



L'INITIATIVE INTERNATIONALE POUR LA NAISSANCE MÈRENFANT¹ (IMBCI²):

DIX CONDITIONS POUR DES SOINS OPTIMAUX DE MATERNITÉ AXÉS SUR LA DYADE MÈRENFANT

UNE INITIATIVE DE
L'INTERNATIONAL MOTHERBABY CHILDBIRTH ORGANIZATION (IMBCO)
WWW.IMBCI.ORG

RÉSUMÉ DES DIX CONDITIONS DE L'INITIATIVE INTERNATIONALE POUR LA NAISSANCE MÈRENFANT (IMBCI)

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 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 la maladie 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 l'ensemble des professionnel-le-s de la santé, par les établissements et par 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.

¹La 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.

² L'acronyme IMBCI vient du nom anglais de l'Initiative : International MotherBaby Childbirth Initiative, nom utilisé à travers le monde. La traduction française de ce document est l'œuvre de : Hélène Vadeboncoeur, Ph.D., chercheure canadienne en périnatalité.

PRINCIPES FONDAMENTAUX SOUTENANT L'INITIATIVE INTERNATIONALE POUR LA NAISSANCE MÈRENFANT¹

- 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 l'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, 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 de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum et sur l'apport de sciences humaines telles que la sociologie et la psychologie à propos de ces événements. L'Initiative internationale pour la Naissance MèreEnfant s'inspire du 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 d'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 favorise chez la mère 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 les centres de santé, les maisons de naissance ainsi que chez elles, lorsqu'elles y sont accompagnées par des personnes compétentes, et qu'on peut 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 de la maladie, 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 la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Il constitue l'exemple à suivre en soins de maternité (gold standard) et favorise l'obtention des meilleurs résultats. 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.

LES DIX CONDITIONS DE L'INITIATIVE INTERNATIONALE POUR LA NAISSANCE MÈRENFANT (IMBCI)²

Les dix conditions de l'Initiative internationale pour la naissance MèreEnfant sont fondées sur les meilleures données scientifiques disponibles relatives à la sécurité et à l'efficacité de tests, de traitements et d'autres interventions destinées aux mères et à leur bébé. « Sécurité » signifie ici que les soins sont conformes à des pratiques fondées sur des données scientifiques probantes, pratiques qui réduisent le risque d'erreur et d'effets nocifs et qui soutiennent la physiologie normale de l'accouchement. « Efficacité » se rapporte à l'idée que les soins fournis produisent les bénéfices attendus et sont appropriés aux besoins de la femme enceinte et de son bébé, selon des preuves scientifiques robustes. Des soins sécuritaires et efficaces pour la dyade MèreEnfant produisent les meilleurs résultats et bénéfices possible dans le domaine de la santé, tout en favorisant l'utilisation la plus appropriée ainsi que l'utilisation modérée des ressources et de la technologie.

Des services de maternité MèreEnfant optimaux reposent sur des politiques écrites qui font partie de la formation donnée au personnel 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, lui fournissant une information complète et l'impliquant dans le processus décisionnel relativement aux soins qui la concernent et qui concernent son bébé. Ces personnes communiquent avec elle dans un langage qu'elle comprend et respectent son droit au consentement ou au refus éclairés.

CONDITION 2 Possèdent les connaissances et habiletés relevant de la pratique sage-femme qui favorisent le déroulement normal et physiologique de la grossesse, de l'accouchement, de l'allaitement et du post-partum.³

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; il peut s'agir du père de son bébé, de son compagnon, de membres de sa famille, d'une doula⁴, ou d'autres personnes. Il est démontré que le soutien continu réduit le recours à l'analgésie pendant l'accouchement, diminue la fréquence des accouchements chirurgicaux et accroît la satisfaction de la mère relativement à son accouchement.

CONDITION 4 Offrent des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur et de confort pendant le travail, en expliquant comment ces méthodes peuvent faciliter le déroulement d'un accouchement normal et contribuer à éviter des effets nocifs inutiles; ils montrent aux femmes (et à leurs compagnons) comment utiliser ces méthodes, qui comprennent toucher la femme en travail, la soutenir, la masser, la laisser s'immerger dans l'eau, et des techniques de détente et de gestion de la douleur; ils respectent les préférences des femmes et leurs choix.

