



Initiative internationale pour la naissance (IINA)

Les 12 étapes pour des soins de maternité MèreBébé-Famille sécuritaires et respectueux



L'Initiative internationale pour la naissance (IINA) a été créée en 2018 selon un processus consultatif de consensus avec le soutien d'organisations partenaires. Voici les partenaires qui l'appuient en date de juin 2020.

International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO)

International MotherBaby Childbirth Organization (IMBCO)

International Confederation of Midwives (ICM)

International Pediatrics Association (IPA)

White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (WRA)

American College of Nurse-Midwives

Bixby Center for Global Reproductive Health, UCSF

Bumi Sehat Foundation

Commonsense Childbirth National Perinatal Task Force

Council of International Neonatal Nurses (COINN)

DONA International

Every Mother Counts

Harvard T.H. Chan School of Public Health, Department of Global Health and Population

International Childbirth Education Association (ICEA)

International Council of Nurses

Lamaze International

Mercy in Action

Midwifery Today

Midwives Alliance

The Sanctum Natural Birth Center

Groupe de travail FIGO IINA

Voici les membres du Groupe de travail FIGO IINA. FIGO gère les finances du Groupe. Dr Carlos Fuchtnr, à titre de président de FIGO, a fait de l'IINA une initiative prioritaire pour les trois prochaines années.

Carlos Fuchtnr, MD, Obs/Gyn, Bolivia, Président FIGO 2018-2021

André Lalonde, MD, Obs/Gyn, Président du Groupe de travail FIGO IINA, Canada

Kathy Herschderfer, RM, directrice exécutive, Pays-Bas

Debra Pascali-Bonaro, LCCE, co-présidente, États-Unis

Suellen Miller, CNM, PhD, membre, États-Unis

Claudia Hanson, MD, PhD, Obs/gyn, membre, Suède

Doug McMillan, MD, Pédiatre, représentant de l'Association pédiatrique internationale (API), membre, Canada

William Keenan, MD, Pédiatre, représentant de l'API, membre, États-Unis

Michelle Skaer Therrien, membre ex-officio, coordonnatrice IINA, États-Unis

Coordonnées du groupe de direction de l'IINA

A. Lalonde, *président-directeur*

alalonde1801@gmail.com

Tél: +1 613 804 1801

Skype: andre180143

K. Herschderfer, *directrice exécutive*

kathy@herschderfer.nl

Site Web de l'IINA

www.icichildbirth.org

Initiative internationale pour la naissance (IINA)

Les 12 étapes pour des soins de maternité MèreBébé-Famille sécuritaires et respectueux¹

Introduction

Contexte

En 2008, l'International MotherBaby Childbirth Organization (IMBCO) a lancé l'International MotherBaby Childbirth Initiative (IMBCI): 10 Steps to Optimal MotherBaby Maternity Services, soit les dix conditions de l'Initiative internationale pour la naissance MèreEnfant (IMBCI) pour optimiser les services de soins de maternité MèreBébé. L'IMBCI incarne les principes et conditions du programme américain Mother-Friendly Childbirth Initiative (MFCI) en les adaptant à une utilisation à l'échelle planétaire (1). En 2014, la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Confédération internationale des sages-femmes (CISF), l'Association internationale de pédiatrie (AIP) et la White Ribbon Alliance (WRA), a lancé la ligne directrice de la FIGO intitulée *Mother-baby friendly birthing facility* (2), laquelle s'inspire de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) de l'OMS et l'UNICEF et se fonde sur la philosophie et l'éthique de la charte de la White Ribbon Alliance sur les soins de maternité respectueux et les droits universels des femmes enceintes (*Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women*). En 2018, l'IMBCO et la FIGO ont uni leurs forces pour fusionner leurs programmes. Une analyse a révélé un chevauchement important des principes, critères et conditions en définissant les dénominateurs communs qui ont établi les bases des principes et étapes décrites dans le présent document. De plus, un rapide survol a été effectué pour recenser les plus récentes connaissances et données probantes et les intégrer à ce qui constitue désormais les soins de santé maternels et néonataux optimaux. Par rapport aux programmes fondateurs, l'IINA comporte plus d'étapes et insiste plus largement sur les droits et la qualité des soins en plus de répondre au besoin d'inclure le nouveau-né de façon explicite.

Cibler les droits des femmes et des nourrissons

Un certain nombre de documents et d'instruments internationaux reconnus sur les droits de la personne font spécifiquement référence aux droits des parturientes (3-9). La charte de la WRA sur les soins de maternité respectueux et les droits universels des femmes enceintes, en particulier, met en évidence la légitimité des droits en matière de santé maternelle dans le contexte général des droits de la personne. Pour ce faire, la charte cible les aspects interpersonnels des soins de maternité et sonne l'alarme relativement aux constats de plus en plus nombreux de manque de respect et de mauvais traitements dans la prestation de

¹ Le terme *soins de maternité* désigne tous les soins que donnent les fournisseurs de soins de santé aux femmes et aux bébés pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.

ces services (10). On s'est également attardé à déterminer et définir le manque de respect et les mauvais traitements chez les nouveau-nés en raison des constats de plus en plus nombreux de mauvais traitements des bébés tant immédiatement après sa naissance qu'en période postnatale étendue (11). L'IINA reconnaît également les droits des nouveau-nés et des nourrissons, comme mentionné dans l'exposé de position de la World Association for Infant Mental Health sur les droits des nourrissons (12), lequel affirme les droits spécifiques aux nourrissons en dehors de ceux déjà mentionnés par l'ONU dans les anciennes conventions et l'observation générale sur les droits des enfants subséquente (13, 14). Cet exposé attire l'attention sur les besoins et droits particuliers des enfants en bas âge pour vivre en bonne santé physique et mentale.

Vision de l'IINA relativement à la qualité des soins de maternité

L'IINA intègre les réflexions actuelles sur la qualité des soins de santé en reflétant la réorientation de la définition de la qualité des soins et sur les meilleurs moyens de prestation des soins dans le système de soins de santé. La couverture sanitaire universelle (CSU), qui vise à offrir la sécurité sanitaire et l'accès universel, constitue une cible internationale importante des objectifs de développement durable (ODD). La vision de trois organisations internationales (l'OMS, l'Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE] et le Groupe de la Banque mondiale) proposée dans le rapport *Delivering Quality Health Services: A Global Imperative for Universal Health Coverages* indique que les fondements de la qualité des soins sont essentiels à la couverture sanitaire universelle et définit les soins de santé de qualité comme des soins efficaces, sécuritaires qui respectent les préférences et les besoins des personnes et des collectivités qui reçoivent les services (15).

Il en va de même pour la qualité des soins de maternité. Quoique l'on observe une croissance de l'assistance à l'accouchement par des professionnels compétents à l'échelle internationale, surtout en raison de l'augmentation des accouchements en établissement, bien des femmes, fœtus et bébés meurent (même en se rendant en établissement) ou doivent vivre avec un handicap permanent en raison de la mauvaise qualité des soins. La *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent* indique que les services de soins de maternité doivent être transformés pour garantir la qualité des soins afin de veiller à l'épanouissement et à la survie des femmes, bébés et familles après la naissance (16).

L'IINA s'harmonise avec trois publications importantes traitant de la qualité des soins de maternité en tant que système de santé et enjeu d'établissements. Le rapport *Blueprint for Advancing High-Value Maternity Care through Physiologic Childbearing* s'inspire de données probantes qui montrent les bienfaits à court et à long termes de favoriser les processus périnataux physiologiques hormonaux pour la mère et le nouveau-né (17). Ce rapport trace une voie efficace pour favoriser les processus physiologiques sains, lorsque possible, comme approche préventive relativement à la santé et à la sécurité des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés. Cette approche mise sur une transformation du système de santé par rapport à la prestation de soins optimisés et l'amélioration des issues et expériences de grossesses au moyen d'une utilisation judicieuse des budgets (18). Le document *Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé* de l'OMS reconnaît qu'une telle amélioration constitue une cible importante pour mettre fin à la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales évitables. Ces normes présentent une définition de la qualité des soins qui comporte deux aspects interreliés (prestation des soins et expérience des patientes) qui s'inscrivent dans un cadre conçu pour améliorer la qualité des soins périnataux pour les mères et nouveau-nés (19). Dans son document *Standards for Improving the Quality of Care for Children and Young Adolescents in Health Facilities*, l'OMS apporte une modification à ce cadre, laquelle aborde la qualité des soins pédiatriques en reconnaissant que les besoins des enfants diffèrent de ceux des adultes en ce qui a trait à la santé, à la communication et aux aspects physiques, psychosociaux, développementaux et culturels (20).

Un certain nombre d'importantes lignes directrices publiées adoptent cette conception générale de ce qui constitue des soins de maternité de qualité. L'IINA s'harmonise avec les *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive* (21) et les *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement* (22), deux documents qui soulignent l'importance de répondre aux besoins des mères, des bébés et des familles (23). La jonction de la santé de la mère et celle du nouveau-né est bien évidente dans l'évolution des connaissances relatives au développement de la petite enfance (DPE). Dans tous les milieux, les services de soins de maternité peuvent soutenir le DPE grâce à leur contact étroit avec les femmes enceintes, les jeunes enfants et leurs familles, ce qui favorise la mise en œuvre d'interventions qui encouragent les liens affectifs familiaux ainsi que le développement physique et cognitif avant la conception et durant les 1 000 premiers jours de vie d'un enfant (24-26). Le cadre *Les soins attentifs pour le développement de la petite enfance* établit un plan d'action relatif au rôle des services de soins de maternité avant, pendant et après la grossesse (27).

L'IINA repose sur les concepts de sensibilité et d'ouverture culturelles à même les services de soins de maternité en intégrant les recommandations de l'OMS qui visent à favoriser les services de soins de maternité adaptés à la culture de la mère et du nouveau-né pour améliorer leur santé (28). L'IINA traite aussi des quatre principaux thèmes qui sont ressortis des recherches subséquentes relativement à la mise en œuvre de services de soins de maternité culturellement adaptés : accessibilité, participation communautaire, soins respectueux axés sur la personne et cohésion au sein des services de soins de maternité tout au long du continuum de soins (29). De plus, l'IINA intègre le concept de *sécurisation culturelle*, laquelle constitue un virage philosophique important en passant de la prestation de soins indépendamment des différences à des soins qui tiennent compte des besoins uniques de la personne. Ce concept exige des fournisseurs de soins de santé qu'ils s'engagent dans un processus continu d'introspection et de conscience de soi culturelle et qu'ils reconnaissent la façon dont leur culture personnelle influence leur propre prestation de soins (30).

