



Projet
Version 12

Initiative pour un Label « Naissance Respectée »

Charte du Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE)

Le but de cette démarche est de valoriser les personnes et de promouvoir les lieux de naissance respectueux des femmes, des hommes et de leurs bébés; respectueux de leurs dimensions humaines c'est à dire physiologiques, affectives et philosophiques. Au-delà de la sécurité corporelle de base, la sécurité psychique et affective est la condition supplémentaire incontournable pour que la naissance reste un acte physiologique et humain; fondateur et gardien pour nous et nos enfants d'une dimension privée et citoyenne. L'insécurité psychique ou affective de la mère peut perturber le processus physiologique qu'est l'accouchement, et ce, pour les mêmes raisons biologiques qui font que l'insécurité psychique et affective (le stress, l'angoisse...) peuvent perturber la digestion, la respiration, la transpiration, la lactation ou le sommeil.

Valoriser le positif, c'est : **reconnaître** l'attitude et le comportement méritant de ces équipes, **promouvoir** leurs bonnes pratiques par une information objective et en faire une **publicité** la plus large possible. C'est aussi concrètement les soutenir, les aider à pérenniser leur activité, et à moyen terme permettre à un maximum de femmes, de pères et de bébés de bénéficier d'un tel contexte.

L'initiative du CIANE pour un label des lieux de naissance sous l'appellation « **Naissance respectée** » est inspirée du label MFCI (*Mother-Friendly Childbirth Initiative*), projet de la Coalition pour l'Amélioration des Services entourant la Maternité (*Coalition for Improving Maternity Services*) dont le siège social est en Floride, aux Etats-Unis (1).

Pour recevoir le label « **Naissance respectée** », les lieux et les personnes assurant l'accompagnement à la naissance doivent respecter les principes civiques et déontologiques exprimés au travers des onze points énoncés dans cette charte du CIANE et prendre l'engagement de les promouvoir.

Cette charte a une vocation européenne et a été élaborée avec la participation de professionnels de santé (sage-femmes, gynéco-obstétriciens, pédiatres, médecins, épidémiologistes, sociologues, économistes de la santé) que nous remercions pour leurs contributions.

L'évaluation des lieux de naissance est faite sur un document séparé comportant 96 questions sur les critères définis par les onze étapes énoncées dans ce document.

Rappel de la mission du CIANE

Le CIANE est un collectif constitué d'associations nationales. Sans aucune appartenance politique, syndicale, philosophique, sectaire ou religieuse, son action, fondée sur des valeurs citoyennes et sur le respect des lois, s'applique à promouvoir les responsabilités et les droits des personnes, usagères du système périnatal. La mission du Collectif est de promouvoir un modèle d'attitudes et de pratiques entourant la maternité, fondé sur la physiologie et le respect des personnes, permettant d'améliorer le déroulement de l'accouchement/naissance, l'établissement des liens mère-père-enfant et de réduire substantiellement les effets iatrogènes et les coûts afférents. Le modèle que nous défendons focalise sur la mère, le bébé et la famille et se préoccupe avant tout de leur bien-être et de la qualité des soins. Il est fondé sur des données factuelles et probantes (*Evidence-based medicine*) et considère le suivi personnalisé, la prévention, la responsabilisation et le bien-être comme des alternatives valables aux vastes et coûteux programmes de dépistage, diagnostic, traitement et prise en charge lorsqu'ils sont appliqués systématiquement en routine et sans indications précises, sources alors de gaspillages, de complications et d'anxiété.

PREAMBULE :

Attendu que :

