



CHAPITRE 4

SOINS PENDANT L'ACCOUCHEMENT
ET À LA NAISSANCE



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS, À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.

- Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:
Chapter 4: Care During Labour and Birth

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Télééc. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2018

Date de publication : juin 2018

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : HP15-30/4-2018F-PDF
ISBN : 978-0-660-26061-7
Pub. : 170524

CHAPITRE 4

SOINS PENDANT L'ACCOUCHEMENT
ET À LA NAISSANCE

TRAVAIL ET NAISSANCE AU CANADA

389 912 naissances par année au Canada

Lieux de naissance au Canada :



HÔPITAL



DOMICILE



CENTRE
DE NAISSANCE

Chez la majorité des femmes :

- On observe une opinion positive sur leur expérience globale du travail et de l'accouchement
- Le mari ou autre conjoint était présent pendant l'accouchement et la naissance



6 % des femmes en âge de procréer éprouvent une **déficience**



46 % des femmes adultes sont en **surpoids** ou **obèses**



27 % des grossesses sont touchées par une **maladie chronique**



3 % de toutes les naissances sont des **naissances multiples**



20 % de toutes les naissances sont issues de femmes de **plus de 35 ans**



8 % des nourrissons naissent **prématurément**



4 % de toutes les naissances sont touchées par une **anomalie congénitale**

INTERVENTIONS

Le taux de **péridurale** est **PASSÉ** de 53,2 % en 2006–2007 à 57,8 % en 2015–2016.

Le taux de **déclenchement du travail** est **PASSÉ** de 12,9 % en 1991–1992 à 21,8 % en 2004–2005.

Le taux de **naissance assistée** a **DIMINUÉ**, passant de 17,4 % en 1991–1992 à 13,2 % en 2015–2016.

Le taux **d'extraction à l'aide d'une ventouse** a **AUGMENTÉ**, passant de 6,8 à 9,2 % alors que le taux de naissance assistée par forceps a diminué, allant de 11,2 à 3,4 % au cours de la même période.

Le taux **d'accouchement par césarienne** est **PASSÉ** de 17,6 % en 1995–1996 à 27,9 % en 2015–2016.

Le taux **d'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne (AVAC)** a **DIMINUÉ** considérablement, tandis que le taux de naissance par césarienne répétée est passé de 64,7 % en 1995–1996 à 81,0 % en 2015–2016.

Pour les références, voir le **chapitre 4 : Soins pendant l'accouchement et à la naissance**, dans : Agence de la santé publique du Canada, Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : Lignes directrices nationales. Ottawa (Ontario) : ASPC; 2018.



L'EXPÉRIENCE DU TRAVAIL ET LA NAISSANCE DANS UNE PERSPECTIVE FAMILIALE

La naissance est un processus naturel que doivent favoriser tous les professionnels de la santé maternelle et néonatale.

Le soutien aux femmes pendant le travail actif et la naissance augmente de beaucoup la satisfaction de la famille envers l'expérience de naissance, réduit l'usage de médicaments et les interventions et accroît l'attitude positive dont les femmes ont besoin pour prendre soin de leur bébé.

Globalement, les soins prodigués aux femmes pendant l'accouchement et la naissance visent à engendrer une expérience positive pour elles et leur famille tout en maintenant leur santé et celle de leur bébé, en empêchant les complications et en répondant aux urgences.

Peu importe le choix de la femme et de la famille en matière de fournisseur de soins, la collaboration interprofessionnelle est nécessaire pour assurer la sécurité optimale de la mère et du nouveau-né, en particulier si la responsabilité des soins est transférée à d'autres membres d'ordres professionnels de la santé ou fait l'objet d'une responsabilité partagée.

Principales recommandations des soins dans une perspective familiale :

- Fournir aux femmes des soins de soutien comprenant la présence physique continue d'une personne soignante pendant le travail actif et la naissance.
- Les personnes soignantes doivent établir un lien avec les femmes et leur demander quels sont leurs souhaits et attentes relativement au travail et à la naissance. Pendant tout le travail et la naissance, la communication doit être continue et prendre en compte les besoins des femmes.
- Les hôpitaux et centres de naissance sont encouragés à acquiescer aux souhaits des femmes en faveur d'un accouchement selon leurs traditions et, à cette fin, à favoriser la mise en place de politiques et de protocoles appropriés.
- Les femmes sont traitées avec respect; elles sont soutenues au fil du travail et de l'accouchement dans un processus continu de choix éclairés, et encouragées à participer activement aux décisions touchant les soins.
- Tous les professionnels font preuve de respect mutuel, communiquent et collaborent de façon efficace, en reconnaissant le rôle vital de chacun en vue d'un accouchement sécuritaire et réussi pour les femmes et leur famille.
- Les interventions auprès de la mère et du nouveau-né n'ont lieu que lorsque les raisons de le faire sont bien attestées et basées sur des données probantes.
- Mettre en place des mécanismes permettant aux femmes de fournir une rétroaction sur leur expérience et leur satisfaction envers les politiques et programmes en vigueur. Inclure également les femmes dans l'élaboration future des politiques et programmes.
- L'adoption de nouvelles techniques en ce qui concerne les soins liés au travail et à l'accouchement sera accompagnée d'une preuve rigoureuse démontrant leurs avantages pour les mères et leur bébé, leur rentabilité et leur compatibilité par rapport aux lignes directrices professionnelles en place.

REMERCIEMENTS

AUTEUR PRINCIPAL

Shiraz Moola, M.D., FRCPSC

Obstétricien-gynécologue
Kootenay Lake Hospital
Nelson (Colombie-Britannique)

AUTEURS COLLABORATEURS

Heather Baxter, M.D., CCFP, FCFP

Professeure clinique agrégée, directrice
du programme d'enseignants principaux
Département de médecine familiale
Conseillère principale et chef
Santé mondiale et partenariats internationaux,
École de médecine Cumming
Université de Calgary
Calgary (Alberta)

Sherry Di Lallo, inf. aut., M.Nurs.

Coordonnatrice des soins infirmiers
auprès des enfants autochtones
Hôpital Stollery pour enfants
Services de santé de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Manavi Handa, RM, MSc.S

Professeure agrégée
Programme de formation
en pratique sage-femme
Université Ryerson
Toronto (Ontario)

Louise Hanvey, inf. aut, B.Sc.Inf., MGSS

Analyste principale des politiques
Santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Ann L. Jefferies, M.D., M.Ed., FRCPC

Néonatalogiste et professeure
Dép. de pédiatrie
Hôpital Mount Sinai, Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Andrew Kotaska, M.D., FRCSC

Directeur de clinique obstétrique
Hôpital Stanton Territorial
Responsable de la clinique Territorial
Santé des femmes et des enfants
Autorité des services de santé et des services
sociaux des Territoires du Nord-Ouest
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)

Kathleen Lindstrom

Éducatrice et consultante périnatales
Doula de DONA International
et formatrice de Doula
Saltspring Island (Colombie-Britannique)

Lynn M. Menard, inf. aut., B.Sc.inf., M.A.

Chef d'équipe
Santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)

Martha Nutbrown, inf. aut., B.Sc.Inf.

Infirmière-conseil en soins périnataux
Programme provincial des soins en matière
de reproduction
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Roanne Preston, M.D., FRCPC, CCPE

Chef de département, anesthésiologie,
pharmacologie et thérapeutique
Faculté de médecine
Université de la Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)

Kate Robson, M.Ed.

Spécialiste en soutien familial
Unité néonatale de soins intensifs
Centre des sciences de la santé de Sunnybrook
Directrice administrative,
Fondation pour bébés prématurés canadiens
Représentante, CFAN (Réseau consultatif
de la famille canadienne)
Toronto (Ontario)

Nancy Watts, inf. aut., M.Nurs., PNC (C)

Infirmière clinicienne spécialisée
Travail et accouchement,
Programme des femmes et nourrissons
Système de santé Mount Sinai
Toronto (Ontario)

EXAMINATEURS

Jon Barrett M.B.Bch., M.D., FRCOG, FRCS

Chef de division de la médecine
foetale maternelle
Centre des sciences de la santé de Sunnybrook
Toronto (Ontario)

William Ehman, M.D.

Médecin de famille
Nanaimo (Colombie-Britannique)

Andy Inkster, M.A.

Promoteur de la santé
LGBTQ Parenting Network
Centre de santé de Sherbourne
Toronto (Ontario)

Carley Nicholson, R.D., M.S.P.