L'IINA reconnaît également le potentiel de l'*autogestion de la santé*, telle que décrite dans *Self Care: A Cost Effective Solution for Maternal, Newborn and Child Health for All*, comme moyen d'améliorer la santé des mères, nouveau-nés et enfants, en plus de promouvoir l'autogestion de la santé dans les services de soins de maternité (31). Cette approche s'harmonise avec les étapes de l'IINA qui encouragent les femmes à ne pas être des bénéficiaires passives, mais plutôt des participantes actives bien outillées qui font appel à leurs connaissances, leurs compétences et leur confiance pour mener une grossesse saine, prévenir les complications, reconnaître les situations urgentes et faire valoir leurs droits et ceux de leurs enfants.

Modèle de soins de maternité MèreBébé-Famille

L'IINA reconnaît et accueille favorablement le développement continu de modèles de soins qui ont effectué un virage, passant d'un modèle de soins médicaux traditionnel à un modèle optimisé fondé sur le partenariat entre les fournisseurs et les bénéficiaires, et dans lequel les attentes et besoins de santé de la bénéficiaire et l'issue clinique souhaitée figurent au centre du processus décisionnel et de l'évaluation de la qualité (32-34). Ce modèle est particulièrement applicable dans la prestation de soins maternels et néonataux dans un contexte de soins axés sur les femmes, lequel comporte un lien naturel avec toute la portée des soins que prodiguent les sages-femmes et les autres fournisseurs de soins maternels et néonataux (35-37).

Ces modèles ont des principes et des cibles en commun, mais ils divergent principalement sur l'importance accordée au type de bénéficiaire : femme, nouveau-né, enfant, personne, client, patient, famille, etc. La réalisation de ce concept de soins *axé sur la bénéficiaire* se trouve dans les énoncés centraux d'un grand nombre d'organisations de fournisseurs de soins de maternité, y compris des associations de sages-femmes (38), d'obstétriciens (39), de pédiatres (40) et de médecins de famille (41).

L'IINA définit quant à elle l'unité MèreBébé-Famille comme la bénéficiaire au centre de la prestation de soins². Ce modèle est une adaptation qui s'inspire du document canadien *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*, lequel précise qu'il s'agit d'un modèle de soins au processus complexe, multidimensionnel et dynamique de prestation de soins sécuritaires, compétents et individualisés qui répondent aux besoins physiques, émotionnels, psychosociaux et spirituels de la femme, du nouveau-né et de la famille (42).

De plus, le modèle de soins MèreBébé-Famille décrit par la présente reflète les définitions et principes de bon nombre d'autres modèles de soins pertinents, dont les suivants :

- *Soins axés sur la famille* : L'Institute for Patient-and Family-Centered Care favorise une approche de planification, de prestation et d'évaluation des soins de santé qui repose sur un partenariat bénéfique entre les fournisseurs, les patientes et les familles; elle vise à améliorer la santé et le bien-être des personnes et des familles et à leur donner les outils pour garder le contrôle sur le processus décisionnel relatif à leurs soins de santé. Qui plus est, cette approche reconnaît que les patientes et leurs familles sont des alliées essentielles pour assurer la qualité et la sécurité dans les interactions directes de soins, l'amélioration de la qualité, la formation des professionnels de la santé, la conception des établissements et l'élaboration de politiques (43). Les associations internationales d'obstétriciens et de pédiatres appuient ce modèle de prestation de soins.
- *Cadre de soins axés sur la personne pour la santé génésique égalitaire* : Ce cadre a été élaboré en réponse aux enjeux internationaux d'inégalités en matière de santé maternelle, néonatale et génésique et reconnaît que les droits et les attentes des personnes relativement à la prestation de soins égalitaires, sécuritaires et respectueux doivent être une priorité de santé mondiale au centre de l'amélioration de la qualité des soins de santé maternelle et néonatale. Ce modèle préconise une prestation de soins de santé génésique respectueux et en phase avec les valeurs, besoins et préférences de chaque femme et sa famille, en plus de veiller à ce que leurs valeurs dictent toutes les décisions cliniques (44).
- *Philosophie et modèle de soins de pratique de sage-femme* : Élaboré par la Confédération internationale des sages-femmes, ce document repose sur le partenariat avec les femmes en reconnaissant leurs droits d'autodétermination et de recevoir des soins respectueux et personnalisés. Les soins sont holistiques et ancrés dans la compréhension des expériences sociales, émotionnelles, culturelles, spirituelles, psychologiques et physiques des femmes. Le modèle de la CISF reconnaît la grossesse et l'accouchement comme des processus physiologiques généralement normaux auxquels la femme, sa famille et sa communauté accordent une importance particulière (45).
- *Champ d'activité de la profession de sage-femme et cadre de qualité des soins maternels et néonataux (QMNC)* : La série du *Lancet* sur la profession de sage-femme présente un cadre de qualité des soins maternels et néonataux, lequel a subséquentement servi à structurer l'analyse des données probantes et à déterminer le champ d'activité de la profession. Les résultats ont montré qu'il est possible d'améliorer les issues pour les femmes et les nourrissons, notamment en matière de survie, de santé et de bien-

² *MèreBébé-Famille* fait référence à une unité intégrale qui regroupe la préconception, la grossesse, l'accouchement et la petite enfance ainsi que l'interdépendance de la santé des composants de l'unité. Dans cette triade, la paire MèreBébé garde une importance centrale étant donné que les soins à l'un se répercutent considérablement sur l'autre.

être, au moyen de pratiques qui relèvent du champ d'activité de la profession de sage-femme. Cette étude montre aussi l'importance du champ d'activité de la profession de sage-femme pour optimiser les processus physiologiques normaux de la reproduction et du début de vie et pour renforcer la capacité des femmes à prendre soin d'elles-mêmes et de leur famille (46).

Un volume de plus en plus important de données probantes révèle que le modèle de soins MèreBébé-Famille, qui intègre le champ d'activité de la profession de sage-femme, constitue la base solide des soins de maternité sécuritaires et respectueux. Le champ d'activité de la profession de sage-femme découle de la prestation de soins par des sages-femmes professionnelles et reconnaît qu'un effectif de sages-femmes instruites, formées, certifiées, autorisées et réglementées intégré dans le système de santé représente la meilleure option pour la plupart des femmes tout au long de la grossesse. Cela dit, même en l'absence de sages-femmes, ce champ d'activité peut être offert en tout ou en partie par d'autres fournisseurs de soins de maternité. Les obstétriciens, pédiatres et infirmières peuvent fournir des soins de qualité sans interruption à titre de fournisseurs de soins de santé maternels et néonataux aux compétences définies ou au sein d'une équipe qui réunit le même ensemble de compétences (47). Le modèle de soins de maternité MèreBébé-Famille peut être offert dans tout contexte de naissance (à la maison, en centre de naissances, en clinique ou à l'hôpital) et tout au long du continuum de soins de maternité, y compris les situations d'urgence obstétricales ou néonatales.

Le modèle de soins de maternité MèreBébé-Famille repose sur les caractéristiques suivantes :

- La période qui s'étend de la conception à l'âge de deux ans constitue l'occasion idéale pour les parents et fournisseurs de soins de jeter les bases d'une santé et d'un bien-être solides pour toute la vie et d'avoir une influence positive sur les générations futures.
- La grossesse, le travail et l'accouchement sont des processus physiologiques sains qui changent la vie de la plupart des femmes et des familles et qui tirent profit du champ d'activité et de la philosophie des sages-femmes.
- La formation et le travail d'équipe multidisciplinaires, qui intègrent la communication, la collaboration, la consultation et l'orientation des patientes, sont essentiels pour veiller à la prestation de soins optimaux aux femmes et aux bébés, en particulier en cas de risques obstétricaux et néonataux ou lorsque surviennent des complications obstétricales ou néonatales.
- La prestation de soins de maternité doit être accueillante, individualisée et optimisée comme un modèle de partenariat entre les professionnels de la santé et l'unité MèreBébé-Famille.
- Chaque fournisseur de soins de santé que rencontre une femme tout au long du continuum de l'accouchement devrait écouter ce que la femme et sa famille ont à dire et communiquer les connaissances et l'information relatives à la santé en faisant preuve de sensibilité et d'ouverture culturelles dans un langage qu'elles seront en mesure de comprendre.
- Le processus décisionnel devrait être un effort collaboratif entre la femme enceinte, sa famille et ses fournisseurs de soins de santé; dans la plupart des contextes, la décision finale doit revenir à la femme.
- Il convient de veiller à ce que les politiques, la formation et les pratiques reflètent les connaissances actuelles fondées sur des données probantes.

- Les mères et leurs bébés devraient rester ensemble après la naissance lorsque possible.

Le modèle de soins de maternité MèreBébé-Famille est entièrement intégré dans les *principes de l'IINA* et les *12 étapes des soins de maternité sécuritaires et respectueux*.

IINA : L'avenir

Les organisations fondatrices, conjointement avec les organisations partenaires, croient que le programme IINA décrit clairement les étapes qui, une fois réunies, forment un modèle de mise en œuvre de la prestation de soins de maternité sécuritaires et respectueux dans tous les environnements de pratique, en plus d'encourager d'autres organisations et programmes à s'y rallier dans un objectif de collaboration internationale pour la prestation de soins de maternité qui profitent à l'unité MèreBébé-Famille. Les *12 étapes des soins de maternité sécuritaires et respectueux* de l'IINA visent à encourager les systèmes de soins de maternité, les décideurs, les gestionnaires et les fournisseurs de soins à réviser, adapter et évaluer la prestation des soins de maternité aux femmes, mères, bébés et familles partout dans le monde.