- En dépit de dépenses de santé per capita très élevées et en constante augmentation (2), la France, malgré une prise en charge très sécuritaire des mères et de leurs nouveau-nés, a des taux de morbidité et de mortalité périnatales très médiocres, comparés à ceux de la plupart des pays industrialisés voisins (3),
- Les pays industrialisés affichant les meilleures statistiques périnatales (3), sont les pays où les sages-femmes accompagnent la grande majorité des femmes durant l'accouchement, alors qu'en France, les sages-femmes ne sont les intervenantes principales au moment de l'expulsion que dans moins d'une naissance sur deux,
- Les pratiques obstétricales qui contribuent à la hausse des coûts et à des statistiques maternelles et périnatales laissant à désirer, comprennent l'utilisation inappropriée de techniques en routine, non fondées sur des données scientifiques probantes (*evidence-based medicine*) (4), mais aussi l'utilisation inappropriée des compétences des intervenants : un obstétricien est formé à grands frais pour traiter la pathologie, et non pour suivre en routine une grossesse et un accouchement normal. Des études ont mis en relief le fait que la présence d'un obstétricien auprès d'une femme accouchant par voie basse augmentait de façon significative les interventions intempestives, à fort potentiel iatrogène.
- L'interventionnisme préventif et la dépendance accrue de l'obstétrique à la technique ont diminué la confiance des femmes en leurs propres capacités de donner naissance physiologiquement, sans interventions (5),
- L'établissement et l'intégrité de la relation mère-père-enfant qui s'instaure durant la grossesse, est compromise par la prise en charge obstétricale séparée des mères et des bébés, comme s'ils constituaient des groupes distincts ayant des besoins conflictuels,

- En dépit du fait que l'allaitement offre des avantages indéniables en ce qui concerne la santé, la nutrition et le développement des bébés, seule une faible fraction des mères françaises allaitent toujours leur bébé après six semaines de vie, faute de soutien à l'allaitement,
- Le système périnatal en pleine concentration et le maillage actuel des maternités ne fournissent plus un accès égal aux ressources et aux soins que les femmes sont en droit d'attendre,

Nous, associations membres de CIANE, avons donc décidé de reconnaître, de valoriser et de promouvoir les services et le personnel des lieux de naissance qui respectent les principes suivants :

PRINCIPES :

Nous croyons que les valeurs et les fondements des attitudes et des pratiques pendant la grossesse et l'accouchement sont :

1° - La normalité de l'accouchement :

- L'accouchement et la naissance sont des actes privés et intimes, un processus normal et sain (et en aucun cas, à priori, une pathologie potentielle),
- Les femmes et les bébés ont tout ce qu'il faut pour, respectivement, donner naissance et venir au monde,
- Sauf pathologie avérée, il est vital de respecter la décision des bébés de naître naturellement à l'heure où ils sont physiologiquement prêts,
- A leur naissance, les bébés sont des êtres humains à part entière, éveillés et sensibles (notamment très sensibles à la douleur, à la contention de leur corps, et aux manipulations dont ils sont l'objet) et il faut les reconnaître et en prendre soin en conséquence (6),
- L'allaitement constitue l'aliment idéal pour les nouveau-nés et les bébés pour une croissance optimale (8),
- Grâce à un bon suivi de grossesse, une orientation adaptée et une gestion organisée des urgences, la naissance peut avoir lieu en toute sécurité dans des centres hospitaliers, des maisons de naissance ou au domicile des parents en fonction des circonstances et des options librement consenties,
- La vision et la formation à l'accouchement qu'ont les sages-femmes, gardiennes de l'eutocie, sont les plus appropriées pour la majorité des femmes enceintes qui accouchent.

2° - L'affirmation de soi :

- La confiance d'une femme dans ses capacités à donner naissance et à prendre soin de son bébé peut être renforcée ou au contraire affaiblie par l'attitude, le comportement, l'expression et les propos de toute personne qui l'entoure, de même que par l'agencement, l'ambiance et l'organisation du lieu où elle donne naissance à son enfant. La perte et/ou la destruction de cette confiance peut engendrer de multiples problèmes durant l'accouchement, l'allaitement et l'établissement du lien mère / enfant,
- La mère, le père et leur bébé sont des personnes distinctes mais interdépendantes durant la grossesse, la naissance et la petite enfance. Cette relation et cette interconnexion sont vitales et doivent être absolument préservées,
- La grossesse, l'accouchement et la période postnatale sont des événements marquants de la vie. Ces expériences affectent profondément les femmes, les bébés, les pères et les familles, et ont un impact important et durable sur la société.