Analyste des politiques
Santé maternelle et infantile
Agence de la santé publique du Canada
Ottawa (Ontario)



TABLE DES MATIÈRES

1	EXPÉRIENCES MATERNELLES DE L'ACCOUCHEMENT ET DE LA NAISSANCE	1
2	PARTICIPATION DE LA FAMILLE, APPUI ET PLANIFICATION DE L'ACCOUCHEMENT ET DE LA NAISSANCE	3
2.1	PLAN DE NAISSANCE	3
2.2	SOINS DE SOUTIEN DURANT LE TRAVAIL	3
2.3	PARTICIPATION DE LA FRATRIE À LA NAISSANCE	4
2.4	COMMUNICATION AVEC LA MÈRE, LE CONJOINT ET LA FAMILLE PENDANT L'ACCOUCHEMENT	5
3	CONSIDÉRATIONS CULTURELLES	6
3.1	FEMMES ET FAMILLES AUTOCHTONES	8
4	LIEU DE NAISSANCE ET FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ	10
4.1	LIEU DE NAISSANCE	10
4.2	FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ	11
4.3	DOULAS	12
5	ACCOUCHEMENT NATUREL/NORMAL	13
6	GROSSESSES/NAISSANCES À RISQUE ÉLEVÉ ET CIRCONSTANCES SPÉCIALES	15
6.1	ÂGE AVANCÉ DE LA MÈRE	15
6.2	FEMMES PRÉSENTANT UNE MALADIE AIGUË OU CHRONIQUE	16
6.3	INFECTION STREPTOCOCCIQUE DU GROUPE B	17
6.4	FEMMES PRÉSENTANT UNE INCAPACITÉ PHYSIQUE	17
6.5	FEMMES INCARCÉRÉES	17
6.6	FEMMES ATTEINTES D'UNE MALADIE MENTALE	18
6.7	FEMMES AYANT DES ANTÉCÉDENTS DE CONSOMMATION D'ALCOOL OU DE DROGUES	18
6.8	FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE	19
6.9	FEMMES OBÈSES	19
6.10	MATERNITÉ DE SUBSTITUTION	20
6.11	ADOPTION	21
6.12	FEMMES AYANT SUBI UNE MUTILATION GÉNITALE FÉMININE/EXCISION	21

6.13	POPULATIONS LGBTQ (LESBIENNES, GAIS, BISEXUELS, TRANSGENRES ET QUEER)	22
6.14	ANTÉCÉDENTS DE PERTE PÉRINATALE	23
6.15	NAISSANCE PRÉMATURÉE	23
6.16	MORTINAISSANCE	25
6.17	ANOMALIES CONGÉNITALES	27
6.18	INTERRUPTIONS DE GROSSESSE APRÈS 21 SEMAINES	29
7	LES SOINS PENDANT L'ACCOUCHEMENT	30
7.1	DIAGNOSTIC/ÉVALUATION DU TRAVAIL PRÉCOCE ET DU TRAVAIL ACTIF	30
7.2	ÉVALUATION INITIALE	31
7.3	TRIAGE	31
7.4	PROCÉDURES INUTILES DU POINT DE VUE MÉDICAL	32
7.5	SURVEILLANCE DE LA SANTÉ FŒTALE	33
7.6	GESTION DU TRAVAIL	35
7.7	NUTRITION ET HYDRATATION	37
7.8	POSITION ET AMBULATION	37
7.9	GESTION DE LA DOULEUR : OPTIONS PHARMACOLOGIQUES, NON PHARMACOLOGIQUES ET PÉRIDURALES	39
7.10	MÉCONIUM	41
8	LES SOINS À LA NAISSANCE	41
8.1	POUSSÉE PRÉCOCE OU TARDIVE	41
8.2	ÉPISIOTOMIE ET TRAUMATISME PÉRINÉAL	43
8.3	ACCOUCHEMENT DANS L'EAU	43
8.4	DYSTOCIE DES ÉPAULES	44
8.5	CORDON AUTOUR DU COU	44
8.6	NAISSANCE VAGINALE ASSISTÉE	45
9	SOINS IMMÉDIATEMENT APRÈS LA NAISSANCE	46
9.1	CLAMPAGE DU CORDON OMBILICAL	46
9.2	MISE EN BANQUE DU SANG DE CORDON OMBILICAL	47
9.3	CONTACT PEAU CONTRE PEAU PRÉCOCE	47
9.4	HÉMORRAGIE POST-PARTUM	48
10	DÉCLENCHEMENT DU TRAVAIL	49

11	ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE	50
11.1	OPTIMISATION DES TAUX D'ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE	50
11.2	ACCOUCHEMENT VAGINAL CHEZ LES PATIENTES AYANT DÉJÀ SUBI UNE CÉSARIENNE	51
11.3	ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE DANS UNE PERSPECTIVE FAMILIALE	52
12	NAISSANCES MULTIPLES	53
13	ACCOUCHEMENTS DU SIÈGE	54
14	TRANSFERT DE LA MÈRE	55
14.1	TRANSFERT DE LA MAISON/CENTRE DE NAISSANCE À L'HÔPITAL	55
14.2	TRANSFERT D'UN HÔPITAL À UN AUTRE	56
14.3	TRANSFERT D'UN FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ À UN AUTRE	57
15	COMPTE RENDU À LA SUITE DE L'ACCOUCHEMENT	58
15.1	POUR LES FEMMES ET LES FAMILLES	58
15.2	POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	59
16	OPTIMISATION DE LA QUALITÉ DES SOINS	60
16.1	NIVEAU TECHNOLOGIQUE APPROPRIÉ	60
16.2	AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ	60
16.3	NORME EN MATIÈRE DE SOINS : SOINS INDIVIDUELS OFFERTS PAR LES INFIRMIÈRES ET LES SAGES-FEMMES	62
16.4	COMMUNICATION ENTRE LES FOURNISSEURS DE SOINS	63
	CONCLUSION	63
	ANNEXE A — RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES	64
	ANNEXE B — PREUVE SOUTENANT L'EFFICACITÉ DES DIVERSES OPTIONS DE GESTION DE LA DOULEUR — CONCLUSIONS DÉTAILLÉES	66
	ANNEXE C — CONTACT PEAU CONTRE PEAU SÉCURITAIRE SUIVANT UN ACCOUCHEMENT VAGINAL	69
	ANNEXE D — CONTACT PEAU CONTRE PEAU SÉCURITAIRE SUIVANT UNE NAISSANCE PAR CÉSARIENNE SANS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE	70
	RÉFÉRENCES	72

Pour la plupart des femmes et des familles, l'accouchement et la naissance représentent une période d'enthousiasme et d'anticipation, mais aussi d'incertitude et d'anxiété. Donner naissance représente une transition majeure dans la vie d'une femme. Une femme garde toute sa vie les souvenirs et l'expérience de l'accouchement et de la naissance. Aussi, le soutien et les soins qu'elle reçoit pendant cette période sont essentiels. Globalement, les soins prodigués aux femmes pendant le travail et la naissance visent à créer une expérience positive pour les femmes et leur famille tout en maintenant leur santé et celle de leur bébé, en empêchant les complications et en répondant aux urgences.

De nombreux éléments influent sur les soins que reçoit une femme lors du travail et de la naissance, notamment les schémas de déploiement des effectifs, les politiques et les procédures standard, de même que les attitudes et les attentes des professionnels de la santé (PS). Ces éléments, à leur tour, reflètent la culture locale et l'interaction des politiques nationales, régionales et professionnelles — autant de facteurs eux-mêmes régis par des croyances, des traditions et des normes établies. Envisager la naissance comme un événement médical plutôt que comme une expérience personnelle risque de minimiser l'importance du soutien, de l'adaptation et de l'attachement, de même que la nature saine de l'événement pour la plupart des femmes.

Les meilleures données probantes disponibles montrent qu'il est important que quiconque prodigue des soins de santé à la mère et au nouveau-né ait à cœur de promouvoir et de favoriser une naissance normale¹. Il est essentiel que les interventions auprès de la mère et du nouveau-né n'aient lieu que lorsque les raisons de le faire sont bien attestées et basées sur des données probantes. De même, la mère, en ce qui a trait à ses soins, ou les parents, relativement aux soins du nourrisson, doivent être informés des risques et bienfaits de leurs choix de même que des autres solutions.



1 EXPÉRIENCES MATERNELLES DE L'ACCOUCHEMENT ET DE LA NAISSANCE

Les soins dans une perspective familiale sont orientés selon les besoins, valeurs et préférences de chaque femme et de sa famille, compte tenu de son contexte social et culturel. De tels soins supposent que « chaque femme enceinte et sa famille... soient

traitées comme si elles étaient uniques². » Offrir des soins dans une perspective familiale en harmonie avec les valeurs et les souhaits d'une femme est plus susceptible de donner lieu à une expérience positive de l'accouchement et de la naissance.

> RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES SUR LES SOINS PENDANT L'ACCOUCHEMENT ET À LA NAISSANCE : VOIR ANNEXE A

Les expériences et les besoins varient d'une femme à l'autre. Les gens se basent sur différents principes quant à la naissance, qui reposent sur leurs propres connaissances, expérience, culture, contexte social et familial et systèmes de croyances. Le soutien et les soins doivent respecter ces facteurs. Certaines femmes ont des sentiments négatifs et de peur au sujet de la naissance, ce qui crée une réticence à prendre en main leurs propres soins ou encore un besoin de contrôle excessif. Ces sentiments doivent être reconnus. La meilleure approche pour prendre soin des femmes et de leur famille consiste à adapter les soins à leurs besoins, plutôt que d'attendre d'elles qu'elles s'adaptent à l'établissement et aux préférences du fournisseur de soins.