Principes fondateurs de l'IINA

Les principes qui suivent constituent les fondements de l'Initiative internationale pour la naissance (IINA) : *12 étapes pour des soins de maternité MèreBébé-Famille sécuritaires et respectueux*. Ils reflètent les visions et principes combinés des programmes fondateurs en intégrant les caractéristiques du modèle de soins MèreBébé-Famille et en s'harmonisant avec les recommandations internationales et les données probantes actuelles pertinentes.

Promouvoir les droits et l'accès aux soins

- Les droits des femmes et des enfants sont des droits de la personne que l'on doit garantir dans tous les contextes et toutes les circonstances, y compris dans les contextes humanitaires ou de conflit. Toutes les femmes et tous les nouveau-nés, peu importe leur milieu, statut social, scolarisation, citoyenneté, âge ou état de santé, ont le droit d'avoir accès à des services de soins maternels et néonataux abordables, voire gratuits, bien dotés en personnel et en équipement et où des professionnels compétents leur prodiguent des soins de qualité. Les taux élevés de mortalité et morbidité maternelles et néonatales qui découlent d'un accès inadéquat à des services de soins essentiels et de piètre qualité sont inacceptables.

Veiller à la prestation de soins de maternité respectueux

- Il convient de placer l'empathie, le respect et la compassion pour chaque femme et nouveau-né au centre de tous les soins de maternité, même en cas de complication.
- Chaque unité MèreBébé doit être protégée de toutes les pratiques irrespectueuses ou violentes et de toute violation de leur droit à la vie privée.

Protéger la triade MèreBébé-Famille

- *MèreBébé-Famille* fait référence à une unité intégrale qui regroupe la préconception, la grossesse, l'accouchement et la petite enfance ainsi que l'interdépendance de la santé des composants de l'unité. Dans cette triade, la paire MèreBébé est reconnue comme une unité étant donné que les soins à l'un se répercutent considérablement sur l'autre. L'ajout de la *famille* dans cette unité traduit l'importance des maris, des partenaires et de la structure de la famille sociale ou communautaire dans laquelle l'enfant est conçu, né et élevé; cet ajout souligne aussi le fait que les activités et systèmes de soins maternels doivent répondre aux besoins de la triade MèreBébé-Famille pour atteindre le plein potentiel des soins de maternité sécuritaires et respectueux.
- Tout au long du continuum de soins de maternité, il y a lieu de faire participer l'unité MèreBébé-Famille dans la prestation de soins et de veiller à un processus décisionnel partagé où la femme est la personne qui prend l'ultime décision.

Promouvoir le bien-être, prévenir la maladie et les complications et assurer l'orientation ou la prestation de soins d'urgence rapide

- La grossesse, le travail, l'accouchement et l'allaitement sont, dans la plupart des cas, des processus physiologiques sains et normaux qui nécessitent des soins de soutien et une attention compétente.
- Il est possible de prévenir ou d'atténuer bien des complications néonatales ou de grossesse au moyen de soins de maternité primaires et de mesures de santé publique pensés pour prévenir la maladie et favoriser le bien-être.
- Les soins maternels et néonataux d'urgence accessibles, adéquats et efficaces sont essentiels pour réduire les risques de mortalité et de morbidité maternelles et néonatales.

Soutenir l'autonomie et les choix de la femme pour favoriser une expérience d'accouchement positive

- La continuité des soins de soutien et la sensibilité à l'égard des valeurs et croyances culturelles, religieuses et individuelles de la mère réduisent le risque de séquelles psychologiques et améliorent sa confiance envers ses fournisseurs de soins, son expérience d'accouchement et sa volonté d'accepter des soins et d'en obtenir à l'avenir.
- Toutes les femmes, même celles qui présentent des complications, doivent recevoir toute l'information exacte et impartiale selon les meilleures données probantes relativement aux risques et bienfaits des interventions obstétricales et néonatales ou des solutions de rechange, afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées par rapport à leurs soins et à ceux de leurs bébés. L'accès à l'éducation prénatale fondée sur des données probantes en vue de préparer les femmes et leur partenaire contribue grandement à cette capacité de prendre une décision.
- Les femmes devraient avoir accès à un éventail de choix durant toute leur expérience de soins de maternité, y compris des choix adéquats en matière de lieu d'accouchement en fonction des risques.
- Les femmes dont la grossesse est normale et à faible risque peuvent accoucher en toute sécurité à l'extérieur d'un milieu hospitalier, soit dans des cliniques, des centres de naissances et à la maison, lorsqu'elles peuvent recevoir des soins de personnes compétentes et être redirigées au besoin.

Fournir un environnement d'accouchement sain et positif : la responsabilité des fournisseurs de soins et du système de santé

- Les pratiques de soins lors de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum ont une influence physiologique et psychologique sur l'unité MèreBébé-Famille. L'environnement d'accouchement influence grandement la confiance d'une femme et sa capacité à vivre une grossesse et un accouchement sains, à allaiter et à prendre soin de son nouveau-né, et chaque fournisseur de soins qu'elle rencontre peut favoriser ou compromettre cette confiance et cette capacité.
- Le fait d'établir, pour réussir à personnaliser les soins, une atmosphère empreinte d'attention et de soutien, d'encourager l'expression de soi et d'assurer l'intercommunication égalitaire dans un langage que la femme comprend constitue un aspect essentiel des soins sécuritaires et respectueux.
- Les fournisseurs de soins sont individuellement et collectivement responsables de la prestation de soins de qualité par rapport à la mère, l'enfant, la famille, la communauté et le système de soins de santé. Les besoins de l'unité MèreBébé-Famille doivent avoir préséance sur ceux des fournisseurs de soins et des établissements.
- Les systèmes de soins de santé sont tout aussi responsables de fournir un environnement sécuritaire qui tient également compte des besoins des fournisseurs. Il convient de soutenir les fournisseurs compétents en leur donnant accès aux fournitures, à l'équipement et au personnel adéquats afin qu'ils puissent prodiguer des soins optimaux, et ce, sans mauvais traitement ni violence de leurs supérieurs et avec leur soutien et encouragement.

Recourir à une approche fondée sur des données probantes pour la prestation de services de santé maternels selon le modèle de soins MèreBébé-Famille

- L'approche fondée sur des données probantes est avantageuse pour la santé de la mère et du nouveau-né. Il y a lieu de protéger chaque paire MèreBébé des interventions, pratiques et actes inutiles et potentiellement néfastes, en plus de l'utilisation excessive ou insuffisante des technologies médicales.
- Les fondements des soins de maternité MèreBébé-Famille sécuritaires et respectueux reposent sur une combinaison des modèles de soins optimisés qui sont axés sur les attentes et les besoins de santé, sont centrés sur le partenariat avec les femmes et contribuent à l'optimisation des processus biopsychosociaux normaux de l'accouchement et des résultats cliniques.
- Le modèle de soins MèreBébé-Famille peut être appliqué par tous les professionnels de la santé maternelle et néonatale, dans tous les milieux, à tous les niveaux de prestation de soins et durant la prise en charge des complications et urgences obstétricales et néonatales.



Les 12 étapes pour des soins de maternité MèreBébé-Famille sécuritaires et respectueux

Les 12 étapes de l'IINA reposent sur les principes précédemment énumérés et sur les meilleures données probantes disponibles relativement à la sécurité et à l'efficacité de la prestation de soins de maternité. Les *soins de maternité sécuritaires* désignent le fait de veiller à ce que les soins que les femmes reçoivent les aident à se sentir en sécurité physiquement et psychologiquement afin qu'elles puissent vivre une expérience d'accouchement positive. Les *soins de maternité sécuritaires* englobent également les pratiques fondées sur des données probantes qui réduisent au minimum le risque d'erreurs et de préjudices et qui soutiennent les caractéristiques physiologiques normales du travail et de l'accouchement. Les *soins de maternité sécuritaires* contribuent à obtenir les bienfaits attendus et conviennent aux besoins de l'unité MèreBébé-Famille. Les *soins de maternité respectueux* désignent les soins inclusifs, non discriminatoires, accessibles, abordables et acceptables qui assurent la dignité, la compassion et la protection de la vie privée de l'unité MèreBébé-Famille.

Les soins de maternité MèreBébé-Famille *sécuritaires et respectueux* sont quantifiables. Chacune des 12 étapes compte un certain nombre d'indicateurs de rendement élémentaires, lesquels peuvent servir dans tous les contextes pour surveiller et évaluer la mise en œuvre du programme IINA. Ces indicateurs sont appelés à être développés davantage au moyen de cibles pertinentes, quantifiables et adaptées aux besoins locaux.

La section suivante énumère les 12 étapes (en version non abrégée) ainsi que leurs indicateurs respectifs.

Les 12 étapes pour des soins de maternité MèreBébé-Famille sécuritaires et respectueux

et leurs indicateurs de rendement respectifs

Les services de soins de maternité MèreBébé-Famille sécuritaires et respectueux **affichent les 12 étapes pour des soins de maternité MèreBébé-Famille sécuritaires et respectueux de l'IINA**. De plus, ces services comportent des politiques officielles, lesquelles sont mises en œuvre dans la formation et la pratique et peuvent être réévaluées; elles exigent que les services et fournisseurs de soins de santé maternels et néonataux respectent les étapes suivantes :

Étape 1 Offrir respect et dignité, permettre de faire un choix éclairé

Traiter chaque femme et nouveau-né avec respect et dignité, en assurant la communication et en gardant la femme et les membres de sa famille pleinement informés dans le cadre du processus décisionnel sur les soins à la mère ou au bébé, de façon à faire preuve de sensibilité et d'ouverture culturelles et à veiller au respect du droit de la mère au consentement éclairé et au refus de traitement. Il s'agit d'adopter une approche reposant sur les droits, ce qui prévient l'exclusion et les mauvais traitements des personnes marginalisées et désavantagées sur le plan socioéconomique, notamment la protection des femmes séropositives pour le VIH et les femmes qui vivent un deuil périnatal. La violence physique, verbale ou émotionnelle envers les femmes, les nouveau-nés et leur famille est interdite dans tous les contextes.