3° - L'autonomie

Chaque femme doit pouvoir :

- Vivre son accouchement comme un événement majeur, sain et constructif pour elle-même et sa famille, peu importe son âge et les circonstances entourant l'accouchement,
- S'exprimer en toute tranquillité d'esprit et pouvoir dire que son accouchement a été douloureux et traumatisant sans être jugée ou sermonnée par les soignants,
- Donner naissance comme elle le désire dans un cadre de sécurité affective : un environnement où elle se sent soutenue et en confiance, et où son bien-être psychologique, son intimité et ses désirs sont respectés,
- Avoir accès à une information loyale en ce qui concerne sa grossesse, son accouchement et la manière de prendre soin de son bébé, ainsi qu'à une documentation exhaustive sur tous les lieux de naissances, les différents types de professionnels offrant des services et les pratiques existantes,
- Recevoir une l'information juste, loyale et à jour sur les bénéfices et les risques de toutes les interventions, médicaments et tests qui lui sont proposés durant sa grossesse, son accouchement et la période post-partum, information suivie du droit d'y consentir ou de les refuser de manière éclairée (7),
- Recevoir tout soutien ou conseil extérieur, afin de réellement faire des choix éclairés et décider avec son compagnon, ce qui constitue la ou les meilleure(s) option(s) pour elle et son bébé et ce, dans le respect de ses valeurs et croyances personnelles et ethniques (7).

4° - La préoccupation de ne pas nuire :

- Rien ne doit être fait de manière routinière pendant la grossesse, l'accouchement ou la période post-partum. De nombreux tests, procédures, techniques médicales et médicaments présentent des risques pour la mère et le bébé, et ne doivent être mis en œuvre que librement acceptés par la femme, sur des indications de bénéfices scientifiquement précis et vérifiés,
- Lorsque des problèmes surviennent durant la grossesse, l'accouchement ou la période post-partum, les traitements médicaux proposés doivent avoir été évalués et avoir fait l'objet d'une validation sur le plan scientifique,
- Sauf refus exprès de la personne, lui donner une information exhaustive et loyale participe du droit fondamental au respect de sa dignité (6).
- Aucun acte susceptible d'aggraver les douleurs de la mère ou du bébé ne doit être fait d'une façon systématique et sans une raison liée à une pathologie réelle. En cas d'interventions douloureuses nécessaires, une analgésie ou une anesthésie doivent systématiquement et obligatoirement être proposées, précédées d'une information loyale et claire sur les niveaux de douleur pouvant être induits. Ces interventions concernent principalement : le déclenchement et l'accélération du travail (par rupture artificielle des membranes ou injection d'ocytociques), les extractions assistées (expression abdominale, ventouse, forceps), la révision utérine, la suture d'une épisiotomie ou d'une déchirure. Ne pas prendre en charge ces souffrances provoquées constitue un acte de maltraitance.
- La femme en travail ne doit donc pas être contrainte à l'immobilité, tout particulièrement en décubitus dorsal. La liberté de mouvement et de position est à la fois une aide antalgique pour la mère et nécessaire à la bonne progression du bébé.

5° - La responsabilité :

- Chaque intervenant(e) est personnellement responsable de la qualité de soins qu'il ou elle dispense,
- Les pratiques mises en œuvre à l'accouchement ne doivent pas être fondées sur les besoins de l'intervenant(e) ou de la structure d'accueil mais uniquement sur ceux de la mère et de son bébé,
- En lien avec les résultats d'études scientifiques, chaque lieu de naissance a la responsabilité d'évaluer périodiquement et de réviser, l'efficacité, les risques et les taux des interventions médicales sur protocoles effectuées sur les mères et les bébés,
- Il est de la responsabilité des gouvernements et des institutions de santé publique d'assurer une offre de soins suffisante et adaptée à la demande, un libre choix aux lieux de naissance à toutes les femmes et d'en surveiller la qualité des services,
- Les femmes doivent pouvoir exercer librement et en toute responsabilité des choix éclairés quant aux soins de santé qu'elles et leurs bébés reçoivent.

6° - La transparence :

- Toute institution de naissance doit être transparente sur son activité et sur ses résultats : il est de la responsabilité de son personnel d'assurer cette transparence. Cela se traduit par la publication périodique d'un rapport d'activité et la mise à disposition du public des principaux indicateurs d'activité et de résultats.

7° - Le respect des lois :

- Nul n'est au-dessus des lois,
- Les protocoles et règlements internes des établissements de soins doivent respecter les lois et ne sont pas opposables au tiers,
- Le consentement éclairé doit être donné préalablement à tout acte médical et peut être retiré à tout moment (7),
- Le fœtus à naître fait partie intégrante de la mère et toute atteinte à son intégrité touche à l'intégrité physique et psychique de la mère,
- Au-delà des règles éthiques et déontologiques des professionnels, l'acte médical reste aussi un acte marchand et il ne saurait s'imposer sans consentement et prévaloir sur les décisions de la mère, porteuse avec son compagnon de valeurs d'altruisme, de désintéressement et d'amour pour son enfant.