Chaque femme vit le travail, la naissance et les soins qui lui sont prodigués selon sa propre perspective unique. De nombreux aspects contribueront à cette perception : ses connaissances et son expérience de la naissance, le soutien et la qualité des soins qu'elle et son bébé reçoivent, les événements liés à sa naissance — et la façon dont tout cela se situe par rapport à ses attentes, à la situation sociale entourant sa naissance et à d'autres facteurs^{3,4}. Les études laissent envisager que l'expérience positive d'une femme pourrait améliorer son ajustement au rôle parental, à ses propres soins et à ses soins de suivi et avoir un effet durable, voire à vie, sur son bien-être psychologique et la santé future de son enfant⁵⁻⁷.

« Le fait d'écouter les expériences des femmes relativement à l'accouchement et à la naissance signifie que les politiques, programmes et pratiques peuvent être basés sur leurs besoins, en plus des meilleures données probantes tirées de la recherche.

Selon l'*Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM)*, 80 % des femmes canadiennes ont exprimé une opinion « très positive » ou « assez positive » sur leur expérience globale du travail et de l'accouchement. Les femmes donnant naissance à leur deuxième enfant (ou plus) étaient plus satisfaites que celles qui avaient leur premier bébé. Les femmes ont aussi signalé une grande satisfaction à l'égard des soins qu'elles ont reçus de leur fournisseur : environ les trois quarts des femmes étaient « très satisfaites » du respect qui leur avait été témoigné, de la compétence perçue des fournisseurs, du respect de leur intimité et dignité et de leur participation personnelle à la prise de décisions; environ les deux tiers des femmes étaient « très satisfaites » de la compassion et de la compréhension à leur égard et de l'information qui leur avait été fournie³.

Toutefois, les expériences des femmes diffèrent. Par exemple, d'après l'*EEM*, le recours à des interventions médicales et à la technologie variait considérablement d'une province ou d'un territoire (PT) à l'autre et était supérieur dans les provinces comparativement aux territoires. Les femmes plus jeunes et celles ayant un niveau de scolarité moins élevé et un faible revenu ont souvent signalé des expériences moins favorables de la maternité. Ces femmes étaient aussi plus susceptibles d'indiquer qu'elles n'avaient pas eu suffisamment d'information sur les questions relatives à la grossesse et à la naissance. Les femmes du Nunavut, par exemple, ont signalé une satisfaction moindre envers leur expérience de la maternité ainsi qu'une probabilité moindre d'avoir un mari ou autre conjoint présent lors de l'accouchement et de la naissance ou de noter que leur bébé était en excellente santé³.

Le fait d'écouter les expériences des femmes relativement à l'accouchement et à la naissance signifie que les politiques, programmes et pratiques peuvent être basés sur leurs besoins, en plus des meilleures données probantes tirées de la recherche. Dans le cadre de l'assurance de la qualité, les hôpitaux, centres de naissance et fournisseurs prodiguant des soins à domicile à l'occasion de l'accouchement et de la naissance peuvent mettre en place des mécanismes

permettant aux femmes de fournir une rétroaction sur leur expérience et satisfaction envers les politiques et programmes en vigueur; ils peuvent aussi les inclure dans l'élaboration future des politiques et programmes. Agrément Canada insiste sur l'importance de l'élaboration d'un système d'amélioration de la qualité visant

à surveiller, évaluer et améliorer la qualité des services de façon continue. La rétroaction des femmes et de leur famille est un des mécanismes que peut utiliser un tel système⁸. Encourager les familles à exprimer leurs préoccupations et à raconter leur expérience serait une autre façon de favoriser le changement.



2 PARTICIPATION DE LA FAMILLE, APPUI ET PLANIFICATION DE L'ACCOUCHEMENT ET DE LA NAISSANCE

2.1 PLAN DE NAISSANCE

Un plan de naissance est un outil permettant à une femme d'exprimer ses préférences et espoirs quant à la naissance, d'apprendre à faire confiance à son équipe soignante et de recevoir l'information nécessaire. De même, créer un plan de naissance permet aux fournisseurs de soins de connaître les préférences d'une femme, de gagner sa confiance et celle de sa famille et de mettre en évidence des occasions d'éducation et de soutien. Établi en collaboration dans le cadre des soins prénataux, un plan de naissance aide familles et fournisseurs de soins à discuter de leurs attentes respectives. Lorsqu'une femme entre dans un établissement pour accoucher, il est important que le fournisseur lui demande si elle a un plan de naissance et qu'il l'incite à lui faire part de ses attentes et de ses souhaits, si cela n'a pas déjà été fait. Les recherches ont montré que la satisfaction d'une femme envers son expérience de la naissance augmente avec le nombre de ses demandes exaucées, exprimées dans son plan de naissance⁹. Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour explorer les avantages et inconvénients des plans de naissance.

2.2 SOINS DE SOUTIEN DURANT LE TRAVAIL

Le soutien aux femmes pendant le travail actif et la naissance augmente de beaucoup la satisfaction de la famille envers l'expérience de naissance, réduit l'usage de médicaments et les interventions et accroît l'attitude positive dont les femmes ont besoin pour prendre soin de leur bébé¹⁰. La nécessité pour chaque famille de déterminer qui apportera à la femme le soutien dont elle a besoin pendant l'accouchement et la naissance : cela va de soi lorsqu'il est question du besoin de la mère en fait de soutien physique et émotionnel. Selon l'*EEM*, le mari ou autre conjoint était présent pendant l'accouchement et la naissance chez la majorité des femmes (95 et 92 %, respectivement), tandis que 36 % des femmes étaient accompagnées d'une personne autre que leur mari ou conjoint³.

L'Initiative Amis des femmes qui enfantent considère que les soins de soutien émotionnels et physiques avec un accès sans restriction à un accompagnateur à la naissance choisi par la femme font partie de ses principes. Un examen récent d'études a montré que les

femmes qui avaient reçu un soutien continu pendant l'accouchement étaient davantage satisfaites de leur expérience de l'accouchement; avaient des accouchements plus courts; étaient moins susceptibles d'avoir des accouchements opératoires ou des naissances assistées (p. ex., césarienne, ventouse obstétricale ou forceps) et moins portées à prendre des analgésiques. Un soutien continu n'était pas associé à des résultats négatifs¹⁰. Les soins de soutien pendant le travail étaient définis comme des mesures de confort physique, une présence continue, de l'information, un soutien émotionnel et la défense des intérêts. Le soutien pouvait être offert par le personnel de l'hôpital (p. ex., les infirmières et sages-femmes); par une doula ou autre accompagnateur n'ayant pas de lien personnel avec la femme en travail ou n'étant pas employée de l'hôpital; ou par le conjoint de la femme, une parente ou une amie. L'examen a conclu que « le soutien continu offert par une personne présente uniquement dans ce but, qui n'est pas un membre du réseau social de la femme, qui a une expérience du soutien durant l'accouchement et qui a reçu au moins une certaine formation (comme une doula), semble être bénéfique. Comparativement à l'absence d'accompagnateur à la naissance, le soutien d'un membre de la famille ou d'un ami choisi semble augmenter la satisfaction de la femme envers son expérience de naissance¹⁰. »

« Globalement, les soins prodigués aux femmes pendant l'accouchement et la naissance visent à engendrer une expérience positive pour elles et leur famille tout en maintenant leur santé et celle de leur bébé et en empêchant les complications et en répondant aux urgences.

Il est recommandé de fournir aux femmes des soins de soutien comprenant la présence physique continue d'une personne soignante pendant le travail actif et la naissance. De tels soins englobent un soutien physique (mesures de confort comme des massages, le toucher, la mobilité); un soutien émotionnel (encouragements, présence continue, réassurance); un soutien informatif et la défense des intérêts de la femme¹⁰.

2.3 PARTICIPATION DE LA FRATRIE À LA NAISSANCE

Une composante clé des soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale (SMNPF) est l'accent mis sur la famille telle que définie par la femme. Les femmes ont différents souhaits quant aux personnes dont elles veulent s'entourer pendant le travail et la naissance. Par exemple, certaines familles pourraient planifier d'avoir leurs enfants autour de la mère afin qu'ils assistent à l'arrivée du nouveau membre de la fratrie.

Actuellement, environ la moitié des hôpitaux canadiens (45 %) encouragent la présence de la fratrie pendant l'accouchement, mais avec des restrictions; 38 % n'encouragent pas une telle présence et 17 % encouragent la présence de la fratrie sans restrictions¹¹. Parmi les restrictions les plus fréquentes à la présence de la fratrie pendant le travail et la naissance, on note¹¹ :

- Un autre adulte doit être présent pour appuyer la fratrie ou en prendre soin;
- Le médecin ou la sage-femme décide que la fratrie ne doit pas être présente;
- Le nombre de personnes dans la salle;
- L'âge de la fratrie.

Il est recommandé aux hôpitaux et aux centres de naissance d'avoir des politiques en place relativement à la participation de la fratrie à la naissance qui appuient les choix de la famille tout en assurant le bien-être et la sécurité des enfants. Si un enfant assiste à la naissance, un adulte dont la seule responsabilité est d'appuyer l'enfant doit être présent pour répondre à tous les besoins de l'enfant (p. ex., s'assurer qu'il a mangé et qu'il se repose). Si l'enfant exprime le désir de partir, il doit être autorisé à le faire et recevoir une aide à cet effet. Il est important qu'une personne aide l'enfant et prenne soin de lui en cas d'urgence.