Indicateurs

1. Des mécanismes de rétroaction sont mis en place pour traiter les plaintes (par exemple une boîte de plaintes).
2. Un processus de deuil est défini et disponible pour les mères et leur famille.
3. La charte des droits universels des femmes enceintes sur les soins de maternité respectueux est affichée.
4. Des observateurs locaux sont témoins des traitements respectueux.
5. Les questionnaires ou entretiens auprès des femmes témoignent du respect de la présente condition.

Étape 2 Offrir des soins gratuits ou abordables et la transparence des coûts

Respecter le droit de chaque femme à recevoir des soins non discriminatoires et gratuits, sinon abordables tout au long de la grossesse. Il s'agit d'informer les familles au sujet des changements à prévoir, le cas échéant, et de la façon dont elles peuvent planifier le paiement des services. On doit assurer la visibilité et la transparence des coûts de l'éducation prénatale et des soins prénataux, intrapartum et post-partum et l'harmonisation de ces coûts avec les lignes directrices nationales. Il s'agit également de mettre en commun les risques de complications (aucuns frais additionnels pour une césarienne ou d'autres complications). Les paiements au noir sont interdits et il y a lieu d'appliquer cette règle systématiquement. En aucun cas une femme ou un bébé ne devrait se voir refuser des soins ni être détenu après la naissance en raison d'un défaut de paiement.

Indicateurs

1. On n'observe aucun cas où des femmes, nouveau-nés ou nourrissons se voient refuser des soins ou sont détenus après les soins en raison d'un défaut de paiement.

2. Les réponses des femmes aux questionnaires et aux entretiens indiquent que les frais qu'on leur a demandé de payer étaient les mêmes que ceux annoncés et qu'elles n'ont pas eu à déboursier de frais supplémentaires ou à effectuer toute autre forme de paiement.
3. Des affiches ou panneaux informatifs indiquent les coûts pertinents de façon compréhensible pour les familles et sont installés à l'entrée de l'unité des naissances et à la caisse ou au comptoir de sortie. On y retrouve des renseignements sur la façon dont les patientes et leur famille peuvent signaler toute non-conformité aux politiques ou toute demande de pot-de-vin.

Étape 3 Fournir systématiquement des soins de maternité MèreBébé-Famille

Incorporer les soins qui reposent sur les valeurs et le partenariat, qui sont ancrés dans une pratique fondée sur des données probantes et qui sont motivés par les besoins de santé et les attentes, de même que par les résultats cliniques et le rapport coût-efficacité. Il s'agit d'organiser la prestation de soins en fonction de ce que les femmes veulent pour leurs nouveau-nés et leur famille durant le continuum de l'accouchement. L'optimisation des processus biopsychosociaux normaux de l'accouchement est nécessaire pour faire la promotion de la philosophie et du champ d'activité des sages-femmes pour la plupart des femmes, dans un système qui assure une collaboration, la communication et les soins multidisciplinaires pour les femmes et les nouveau-nés, y compris ceux qui présentent des risques ou complications obstétricaux ou néonataux. Il convient de s'assurer que le modèle de soins MèreBébé-Famille est disponible à tous les niveaux de soins et dans tous les milieux, et que les soins sont prodigués par des travailleurs de la santé dotés de toute la gamme de compétences ou faisant partie d'une équipe qui combine ces compétences.

Indicateurs

1. Les connaissances sur ce modèle peuvent être évaluées au moyen de questionnaires et d'entretiens auprès de fournisseurs et de gestionnaires.
2. Les évaluateurs sont témoins de la présence de ce modèle de soins et des pratiques associées.
3. Les questionnaires et entretiens auprès des femmes témoignent du fait que ce modèle est mis en pratique.

Étape 4 Offrir un soutien continu

Informar la mère des bienfaits du soutien continu durant le travail et l'accouchement et assurer son droit de recevoir un tel soutien des accompagnateurs de son choix. Les pères, partenaires, membres de la famille, accompagnantes à la naissance³, accoucheuses traditionnelles⁴ et autres personnes sont des accompagnateurs. Le soutien continu durant le travail améliore l'issue de l'accouchement pour les femmes et les nouveau-nés, notamment des façons suivantes : meilleure expérience d'accouchement, augmentation des chances d'accouchement vaginal spontané, diminution du temps de travail, réduction du nombre de césariennes et d'accouchements vaginaux assistés, diminution du recours aux analgésiques et réduction des indices d'Apgar faibles à 5 minutes. De tels soins semblent le plus bénéfiques lorsqu'ils sont donnés par une personne présente

³ Les accompagnantes à la naissance sont des accompagnatrices formées et certifiées en prestation de soutien continu durant le travail.

⁴ Les accoucheuses traditionnelles sont aussi des accompagnatrices, lorsqu'elles sont admises, reconnues ou intégrées dans la prestation de soins de santé.

uniquement pour offrir du soutien, qui ne fait pas partie du réseau personnel de la femme, qui est expérimentée en soutien du travail et qui a reçu au moins un peu de formation (par exemple une accompagnante à la naissance) (48).

Indicateurs

1. Les politiques claires qui affirment verbalement et graphiquement que les accompagnateurs (lors de l'accouchement) sont les bienvenus dans l'établissement pour accompagner les femmes en travail sont bien affichées et expliquées pendant les consultations prénatales.
2. Les observateurs sont témoins du fait que chaque femme a l'option d'avoir du soutien continu.
3. Les femmes et leur famille affirment dans des questionnaires et entretiens que l'accompagnement était encouragé et soutenu et que de l'espace avait été accordé pour les accompagnateurs de leur choix

Étape 5 Offrir des mesures de soulagement de la douleur

Offrir d'abord des mesures de confort et de soulagement de la douleur non pharmacologiques et expliquer leurs avantages pour favoriser le déroulement normal de l'accouchement. Il s'agit d'éduquer les femmes (et leurs accompagnateurs) sur les façons d'utiliser ces méthodes, notamment la respiration, le toucher, la suspension, le massage, les techniques de relaxation et le travail dans l'eau (lorsque l'option est offerte). Il convient d'expliquer les risques et avantages des options pharmacologiques de soulagement de la douleur si elles sont offertes et demandées. Le personnel doit avoir la formation relative à toutes les mesures de confort et de soulagement de la douleur et respecter les préférences et les choix éclairés des femmes afin de maximiser leur confiance et leur bien-être (49).

Indicateurs

1. Des protocoles officiels sur les mesures de confort et de soulagement de la douleur, y compris le besoin de surveillance accrue de l'unité MèreBébé lorsque le soulagement pharmacologique est utilisé, sont mis en œuvre et rendus disponibles aux évaluateurs.
2. Dans des entretiens ou des questionnaires, le personnel confirme connaître ces protocoles et indiquer avoir été formé pour chaque mesure de confort et de soulagement de la douleur.
3. On peut directement observer si des mesures de confort et de soulagement de la douleur sont offertes et si une surveillance adéquate est effectuée.
4. Des examens aléatoires des dossiers peuvent être effectués pour vérifier la conformité dans certains établissements ou cabinets. Il est possible de questionner les nouvelles mères sur l'accès aux mesures de soulagement de la douleur au moyen de questionnaires et d'entretiens.

Étape 6 Fournir des pratiques de soins fondées sur des données probantes

Fournir et favoriser les pratiques fondées sur des données probantes qui se sont avérées bénéfiques pour les caractéristiques physiologiques normales du travail, de l'accouchement et des périodes post-partum et néonatales. Voici une liste non exhaustive de ces pratiques :

- Permettre au travail de se dérouler à son propre rythme tout en s'abstenant d'intervenir en fonction des limites de temps fixées (22).

- S'abstenir, lorsque possible, d'admettre les femmes en travail en salle d'accouchement ou à l'unité des naissances jusqu'à ce qu'elles soient en travail actif, tout en veillant à ce que les femmes en phase latente aient accès au personnel et aux installations nécessaires pour optimiser leur bien-être, celui de leur bébé et des membres accompagnateurs de leur famille (y compris les soins de soutien, les mesures de confort maternel, de la nourriture et des liquides et de l'espace pour se déplacer et se reposer).
- Offrir à la mère un accès à de la nourriture et à des boissons à sa convenance durant le travail (22).
- Aider la femme en travail à marcher et à se déplacer librement et l'aider à prendre la position de son choix, y compris les positions accroupie, assise et à quatre pattes, et lui fournir les outils de soutien pour les positions verticales (22, 50).
- Protéger l'intimité de toutes les mères durant le travail et l'accouchement, au moyen de rideaux séparateurs ou murs-écrans, ou de salles de travail ou d'accouchement individuelles lorsque possible.
- Former le personnel afin d'effectuer une version céphalique et de réussir des accouchements vaginaux sécuritaires en cas de présentation du siège.
- Soutenir le contact peau à peau immédiat et continu pour favoriser la chaleur, l'attachement, le début de l'allaitement et la stimulation du développement et pour veiller à ce que la paire MèreBébé ne soit pas séparée.
- Retarder le clampage du cordon pour favoriser le transfert des nutriments au nouveau-né (22).
- Exécuter tous les éléments qui sont réputés faire partie des soins néonataux essentiels, dont veiller à ce que la mère ait accès à son nourrisson malade ou prématuré, favoriser la méthode kangourou et encourager la mère à fournir son propre lait maternel (ou celui d'une autre) à son bébé lorsque l'allaitement n'est pas possible (51).

Indicateurs

1. Des affiches où apparaissent des femmes qui mangent, boivent, marchent et se déplacent durant le travail sont bien en vue, de même que d'autres qui montrent des positions verticales et autres positions physiologiques, y compris celles où la femme est supportée par un accompagnateur.
2. L'équipement pour favoriser ces positions, par exemple des ballons, chaises et bancs d'accouchement, des tapis ou coussins de sol et des espaliers et câbles, est clairement visible et facilement accessible dans les espaces de travail et d'accouchement.
2. Des murs-écrans ou rideaux séparateurs sont visibles.
3. Les évaluateurs ont obtenu des preuves que le personnel est formé en version par manœuvres externes et en accouchement vaginal du siège.
4. Les observations des évaluateurs et les entretiens et questionnaires auprès des femmes indiquent la présence de services et soins néonataux tels que le contact peau à peau immédiat et prolongé, la cohabitation et le clampage retardé du cordon, l'accès complet de la mère à l'unité de soins intensifs néonatale (USIN) et la méthode kangourou (peau à peau).