*Ces principes soutiennent les onze règles suivantes, qui définissent et promeuvent les services des lieux de naissance sous le label « **Naissance Respectée** ».*

Les onze règles de l'Initiative « Naissance Respectée » :

Pour se prévaloir du label « Naissance Respectée », le centre hospitalier, la maison de naissance ou le cabinet d'accouchement à domicile doivent respecter les principes précédents, et respecter les critères suivants :

Ils doivent :

1) Offrir à toute femme en travail :

- la possibilité d'avoir auprès d'elle une ou deux personnes de son choix (incluant le père, son compagnon, des membres de sa famille ou des relations), ou d'une personne de son choix au bloc opératoire en cas de césarienne,
- l'accès sans restriction à un soutien continu psychologique, affectif et physique, fourni par une personne de son choix (personne de confiance, accompagnatrice...),
- la possibilité de faire suivre l'accouchement par une sage-femme libérale de son choix, sage-femme à laquelle est garanti l'accès aux services de l'établissement (8),

2) Fournir et rendre publique une information juste et loyale, sous forme descriptive et statistique, sur les pratiques et les protocoles entourant l'accouchement et les indicateurs d'activité et de résultats (déclenchements, épisiotomies, extractions, césariennes...),

3) Fournir des soins culturellement adaptés, en prenant en compte et en respectant les différentes croyances, valeurs et coutumes ou religions (7),

4) Sauf complication ou urgence, donner à la femme en travail la liberté de marcher, de bouger, et de prendre les positions de son choix durant le travail et la naissance de son bébé, et lutter contre les habitudes et les préjugés qui ont tendance à présenter la position décubitus dorsal (couchée ou semi-couchée sur le dos et les jambes relevées) comme la seule position acceptable, alors que des études ont montré son caractère non physiologique. Veiller aussi à maintenir un environnement sonore et lumineux respectueux du besoin de tranquillité des parents, en évitant tout transfert inutile d'une salle à l'autre.

5) Avoir une politique claire et des procédures écrites concernant :

- le fonctionnement avec un réseau (identifié et financé) de services de périnatalité, depuis les consultations périnatales par un professionnel choisi par la femme enceinte jusqu'à un établissement de niveau supérieur si un transfert médical était nécessaire,
- l'information sur les lieux, les moyens et les professionnels disponibles pour la mère et son bébé, concernant le suivi prénatal et postnatal et le soutien à l'allaitement,

6) Respecter les préconisations de l'OMS et ne pas avoir recours, en routine, à des pratiques et à des procédures non fondées sur des preuves scientifiques (*Evidence-based Medicine*), incluant entre autres les actes suivants :

- le décollement des membranes
- la pose d'une sonde urinaire,
- le rasage de la vulve et/ou du périnée,
- l'administration de lavements,
- la pose d'une perfusion,
- l'interdiction à la femme en travail de boire et de manger,
- la rupture des membranes en début de travail,
- la surveillance électronique continue du rythme cardiaque fœtal,
- l'utilisation d'ocytociques de synthèse,
- les touchers vaginaux à répétitions et par des dispensateurs de soins différents,
- l'expression abdominale,
- l'épisiotomie,
- la révision utérine;

Limiter les interventions suivantes aux taux ou tendances suivantes :

- déclenchement artificiel du travail à 10 % ou moins (niveau I),
- épisiotomies à 13 % ou moins, (objectif : 6 % ou moins) (niveau I),
- césariennes à 10 % ou moins dans les maternités de niveau I, et à 17 % ou moins dans les services de niveaux II et III (avec une identification des patientes en fonction du risque),
- AVAC (accouchements vaginaux après césarienne) de 60 % ou plus (objectif : 75 % ou plus),
- péridurales en baisse.

