléchir... »

**Bernard Werber**

## Réflexion sur l'accouchement normal

CATHERINE CHOUINARD  
ASPQ

J'ai eu le plaisir de visionner *The Business of Being Born* à deux reprises : une première fois en mars lors du Forum de la CIMS et en avril dernier à l'université Concordia. Ce film pose de bonnes questions et offre un point de vue subjectif et lucide sur la culture américaine de l'obstétrique. Subjectif parce qu'il s'agit d'un

plaidoyer en faveur de l'accouchement normal (ou naturel), en opposition à l'accouchement technologique et médicalisé. Lucide parce que, il faut bien l'admettre, de nos jours les accouchements sont de moins en moins normaux. Mais l'essentiel à mon avis est que ce film nous permet d'avoir accès à l'expérience de l'accouchement

normal : une expérience qui a des effets positifs sur la santé des mères et de leur enfant. Et ce n'est certainement pas seulement une question de santé physique : c'est aussi et beaucoup une question de santé psychique, émotionnelle, voire spirituelle. L'expert international Marsden Wagner, qui est interviewé dans le

film, disait : « ...l'expérience de la naissance, en rendant les femmes plus fortes, rend la société plus forte<sup>2</sup>. »

La présentation de ce film était un événement unique puisque 700 personnes (!), des médecins, des sages-femmes, des infirmières, des accompagnantes, des mères, des pères, se sont déplacées pour assister à la présentation d'un documentaire questionnant les pratiques obstétricales. Sommes-nous prêts pour un grand débat social sur la question ?

### Une question de culture, une question de confiance

La présentation du film était suivie d'une table ronde portant sur l'accouchement et les options offertes aux femmes qui accouchent au Québec et à laquelle participaient une sage-femme, une chercheure en périnatalité, une obstétricienne, une accompagnante et une omnipraticienne.

(...) ce film nous permet d'avoir accès à l'expérience de l'accouchement normal : une expérience qui a des effets positifs sur la santé des mères et de leur enfant.

L'une d'elles a fait le constat suivant : « L'accouchement naturel, ce n'est pas pour toutes les femmes ». Cela m'a frappée. Au Royaume-Uni, on définit un accouchement comme normal si le travail a débuté spontanément, progressé spontanément

sans médication et si l'accouchement est spontané; ceci sans induction, sans utilisation d'instruments, sans forceps ou ventouse, sans césarienne, sans anesthésie avant ou pendant l'accouchement et sans épisiotomie<sup>3</sup>. Cette définition est à mon avis assez juste. Alors, est-ce que l'accouchement normal est pour toutes les femmes ? J'ose espérer que oui car, en définitive, il s'agit d'une question de survie pour notre espèce. La capacité de porter et de mettre au monde un enfant de façon physiologique devrait être le dénominateur commun des femmes de notre planète. Mais aujourd'hui, dans le monde dans lequel nous vivons, dans la culture dans laquelle nous évoluons, est-ce que toutes les femmes DOIVENT accoucher de cette façon ? Évidemment que non.

La capacité de porter et de mettre au monde un enfant de façon physiologique devrait être le dénominateur commun des femmes de notre planète.

Mais qu'en est-il de la confiance que les femmes s'accordent quant à leur capacité d'accoucher normalement ? Et qu'en est-il aujourd'hui de la formation et de la confiance des intervenants de la santé face au fait de soutenir une femme qui souhaite accoucher normalement ? Dans le film, quand on demande à trois jeunes gynécologues-obstétriciennes s'il leur arrive d'assister à des accouchements normaux, elles répondent : « Rarement... presque

jamais ». Comment faire confiance à un processus qu'on ne connaît pas ?

Selon l'anthropologue américaine Robie Davies-Floyd, elle aussi interviewée dans le film, la proportion d'accouchements normaux aux États-Unis est actuellement de 3 %. Si on s'en tient à la définition de l'accouchement normal du Royaume-Uni, nous ne devons pas être très loin nous-mêmes. Malgré l'engagement profond de plusieurs intervenants de la santé envers l'accouchement normal comme facteur favorisant la santé globale des mères et de leur bébé, l'augmentation des taux d'interventions au Québec est remarquable. Près d'une femme sur quatre accouche dorénavant par césarienne; dans certains hôpitaux, 85 % des femmes accouchent sous péridurale; à certains endroits une intervention comme l'épisiotomie, à long terme plus dommageable que bienfaisante pour les femmes, est pratiquée dans 34 % des accouchements. Ces statistiques démontrent-elles que nous devrions revisiter notre culture de la naissance ?