Étape 7 Éviter les pratiques néfastes

Éviter les interventions potentiellement néfastes dont les données probantes sur la supériorité des avantages par rapport aux risques sont insuffisantes pour justifier un recours fréquent ou systématique lors de la grossesse, du travail, de l'accouchement et des périodes post-partum et néonatales normaux. Lorsqu'envisagé pour une situation particulière, le recours à ces interventions devrait être soutenu par les meilleures données probantes disponibles indiquant que les avantages surpassent vraisemblablement les risques potentiels et qu'elles correspondent aux lignes directrices et recommandations nationales ou internationales. Il convient également d'en discuter de manière approfondie avec la mère afin de veiller à son consentement éclairé (52).

Il y a lieu d'éviter de recourir systématiquement aux pratiques suivantes :

- Lavement;
- Décollement des membranes;
- Rupture artificielle des membranes;
- Épisiotomie;
- Examens vaginaux fréquents ou répétitifs;
- Interdiction à la mère de consommer de l'eau et de la nourriture;
- Immobilisation de la mère;
- Position gynécologique ou décubitus dorsal;
- Entrées et sorties fréquentes de plusieurs fournisseurs de soins;
- Poussée dirigée par un fournisseur de soins;
- Pression fundique (manœuvre de Kristeller);
- Clampage immédiat du cordon;
- Séparation de la mère et du bébé.

Il convient d'utiliser les pratiques suivantes, qui peuvent être néfastes chez les femmes à faible risque, mais utiles en situation d'urgence ou dans certains cas à risque élevé, seulement lorsqu'indiqué sur le plan médical :

- Déclenchement artificiel ou augmentation du travail;
- Perfusion intraveineuse;
- Surveillance électronique fœtale continue;
- Insertion d'une sonde urinaire;
- Extraction par forceps ou ventouse;
- Examen manuel de l'utérus;
- Aspiration des voies respiratoires du nouveau-né;
- Césarienne

Indicateurs

1. Les taux d'intervention de l'établissement ou du cabinet se situent dans les limites internationales acceptables et sont rendus disponibles aux évaluateurs. Les taux devraient être différents pour les services de soins centraux et les établissements demandeurs.
2. Il est possible d'effectuer des analyses comparatives avec d'autres services.
3. Les entretiens et questionnaires auprès des femmes montrent qu'elles sont informées sur la raison qui justifie les actes ou interventions suggérés et que l'on a obtenu leur consentement.

Étape 8 Améliorer le bien-être et prévenir la maladie

La promotion du bien-être et la prévention de la maladie sont les fondements de l'amélioration de la santé maternelle et néonatale. **Mettre en place des mesures d'éducation et de santé publique qui améliorent le bien-être et préviennent la maladie et les complications pour la paire MèreBébé :**

Fournir de l'éducation et favoriser l'accès relativement à la saine alimentation, à l'eau potable et à un environnement propre et sécuritaire.

Inclure les mesures EAH (eau, assainissement et hygiène) dans les soins de maternité. Veiller à promouvoir et à fournir de l'eau potable ou bouillie, des installations sanitaires et un environnement propre dans tous les contextes d'accouchement.

Fournir de l'éducation et favoriser l'accès relativement aux méthodes de prévention et de traitement de la maladie pour la mère et le bébé, soit la prévention (notamment au moyen de vaccins) et le traitement du paludisme, de la syphilis, de l'hépatite B, de la toxoplasmose, du VIH/sida et du tétanos.

Adopter des politiques ou lignes directrices claires et non discriminatoires sur le traitement et les soins aux femmes séropositives pour le VIH et à leur nouveau-né. Suivre les lignes directrices nationales sur la prévention et le traitement du VIH pendant la grossesse, y compris la prévention de la transmission du virus et le traitement précoce des nouveau-nés séropositifs pour le VIH.

Fournir de l'éducation sur la sexualité responsable, la planification familiale et les droits génésiques des femmes, ainsi qu'un accès à des options de planification familiale et à des services adaptés aux jeunes.

Fournir une éducation prénatale faisant preuve de soutien et de sensibilité culturelle en fonction de données probantes (53) et des soins ante partum, intrapartum, post-partum et néonataux qui tiennent compte de la santé physique et émotionnelle de la mère et du bébé dans le contexte des relations familiales et de l'environnement communautaire, y compris pour les femmes qui vivent un deuil périnatal.

Vérifier, dans la préparation et la planification de la sortie, si les connaissances de la mère et de la famille sont adéquates relativement aux soins postnataux et néonataux, y compris sur l'immunisation appropriée, les soins de suivi planifiés, les signes de danger pour la mère ou le nouveau-né et l'accès à des soins d'urgence.

Indicateurs

1. Des documents et affiches sur l'éducation pré- et post-natale traitant des critères précédemment mentionnés sont disponibles.
2. Le personnel et les fournisseurs indiquent qu'ils se tiennent informés au moyen de la formation continue sur ces mesures d'amélioration du bien-être et de prévention de la maladie chez la mère et le nouveau-né, notamment en s'attardant aux mesures d'hygiène et d'assainissement et en fournissant des options de planification familiale.
3. Les questionnaires et entretiens auprès des femmes indiquent que les critères mentionnés précédemment ont fait partie des soins reçus. Les données observationnelles confirment que les exigences d'infrastructure sont respectées et qu'elles permettent à l'établissement ou au cabinet de satisfaire à ces critères.
4. De la documentation d'éducation et de préparation familiales relativement aux soins néonataux continus est offerte.

Étape 9 Fournir des soins d'urgence et le transport

Il s'agit de fournir un accès à des traitements d'urgence par du personnel compétent en cas de complications potentiellement mortelles. Veiller à ce que le personnel reçoive la formation nécessaire pour rapidement reconnaître les situations et complications potentiellement dangereuses et intervenir afin de traiter ou de stabiliser efficacement, et s'assurer qu'il a établi des liens de consultation et un système efficace et sécuritaire de transport des patientes.

- Assurer l'état de préparation à l'accouchement et aux urgences durant la grossesse au moyen d'activités de promotion de la santé et de mécanismes organisés de services sanitaires et communautaires.
- Offrir la planification et les arrangements pour les situations dans lesquelles la mère ou le bébé ont besoin de soins qui dépassent les capacités des ressources disponibles. Intégrer les mécanismes de consultation à distance, un système de communication efficace et le transport rapide et sécuritaire de la mère et/ou du nourrisson vers l'établissement central.
- Veiller à ce que tous les fournisseurs de soins de santé maternels et néonataux soient adéquatement formés et suivent une formation continue sur les interventions en situation d'urgence pour rapidement stabiliser et traiter les mères et leurs nouveau-nés, notamment sur la réanimation maternelle et néonatale.
- Veiller à avoir accès aux médicaments, dispositifs et équipements pour stabiliser et traiter les mères et leurs nouveau-nés lorsque surviennent des complications telles que les troubles hypertensifs graves, les hémorragies post-partum importantes, le choc hypovolémique, les difficultés respiratoires et le sepsis.

Indicateurs

1. Les observateurs peuvent voir les médicaments, dispositifs et équipements de traitement, y compris le sulfate de magnésium, les utérotoniques, des ensembles de tamponnement par sonde à ballonnet, des pantalons antichocs non pneumatiques LifeWrap (NASG), l'équipement de réanimation, des bombonnes d'oxygène et des incubateurs de transport pour les nouveau-nés malades; ils peuvent également constater la formation continue du personnel en matière de soins d'urgence et d'orientation des patientes.
2. Des politiques et lignes directrices officielles sont en place relativement au transport et au transfert d'information pour l'orientation des patientes.
3. Dans les cas d'orientation vers un établissement à partir de la maison, d'une clinique, d'un centre des naissances, etc., les questionnaires et entretiens auprès des femmes montrent que toutes les demandes et les patientes redirigées ont bien été reçues à l'établissement et que ces dernières avaient été traitées avec respect et sans reproches.
4. Les évaluateurs ont eu l'occasion de voir des preuves de la formation continue et des pratiques en place relativement à toutes les interventions d'urgence.

Étape 10 **Avoir une politique de soutien en matière de ressources humaines**

Avoir en place une politique de recrutement et de rétention de tout le personnel, veiller à la sécurité du personnel, l'outiller pour donner des soins de qualité dans un environnement de travail respectueux et positif et l'encourager à le faire. Il y a lieu d'inclure une politique d'exemption qui protège la rétention et la continuité des fournisseurs de soins de maternité dévoués, expérimentés et compétents (sages-femmes, infirmières) dans toutes les unités et tous les établissements où ont lieu des accouchements.

Indicateurs

1. *La politique est accessible sur demande et traite de la sécurité du personnel et des exemptions relatives aux politiques de transfert et de rotation.*
2. *Des questionnaires et entretiens auprès du personnel montrent une compréhension de la politique et peuvent confirmer qu'elle traite des enjeux mentionnés précédemment; le personnel peut aussi fournir de l'information sur les conditions de sécurité au travail et les enjeux généraux du milieu de travail.*

Étape 11 **Fournir un continuum de soins**

Fournir un continuum de soins maternels et néonataux collaboratifs intégrant toutes les ressources de soins de santé pertinentes, soit les éducateurs, les fournisseurs, les établissements et les organismes. Il y a lieu d'inclure les accoucheuses traditionnelles et autres personnes qui assistent à l'accouchement et sont admises, reconnues ou intégrées dans la prestation de soins de santé dans le cadre de ce continuum de collaboration. À cet effet, les personnes au sein d'établissements, d'agences et d'organismes qui offrent des services de maternité devraient :

Collaborer dans l'ensemble des limites disciplinaires, éducatives, culturelles et de l'établissement pour donner à la paire MèreBébé les meilleurs soins possibles dans une équipe fonctionnelle qui reconnaît les compétences spécifiques et respecte les connaissances et expériences de chaque personne.

Assurer la continuité des soins durant le travail et l'accouchement pour la paire MèreBébé avec un petit nombre de fournisseurs de soins.

Établir des liens avec des fournisseurs de soins de première ligne qui prodiguent des soins primaires et avec la communauté afin de favoriser la stabilisation, les consultations et les transferts de soins rapides vers les établissements et spécialistes compétents en cas de mères malades ou de nourrissons malades ou prématurés.