2.4 COMMUNICATION AVEC LA MÈRE, LE CONJOINT ET LA FAMILLE PENDANT L'ACCOUCHEMENT

La naissance est une période d'enthousiasme et d'anticipation, mais ça peut être aussi d'incertitude, d'anxiété et même de peur. Le soutien et les soins que reçoivent les femmes et leur famille pendant cette période sont essentiels. Globalement, les soins prodigués aux femmes pendant l'accouchement et la naissance visent à engendrer une expérience positive pour elles et leur famille tout en maintenant leur santé et celle de leur bébé et en empêchant les complications et en répondant aux urgences.



Un examen récent portant sur l'importance de communiquer avec les femmes et leur famille pendant l'accouchement et la naissance a permis de conclure que le lien qu'entretiennent les personnes soignantes avec la femme qui accouche influe sur l'expérience de la naissance chez la mère. L'examen a mis en évidence plusieurs principes importants ayant trait à la communication. Le premier est que les femmes apprécient être traitées comme des personnes, avec respect et attention. Le deuxième principe est que la plupart des femmes ont besoin d'information et d'explications pour se sentir guidées et appuyées pendant toute la naissance. Les auteurs ont résumé les résultats de l'examen en fonction des qualificatifs utilisés par les femmes interrogées pour décrire les sentiments liés à une expérience positive de la naissance : bienveillant, attentif, compréhensif, compétent, digne de confiance, empathique, tendre, gentil, amical, calme, vigilant, paisible et posé. Ils ont conclu que « les femmes souhaitent recevoir de l'information et de l'aide, participer à la démarche, se sentir en sécurité, être à l'aise et en mesure d'être elles-mêmes¹². » Ces principes s'appliquent aussi lors de la survenue de complications ou d'urgences au cours du travail et de la naissance de même que dans la communication des issues négatives.

Tel que décrit au chapitre 1, un aspect central des SMNPF consiste à traiter toutes les femmes avec respect. En outre, de tels soins signifient que les femmes sont les premières à prendre des décisions concernant leurs propres soins. La communication joue un rôle central dans cette participation. Au début du travail, les personnes soignantes doivent établir un lien avec les femmes (si ça n'a pas encore été fait) et leur demander quels sont leurs souhaits et attentes relativement au travail et à la naissance, ce que celles-ci pourraient avoir exprimé dans un plan de naissance. Pendant tout le travail et la naissance, la communication doit être continue et prendre en compte les besoins des femmes¹³.

Il est essentiel que les personnes soignantes aient conscience de leur ton de voix, de leur comportement et de leur langage lorsqu'elles communiquent avec les femmes pendant le travail et la naissance. Étant donné que les paroles et la façon dont elles sont prononcées peuvent refléter une attitude de respect ou de non-respect, une inclusion ou une exclusion, ou encore un jugement ou une acceptation, le choix des mots peut soit faciliter, soit entraver la communication.

Il existe des différences culturelles et linguistiques chez les femmes qui accouchent au Canada. Aussi faut-il mettre tout en œuvre pour aider ces femmes à communiquer efficacement avec les personnes qui les traitent, et ce, dans la langue de leur choix. Idéalement, les hôpitaux et les centres de naissance ont des politiques en place qui permettent à des interprètes culturels et linguistiques d'aider les femmes et leur famille¹³.

DIRECTIVES DE COMMUNICATION PENDANT LE TRAVAIL ET LA NAISSANCE¹²

- Accueillez la femme et sa famille/la personne de soutien de façon personnelle et expliquez-leur votre rôle dans les soins prodigués.
- Soyez calme et confiant pour rassurer la femme.
- Frappez à la porte et attendez qu'on vous réponde avant d'entrer dans la chambre de la femme.
- Demandez-lui comment elle se sent et si elle a des préoccupations.
- Lisez son plan de naissance et discutez-en avec elle.
- Évaluez ce que la femme a besoin de connaître relativement à la prise en charge de la douleur.
- Demandez-lui la permission avant d'effectuer une procédure.
- Restez axé sur la femme plutôt que sur la technique ou la documentation.
- Avant de quitter la pièce, dites-lui quand vous reviendrez.
- Faites participer la femme à la communication avec les autres fournisseurs de soins ou aux recommandations.



3 CONSIDÉRATIONS CULTURELLES

Les femmes qui accouchent au Canada forment un groupe diversifié – en particulier du point de vue ethnoculturel. Il est important d'avoir conscience de l'influence de la culture sur les besoins uniques, les espoirs et les attentes des femmes pendant le travail et la naissance. Les fournisseurs de soins doivent comprendre les origines des femmes – leur lieu de naissance,

depuis combien de temps elles sont au Canada et leurs réseaux de soutien¹⁴. Même lorsque les services nécessaires sont disponibles, les immigrantes pourraient ne pas facilement y avoir accès en raison d'une méconnaissance de tels services, de barrières linguistiques et de différences dans les pratiques culturelles et les attentes¹⁵.

On entend par compétence culturelle — ou sensibilisation et sensibilité culturelles — « les connaissances et les compétences interpersonnelles permettant aux fournisseurs de soins de comprendre les personnes de cultures différentes de la leur, de les apprécier et de travailler avec elles. Cela nécessite une conscience et une acceptation des différences culturelles, une conscience de soi, une connaissance de la culture du patient et une adaptation des compétences¹⁶. »

Offrir des soins compétents sur le plan culturel signifie préserver la dignité, valoriser les différences, avoir un esprit d'intégration et maintenir l'équité; c'est essentiel pour obtenir des résultats positifs et sains et ça doit être intégré aux politiques et procédures pour l'accouchement et la naissance dans tous les hôpitaux et centres de naissance. Les PS doivent avoir été formés à prodiguer des soins qui respectent les différences culturelles. Ils doivent évaluer les croyances, valeurs et pratiques des femmes qu'ils traitent et de leur famille ainsi que les leurs propres¹⁴. Il est vital d'éviter les partis-pris stéréotypés basés sur la culture et l'ethnicité et de reconnaître que chaque famille est unique dans sa façon d'adapter ses traditions culturelles^{14,17}.

La communication avec les familles provenant de différents milieux culturels peut être difficile : elle nécessite de comprendre les variations subtiles dans la signification et les paramètres paralinguistiques tels que le volume de la voix et les gestes¹⁴. En raison de la diversité croissante de la population canadienne, les hôpitaux, les centres de naissance et d'autres organismes doivent souvent utiliser les services d'interprètes. Des interprètes efficaces parlent la même langue, connaissent le vocabulaire spécifique à la santé et sont dignes de confiance relativement aux renseignements personnels qui leur sont confiés. De plus, le sexe pourrait être un facteur important, étant donné la nature intime de la naissance. De façon idéale, les interprètes partagent la même religion et ont le même pays d'origine que la femme qui accouche et sa famille¹⁴. Du reste, il n'est pas recommandé d'utiliser les enfants ou les membres de la famille comme interprètes.



Les femmes et les familles interpréteront la culture des soins de santé d'après leur propre culture et expérience. Même si les fournisseurs de soins n'étaient pas d'accord avec toutes les pratiques culturelles, il est important de respecter les besoins et les décisions des familles. Cette approche axée sur la famille doit être envisagée dans le contexte des pratiques et de la réglementation au Canada. Pour y parvenir, il est utile d'écouter ce qu'ont à dire les femmes et leur famille sur leur propre culture, leurs pratiques relatives à la maternité et leurs besoins¹⁴.

Un nombre croissant de femmes non couvertes par une assurance accouchent au Canada^{19,20}. Cela s'explique probablement par les schémas de migration mondiaux et les changements dans les politiques d'immigration canadiennes^{19,21}. Les femmes non couvertes par une assurance maladie sont plus susceptibles de recevoir des soins prénataux sous-optimaux, voire pas du tout et d'avoir moins de dossiers prénataux¹⁹.

En vertu des normes éthiques et médico-légales, l'accès aux traitements d'urgence ne peut pas être refusé, y compris les soins en cas de préoccupations liées au travail ou de nature obstétriques. Si une femme non assurée arrive au pavillon des naissances d'un hôpital ou dans un centre de naissance, elle doit recevoir les soins appropriés. Les frais du médecin et de l'établissement peuvent être facturés ou récupérés par la suite, mais l'incapacité potentielle à obtenir le paiement ne doit pas nuire à l'accès au traitement.



Il est important que les hôpitaux et les centres de naissance dans les PT qui comptent une proportion importante d'immigrants possiblement non assurés et/ou de réfugiés se dotent de politiques et de protocoles qui répondent aux besoins de toutes les familles. S'il existe des services pour les résidents non assurés via une sage-femme, un centre de naissance ou un centre de santé communautaire, il est important d'y adresser les femmes non assurées pour les soins ultérieurs, si possible.