### La pratique sage-femme et son influence

Depuis 1994, le gouvernement du Québec a réintroduit la pratique des sages-femmes dans notre système de santé. Elles assistent actuellement moins de 2 % des accouchements au Québec mais notre ministre de la Santé projette qu'elles en assisteront 10 % d'ici 2012. Leur champ de pratique est l'accouchement normal,

2. Extrait d'un article paru sous le titre « Fish Can't See Water », dans *The International Journal of Gynecology and Obstetrics*, no 75, supplément, p. s25-37 (2001) et reproduit dans le livre *Au Cœur de la naissance – Témoignages et réflexions sur l'accouchement*, Remue-Ménage, 2005

3. Voir l'article de Céline Lemay à la page 25

dont la majorité se déroule hors des hôpitaux. Bien que tous s'entendent sur l'apport qu'elles offrent au réseau de la santé, plusieurs souhaiteraient les voir pratiquer exclusivement dans les hôpitaux. Un des arguments invoqués est que, grâce à elles et à leurs pratiques, il serait possible d'augmenter le nombre d'accouchements normaux en centre hospitalier, et ce, par *contamination*. À l'inverse, les expériences étrangères nous apprennent plutôt que dans les pays où les sages-femmes pratiquent à l'hôpital, comme par exemple en France, la *contamination* va dans le sens d'une médicalisation de leurs pratiques et par conséquent, d'une diminution des accouchements normaux.

Malgré l'engagement profond de plusieurs intervenants de la santé envers l'accouchement normal comme facteur favorisant la santé globale des mères et de leur bébé, l'augmentation des taux d'interventions au Québec est remarquable.

Un autre argument en faveur de la pratique des sages-femmes à l'hôpital est qu'il serait plus sécuritaire, même pour une femme ayant eu une grossesse normale, d'accoucher dans cet endroit. Or, de nombreuses études scientifiques nous démontrent que ce n'est pas le cas<sup>4</sup>. Elles nous apprennent plutôt que l'accouchement à

domicile est au moins aussi sécuritaire que l'accouchement à l'hôpital, voire avantageux pour la santé, et ce, avec une nette diminution des interventions obstétricales (péridurales, forceps, ventouse, épisiotomies...). Ainsi, l'augmentation des accouchements normaux au Québec pourrait passer par une diminution des accouchements à l'hôpital.

Qui plus est, cela répondrait aux attentes de 24 % des Québécoises en âge de procréer, si l'on se fie à un sondage SOM<sup>5</sup> commandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2005.

### **Droits des femmes et routines hospitalières**

L'augmentation des interventions médicales est souvent attribuée aux demandes des femmes elles-mêmes. On dit aussi qu'elles sont plus âgées ou plus grosses qu'auparavant. On affirme qu'elles ne veulent plus souffrir et que de ce fait, elles demandent davantage la péridurale et même la césarienne. Pourtant, de nombreuses femmes souhaitent avoir un accouchement normal et elles en font la demande, seulement elles n'en ont pas toujours les moyens. Par exemple : que ce passe-t-il si une femme indique dans son plan de naissance qu'elle veut pouvoir pousser et mettre au monde son enfant dans la position qui lui convient le mieux ? Ou si elle demande à manger et à boire durant le travail pour refaire ses forces ? Ou encore si elle souhaite

être entourée de gens qui lui sont chers, peu importe combien ils sont ? Ces trois exemples sont des droits au Québec<sup>6</sup> et ces droits sont considérés dans la littérature scientifique comme étant favorables à des accouchements normaux. Pourtant, ils ne sont pas respectés également partout. Peut-on en conclure que certaines routines propres à certains hôpitaux seraient aussi une des raisons expliquant la baisse des accouchements normaux ?

### **Si on se penchait sérieusement sur ces questions ?**

Je crois qu'il est temps d'ouvrir le débat sur l'accouchement normal afin que les médecins, les infirmières, les sages-femmes, les intervenantes périnatales, les chercheurs, les mères, les pères ou toute personne intéressée par ce sujet se parlent, s'écoulent et se comprennent davantage. Je crois que nous devons créer des lieux de rencontres qui rendront cet objectif possible, réalisable et durable. Je souhaite que les enjeux liés à la naissance soient reconnus et considérés comme des enjeux majeurs de société car notre façon de traiter la naissance est certainement liée à notre façon de traiter notre monde. Le temps est venu de revisiter notre culture de la naissance avant que ne se perde complètement l'essence même de l'expérience. ☘