Veiller à ce que la mère connaisse les services communautaires offerts et spécifiques à ses besoins et à ceux de son nouveau-né et veiller à ce qu'elle y ait accès.

Indicateurs

1. *Des politiques officielles de collaboration et de transfert de soins sont disponibles aux fins d'inspections.*
2. *Les questionnaires et les entretiens confirment la présence de mécanismes établis et fonctionnels de communications périodiques et de l'entretien des bonnes relations entre les fournisseurs de soins communautaires et ceux de l'établissement.*
3. *Les questionnaires et les entretiens auprès des professionnels de la santé externes témoignent de leur connaissance des politiques de l'établissement ou du cabinet, en plus de décrire leurs expériences de travail au sein de l'établissement ou du cabinet.*
4. *Les questionnaires et entretiens auprès du personnel et des femmes témoignent de la collaboration et de la présence d'un continuum de soins avec un petit nombre de fournisseurs.*

Étape 12 Favoriser l'allaitement et le contact peau à peau

Accomplir les 10 conditions de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés révisée (2018), soit protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement dans les établissements qui fournissent des services de maternité (54) :

- Respecter le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* et les résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé; avoir des politiques officielles d'alimentation du nourrisson qui sont systématiquement communiquées au personnel et aux parents; établir la surveillance continue et les systèmes de gestion de données.
- Veiller à ce que les connaissances, compétences et aptitudes du personnel soient suffisantes pour soutenir l'allaitement.
- Discuter de l'importance de la gestion de l'allaitement auprès des femmes enceintes et de leur famille.
- Favoriser le contact peau à peau immédiat et ininterrompu et encourager les mères à amorcer l'allaitement dès que possible après l'accouchement. Le contact peau à peau est la pratique où le bébé est séché et étendu sur la poitrine nue de sa mère après la naissance, tous deux recouverts d'une couverture chaude et laissés pendant au moins une heure ou jusqu'à la première tétée.
- Encourager les mères à amorcer et maintenir l'allaitement et prendre en charge les difficultés courantes.
- Ne pas donner de nourriture ou de liquides autres que du lait maternel, à moins que ce ne soit médicalement indiqué.
- Permettre aux mères de rester avec leur nourrisson et assurer la cohabitation 24 heures sur 24.
- Aider les mères à reconnaître les signes de faim de leur nouveau-né et à y répondre.
- Conseiller les mères sur l'utilisation et les risques des biberons, des tétines et des sucettes.
- Coordonner la sortie de façon à ce que les parents et leurs nourrissons aient rapidement accès à du soutien et à des soins continus.

Indicateurs

1. Il est possible d'observer que le personnel encourage le contact peau à peau, la cohabitation entre les mères et leurs nouveau-nés et le début de l'allaitement dès que possible.
2. L'établissement fournit une combinaison de soins et d'espace suffisants à la paire MèreBébé au moyen de lits assez grands pour les accueillir et de berceaux à portée de main (lorsque disponibles).
3. Il n'y a aucune affiche de publicité pharmaceutique de préparation pour nourrissons et aucune préparation pour nourrissons n'est remise en guise de cadeau de sortie.
4. Il y a présence notable d'affiches culturellement appropriées et explicites qui illustrent abondamment le contact peau à peau et l'allaitement avec des explications sur leurs bienfaits dans les langues locales.
5. Les questionnaires et entretiens auprès des femmes témoignent de la conformité de l'établissement ou du cabinet aux 10 conditions de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés révisée.

Mise en œuvre et évaluation

Mise en œuvre de l'IINA

L'IINA prévoit que la mise en œuvre réelle des 12 étapes devrait varier d'un milieu à l'autre en fonction de l'évaluation des services actuels, des ressources disponibles et des besoins perçus. La mise en œuvre globale ou graduelle des 12 étapes peut être déterminée au niveau local. Le groupe coordonnateur de l'IINA recueille continuellement des renseignements sur le processus de mise en œuvre tout au long de celui-ci, les rassemble, les analyse et les retransmet pour aider la mise en œuvre en cours et les nouveaux processus de mise en œuvre. Ce faisant, un cycle d'apprentissage est amorcé et entretenu, et il profitera à la mise en œuvre des étapes de l'IINA dans tous les contextes.

La mise en œuvre peut se faire à petite ou à grande échelle selon une approche descendante ou ascendante. Certains établissements peuvent être motivés et avoir des ressources pour commencer la mise en œuvre du programme IINA par eux-mêmes, tandis que dans d'autres situations, les gestionnaires et planificateurs de services de santé peuvent amorcer le processus de mise en œuvre pour un district ou une région en particulier. L'IINA reconnaît et respecte les deux possibilités. En général, l'IINA offre les recommandations de mise en œuvre suivantes :

- Travailler avec des groupes communautaires locaux pour assurer leur pertinence et leur participation ainsi que leur acceptation par les utilisateurs.
- Veiller à la participation des associations locales ou nationales de professionnels de la santé en vue de soutenir les fournisseurs de soins estimés sur les lieux de travail.
- Intégrer, lorsque possible, les connaissances, compétences et données probantes des 12 étapes de l'IINA dans les programmes de formation continue et les formations afin de favoriser la mise en œuvre efficace dans la pratique.

L'IINA prévoit que les 12 étapes pourraient être mises en œuvre en partenariat entre les gestionnaires et planificateurs des services de santé locaux et nationaux, les fournisseurs de soins de maternité et les communautés. Idéalement, les 12 étapes de l'IINA seraient intégrées dans les lignes directrices et les recommandations locales et nationales, en plus d'être appuyées par les gouvernements, les organismes des Nations Unies et les mécanismes de financement des services de santé. Les partenaires adhérents à l'IINA peuvent fournir un soutien continu par le biais de leurs réseaux.

Mécanismes d'évaluation et d'amélioration de la qualité de l'IINA

L'IINA reconnaît que la mise en œuvre de ses 12 étapes, quoiqu'importante, ne saurait suffire. La mise en œuvre du programme doit être accompagnée de processus d'évaluation et de mécanismes d'amélioration de la qualité qui sont respectueux de la culture

et répondent aux besoins locaux. **La vision d'amélioration de la qualité de l'IINA repose sur l'évaluation menée localement avec la participation communautaire en fonction d'un accès facile à l'éducation et à des documents de formation, et (lorsque nécessaire) soutenue par des experts en vérification (inter-) nationaux ou régionaux.** Les résultats de ces processus peuvent mener à un statut de reconnaissance⁵ pour les établissements et cabinets dans le cadre d'un cycle continu d'assurance de la qualité. Qui plus est, les renseignements fournis localement contribuent au programme IINA à titre de projet d'apprentissage d'envergure internationale qui s'adapte en fonction des leçons tirées sur le terrain; ils contribuent ainsi à la progression de sa capacité à profiter aux mères, aux bébés, aux familles et aux fournisseurs partout dans le monde.

Les critères génériques et les indicateurs de processus élaborés pour chacune des 12 étapes peuvent servir comme ensemble d'évaluation de base pour surveiller et évaluer la mise en œuvre locale du programme IINA. Cet ensemble comprend des questionnaires pour les femmes conçus par l'IMBCO aux fins d'évaluation interne et externe. Il comprend trois questionnaires, avec un tronc commun, lesquels sont adaptés en fonction du type d'accouchement : un questionnaire pour les femmes qui ont accouché par voie vaginale, un pour celles qui ont subi une césarienne après un certain temps en travail et un autre pour celles qui ont subi une césarienne planifiée. Les questionnaires reposent sur un ensemble de variables relatives aux critères des 12 étapes de l'IINA. Les normes internationales décrites dans les lignes directrices de 2018 sur la mise en œuvre de l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés révisée* (54) peuvent être adaptées et utilisées dans les cabinets et les établissements pour évaluer la mise en œuvre des 12 étapes. L'évaluation de la prestation des soins relatifs au modèle MèreBébé-Famille axé sur les bénéficiaires nécessite l'analyse des aspects non cliniques des soins en intégrant les dimensions des droits de la personne en matière de services de soins de maternité respectueux au partage des connaissances et à l'expérience des soins (55). La création et la validation d'un outil pour évaluer les soins de maternité axés sur la personne dans un milieu aux faibles ressources se sont avérées utiles et pourraient aussi être adaptées aux fins d'évaluation (56) avec d'autres outils pertinents conçus pour évaluer les expériences de grossesse des femmes (57). De plus, les évaluateurs peuvent utiliser les outils d'évaluation locaux existants ou en créer de nouveaux qui fournissent des renseignements pertinents et des résultats relatifs à l'IINA. Ces outils comprennent des listes de vérification des preuves de politiques officielles et de la visibilité des documents d'information, d'éducation et de communication (tableaux, affiches, dépliants) relativement à leur présence, leur emplacement, leur contenu et leur clarté, et des observations directes sur la prestation des soins qui devraient témoigner de l'intégration de certaines des 12 étapes de l'IINA (sinon toutes) dans les services de maternité.

Le personnel de l'établissement ou du cabinet devrait être formé en pratique réflexive et en évaluation. Les méthodologies d'évaluation de la conformité aux principes de l'IINA et aux 12 étapes varient (par exemple, les autodéclarations des femmes) en fonction des réponses aux questionnaires et des entretiens privés individuels auprès du personnel et des femmes. Il y a lieu de maintenir l'anonymat en tout temps. La collecte de données doit être soutenue au moyen de technologies de l'information (TI) lorsque possible.

L'IINA prévoit que les autorités sanitaires locales et de district, en collaboration avec les fournisseurs et les communautés, seront les principaux promoteurs de l'IINA et que les ministères nationaux de la santé devraient fortement les appuyer. Les organismes partenaires qui adhèrent à l'IINA sont ouverts à travailler avec les gouvernements et les groupes locaux pour mener

⁵ L'IINA reconnaît que les cycles de certification ne sont pas réalisables ni désirés dans tous les contextes et suggère le concept de *reconnaissance* comme méthode valide pour indiquer qu'un établissement ou cabinet est engagé dans la mise en œuvre du programme IINA et évaluer ses résultats en fonction d'un ensemble minimal d'indicateurs de processus et de résultats.

le processus d'évaluation et dépendent beaucoup des membres de la communauté et de l'établissement ou du cabinet pour assurer la participation locale et l'autoévaluation (y compris les organisations locales de santé publique et de santé des femmes). L'évaluation doit être rigoureuse sans être contraignante. Il convient d'effectuer l'évaluation de façon positive, afin qu'elle favorise l'amélioration et ne consiste pas en un processus de reproche ou d'humiliation.