3.1 FEMMES ET FAMILLES AUTOCHTONES

Les femmes autochtones souhaitent appliquer leur culture et leurs valeurs sociétales dans leur vie et l'accouchement et la naissance²². Qu'elles vivent dans une communauté autochtone, dans une réserve ou en milieu urbain, la prise en compte de leur sécurité culturelle dans les soins pendant l'accouchement et la naissance implique d'offrir un environnement de respect et de communication, conforme aux principes des soins dans une perspective familiale. Les femmes autochtones, à l'instar de toutes les femmes, ont besoin de se sentir en sécurité, ce que leur permet d'établir une relation de confiance avec leurs fournisseurs de soins et leur communauté.

Les femmes autochtones au Canada diffèrent en ce qui a trait à la culture, à l'ascendance, aux croyances et aux pratiques. Travailler avec elles signifie comprendre leurs valeurs,

croyances et besoins personnels et trouver un terrain d'entente. La directive de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) - *Directive clinique de consensus à l'intention des professionnels de la santé œuvrant auprès des Inuits, des Métis et des Premières Nations* - indique que « les professionnels de la santé devraient savoir que chaque communauté inuite, métisse et des Premières Nations compte ses propres traditions, valeurs et pratiques de communication; ils devraient donc participer aux activités de la communauté en question de façon à se familiariser avec ces traditions, valeurs et pratiques^{23, p.557}. » Les femmes autochtones parlent de nombreuses langues différentes — aussi est-il important qu'elles reçoivent des soins dans leur propre langue dans la mesure du possible et que les établissements où elles sont traitées disposent d'interprètes et de défenseurs des intérêts des patients provenant de leur communauté. La directive de la SOGC recommande aussi aux PS de chercher à en savoir plus sur les pratiques de communication conformes à la culture et d'adapter leurs rapports aux situations et antécédents particuliers de leurs patientes.

Par le passé, les femmes autochtones étaient au centre de beaucoup de leurs communautés — et l'accouchement faisait partie intégrante de la vie. La colonisation a entraîné une perte des valeurs, des croyances et des pratiques traditionnelles, y compris celles entourant la naissance. Actuellement, les femmes sont souvent retirées des communautés rurales et éloignées pour l'accouchement et, par la suite, doivent rester un certain temps là où elles ont accouché, souvent seules. Cela peut signifier solitude, insécurité, choc culturel et anxiété²³. La directive de la SOGC - *Retour de l'accouchement dans les communautés autochtones, rurales et éloignées* - vise à promouvoir des politiques et programmes de formation qui facilitent le retour de la naissance dans les communautés rurales et éloignées pour les femmes à faible risque de complications²⁴.

Il est essentiel que ces femmes qui accouchent et donnent naissance sans leur famille ou leur propre personne de soutien bénéficient d'un soutien approprié et continu pendant tout l'accouchement. Ce soutien peut être organisé, par exemple, par les organisations autochtones locales offrant un soutien et les services de doulas. Il est aussi essentiel que les établissements favorisent la communication entre la femme, sa famille et la communauté et qu'ils disposent, par exemple, d'un espace adéquat pour les membres de la famille et suffisamment de chaises pour assoir tout le monde, y compris le PS, au même niveau²³.

Certaines communautés autochtones ont des taux élevés de violence sexuelle. Les survivantes de tels sévices risquent d'éprouver des difficultés pendant la naissance, voire un traumatisme supplémentaire. La directive de la SOGC ci-après offre des suggestions sur la façon d'appuyer les femmes victimes de violence sexuelle. Il est important que ces femmes comprennent ce qu'il se passe et ce que les PS font à chaque étape de soins. De plus, les PS doivent être à l'écoute du langage corporel/des postures et du langage verbal²³.

Les hôpitaux et centres de naissance sont encouragés à acquiescer aux souhaits des femmes autochtones en faveur d'un accouchement selon leurs traditions (p. ex., accès au placenta, cérémonie de purification, utilisation de foin d'odeur et aliments et remèdes traditionnels) et, à cette fin, à favoriser la mise en place de politiques et de protocoles appropriés. Ces établissements sont également incités à adopter une démarche semblable lorsqu'il est question de respecter les souhaits des femmes et de leur famille en cas de perte. Par exemple, le corps d'un bébé pourrait être remis à la famille pour les rituels et l'enterrement d'usage dans un délai de 24 heures.

Voir la *Directive clinique de consensus à l'intention des professionnels de la santé œuvrant auprès des Inuits, des Métis et des Premières Nations* pour de plus amples renseignements sur la prestation de soins culturellement sûrs aux femmes autochtones et à leur famille²³.

QUESTIONS FAVORISANT LA COMMUNICATION SUR LES VALEURS ET LES CROYANCES¹⁸

- Si des familles viennent d'arriver au Canada, demandez-leur quel est leur lieu de naissance, depuis combien de temps elles sont au pays et quels sont leurs systèmes de soutien.
- Pour que les femmes puissent exprimer leurs besoins, vous pourriez également leur demander :
 - > Que pensez-vous, vous et votre famille, devoir faire pour rester en bonne santé pendant l'accouchement et la naissance?
 - > Comment sont les soins de santé dans votre pays d'origine/culture?
 - > Que pouvez-vous faire pour améliorer votre santé et celle de votre bébé? Qu'est-ce que vous ne pouvez pas faire?
 - > Qu'est-ce que vous et votre famille attendez des infirmières, des sages-femmes et des médecins dans les soins qui vous seront prodigués?
 - > Avez-vous un interprète? Quelle aide en attendez-vous pendant le travail?
 - > Quels sont vos objectifs et vos désirs pour la naissance?
 - > Avez-vous des croyances au sujet de l'accouchement et de la naissance que je devrais connaître?
 - > Y a-t-il des remèdes et des aliments particuliers de chez vous que vous pourriez boire/manger pendant l'accouchement et la naissance?
 - > Comment souhaitez-vous prendre soin de vous-même pendant l'accouchement? Comment aimeriez-vous prendre en charge la douleur pendant l'accouchement et la naissance?
 - > Quelles personnes de soutien aimeriez-vous avoir autour de vous?
 - > Quelle participation attendez-vous de vos personnes de soutien pendant le travail et la naissance?
 - > Qui souhaitez-vous faire participer aux décisions que vous aurez à prendre?
 - > Qu'est-ce qui est important pour vous une fois que le bébé est né?



4 LIEU DE NAISSANCE ET FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ

4.1 LIEU DE NAISSANCE

Selon l'EEM, 98 % des femmes ont accouché dans un hôpital, un peu plus de 1 % (1,2 %) ont accouché chez elles et moins de 1 % (0,8 %) ont accouché dans un centre de naissance. Cinq PT ont signalé des naissances à l'extérieur du cadre hospitalier. La proportion oscillait entre 2,9 % en Ontario et 0,9 % en Alberta³. Les données les plus récentes indiquent également que 3,5 % des naissances en Colombie-Britannique ont eu lieu à la maison²⁵. Les principes à la base des SMNPF, tels qu'ils ont été présentés au chapitre 1, s'appliquent à tous les environnements sans égard au lieu d'accouchement.

Hôpital

La majorité des femmes au Canada accouchent à l'hôpital sous la responsabilité d'un médecin. En fait, l'accouchement est la raison la plus courante d'admission à l'hôpital^{26,27}. Afin d'offrir des soins dans une perspective familiale, il est recommandé aux hôpitaux :

- De permettre aux femmes d'avoir accès sans restriction aux accompagnateurs de leur choix, y compris le père du nouveau-né ou autre conjoint, les enfants, les doulas, les membres de la famille ou amis;
- De permettre aux femmes d'avoir un accès illimité au soutien émotionnel et physique d'un PS qualifié;
- De fournir des soins adaptés à la culture – c'est-à-dire des soins flexibles et respectueux des croyances, valeurs et coutumes propres à l'origine ethnique et à la religion de la mère;
- De permettre aux femmes de vivre leur travail et leur accouchement et de recevoir les soins post-partum immédiats dans la même salle;
- D'avoir des politiques et procédures pour les soins cliniques qui sont clairement définies sur la base de données probantes, et des lignes directrices qui favorisent un accouchement normal et évitent les interventions superflues;
- D'avoir des politiques et procédures claires qui favorisent la collaboration entre les différents services et qui encadrent la consultation avec d'autres services de maternité et néonataux tout au long de la période périnatale, y compris avec la personne soignante d'origine lorsqu'un transfert d'un endroit à un autre est nécessaire;
- D'avoir des politiques et procédures clairement définies pour relier la mère aux services communautaires appropriés, y compris pour le suivi post-partum et le soutien à l'allaitement;
- D'offrir au public des renseignements descriptifs et statistiques fidèles sur ses pratiques et procédures de soins liés aux accouchements, y compris sur les mesures d'interventions et leurs résultats.

Des données récentes issues de l'*EPPMHC* et de l'*EEM* indiquent que les hôpitaux canadiens se sont, dans certains cas, orientés vers des soins offerts dans une perspective familiale. Les hôpitaux sont maintenant plus susceptibles d'inclure les familles lors du travail et de l'accouchement; d'avoir des politiques précisant que les femmes reçoivent d'une personne soignante un soutien continu lors du travail; d'avoir un système de chambres individuelles et de se doter de politiques fondées sur des données probantes qui encouragent l'accouchement normal. Certains secteurs nécessitent toutefois encore des améliorations : le taux élevé de naissance par césarienne, le recours à la surveillance fœtale électronique continu (SFEC) en l'absence de facteurs de risque et le nombre de femmes accouchant en position allongée en décubitus dorsal. Il faut également promouvoir davantage l'allaitement et un contact peau contre peau précoces^{3,11,28-30}.