CONDITION 5 Dispensent des soins fondés sur des données scientifiques probantes, soins dont on a démontré qu'ils sont bénéfiques et qu'ils soutiennent le déroulement normal et physiologique de l'accouchement et du post-partum. Ces soins comprennent ce qui suit :

- Laisser l'accouchement se dérouler à son propre rythme, tout en s'abstenant de faire des interventions fondées sur des limites de temps prédéterminées; utiliser le partogramme pour inscrire la progression du travail;⁵

- Offrir à la mère la possibilité sans restriction de boire et de manger, si elle le souhaite pendant le travail;
- L'aider à marcher pendant le travail, à bouger librement et à prendre les positions de son choix, incluant les positions accroupie, assise, à quatre pattes; lui fournir de l'équipement pouvant l'aider à adopter des positions verticales;⁶
- Utiliser des techniques pour tourner le bébé *in utero* et pour la naissance par voie vaginale d'un bébé se présentant par le siège;
- Faciliter un contact soutenu peau-à-peau MèreEnfant immédiatement après la naissance, afin que le bébé puisse bénéficier de la chaleur maternelle, de *bonding* (attachement mère-enfant), d'un allaitement précoce, de stimulation, et afin de s'assurer que la mère et le bébé demeurent ensemble;
- Laisser suffisamment de temps pour que le sang du cordon ombilical parvienne au bébé après sa naissance, afin que ce dernier puisse bénéficier du volume de sang, de l'oxygène et des nutriments obtenus de cette manière;⁷
- S'assurer que la mère a totalement accès à son bébé s'il est malade ou prématuré et s'assurer aussi qu'elle puisse le porter contre elle (méthode kangourou), ainsi que l'aider à lui donner son propre lait (ou le lait d'une autre femme) lorsque l'allaitement est impossible.

CONDITION 6 Évitent d'avoir recours, de manière routinière ou fréquente, lors d'un accouchement normal, aux pratiques de soins pouvant être nocives et qui n'ont aucun fondement scientifique. Et lorsqu'on envisage d'y avoir recours pour une situation précise, on devrait s'assurer que, selon la littérature scientifique, le geste à poser comporte plus de bénéfices que d'effets négatifs potentiels; on devrait aussi en discuter de manière exhaustive avec la mère de manière à ce que son consentement soit éclairé. Ces pratiques comprennent :

- | | |
|--|---|
| • le rasage de la vulve | • la position couchée (les pieds dans les étriers) |
| • le lavement | • la poussée dirigée |
| • le décollement des membranes | • l'expression abdominale (manœuvre de Kristeller) |
| • la rupture artificielle des membranes | • l'épisiotomie |
| • le déclenchement artificiel du travail et/ou l'accélération du travail | • l'extraction du bébé à l'aide d'un forceps ou d'une ventouse |
| • les examens vaginaux à répétition | • la révision utérine |
| • l'interdiction de boire ou de manger | • la césarienne primaire ou itérative |
| • l'obligation pour la mère de garder le lit | • la succion des voies respiratoires du nouveau-né |
| • le soluté (l'intraveineuse) | • le clampage précoce du cordon ombilical (immédiatement après la naissance, voir note 7) |
| • la surveillance électronique fœtale de manière continue | • la séparation de la mère et du bébé |
| • le soulagement de la douleur à l'aide de médicaments | |
| • l'insertion d'une sonde urinaire | |

CONDITION 7 Prennent des mesures susceptibles d'accroître le bien-être des femmes et des bébés et de prévenir les urgences, la maladie et le décès de la dyade MèreEnfant :

- Faire de l'éducation sur la nutrition, l'eau potable et un environnement sain, et développer l'accès à ces éléments;
- Faire de l'éducation sur les méthodes de prévention et de traitement des maladies, incluant la prévention et le traitement du paludisme et du VIH/SIDA, ainsi que la vaccination anti-tétanos;
- Faire de l'éducation sur la sexualité responsable, sur la planification des naissances, sur les droits des femmes reliés à la reproduction, et assurer un accès aux méthodes de planification des naissances;

- Fournir des soins qui soutiennent la mère durant la grossesse, l'accouchement, la période du post-partum, ainsi que des soins au nouveau-né, tous ces soins étant axés sur la santé physique et émotionnelle de la dyade MèreEnfant dans le cadre des relations familiales et de la communauté à laquelle cette famille appartient.

CONDITION 8 Assurent l'accès à des traitements d'urgence spécialisés pour les complications qui constituent une menace pour la vie de la mère ou du bébé, traitements fondés sur des données scientifiques probantes. S'assurent que tous les intervenant-e-s en santé maternelle et infantile reçoivent une formation initiale et continue adéquate en soins d'urgence, afin qu'ils puissent traiter adéquatement et au moment approprié les mères et leur nouveau-né lorsque cela s'avère nécessaire.