Appel à l'action de l'IINA

L'Initiative internationale pour la naissance (IINA) reconnaît les grandes inégalités des ressources et de l'accès relativement aux soins de maternité de qualité partout dans le monde. Le défi pour le 21^e siècle est d'augmenter l'accès aux fournisseurs de soins compétents et aux soins d'urgence dans les endroits où il est insuffisant, tout en diminuant la sur- et sous-utilisation des interventions médicales, en améliorant la compréhension des caractéristiques physiologiques normales de l'accouchement et de l'allaitement et en rehaussant la qualité des soins maternels et néonataux prodigués dans tous les pays du monde.

L'IINA fournit un modèle pour les services de soins de maternité afin de prendre des mesures de promotion et de prestation des soins de maternité sécuritaires et respectueux. Ce modèle énumère les étapes claires pour mettre en œuvre des services de soins de maternité fondés sur des données probantes partout dans le monde et reconnaît les interactions entre la paire MèreBébé et leur famille et environnement social, en plus de leurs interactions avec les fournisseurs de soins et les systèmes de santé. Diverses associations de professionnels de la santé, groupes de défense des intérêts et organismes d'éducation en périnatalité appuient l'IINA, et cet appui est en croissance.

Les 12 étapes de l'IINA comprennent la promotion de la compassion et de la dignité dans la prestation de soins, la garantie d'un accès à des soins abordables et l'adoption du modèle de soins de maternité MèreBébé-Famille. D'autres étapes comprennent l'offre de soutien continu durant le travail et l'accouchement, l'utilisation adéquate de méthodes non pharmacologiques du soulagement de la douleur et la pratique fondée sur des données probantes, y compris le fait d'éviter les interventions systématiques inutiles et potentiellement néfastes. Les étapes abordent les mesures pour améliorer la santé et le bien-être en plus des soins d'urgence adéquats en favorisant la collaboration et la communication entre les différents types de fournisseurs et niveaux de soins. L'IINA fait la promotion d'une politique de soutien des ressources humaines et intègre complètement les conditions de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés révisée. L'IINA soutient aussi la mise en œuvre de ses 12 étapes et des mécanismes d'amélioration de la qualité indépendants qui peuvent servir à suivre le processus, ses effets et l'adhésion aux services de soins de maternité sécuritaires et respectueux.

Le soutien et l'adoption de l'Initiative internationale pour la naissance sont demandés par des personnes et des organisations, y compris les gouvernements locaux et nationaux, les organismes de financement des services de santé, les Nations Unies et les groupes d'ONG (inter-) nationaux de promotion et d'éducation en santé, ainsi que les groupes communautaires locaux qui travaillent à améliorer la santé et le bien-être des mères et des nouveau-nés partout dans le monde.



Initiative internationale pour la naissance (IINA)

Sommaire des 12 étapes pour des soins de maternité MèreBébé-Famille sécuritaires et respectueux

Étape 1

Traiter chaque femme et nouveau-né avec compassion, respect et dignité, sans violence physique, verbale ou psychologique, pour prodiguer des soins qui font preuve de sensibilité et d'ouverture culturelles dans le respect des coutumes, des valeurs et des droits de chaque personne à l'expression de soi, au consentement éclairé et à la protection de la vie privée.

Étape 2

Respecter le droit de chaque femme à recevoir des soins non discriminatoires et gratuits, sinon abordables tout au long de la grossesse, en sachant qu'en aucun cas une femme ou un bébé ne devrait se voir refuser des soins ni être détenu après la naissance en raison d'un défaut de paiement.

Étape 3

Respecter systématiquement le modèle de soins de maternité MèreBébé-Famille qui intègre le champ d'activité et la philosophie de la profession de sage-femme applicable par tous les professionnels en soins de maternité, dans tous les milieux et à tous les niveaux de prestation de soins.

Étape 4

Reconnaître le droit de la mère à recevoir un soutien continu durant le travail et l'accouchement, l'informer des avantages de ce soutien et veiller à ce qu'elle le reçoive de ses fournisseurs et des accompagnateurs de son choix.

Étape 5

Offrir des mesures de confort et de soulagement de la douleur non pharmacologiques pendant le travail comme premières options sécuritaires. Expliquer les risques et avantages des options pharmacologiques de soulagement de la douleur si elles sont offertes et demandées.

Étape 6

Fournir des pratiques de soins fondées sur des données probantes qui sont bénéfiques pour la mère, le bébé et la famille tout au long de la grossesse.

Étape 7

Éviter les interventions et pratiques potentiellement néfastes dont les données probantes sur la supériorité des avantages par rapport aux risques sont insuffisantes pour justifier un recours fréquent ou systématique lors de la grossesse, du travail, de l'accouchement et des périodes post-partum et néonatales normales.

Étape 8

Mettre en place des mesures qui améliorent le bien-être et préviennent la maladie pour la mère, le bébé et la famille, y compris la saine alimentation, l'eau potable, l'assainissement, l'hygiène, la planification familiale, la prévention des maladies et complications et l'éducation prénatale et postnatale.

Étape 9

Fournir des traitements obstétricaux, néonataux et d'urgence adéquats au besoin. Veiller à ce que le personnel reçoive la formation nécessaire pour reconnaître les situations et complications (potentiellement) dangereuses et pour intervenir afin de traiter ou de stabiliser efficacement. Établir des liens de consultation et un système efficace et sécuritaire d'orientation des patientes.

Étape 10

Avoir une politique de soutien des ressources humaines en place pour le recrutement et la rétention de personnel dévoué et veiller à ce que les membres du personnel obtiennent respect et sécurité et qu'ils aient les outils nécessaires pour donner des soins personnalisés, collaboratifs et de bonne qualité aux femmes et aux nouveau-nés dans un environnement de travail positif.

Étape 11

Offrir un continuum de soins collaboratifs avec tous les fournisseurs, établissements et organismes de soins de santé pertinents au moyen de plans et de l'organisation matérielle pour les communications, les consultations et l'orientation des patientes entre tous les niveaux de soins.

Étape 12

Favoriser l'allaitement et le contact peau à peau, se référer aux 10 étapes de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés révisée (2018) et intégrer dans la pratique, la formation, et les politiques.

Références

1. Davis-Floyd, R., Pascali-Bonaro, D., Leslie, M., Ponce de Leon, R., « The International MotherBaby Childbirth Initiative: Working to create optimal maternity care worldwide », *International Journal of Childbirth*, vol. 1, no 3, 2011, p. 196-212.
2. International Federation of Gynecology & Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization, « Mother-baby friendly birthing facilities », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 128, no 2, 2015, p. 95-99.
3. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, 2005, en ligne [<http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights/>].
4. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966, en ligne [<https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>].
5. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Pacte international relatif aux droits civils et politiques, 1966, en ligne [<https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>].
6. Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, en ligne [<https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>].
7. Assemblée générale de Nations Unies, Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, 1993, en ligne [<https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>].
8. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on Preventable Maternal Mortality and Morbidity and Human Rights, 2010, en ligne [http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.39_AEV-2.pdf].
9. Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, Déclaration et Programme d'action de Beijing : La quatrième Conférence mondiale sur les femmes, 1995, en ligne [<https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20F.pdf>].
10. White Ribbon Alliance, Respectful Maternity Care: The White Ribbon Alliance The Universal Rights of Childbearing Women, Washington D.C., 2011, en ligne [https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/Final_RMC_Charter.pdf].
11. Sacks, E., « Defining disrespect and abuse of newborns: a review of the evidence and an expanded typology of respectful maternity care », *Reproductive Health: Contraception*, vol. 14, no 66, 2017.
12. World Association for Infant Mental Health, « WAIMH Position Paper on the Rights of Infants », *Perspectives in Infant Mental Health*, 2016, en ligne [<https://www.waimh.org/i4a/pages/index.cfm?pageID=3361>].
13. Nations Unies, Convention relative aux droits de l'enfant (Adoptée et ouverte à la signature, ratification et adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 44/25 du 20 novembre 1989; Entrée en vigueur le 2 septembre 1990, conformément à l'article 49), 2018, en ligne, [<http://www.ohchr.org/fr/>].
14. Nations Unies, Comité des droits de l'enfant, Convention relative aux droits de l'enfant, 2015, en ligne, [https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2FC%2FGC%2F7%2FRev.1&Lang=fr].
15. Organisation mondiale de la Santé, OCDE, La Banque mondiale, La qualité des services de santé : Un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle, 2019, en ligne [<https://www.who.int/servicedeliverysafety/quality-report/publication-french/en/>].
16. Chaque femme Chaque enfant, La stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, New York, 2015, en ligne [http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2016/12/EWEC_Global_Strategy_FR_inside_LogoOk_web.pdf].
17. Buckley, S., Hormonal physiology of childbearing: Evidence and implications for women, babies, and maternity care, Washington D.C., 2015, en ligne [<http://www.nationalpartnership.org/research-library/maternal-health/hormonal-physiology-of-childbearing-all-fact-sheets.pdf>].
18. Avery, M., Bell, A., Bingham, D., Corry, M., Delbanco, S., Leavitt Gullo, S., et coll., Blueprint for Advancing High-Value Maternity Care Through Physiological Childbearing, 2018, en ligne [<http://www.nationalpartnership.org/research-library/maternal-health/blueprint-for-advancing-high-value-maternity-care.pdf>].
19. Organisation mondiale de la Santé, Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé, Genève, 2016, en ligne [<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254673/9789242511215-fre.pdf?sequence=1&ua=1>].