Naissances à l'extérieur du cadre hospitalier

Dans plusieurs PT, les femmes ont également la possibilité d'accoucher à l'extérieur de l'hôpital. La réémergence des sages-femmes a contribué à ce phénomène. La pratique des sages-femmes est réglementée dans la majorité des PT et, dans la plupart, les sages-femmes peuvent soutenir l'accouchement à la maison et dans un cadre hospitalier^{31,32}. Dans certaines régions, les sages-femmes peuvent également offrir leurs services dans des centres de naissance indépendants, comme en Ontario (Ottawa et Toronto) et en Alberta (Edmonton et Calgary).

Les soins pour les femmes en travail hors de l'hôpital sont généralement similaires à ceux des femmes ayant des grossesses à faible risque dans le cadre hospitalier. Il est important que les personnes soignantes veillent bien à ce que le travail se déroule normalement et demeure à faible risque³³. Le personnel soignant doit également tenir compte de facteurs comme la

disponibilité d'un second intervenant, la durée du transport vers l'hôpital, la disponibilité de services d'urgence et la facilité du transport, qui peuvent être affectées par les conditions météorologiques ou routières. De plus, les sages-femmes doivent tenir compte de la disponibilité du personnel d'urgence pouvant offrir des soins obstétriques, pédiatriques et anesthésiques dans les installations d'accueil³⁴⁻³⁶.

Certaines femmes ou familles peuvent choisir d'aller à l'encontre des recommandations de la personne soignante et de rester à la maison même si un transfert à l'hôpital est recommandé. Il est important de s'assurer que la femme et sa famille sont bien informées, que les soins, de même que les conversations et décisions, sont consignés comme il se doit, et que le personnel soignant ne déborde pas de son cadre de pratique³⁷. Dans le cas où une mère refuse de quitter son domicile lors du travail pour se rendre à l'hôpital, l'Association canadienne des sages-femmes, dans son Énoncé de principe sur l'accouchement planifié à domicile, stipule que « [...] d'un point de vue éthique, la sage-femme a le devoir de demeurer auprès de la femme et de lui offrir les meilleurs soins dans la mesure où la femme les acceptera³³. » Dans de telles situations, des entretiens sur les soins au patient réunissant les fournisseurs de soins hospitaliers et les sages-femmes pourraient être appropriés.

4.2 FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ

Plusieurs PS peuvent participer aux soins des femmes, des nouveau-nés et des familles durant le travail et l'accouchement. Chacun a un rôle précis à jouer et un cadre de pratique à respecter, et chacun contribue à une équipe de soins coordonnée et efficace. L'équipe peut comprendre une diversité d'intervenants (médecins de famille, sages-femmes, infirmières, obstétriciens, spécialistes en médecine fœto-maternelle, néonatalogistes, pédiatres,

anesthésiologistes), selon leur disponibilité là où a lieu l'accouchement, la présence de facteurs de risques pour la mère ou le fœtus et les préférences de la femme. Il est préférable de choisir un PS aux compétences optimales pour le niveau de soins requis. Des inquiétudes existent au Canada quant à la pénurie et à l'inégale répartition géographique des professionnels des services de maternité³².

Peu importe le choix de la femme et de la famille en matière de fournisseur de soins, la collaboration interprofessionnelle est nécessaire pour assurer la sécurité optimale de la mère et du nouveau-né, en particulier si la responsabilité des soins est transférée à d'autres membres d'ordres professionnels de la santé ou fait l'objet d'une responsabilité partagée. Il est essentiel que tous les professionnels fassent preuve de respect mutuel, et qu'ils communiquent et collaborent de façon efficace, en reconnaissant le rôle vital de chacun en vue d'un accouchement sécuritaire et réussi pour les femmes et les familles. Ils sont en effet appelés à se compléter en fournissant les soins attendus et en respectant les compétences et limites de chacun de façon à pouvoir discuter ensemble, se consulter et se transférer la responsabilité des soins, au besoin³².

« Peu importe le choix de la femme et de la famille en matière de fournisseur de soins, la collaboration interprofessionnelle est nécessaire pour assurer la sécurité optimale de la mère et du nouveau-né, en particulier si la responsabilité des soins est transférée à d'autres membres d'ordres professionnels de la santé ou fait l'objet d'une responsabilité partagée. »

4.3 DOULAS

Historiquement, au moment du travail et de l'accouchement, les femmes se soutenaient entre elles. Lorsque l'accouchement a été transféré au milieu hospitalier dans la plupart des pays, il était devenu courant que les femmes traversent leur travail et leur accouchement sans le soutien de leur conjoint ou de leurs proches. Dans les années qui ont suivi, il est devenu habituel que le conjoint et d'autres personnes accompagnent la femme durant ces moments cruciaux. Il est rare aujourd'hui de voir une femme seule, et la valeur du soutien durant le travail a été reconnue comme un élément essentiel des soins aux mères et aux nouveau-nés.

Certaines femmes en travail peuvent être accompagnées d'une doula, soignante formée et expérimentée qui offre à la mère un soutien physique, émotionnel et informationnel continu, avant, durant et immédiatement après la naissance, ainsi qu'un soutien émotionnel et pratique durant la phase post-partum³⁸. Les doulas n'accomplissent aucune tâche clinique, ne diagnostiquent pas de trouble médical, n'offrent pas d'opinion personnelle ni d'avis médical ; plutôt, elles offrent du soutien aux femmes ayant opté pour un accouchement en milieu hospitalier ou à l'extérieur, que ce soit avec un médecin ou avec une sage-femme¹⁰.

Selon l'EPPMHC, 48 hôpitaux canadiens (16 %) avaient une politique écrite concernant la présence d'une doula pendant le travail. De ce nombre, 10 ont indiqué que leur politique était limitée aux doulas accréditées par Doulas of North America (DONA) ou par l'International Childbirth Education Association. Toutefois, 87 % des hôpitaux ont indiqué que très peu de mères recevaient le soutien d'une doula durant le travail, et 13 % ont indiqué que moins de la moitié des mères recevaient ce soutien¹¹.

La doula n'empiète d'aucune façon sur le rôle du conjoint, mais lui permet plutôt de participer selon son propre niveau de confort. La doula reconnaît que l'accouchement est une expérience partagée ayant des implications à long terme pour les familles. Des couples ont affirmé que leurs relations, entre eux et avec leur bébé, étaient meilleures grâce au soutien et à la présence continue d'une doula.

Plusieurs modèles de soins par les doulas existent, allant de ceux offerts en cabinet privé aux programmes communautaires, en passant par les soins bénévoles et en milieu hospitalier. Il est recommandé aux hôpitaux de se doter de politiques qui soutiennent les services des doulas et les reconnaissent comme membres à part entière de l'équipe³⁹. Une entente entre les associations de doulas et les hôpitaux pourrait aider à favoriser des relations positives et à clarifier les attentes quant aux rôles de chacun, aux résultats attendus et aux objectifs.



5 ACCOUCHEMENT NATUREL/NORMAL

Des représentants de différentes organisations canadiennes se sont réunis afin de définir le travail et l'accouchement normaux dans une déclaration de principes commune¹. L'objectif est de promouvoir, protéger et soutenir l'accouchement normal, tout en reconnaissant la présence accrue de la technique et des interventions dans les soins aux mères et aux nouveau-nés. Les recommandations de cette déclaration visent essentiellement l'élaboration d'un cadre de référence traitant des « fondements philosophiques de cette pratique et des attentes qu'elle suscite », ainsi que l'éducation et la promotion entourant les processus normaux et naturels d'accouchement^{1, p.1167}.

La SOGC définit un travail normal comme¹ :

- Une évolution spontanée du travail entre 37^o et 42^o semaines de gestation menant à un accouchement spontané (normal) s'accompagnant d'un troisième stade normal;
- Il peut comprendre une analgésie pharmacologique (opioïdes/inhalation) et non pharmacologique, ainsi que l'administration systématique d'oxytociques pour le troisième stade;
- Il peut comprendre, dans les circonstances appropriées, des interventions visant à faciliter l'évolution du travail et l'accouchement vaginal normal : accélération du travail, rupture artificielle des membranes (lorsque cela ne s'inscrit pas dans le cadre du déclenchement médical du travail), soulagement pharmacologique de la douleur (y compris une péridurale) et auscultation foetale intermittente.

De plus, la SOGC définit l'accouchement normal à partir des caractéristiques suivantes¹ :

- Il n'implique pas d'analgésie rachidienne ou générale ni de déclenchement de convenance du travail avant 41^o semaines;
- Il n'est pas assisté par forceps, par ventouse obstétricale ou par césarienne, et la présentation n'est pas anormale;
- L'enfant naît spontanément en position du sommet;
- Il comprend la possibilité de contact peau contre peau et d'allaitement au cours de la première heure suivant l'accouchement;
- Il peut présenter une complication ou une anomalie.