CONDITION 9 Fournissent un continuum de soins à la mère et au nouveau-né - soins dispensés par l'ensemble des professionnel-le-s de la santé, par les établissements et par les organismes concernés - dans un cadre favorisant cette continuité et la collaboration entre tous et à tous les niveaux. Ce continuum de soins inclut ceux des accoucheurs et des accoucheuses traditionnel-le-s et des personnes présentes comme intervenant-e-s lors d'un accouchement en dehors d'un centre hospitalier. Plus précisément, les personnes travaillant dans les établissements, les agences et les organismes offrant des services reliés à la maternité devraient :

- Collaborer, peu importe la discipline, la culture, ou l'institution qui sont les leurs, afin de faire bénéficier la dyade MèreEnfant des meilleurs soins, en reconnaissant que chacun possède des habiletés qui lui sont propres et en respectant le point de vue de l'autre;
- Encourager la continuité des soins durant l'accouchement, de sorte que la dyade MèreEnfant soit entourée d'un petit nombre seulement d'intervenant-e-s;
- Assurer l'accès, au moment approprié, à des consultations et à des transferts vers des spécialistes et des établissements appropriés;
- S'assurer que la mère connaît les services disponibles dans la communauté et peut y avoir accès, c'est-à-dire les services susceptibles de répondre à ses besoins ou à ceux de son nouveau-né.

CONDITION 10 Visent à se conformer aux dix conditions¹ pour le succès de l'allaitement maternel de l'Initiative des Amis des bébés (OMS/UNICEF) :

- Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.
- Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
- Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance. Placer les bébés peau-à-peau contre leur mère immédiatement après la naissance, pendant au moins une heure, et encourager la mère à reconnaître les signes signifiant que son bébé est prêt à téter, en lui offrant de l'aide au besoin.
- Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation, même si elles devaient être séparées de leur bébé.
- Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que du lait maternel, sauf sur indication médicale.
- Instaurer la cohabitation – laisser le bébé avec sa mère 24 heures par jour.
- Encourager l'allaitement à la demande du bébé.

¹ La traduction française reprend généralement mot pour mot ce qui figure dans les lignes directrices canadiennes et québécoises sur l'allaitement.

- Ne donner aux enfants allaités aucune tétine artificielle ou sucette.
- Encourager la constitution de groupes de soutien de l'allaitement et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

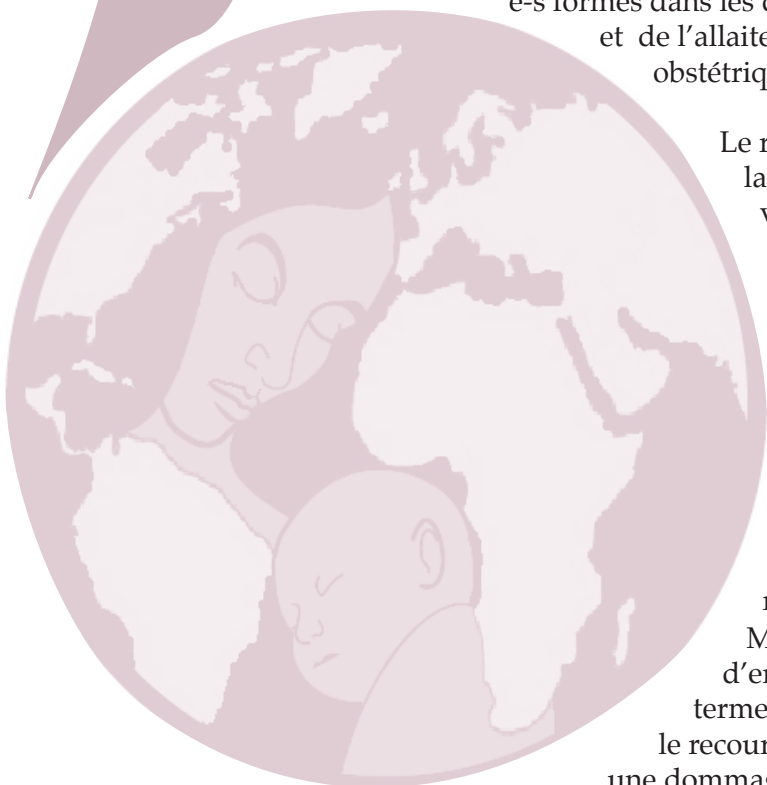
L'International MotherBaby Childbirth Organization, en collaboration avec d'autres organismes, est présentement en train d'élaborer un document accompagnant l'IMBCI. Ce document fera état d'une ample revue des données scientifiques soutenant les 10 conditions de l'IMBCI. Les deux documents seront régulièrement mis à jour, afin de refléter les avancées sur le plan de la recherche.