4. Métaanalyse de Olsen, 1997 - *Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America*, Kenneth C Johnson; Betty-Anne Daviss, 2005

5. *Étude sur les attentes des femmes en âge de procréer à l'égard des services de périnatalité*, SOM, Juillet 2005

6. Dépliant Grossesse et Accouchements - Droits des femmes, ASPQ, juin 2007

# MIEUX VIVRE AVEC NOTRE ENFANT

## De la grossesse à deux ans

CHANTALE AUDET  
INSPQ

L'Institut national de santé publique du Québec est très fier d'annoncer que l'édition 2008 du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* est maintenant disponible! La nouvelle édition du guide a subi de nombreux changements cette année, à commencer par son titre qui annonce les nouveautés.

En effet, deux nouvelles sections sur la grossesse et l'accouchement ont été ajoutées au *Mieux vivre*. De plus, une entente avec Services Québec a permis d'inclure le guide *Devenir Parent* qui fournit de l'information sur les programmes et services gouvernementaux destinés aux parents. *Devenir Parent* ne sera plus imprimé, car les parents l'obtiendront de façon intégrale dans le *Mieux Vivre*. À partir de maintenant, donc, le *Mieux vivre* répond, sous un même couvert, à plusieurs questions que se posent les parents de la grossesse à deux ans.

*Devenir Parent* ne sera plus imprimé, car les parents l'obtiendront de façon intégrale dans le *Mieux Vivre*.

L'ajout des deux nouvelles sections sur la période prénatale a nécessité deux années de travail intensif. En tout début de processus, une étude de besoins, au cours de laquelle des parents, mais aussi des professionnels du réseau de la santé et d'organismes communautaires ont été consultés, nous a permis

de connaître d'abord s'il y avait un besoin d'information prénatale puis de mieux cerner le type d'information que les parents souhaitent obtenir pendant cette période.

Dans un souci d'assurer un consensus dans l'information à donner aux parents, nous avons formé un comité d'accompagnement scientifique pour soutenir l'équipe de l'Institut dans cette aventure. Un représentant des associations et ordres professionnels impliqués en périnatalité, d'Info-santé, du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la Fondation Lucie et André Chagnon et de l'Association pour la Santé Publique du Québec ont participé à ce comité.

Plusieurs personnes ont contribué à la rédaction de la partie prénatale. En plus de l'équipe de l'Institut menée par Nicole April et Chantale Audet; Hélène Rousseau, omnipraticienne en périnatalité, Céline Lemay, sage-femme, Linda Lemire, infirmière et Julie Lauzière, nutritionniste ont participé de façon importante à la rédaction. Nous avons également fait appel à divers experts et spécialistes pour rédiger des rubriques ou encore commenter les textes.

En cours de rédaction, nous avons contacté une quarantaine de parents qui ont lu et commenté la partie prénatale, ce qui nous a permis de bonifier les textes et de nous assurer de répondre le plus possible aux besoins des parents.

Dans un souci d'assurer un consensus dans l'information à donner aux parents, nous avons formé un comité d'accompagnement scientifique pour soutenir l'équipe de l'Institut dans cette aventure.

De plus, cette année, le graphisme a été entièrement refait : plusieurs photos et illustrations ont été ajoutées et des encadrés résumant des messages-clés ont été insérés, tout cela dans le but de faciliter la compréhension et l'utilisation du guide.

L'élaboration des sections grossesse et accouchement a été rendue possible grâce à la contribution financière de la Fondation Lucie et André Chagnon.

Maintenant que le *Mieux vivre* traite de la grossesse, il nous a bien sûr fallu repenser les modalités de distribution afin que les femmes enceintes le reçoivent le plus tôt possible. Il est facile d'imaginer que c'est tout un défi! Comme toujours, le guide est remis gratuitement aux femmes enceintes et aux parents qui adoptent. Il est donné soit par le cabinet du médecin, le CLSC, le centre de prélèvement ou la maison de naissance, selon un protocole de distribution propre à chaque région sociosanitaire. La version anglaise, intitulée *From Tiny Tot to Toddler*, est également disponible.



Comme toujours, le guide est remis gratuitement aux femmes enceintes et aux parents qui adoptent. Il est donné soit par le cabinet du médecin, le CLSC, le centre de prélèvement ou la maison de naissance, selon un protocole de distribution propre à chaque région sociosanitaire.