Au Royaume-Uni, le Maternity Care Working Party (un groupe réunissant des organisations de soins entourant la maternité, y compris le Collège royal des obstétriciens et gynécologues [RCOG] et le Collège royal des sages-femmes [RCM]) n'établit aucune distinction entre un *accouchement normal* et un *accouchement naturel*, et se réfère au travail et à la naissance naturels comme à un *accouchement normal*. Ce groupe définit l'*accouchement normal* comme un accouchement ayant un début spontané de travail et qui évolue sans médicaments, et dans lequel la naissance est spontanée⁴⁰. L'accouchement spontané se fait donc sans :

- déclenchement du travail;
- recours à des instruments;
- épisiotomie;
- césarienne;
- anesthésie épidurale, rachidienne ou générale.

Le Maternity Care Working Party s'est appuyé sur 2 principes directeurs pour élaborer cette définition. Aussi a-t-il exclu les interventions qui interfèrent avec le travail ou qui sont injustifiées dans la grande majorité des cas, en utilisant uniquement des paramètres objectifs dont les définitions sont communément acceptées^{40,41}.

Les principes des SMNPF établissent que la naissance est un processus naturel qui devrait être favorisé par tous les professionnels de la santé maternelle et néonatale. Les femmes sont traitées avec respect; elles sont soutenues au fil du travail et de l'accouchement dans un processus continu de choix éclairés, et encouragées à participer activement aux décisions touchant les soins à venir. Seules des raisons valides fondées sur des données probantes doivent déterminer un changement dans le processus naturel lorsque le travail et l'accouchement se déroulent normalement¹.

Il est recommandé que le personnel soignant mette sur pied des comités interprofessionnels pour promouvoir le travail et l'accouchement naturels. Ces comités devraient idéalement faire participer les femmes et leur famille. Il faudrait compter parmi les objectifs une formation interprofessionnelle sur le soutien au travail et l'intégration, dans les politiques, de pratiques fondées sur des données probantes. La promotion de connaissances et de pratiques d'excellence en matière d'accouchement normal devrait également être assurée.





6 GROSSESSES/NAISSANCES À RISQUE ÉLEVÉ ET CIRCONSTANCES SPÉCIALES

6.1 ÂGE AVANCÉ DE LA MÈRE

Environ 13 % des premières naissances et 20 % de toutes les naissances sont issues de femmes de plus de 35 ans, et cette proportion de la population canadienne augmente⁴². Certaines données laissent entrevoir que les femmes de plus de 35 ans, et particulièrement celles de plus de 40 ans, peuvent rencontrer davantage de complications autant chez elles-mêmes que chez l'enfant. Certaines de ces situations peuvent être liées à un recours plus important aux techniques de reproduction assistée ainsi qu'à des maladies et troubles médicaux relatifs à l'âge. Parmi les complications, notons un plus haut taux de mortalité périnatale comme la mortinaissance, le placenta prævia, le diabète prégestationnel et les maladies hypertensives. Il en découle que ces femmes sont également plus susceptibles de nécessiter un déclenchement du travail. D'autres facteurs, comme les grossesses multiples, une parité (nombre d'enfants mis au monde vivants) plus élevée et des troubles médicaux chroniques sous-jacents présentent également une prévalence plus élevée⁴³.

Un examen des grossesses et accouchements parmi les femmes ayant un âge avancé de maternité a révélé un certain nombre de complications parmi les mères plus âgées⁴³ :

- La moyenne des naissances par césarienne parmi les femmes de plus de 40 ans se situait à 41 %, comparativement à la moyenne nationale de 26 %.

- Les femmes de 35 ans et plus avaient un taux de naissance prématurée de 20 % plus élevé que chez les femmes de 20 à 34 ans.
- Les femmes de 35 ans et plus avaient des bébés petits pour leur âge gestationnel dans une proportion 7 % plus élevée que chez les femmes de 20 à 34 ans.
- Les femmes de plus de 40 ans étaient au moins 3 fois plus susceptibles de développer du diabète de grossesse et du placenta prævia que les femmes plus jeunes.
- Les femmes de plus de 40 ans étaient 4 fois plus susceptibles de présenter des anomalies chromosomiques⁴³.

« Comme pour toutes les femmes, les exigences de soins pour une femme de 40 ans et plus doivent être évaluées au cas par cas, et ses soins doivent être planifiés en fonction de données probantes et de ses propres besoins.

Par suite de ces résultats et de ceux issus d'études d'observation de la population, certains praticiens et certains centres ont modifié leurs pratiques de gestion obstétricale pour les femmes âgées de 40 ans et plus. La situation peut nécessiter une surveillance fœtale accrue lors des examens de grossesse avancée, à l'aide d'examens de réactivité fœtale, d'évaluations de l'index amniotique ou de l'établissement de profils biophysiques. Au terme de la grossesse, les PS pourraient offrir de déclencher l'accouchement. La directive clinique de la SOGC touchant le *Déclenchement du travail* établit qu'en regard des risques plus élevés de mortinaissance chez les femmes de 40 ans et plus, la grossesse pourrait être considérée comme biologiquement prolongée à 39 semaines, un élément que le personnel soignant est encouragé à aborder avec les femmes⁴⁴. La directive clinique de la SOGC sur la *Prise en charge du travail spontané chez les femmes en santé, à terme* indique également que la durée de la première phase du travail augmente avec l'âge de la mère⁴⁵.

Comme pour toutes les femmes, les exigences de soins pour une femme de 40 ans et plus doivent être évaluées au cas par cas, et ses soins doivent être planifiés en fonction de données probantes et de ses propres besoins.

6.2 FEMMES PRÉSENTANT UNE MALADIE AIGÛÈ OU CHRONIQUE

En raison des avancées dans les traitements médicaux et la planification des soins, davantage de femmes aux prises avec une maladie chronique tombent enceintes. Environ 27 % des grossesses sont touchées par une maladie chronique. Parmi les affections les plus courantes, on retrouve l'asthme, l'hypertension, le diabète, l'épilepsie et les troubles de santé mentale⁴⁶. Les femmes peuvent également voir leur grossesse compliquée par de graves épisodes de maladie nécessitant un traitement médical ou une chirurgie durant la grossesse (p. ex., diabète de grossesse, hypertension ou dysfonction de la symphyse pubienne). Certaines maladies aiguës ou chroniques nécessitent des soins spécialisés

assurés par une équipe de PS durant le travail, l'accouchement et la période post-partum. Cette équipe peut comprendre des obstétriciens ou spécialistes en médecine fœto-maternelle, des médecins spécialisés dans la maladie dont souffre la mère, des physiothérapeutes, des anesthésiologistes, des néonatalogistes, des travailleurs sociaux, des diététiciens, des pharmaciens, des algologues, des infirmières en pratique avancée et des infirmières autorisées. L'équipe peut planifier non seulement les soins prénataux et postnataux essentiels pour la santé de la mère et de l'enfant, mais également les soins nécessaires durant le travail et l'accouchement. La planification des soins durant le travail peut inclure des enquêtes supplémentaires en laboratoire, une surveillance hémodynamique, une surveillance continue du bien-être fœtal, en plus de conseils sur des positions précises du corps et la gestion de la douleur. Le plan de soins peut inclure les préférences et les choix de la femme, si ces derniers peuvent être respectés de façon sécuritaire.

Les femmes, ainsi que leur famille, doivent être incluses dans la planification de leur travail et de leur accouchement. Elles doivent être à l'écoute de leurs besoins en fonction de leur état et de leurs antécédents. Il est important de répondre aux inquiétudes de la patiente quant à son bien-être et à celui de son enfant, d'inclure les membres de la famille dans les soins qui la touchent et qui touchent son enfant, et de fournir de l'information sur l'évolution de la situation et la santé de la mère et de son enfant, afin que la patiente puisse prendre des décisions éclairées selon ses propres préférences.



6.3 INFECTION STREPTOCOCCIQUE DU GROUPE B

L'infection néonatale à streptocoques du groupe B (SGB) est encore la principale cause d'infection néonatale et, sans prophylaxie antibiotique intrapartum, entre 1 et 2 % des nourrissons nés de femmes atteintes d'une telle infection développent précocement la maladie. L'incidence des infections néonatales a chuté depuis l'adoption du dépistage durant la grossesse et le recours à un traitement préventif durant le travail. La directive clinique de la SOGC sur la *Prévention de l'infection néonatale à streptocoques du groupe B d'apparition précoce* offre des recommandations plus détaillées sur la prise en charge des femmes en travail⁴⁷.

6.4 FEMMES PRÉSENTANT UNE INCAPACITÉ PHYSIQUE

Les femmes présentant une incapacité physique rencontrent des difficultés et des obstacles importants quand vient le temps de recevoir les soins prénataux, intrapartum et post-partum appropriés. Au Canada, 6,2 % des femmes en âge de procréer éprouvent une déficience⁴⁸. Leurs incapacités touchent principalement la douleur, la mobilité et l'agilité⁴⁹. Les femmes présentant une incapacité ont expliqué que les difficultés qu'elles avaient rencontrées quant aux soins reçus durant le travail et l'accouchement étaient principalement dues à des lacunes dans la communication entre les PS traitant leur incapacité et le personnel soignant obstétrical. Elles notaient également un manque général d'information touchant leurs soins durant le travail et l'accouchement. Les femmes présentant une incapacité peuvent également rencontrer des obstacles physiques : largeur des portes, hauteur des lits et absence d'appareils et accessoires fonctionnels⁴⁹.