L'INITIATIVE INTERNATIONALE POUR LA NAISSANCE MÈRE-ENFANT : LE CONTEXTE GLOBAL⁸

Au cours des dernières décennies, des progrès significatifs ont été réalisés dans le domaine de la santé maternelle et infantile. Pourtant, des problèmes majeurs existent toujours, et dans les pays développés et dans les pays en voie de développement. Chaque année, principalement dans les pays en voie de développement, plus d'un demi-million de femmes meurent suite à des complications reliées à la grossesse ou à l'accouchement, et de nombreuses femmes sont victimes de complications lors de la grossesse ou de l'accouchement. Les principales causes de la mortalité maternelle comprennent l'hémorragie, la septicémie, l'éclampsie, la dystocie mécanique, l'avortement non sécuritaire, et des maladies infectieuses comme le HIV/SIDA et le paludisme. Le taux mondial de mortalité infantile approche 1 sur 10 enfants. Les principales causes de mortalité infantile et néonatale comprennent la prématurité, l'insuffisance de poids, l'asphyxie lors de l'accouchement et les blessures reliées à l'accouchement, l'infection, les malformations congénitales, le syndrome de mort subite du nourrisson, la détresse respiratoire et les maladies gastro-intestinales. Cependant, il est possible de prévenir la plupart des décès maternels et infantiles grâce à un ensemble de stratégies qui comprennent la présence, lors de l'accouchement, d'intervenants compétents formés dans les domaines de la physiologie normale de l'accouchement et de l'allaitement, et grâce à l'accès à des soins d'urgence en obstétrique.

Le recours à des interventions médicales pendant la grossesse et l'accouchement peut sauver des vies. Toutefois, lorsqu'on y a recours de manière inappropriée, les interventions médicales entraînent des complications évitables, sont nocives et peuvent même provoquer la mort. La sur-utilisation inappropriée de ces interventions a donné lieu à une augmentation massive des coûts des soins de santé, épuisant les ressources sans améliorer les issues de grossesse. Par exemple, dans plusieurs pays, les taux de césariennes sont bien supérieurs à la limite maximale recommandée, soit 15 %. L'impossibilité de faire une césarienne lorsqu'elle serait indiquée, faute de ressources, peut être fatale pour la mère ou pour le bébé.

Mais le recours exagéré aux césariennes est susceptible d'entraîner des effets nocifs graves, à court et à long terme, pour les mères et pour leur enfant.⁹ De plus, lorsque le recours aux interventions est devenu la norme, on assiste à une dommageable perte d'expertise chez les soignants en ce qui



concerne le soutien au déroulement physiologique d'un accouchement : on ne les forme plus que rarement à ce sujet ou alors ils perdent, faute de les utiliser, les habiletés et connaissances nécessaires à l'assistance aux accouchements physiologiques normaux.

La meilleure forme d'alimentation pour un nourrisson – soit d'être allaité tôt et exclusivement avec des suppléments appropriés si nécessaire – préviendrait annuellement environ deux millions de décès de jeunes enfants. L'allaitement fournit aux bébés une nutrition optimale, une protection sur le plan immunitaire, et a une incidence sur leur développement et leur santé. Il confère aussi à la mère de multiples bénéfices pour sa santé.¹⁰ Plus que toute autre intervention préventive, une augmentation du taux de l'allaitement pourrait sauver la vie de plus de 3500 enfants chaque jour. Les interventions médicales qui perturbent la physiologie normale de l'accouchement ainsi que la période qui suit immédiatement et à plus long terme la naissance, peuvent avoir un impact négatif sur l'initiation, l'exclusivité et la durée de l'allaitement, ce qui des conséquences directes sur la survie des bébés et sur leur santé.

L'IMBCI constate qu'il existe partout dans le monde des différences importantes au chapitre des ressources et de l'accessibilité aux soins. En ce XXI^{ème} siècle, le défi auquel nous faisons face est multiple : il s'agit d'accroître l'accessibilité aux soignants qualifiés et aux mesures d'urgence lorsqu'ils font défaut, tout en diminuant la sur-utilisation d'interventions médicales non nécessaires, et en accroissant notre compréhension du caractère normal de l'accouchement et de l'allaitement, ainsi qu'en améliorant la qualité des soins de santé dans tous les pays.