7) Enseigner et former le personnel aux techniques non pharmacologiques de soulagement de la douleur et ne recourir aux analgésiques ou aux anesthésiques qu'à la demande expresse de la femme (après que les autres alternatives aient été épuisées) ou qu'en cas de besoin pour traiter une complication,

8) Favoriser la relation mère / enfant et respecter le bébé en tant que personne :

- Sauf urgence, ne pas séparer le nouveau-né de sa mère à la naissance pour des examens en routine qui peuvent attendre,
- Sauf nécessité vitale ou demande expresse des parents, ne pas clamper ni couper le cordon ombilical avant que le sang n'ait cessé d'y circuler,
- Les soins doivent se faire dans la tranquillité et dans les bras de la mère ou du père, ou pendant une tétée quand cela est possible,
- Ne donner de biberon de glucose ou de lait de substitution qu'avec l'accord de la mère ou du père,
- Ne pas imposer de séparation la nuit, y compris la première nuit, sauf demande de la mère,
- Ne pas effectuer d'examens invasifs et douloureux (Guthrie, dextro, nitrate d'argent,...) sans crème EMLA ni glucose pour apaiser le bébé, et les faire lorsqu'ils sont dans les bras

des parents ou mieux pendant une tétée. Ne pas les faire en l'absence voire à l'insu du père (ou de la mère), mais avec leur accord et en leur présence,

- Ne pas multiplier les soins et examens redondants (ponctions...), non coordonnés (visites successives de la puéricultrice, de pédiatre, de l'infirmière...) ou intempestifs (réveil pour prise température, pesée, bain, gouttes...),
- Ne pas faire d'examens ou d'actes médicaux sauf nécessité vitale pour l'enfant et dans un but médico-légal.

9) Favoriser l'harmonie de la cellule familiale et gérer les situations à risques par des dispositions et des procédures adaptées :

- Une politique active pour l'établissement d'une relation précoce entre le couple et son enfant, avec une sensibilisation et une formation du personnel, et la mise en place de procédures,
- Une prise en charge des accouchements sous X, avec l'existence d'un protocole et d'une équipe de professionnels spécialisés,
- Une gestion du deuil périnatal par la présence d'une personne spécialisée ou d'intervenants privilégiés (psychologue...), l'existence d'une formation adaptée, la diffusion d'un protocole interne et la disponibilité d'une liste d'intervenants sociaux (pour les obsèques et les démarches administratives),
- Une gestion des situations de détresse sociale ou psychologique par la présence de soignants spécialisés et de procédures écrites pour un relais par les services sociaux adaptés,
- Une gestion des grossesses et des accouchements à haut risque dans le cadre d'une relation codifiée avec un réseau identifié de structures adaptées,
- Un accompagnement des parents d'enfants prématurés ou porteurs de pathologies par des équipes pluridisciplinaires formées et l'existence d'un protocole,
- Un appui par un réseau ville-hôpital piloté par la DRASS ou une politique de sortie précoce et d'accompagnement de la période post-natale et l'existence d'une procédure écrite pour un suivi-relais systématique, (procédure de suivi avec soit une inscription pour un transfert sur un centre périnatal de proximité (CPP), soit un rendez-vous avec sage-femme sous 48h). Cette sortie précoce ne doit intervenir qu'à la demande de la femme et en aucun cas imposée.

10) Se conformer aux 10 critères établis par l'OMS et l'UNICEF pour les établissements « Amis des bébés » assurant la promotion de l'allaitement :

- Adopter une politique d'allaitement formulée par écrit, systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants et diffusée publiquement,
- Sensibiliser et former le personnel de manière à ce qu'il soit apte à mettre en oeuvre cette politique,
- Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et les conseiller pour sa mise en oeuvre,
- Aider les nouvelles mères à démarrer l'allaitement dans la demi-heure qui suit la naissance,
- Montrer aux femmes séparées de leur bébé comment allaiter et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparés de leur nourrisson,
- Ne donner aux nouveaux-nés aucun aliment, ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale,
- Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour, sauf demande contraire de la mère,
- Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant (ou de sa mère),
- Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette,
- Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement et leur adresser les mères dès leur sortie du lieu de naissance.

De plus, en cas de besoin, le lait artificiel maternisé proposé à la mère et à son enfant doit être acheté par la maternité et non être un cadeau des fabricants industriels.

11) Respecter les droits élémentaires de la personne (6) et (7) : délivrer une information loyale et exhaustive, respecter le consentement éclairé à tout acte médical, permettre une participation aux décisions concernant les actes thérapeutiques et/ou de diagnostic, respecter le droit de conscience et le refus de soin, assurer des soins de qualité dans le respect de l'intimité et de la dignité, mettre des moyens suffisants en personnel qualifié.