20. Organisation mondiale de la Santé, Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities, Genève, 2018, en ligne [<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272346/9789241565554-eng.pdf?ua=1>].
21. Organisation mondiale de la Santé, Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive, 2016, en ligne [<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259584/9789242549911-fre.pdf?ua=1>].
22. Organisation mondiale de la Santé, WHO Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience, Genève, 2018, en ligne [<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>].
23. Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., Gülmezoglu, A. M., « What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review », PLOS One, vol. 13, no 4, 2018, e0194906.
24. Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., et coll., « Early childhood development coming of age: science through the life course », The Lancet, vol. 389, no 10064, 2017, p. 77-90.
25. Britto, P. R., Lye, S. J., Proulx, K., Yousafzai, A. K., Matthews, S. G., Vaivada, T., et coll., « Nurturing care: promoting early childhood development », The Lancet, vol. 389, no 10064, 2017, p. 91-102.
26. Richter, L. M., Daelmans, B., Lombardi, J., Heymann, J., Boo, F. L., Behrman, J. R., et coll., « Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development », The Lancet, vol. 389, no 10064, 2017, p. 103-118.
27. Unicef, Groupe de la Banque mondiale, Organisation mondiale de la Santé, EDCAN, Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, Chaque femme Chaque enfant, Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential, Genève, 2018, en ligne [<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf?ua=1>].
28. Organisation mondiale de la Santé, Collaborer avec les individus, les familles et les communautés pour améliorer la santé maternelle et néonatale, Genève, 2010.
29. Jones, E., Lattof, S. R., Coast, E., « Interventions to provide culturally-appropriate maternity care services: factors affecting implementation », BMC Pregnancy and Childbirth, vol. 17, no 267, 2017.
30. Nursing and Midwifery Board of Australia, Midwife Standards for Practice, 2018, en ligne [<http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Codes-Guidelines-Statements/Professional-standards/Midwife-standards-for-practice.aspx>].
31. White Ribbon Alliance, Self Care: A Cost Effective Solution for Maternal, Newborn & Child Health for All, en ligne [<https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/White-Ribbon-Alliance-Self-care-Policy-Brief.pdf>]. « What is Patient-Centered Care? », NEJM, 2017, en ligne [<https://catalyst.nejm.org/what-is-patient-centered-care/>].
32. Organisation mondiale de la Santé, Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne, Point 16.1 de l'ordre du jour provisoire, Soixante-neuvième assemblée mondiale de la santé, 2016, en ligne [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-fr.pdf].
33. Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., Neff, J. M., « Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care », Maternal and Child Health Journal, vol. 16, no 2, 2012, p. 297-305.
34. Morgan, L., « Conceptualizing Women-Centred Care in Midwifery », Revue canadienne de la recherche et de la pratique sage-femme, vol. 14, no 1, 2015, p. 8.
35. de Labrusse, C., Ramelet, A.-S., Humphrey, T., MacLennan, S. J., « Patient-centered Care in Maternity Services: A Critical Appraisal and Synthesis of the Literature », Women's Health Issues, vol. 26, no 1, 2016, p. 100-109.
36. Fontein-Kuipers, Y., de Groot, R., van Staa, A., « Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus », European Journal of Midwifery, vol. 2, mai 2018.
37. Confédération internationale des sages-femmes, International Confederation of Midwives. « Vision and Mission », en ligne [<https://www.internationalmidwives.org/about-us/vision-and-mission.html>].
38. Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, « FIGO Vision, Mission and Commitments », en ligne [<https://www.figo.org/figo-vision-mission-and-commitments>].
39. Association internationale de pédiatrie, « Mission & Objectives », en ligne [<http://ipa-world.org/page.php?id=141>].
40. World Organization of Family Doctors, « Global Family Doctors », en ligne [<http://www.globalfamilydoctor.com/>].

41. Gouvernement du Canada, « Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales », 2017, en ligne [<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales.html>].
42. Institute for Patient-and Family-Centered Care, PFCC Best Practices: Patient-and Family-Centered Care, en ligne [<http://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>].
43. Sudhinaraset, M., Afulani, P., Diamond-Smith, N., « Advancing a conceptual model to improve maternal health quality: The Person-Centered Care Framework for Reproductive Health Equity », *Gates Open Research*, vol. 1, no 1, 2017.
44. Confédération internationale des sages-femmes, Core Document, Philosophy and Model of Midwifery Care, 2014, en ligne [<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf>].
45. Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., et coll., « Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care », *The Lancet*, vol. 384, no 9948, 2014, p. 1129-1145.
46. OMS, FNUAP, UNICEF, Confédération internationale des sages-femmes, CII, FIGO, et coll., Definition of skilled health personnel providing care during childbirth, The 2018 joint statement by WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO, IPA, 2018, en ligne [<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/statement-competent-mnh-professionals/en/>].
47. Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., Cuthbert, A., « Continuous support for women during childbirth », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 7, 2017, art. no CD003766, DOI : 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
48. SOGC, 2018, Journal d'obstétrique et de gynécologie du Canada, Directive clinique no 355, Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement : approche de soulagement basée sur les données probantes, vol. 40, no 2, p 246-266.
49. Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., Vogel, J. P., « Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 5, 2017.
50. Organisation mondiale de la Santé, WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee(WHO/MCA/17.07), Genève, 2017, en ligne [http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/newborn-health-recommendations/en/].
51. Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., et coll., « Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide », *The Lancet*, vol. 388, no 10056, 2016, p. 2176-2192, doi :10.1016/S0140-6736(16)31472-6. Review.
52. Lamaze International, Organisation mondiale de la Santé, Healthy Birth Practice, World Health Organizations Recommendations, 2018.
53. Unicef, Organisation mondiale de la Santé, Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative, 2018, en ligne [<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf>].
54. MHTF Blog, « Measuring Person-Centered Maternal Health Care », 2018, en ligne [<https://www.mhtf.org/2018/02/14/measuring-person-centered-maternal-health-care/>].
55. Afulani, P. A., Diamond-Smith, N., Golub, G., Sudhinaraset, M., « Development of a tool to measure person-centered maternity care in developing settings: validation in a rural and urban Kenyan population », *Reproductive Health*, vol. 14, no 1, 2017, p. 118.
56. Nilvér, H., Begley, C., Berg, M., « Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments », *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 17, no 1, 2017, p. 203.

Équipe de développement de l'IINA

Comité pour la maternité sans risque et santé du nouveau-né de la FIGO

Gerard H. A. Visser, M.D., Ph. D., FRCOG; président du comité; professeur émérite en obstétrique, centre hospitalier universitaire, Utrecht, Pays-Bas

Diogo Ayres-de-Campos, M.D., Ph. D.; membre du comité; professeur, École de médecine de l'Université de Lisbonne, Lisbonne, Portugal

Maria Fernandia Escobar-Vidarte, M.Sc., M.D., intensiviste; membre du comité; chef de service des soins intensifs d'obstétrique, centre hospitalier universitaire Fundacion Valle del Lili et Université ICESI, Cali, Colombie

Carlos Fuchtnner, M.D.; président désigné (2018-2021); membre du comité; professeur agrégé en obstétrique et gynécologie, Université Gabriel Rene Moreno, Maternidad Percy Boland, Santa Cruz, Bolivie

Claudia Hanson, Ph. D., M.D. obstétrique et gynécologie; membre de la direction de l'IINA; ancienne membre du comité; professeure agrégée, Institut Karolinska, Stockholm, Suède et École d'hygiène et de médecine tropicale, Londres, R.-U.

André Lalonde, M.D., RCSC; membre de la direction de l'IINA; ancien président du comité; membre du Comité de renforcement de capacité en matière d'éducation et de formation de la FIGO; professeur d'obstétrique et gynécologie, Université McGill et Université d'Ottawa, Ottawa, Canada

Suellen Miller, CNM, Ph. D.; ancienne membre du comité; directrice des programmes pour la maternité sans risque; professeure, département d'obstétrique, gynécologie et services de reproduction, Bixby Center for Global Reproductive Health and Policy, Université de Californie, San Francisco, CA, États-Unis

William Stones, M.D., FRCOG; ancien président et membre du comité; professeur, départements de santé publique et d'obstétrique et gynécologie, Collège de médecine du Malawi, Blantyre, Malawi

Conseil d'administration de l'IMBCO

Debra Pascali Bonaro, B. Ed., LCCE, BDT/PDT (DONA); membre de la direction de l'IINA; présidente de l'IMBCO; conférencière internationale, consultante et formatrice d'accompagnantes à la naissance, River Vale, New Jersey, États-Unis

Robbie Davis-Floyd, Ph. D., FSfAA; membre du conseil d'administration de l'IMBCO; rédactrice principale de la MFCL, de l'IMBCI et de l'IINA; département d'anthropologie, Université du Texas à Austin, Austin, Texas, États-Unis

Rae Davies, B.Sc. Santé, LCCE, BDT (DONA); directrice administrative de l'IMBCO; directrice générale, The Birth Company, Ponte Vedra Beach, Floride, États-Unis

Kathy Herschderfer, RM; membre de la direction de l'IINA; membre du conseil d'administration de l'IMBCO; ancienne membre du comité pour la maternité sans risque et santé du nouveau-né de la FIGO; conseillère consultante indépendante en santé et droits sexuels et génésiques, Pays-Bas

Mayri Sagady Leslie, CNM, FACNM; membre du conseil d'administration de l'IMBCO; directrice de la pratique sage-femme, École de soins infirmiers George Washington, Washington D.C., États-Unis

Amali Lokugamage, M.D., MBChB, B.Sc., M.Sc., FRCOG, SFHEA; membre du conseil d'administration de l'IMBCO; Whittington Health NHS Trust et École de médecine du Collège universitaire de Londres, Londres, R.-U.

Soo Downe, B.A. (spéc.), Ph. D., RM, M.Sc., OBE; membre du conseil d'administration de l'IMBCO; professeure en études de la pratique sage-femme, Université du Lancashire central, Preston, R.-U.

Daphne Rattner, M.D., Ph. D., M.Sc. (santé publique); membre du conseil d'administration de l'IMBCO; Université de Brasília; présidente du réseau brésilien pour l'humanisation de l'accouchement, Brasília, Brésil

Hélène Vadeboncoeur, Ph. D., M.Sc.; membre du conseil d'administration de l'IMBCO; chercheuse en accouchement, Dunham, Québec, Canada