Les initiatives internationales visant à remédier aux problèmes globaux de santé maternelle et infantile comprennent : l'Initiative pour la Maternité sans Risque, Pour une grossesse à moindre risque, l'*International Initiative for Maternal Mortality and Human Rights*, la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Elles comprennent aussi l'Initiative Hôpitaux Amis des bébés (IHAB) et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, ces derniers ayant été réaffirmés dans la Déclaration Innocenti sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2005) et endossés par l'assemblée de l'Organisation mondiale de la santé en 2006.

L'Initiative internationale pour la Naissance MèreEnfant (IMBCI) complète ces initiatives en accordant une importance capitale à la qualité de l'expérience d'accouchement de la mère et à l'impact de celle-ci sur la santé de la mère et sur celle du bébé et de la famille, à court et à long terme. L'IMBCI accorde une importance centrale aux données scientifiques probantes qui soulignent les bénéfices pour la dyade MèreEnfant des soins fondés sur la physiologie normale de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement. Ces données scientifiques révèlent aussi les risques des interventions médicales inappropriées, ainsi que l'importance de prêter attention aux besoins individuels des femmes.

L'IMBCI complète les efforts visant à assurer la survie des mères et des jeunes enfants et le succès de l'allaitement (incluant les ajouts récents à l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé), mettant l'accent sur un continuum de soins humanistes nécessaire à l'obtention des meilleurs résultats pour la mère et le bébé. L'IMBCI est une initiative du Comité international de la Coalition for Improving Maternity Services (CIMS). Elle constitue, à l'échelle internationale, une suite du travail commencé en 1996 par CIMS, travail visant à faciliter l'accouchement normal, à éviter le recours à des interventions inutiles lors de l'accouchement, et à soutenir l'allaitement.

L'IMBCI contribue aussi à l'atteinte d'au moins cinq des huit objectifs du Millénaire pour le développement pour l'an 2015 :

Objectif no 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim.

L'IMBCI fait la promotion de la nutrition maternelle et de l'alimentation du nourrisson optimales.

Objectif no 3 : Promouvoir l'égalité et l'autonomisation des femmes

L'IMBCI réclame qu'on autonomise (*empower*) les femmes par l'éducation et en les traitant avec respect et compassion pendant leur grossesse, lors de l'accouchement, et lors de la période post-partum.

Objectif no 4 : Réduire la mortalité infantile et l'Objectif no 5 : Améliorer la santé maternelle et réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle. L'IMBCI réclame que les personnes qui aident les femmes à donner naissance possèdent les compétences requises; de plus, elle demande que les femmes aient accès à des soins d'urgence efficaces, et qu'on réserve les interventions médicales pour les cas où celles-ci comportent plus de bénéfices que d'effets négatifs potentiels, afin de diminuer la mortalité et la morbidité maternelle et infantile; enfin, elle met l'accent sur le bien-être et les mesures préventives avant, pendant et après l'accouchement, afin d'accroître le taux de survie et la santé de la mère et du jeune enfant.

Objectif no 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies.

L'IMBCI met l'accent sur l'éducation et sur les mesures préventives, sur l'accouchement où la mère a accès à l'information nécessaire et sur les pratiques alimentaires qui réduisent la transmission du VIH entre la mère et son bébé.

NOTES ET RÉFÉRENCES

(Endnotes)