Glossaire

Maison de naissances : maison de naissances non administrée par un centre hospitalier et située en dehors d'un CH.

Doula (accompagnante): une personne qui fournit de l'information et un soutien physique, psychologique durant le travail et la naissance du bébé; elle peut aussi fournir un soutien à domicile durant les périodes pré- et postnatale.

Épisiotomie : coupure volontaire du périnée (afin d'élargir l'ouverture vaginale)

Déclenchement du travail : faire débiter le travail par un moyen mécanique ou pharmacologique

Morbidité : complications (maladie ou blessure)

Périnatal : période entourant la naissance

Rupture des membranes : rupture du sac amniotique (amniotomie)

Bibliographie

American College of Obstetricians and Gynecologists. Fetal heart rate patterns : monitoring, interpretation, and management. *Technical Bulletin* no 207. July 1995.

Guidelines for vaginal delivery after a previous cesarean birth. ACOG Committee Opinion 1988; no 64.

Canadian Paediatric Soc., Fetus, and Newborn Committee. Neonatal circumcision revisited. *Can Med. Assoc. J.* 1996; 154(6) :769-780.

Enkin, M. Et al. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. 2nd rev ed. Oxford: Oxford University Press, 1995. (les données de ce livre proviennent de la Cochrane Library)

Goer, H. *Obstetric Myths versus Research Realities : A Guide to the Medical Literature*. Westport. CT : Bergin and Garvey. 1995

Bureau of Maternal and Child Health. *Unity through diversity: a report on the Healthy Mothers Healthy Babies Coalition Communities of Color Leadership Roundtable*. Healthy Mothers Healthy Babies. 1993. (on peut en obtenir une copie en appelant au 202-821-8993, ext. 254. Le docteur Marsden Wagner a aussi fourni des statistiques officielles sur la maternité maternelle).

International Lactation Consultant Association. *Position paper on infant feeding*. Rev 1994. Chicago : ILCA 1994.

Klaus, M., Kennell, JH et PH Klaus. *Mothering the Mother*. Menlo Park, CA : Addison-Wesley, 1993.

Bonding : Building the Foundations of Secure Attachment and Independence. Menlo Park, CA : Addison-Wesley, 1995.

Wagner, M. *Pursuing the Birth Machine: The Search for Appropriate Birth Technology*. Australia : ACE Graphics. 1994. (Ce livre contient notamment les recommandations de la conférence de l'OMS à Fortaleza, Brésil, avril 1985 et le rapport résumé de la Consensus Conference on Appropriate Technology Following Birth de l'OMS, Trieste, octobre 1986.)

A compléter...

Il est permis de reproduire en tout ou en partie ce document en mentionnant la source. Prière de nous informer si vous affichez ce texte sur votre site de manière à ce que nous puissions vous informer des mises à jour.

Références sur différentes initiatives : voir site <<http://naissance.ws/CIANE/>>

Liste des signataires (Janvier 2005) : voir pages suivantes

Faites connaître cette initiative

Le CIANE est un collectif d'associations soucieuses que l'accouchement demeure un événement naturel, tout en étant sécurisé. Vous pouvez nous aider en distribuant des copies de ce texte, en le reproduisant dans vos bulletins, en l'envoyant aux journaux locaux et aux représentants, en en parlant dans les médias, etc. (sans oublier de mentionner la source). N'hésitez pas à en envoyer des copies par la poste ou par Internet à toutes les personnes que vous connaissez et qui sont susceptibles d'être intéressées, en leur demandant de faire de même.

Pour signifier votre propre adhésion à cette initiative

Voir le formulaire sur le site web

Procurez-vous des copies de nos publications

Le présent document est disponible en format PDF sur le site <<http://naissance.ws/CIANE/>>.

Forum de discussion CIANE

Aidez votre établissement de maternité à obtenir l'accréditation en vous procurant le questionnaire d'auto-évaluation par la poste ou de notre site web :

Joignez-vous à notre forum de discussion afin de soutenir la dissémination et la mise en oeuvre de l'Initiative.

Tous les commentaires et suggestions sont bienvenus. Si vous désirez commenter un élément du contenu de l'initiative, svp ajoutez à votre commentaire les données pertinentes de la littérature scientifique (références).