Le *Mieux vivre* est aussi offert à plusieurs professionnels de la santé. Il est possible de le consulter librement sur le site Web de l'Institut national de santé publique du

Québec à l'adresse [www.inspq.qc.ca/MieuxVivre](http://www.inspq.qc.ca/MieuxVivre) (en anglais [www.inspq.qc.ca/TinyTot](http://www.inspq.qc.ca/TinyTot)). Pour les autres personnes qui souhaitent se le procurer, il est vendu aux Publications du Québec et en librairie au coût de 19,95 \$.

En ce qui a trait aux sections déjà existantes qui portent sur la famille, le bébé, son alimentation et ses soins, elles ont été mises à jour et certaines d'entre elles ont été réaménagées.

Le *Mieux vivre* est en constante évolution et amélioration. Les commentaires et suggestions des parents mais aussi de tous ceux œuvrant en périnatalité sont extrêmement précieux, car ils nous permettent de demeurer près des préoccupations et

des besoins des parents. Aussi, nous sommes toujours ouverts à recueillir les commentaires et suggestions ! ☞

4126, rue Saint-Denis, bureau 200  
Montréal (Québec) H2W 2M5

Téléphone : 514-528-5811  
Télécopieur : 514-528-5590  
info@aspq.org | www.aspq.org

#### CONSEIL D'ADMINISTRATION

- Lucie Thibodeau, présidente**  
Réseau des centres de ressources périnatales
- Micheline Séguin-Bernier, vice-présidente**  
ADRLSSSS de la Mauricie – Centre-du-Québec
- Marie-Andrée Comtois, secrétaire**  
Doctorante en santé communautaire
- Josée De Grandmont, trésorière**  
De Grandmont.com
- Renald Bujold**  
DSP de Montréal-Centre
- Victor Francoeur**  
Association des fournisseurs  
d'hôtels et restaurants
- Maria Labrecque Duchesneau**  
Au cœur des familles agricoles
- Céline Lemay**  
Regroupement Les sages-femmes du Québec
- Benoît Sévigny**  
FQRSC
- Martin St-Georges**  
CSSS Lucille-Theasdale
- Carmen Veillette-Boucher**  
DSP de l'Abitibi-Témiscamingue

#### PERMANENCE

- Lucie Granger**  
Directrice générale
- Julie Paquette**  
Agente de bureau
- Marie Claude Perreault**  
Agente des communications et de  
la coordination d'événements
- PÉRINATALITÉ**
- Catherine Chouinard**  
Chargée de dossier
- COALITION QUÉBÉCOISE POUR LE  
CONTRÔLE DU TABAC (CQCT)**
- Louis Gauvin**  
Coordonnateur
- Heidi Rathjen**  
Directrice de campagne
- Mélanie Champagne**  
Rédactrice-analyste
- David Merlo**  
Adjoint administratif

# Vous n'êtes pas encore membre de l'ASPQ? C'est le moment!

Nom et prénom: .....

Organisme: .....

Adresse: ..... Code postal: .....

Ville: .....

Tél.: ..... Fax: .....

Courriel: .....

Profession: .....

Champ(s) d'intérêt: .....

Nouveau membre:

Renouvellement:

#### MEMBRE INDIVIDUEL

Tarif régulier:

- 1 an 46 \$     2 ans (-10 %) 83 \$     3 ans (-20 %) 110 \$

Tarif réduit – Étudiant/retraité/bénévole

(joindre une preuve de votre statut)

- 1 an 12 \$     2 ans (-10 %) 21 \$     3 ans (-20 %) 29 \$

Adhésion conjointe ASPQ/ACSP – Les individus  
peuvent adhérer conjointement à l'Association pour la santé  
publique du Québec (ASPQ) et l'association et l'Association  
Canadienne de santé publique (ACSP) en une seule procédure  
d'inscription et pour une durée d'un an.

- 1 an – Tarif régulier 146 \$     1 an – Tarif réduit 69 \$

#### MEMBRE INSTITUTIONNEL

Institution à vocation régionale,  
sous-régionale ou provinciale:

- 1 an 288 \$     2 ans (-10 %) 518 \$     3 ans (-20 %) 691 \$

Institution à vocation locale:

- 1 an 144 \$     2 ans (-10 %) 259 \$     3 ans (-20 %) 346 \$

Organisme sans but lucratif:

- 1 an 58 \$     2 ans (-10 %) 104 \$     3 ans (-20 %) 139 \$

Cochez une seule case sur ce formulaire – Somme ci jointe: \_\_\_\_\_ \$