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), des documents *The Rights of Childbearing Women* (www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10084&ClickedLink=0&area=27), *Harms of Caesarean Versus Vaginal Birth* (www.childbirthconnection.org/article.asp?ck=10271), *What Every Pregnant Woman Needs to Know About Caesarean Section* (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)
2. Les conditions 2 à 9 sont incluses à part entière ou partiellement dans l'un ou l'autre des textes suivants : l'*Initiative Amis des mères* de la Coalition for Improving Maternity Services, (www.motherfriendly.org), l'outil d'évaluation et de surveillance révisé de l'*Initiative Hôpitaux Amis des bébés* (www.unicef.org/nutrition/index_24850.html), la publication de l'OMS: *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin* (www.who.int/reproductive-health/mcpc_fr/index.html), le Royal College of Midwives (RCM) Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour (www.rcm.org.uk/professional/docs/guidelines_formatted_070105v2.doc) et The Better Births Initiative (www.liv.ac.uk/evidenceA/BBI/home.htm).
3. De telles compétences constituent le plus souvent la spécialité des sages-femmes. Les compétences centrales des sages-femmes sont définies dans le document de la Confédération internationale des sages-femmes *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice* (www.internationalmidwives.org) et dans *Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié*, document conjoint de l'OMS, de la Confédération internationale des sages-femmes et de la Fédération internationale des obstétriciens et gynécologues (www.who.int/reproductive-health/mere_nouveau_ne/)
4. Les doulas sont des accompagnantes à la naissance formées au soutien continu des femmes qui accouchent. Il a été démontré que la présence d'une doula accroît la satisfaction des femmes relativement à leur accouchement, réduit le recours à l'analgésie, à l'anesthésie et aux interventions telles les césariennes, les forceps et les ventouses obstétricales.
5. L'OMS et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) recommandent l'utilisation d'un partogramme dans le cadre de la pratique sage-femme et de la pratique de l'obstétrique fondamentale et sécuritaire, lors de tous les accouchements, particulièrement dans les sites ayant un taux de mortalité maternelle élevé (Voir *Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale : Guide de pratiques essentielles*, 2005). Il existe deux types de partogrammes : le partogramme utilisé principalement en Europe et le partogramme utilisé en Amérique latine. Le premier enregistre l'évolution des données suivantes : rythme cardiaque maternel, tension artérielle maternelle, longueur, fréquence et force des contractions, état des membranes (rupturées ou non), dilatation du col, médicaments administrés et rythme cardiaque du bébé. Le second, développé par le Centro Latinoamericano de Perinatalogia y Desarrollo Humano (CLAP), prend de plus en considération la parité de la mère, sa position durant le travail et est ainsi davantage personnalisé. La Pan American Health Organization (PAHO) et le CLAP recommandent conjointement l'utilisation du partogramme d'Amérique latine. (www.colmed5.org.ar/Tramites/HCGOpartograma.pdf, www.clap.ops-oms.org/web_2005/TECNOLOGIAS/tecnologias%20perinatales.htm#partograma, <http://medicina.udea.edu.co/nacer/PDF/BIA.pdf>)
6. L'équipement utile pour l'adoption de positions verticales durant le travail et durant la naissance du bébé comprend les gros ballons (gymnastique), les bancs de naissance, les matelas de sol, les échelles murales et les cordes.
7. Même s'il existe une approche envers l'accouchement appelée la gestion active du 3^e stade du travail, axée sur la réduction de l'incidence d'hémorragies majeures, on y a enlevé la recommandation de procéder au clampage précoce du cordon ombilical depuis que plusieurs études en ont indiqué les effets nocifs pour le bébé.
8. Ce texte s'inspire de l'*Initiative Amis des mères*, de la Coalition for Improving Maternity Services (www.motherfriendly.org), de *Mortalité maternelle en 2005 : Estimations de l'OMS, l'UNICEF, le UNFPA et la Banque mondiale* (www.who.int/reproductive-health/fr/index.htm), de la *Déclaration Innocenti* (www.unicef.org/programmeA3breastfeeding/innocenti.htm), des *Lancet Series on Child Survival* (www.who.int/chld_adolescent_health/documents/lancet_child_survival/en/index.html) et des *Objectifs du Millénaire pour le développement pour l'an 2015*, des Nations-Unies (www.un.org/french/millenniumgoals/index.shtml).
9. Les risques des césariennes comprennent (mais ne sont pas limités à ceux-ci) le risque d'infection, de douleur chronique, d'éprouver des difficultés d'attachement à son enfant et des difficultés à l'allaiter, de décès et de blessures pour la mère et son bébé, de problèmes respiratoires pour le nouveau-né. Les césariennes peuvent aussi entraîner des risques lors de grossesses ultérieures, incluant un plus grand risque de rupture utérine, de grossesse ectopique, d'accouchement prématuré, de *placenta accreta*, de décollement placentaire, qui peuvent nécessiter une hystérectomie ou provoquer le décès de la mère.
10. Les bienfaits de l'allaitement pour les enfants comprennent, entre autres, la prévention de maladies graves comme les troubles gastro-intestinaux pouvant entraîner la diarrhée et des infections respiratoires aiguës telle la pneumonie. Ils comprennent aussi la réduction de l'incidence des allergies, de l'asthme, des otites et de l'eczéma au cours de l'enfance, et, à un âge plus avancé, de l'arthrite rhumatoïde, de l'obésité et du diabète. Pour la mère, l'allaitement réduit le risque d'ostéoporose, de diabète et de cancers du système reproducteur.



WWW.IMBCI.ORG