Copyright 2005 : (CIANE). Ce document peut être reproduit en tout ou en partie en citant la source suivante :

C I A N E

... ..

Organisations signataires

.....

Notes

(1) **CIMS National Office**, POB 2346, Ponte Vedra Beach, FL 32004, (888) 282-CIMS, 01(904) 285-1613, fax : 01(904) 285-2120, courriel info@motherfriendly.org, site web www.motherfriendly.org

(2) 5,8 % du PIB en 1970 contre 9,7 % en 2001 (source : Compte de la Santé 2000-2002)
soit 2 437 euros par Français et par an.

(3) Pour la période 1992 et 1995, K Wildman et coll. ont comparé les taux de mortalité maternelle entre les pays européens pour en déduire des différences dans les prises en charge des femmes enceintes. Les auteurs de cette étude ont identifié 290 décès analysables parmi 13 pays européens dont la France. Les différents taux de mortalité ont permis de séparer les pays en 2 groupes : un groupe de faible létalité avec un taux moyen de 5,9 pour 100 000 naissances vivantes (PCMNV) comprenant, entre autres, la Norvège (3,3 PCMNV) et l'Allemagne (7,6 PCMNV) et un groupe de "forte" létalité avec un taux moyen de 10,2 PCMNV dans lequel se place la France (11,3 PCMNV).

Source : Wildman K, Bouvier-Colle MH; MOMS Group. Maternal mortality as an indicator of obstetric care in Europe. BJOG. 2004 Feb;111(2):164-9

Autre source : DGS / Bureau de la Qualité des pratiques 8, avenue de Ségur, 75007 Paris
Date de rédaction : juillet 2001. **Date de mise en ligne** : juillet 2001.

Tableau 6 : Comparaisons internationales, nombre de décès et taux pour 100 000 d'après les données d'état civil, en 1990-94

Source [3] <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/maternite/n32>

Pays	Effectifs des décès maternels	Taux pour 100000 naissances	Intervalle de confiance à 95%
FINLANDE	18	5,5	3,3-8,7
DANEMARK	18	5,6	3,3-8,8
NORVÈGE	18	6,0	3,5-9,5
AUTRICHE	29	6,2	3,9-8,5
PAYS-BAS	69	7,0	5,4-8,7
ROYAUME-UNI	270	7,0	6,1-7,8
ALLEMAGNE	292	7,1	6,3-7,9
PORTUGAL	54	9,5	6,9-12,0
FRANCE	414	11,2	10,1-12,3
HONGRIE	88	14,5	11,5-17,5
TOTAL PAYS	1385	6,9	6,8-7,0

(4) OMS – WHO : CLASSIFICATION DES PRATIQUES UTILISEES PENDANT UN ACCOUCHEMENT NORMAL : http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_96_24/MSM_96_24_chapter6.fr.html

L'enquête nationale périnatale de 1998 (accessible sur le site : <http://www.sante.gouv.fr/>) précise : "La France : 17,5 % de césariennes (en hausse), 12,5 % de forceps, 71,3 % d'épisiotomies (primipares), 36,2 % des multipares, donc en moyenne 53,7 % (c'est à dire plus de 350 000 femmes par an, plus d'une femme sur deux), 58 % de péridurales (3,9 % en 1981 ; 48,6 % en 1995 ; très variable de 30 à 95 % selon les établissements), 20,3 % de déclenchements". Cet « interventionnisme forcé » donne des statistiques périnatales parmi les plus mauvaises d'Europe.

(5) On parle alors d'effet « nocebo »

(6) Voir « Pour une charte du Naissant », Blandine Poitel, Les Dossiers de l'Obstétrique, 302, 2002, <<http://users.swing.be/carrefour.naissance/Articles/refl/PourUneCharteDuNaissant.htm>>

(7) Code de la Santé Publique et Code de Déontologie Médicale. Rappel des principaux articles du CSP :

« Art. L. 1110-2. - La personne malade a droit au respect de sa dignité ».

« Art. L. 1110-3. - Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins ».

« Art. L. 1110-5. - Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté ».

« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ».

« Art. L. 1111-2. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus ».

Art. L. 1111-4. - Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté ».

« L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre ».

(8) Voir recommandations de l'OMS, l'UNICEF et de l'ANAES (HAS).