Une approche d'équipe est indispensable pour s'assurer de répondre aux besoins des femmes présentant une incapacité, de mettre sur pied – avant leur admission pour le travail

et l'accouchement – un plan adapté à leurs besoins, et de fournir l'équipement nécessaire à leur sécurité et à celle de leurs nourrissons.

6.5 FEMMES INCARCÉRÉES

Si une femme incarcérée est attendue à un établissement de soins pour y donner naissance, il est important de planifier son travail et son accouchement avec le plus d'avance possible. Cette planification nécessite une approche d'équipe. L'objectif est un travail et un accouchement qui répondent aux besoins de la femme, respectent sa vie privée et assurent sa sécurité autant que celle du personnel. Une copie des dossiers médicaux prénataux de la patiente aidera à planifier ses soins. Le dépistage et le traitement immédiat de maladies infectieuses peuvent s'imposer si les dossiers prénataux ne sont pas disponibles. Il est important que le personnel soignant soit respectueux et réponde aux besoins uniques de la patiente. Si elle est accompagnée de personnel de sécurité, il est alors essentiel de trouver un équilibre entre le respect de sa vie privée durant le travail et l'accouchement, et la protection de toutes les personnes de l'unité des naissances. La femme tirerait profit de la présence d'une doula durant le travail et la naissance si elle n'a aucune autre personne pour l'appuyer.

Le Service correctionnel du Canada a élaboré le Programme mère-enfant en établissement permettant à une mère incarcérée de cohabiter avec son ou ses enfants. De plus, le Collaborating Centre for Prison Health and Education (CCPHE) et l'Université de la Colombie-Britannique ont élaboré les *Lignes directrices pour la mise en œuvre des unités mère-enfant dans les établissements correctionnels canadiens*⁵⁰. Ces directives fondées sur des données probantes s'appuient sur les principes selon lesquels un contact mère-enfant précoce favorise un développement sain, et qu'un enfant a un droit de non-discrimination.

Le principe sous-jacent est toujours l'intérêt supérieur de l'enfant, et elles établissent qu'il « est dans l'intérêt de l'enfant de rester avec sa mère, d'allaiter et d'avoir la possibilité d'établir une relation d'attachement saine⁵⁰. » Ces directives offrent des recommandations en matière de politiques, de protocoles et de pratiques exemplaires dans le soutien aux femmes incarcérées qui sont enceintes, qui accouchent et qui ont des nouveau-nés⁵⁰.

6.6 FEMMES ATTEINTES D'UNE MALADIE MENTALE

La grossesse et le post-partum nécessitent des ajustements psychologiques importants; le processus entourant la mise au monde d'un enfant a été décrit comme une épreuve de stress psychologique⁵¹. Durant le travail et l'accouchement, le personnel soignant peut se trouver à prendre soin de femmes ayant eu un diagnostic de maladie mentale comme une dépression majeure ou mineure, de l'anxiété, un trouble alimentaire ou une consommation abusive d'alcool ou de drogues. Les femmes peuvent également souffrir d'une maladie mentale non diagnostiquée qui s'aggravera durant la grossesse. Il est important d'être sensible à l'état de santé mentale de la femme durant sa grossesse, son travail et son accouchement, et d'être à l'affût de signes qui pourraient nécessiter une intervention pour planifier ses soins et ceux de son enfant.

« Il est important d'être sensible à l'état de santé mentale de la femme durant sa grossesse, son travail et son accouchement, et d'être à l'affût de signes qui pourraient nécessiter une intervention pour planifier ses soins et ceux de son enfant.

6.7 FEMMES AYANT DES ANTÉCÉDENTS DE CONSOMMATION D'ALCOOL OU DE DROGUES

Les femmes ayant des antécédents de consommation d'alcool ou de drogues nécessitent des soins dénués de jugements de valeur et empreints de soutien durant le travail et l'accouchement. Elles peuvent également nécessiter des soins spécialisés durant le travail et l'accouchement, en raison d'une sensibilité plus élevée à la douleur, d'une analgésie inadéquate, d'un abord intraveineux difficile ou d'anxiété à la perspective de la douleur. La directive clinique *Consommation de substances psychoactives pendant la grossesse* offre des conseils supplémentaires⁵².

Si une femme fait une consommation abusive d'alcool ou de drogues, il est important de connaître la nature de ce qu'elle a pu consommer durant sa grossesse, afin de se préparer pour les soins appropriés que pourraient nécessiter cette patiente et son bébé. Il pourrait également être nécessaire d'aiguiller la patiente vers d'autres services. La SOGC recommande aux hôpitaux de mettre en place des protocoles sur la gestion des soins d'un nourrisson exposé à des opiacés durant la grossesse. Le personnel soignant doit discuter avec la mère des soins spécialisés dont aura besoin un nourrisson atteint du syndrome d'abstinence néonatale (SAN)⁵². Le fait de prévoir un contact peau contre peau dès la naissance, de l'allaitement et une cohabitation avec la mère peut avoir un effet important sur l'état de la mère et de son nouveau-né. Parmi les autres techniques non pharmacologiques bénéfiques pour le traitement du SAN, notons la réduction des stimulations dans l'environnement, le soutien à la posture, l'emmitouffage, la manipulation délicate, la méthode kangourou, et des repas fréquents, hypercaloriques et de plus petits volumes.



6.8 FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE

Il est important, durant l'accouchement, que le personnel soignant ne fasse pas revivre un traumatisme à une femme ayant été victime de violence. Ces femmes nécessitent des soins qui les soutiennent, qui soient dépouillés de tout jugement et qui soient sensibles aux traumatismes vécus⁵³. Les soins sensibles aux traumatismes vécus s'appuient sur des principes comme la sécurité, la confiance, le choix et le contrôle, la compassion et la collaboration; ils partagent beaucoup de caractéristiques avec les soins offerts dans une perspective familiale.

Étant donné les séquelles physiques et psychologiques chroniques pouvant découler d'une expérience de violence, les soins des femmes ainsi éprouvées nécessitent souvent l'intervention d'une équipe interprofessionnelle (travailleurs sociaux, spécialistes de la santé mentale, etc.)⁵⁴. Le personnel soignant doit également tenir compte de la dimension juridique de la situation si une ordonnance interdictive est en vigueur. Certaines femmes pourraient demander un PS féminin.

6.9 FEMMES OBÈSES

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que la prévalence de l'obésité a doublé entre 1980 et 2008⁵⁵. La prévalence du surpoids et de l'obésité parmi les femmes canadiennes est passée de 41,3 % en 2003 à 46,2 % en 2014⁵⁶. Les femmes obèses sont plus susceptibles d'être plus vieilles, d'avoir une parité plus élevée et de vivre dans des circonstances socioéconomiques moins

favorisées que d'autres femmes⁵⁷. Un niveau (ou une classe) plus élevé d'obésité est associé avec des taux plus élevés de prééclampsie, d'hypertension gestationnelle et de diabète de grossesse⁵⁸. Les femmes obèses ont un risque plus élevé de^{57,59} :

- mortinaissance ou décès néonatal;
- travail prolongé ou évolution lente;
- dystocie des épaules;
- césarienne d'urgence;
- hémorragie;
- nécessité de déclenchement.

Les définitions canadiennes de l'obésité sont les mêmes que celles de l'OMS⁶⁰ :

Définition	Catégorie de l'indice de masse corporelle (IMC) (kg/m ²)
Surpoids	25,0-29,9
Obésité de classe I	30,0-34,9
Obésité de classe II	35,0-39,9
Obésité de classe III	≥ 40

Si une femme présente un IMC supérieur à 30, la préparation au travail et à l'accouchement doit prévoir une mesure de son poids durant le troisième trimestre pour assurer que les outils nécessaires au transfert et aux soins de la patiente sont disponibles. Une consultation avec un anesthésiologiste, durant la grossesse ou l'intrapartum, permettra de s'assurer que la femme peut discuter de ses risques de complication, par exemple le taux d'échec de l'insertion d'épidurale^{59,60}.

L'obésité de la mère n'implique pas nécessairement un déclenchement, et un accouchement normal est encouragé, comme il l'est pour toutes les femmes et familles. Il demeure toutefois important d'expliquer les risques de déclenchement aux femmes obèses, puisqu'elles présentent un risque plus élevé d'échec, et une césarienne d'urgence peut être une procédure à risque élevé (CMACE et RCOG, 2010). La directive clinique de la SOGC sur la

Prise en charge du travail spontané chez les femmes en santé, à terme indique également que la durée de la première phase du travail augmente avec l'IMC de la mère⁴⁵.

Les enfants nés de femmes obèses ont jusqu'à 1,5 fois plus de risques d'être admis à l'unité néonatale de soins intensifs que ceux nés de femmes ayant un IMC normal, et les risques d'admission augmentent avec chaque classe d'IMC⁵⁹. L'évaluation échographique prénatale peut être affectée par la taille de la mère, qui fait en sorte que les structures anatomiques ne sont pas bien repérées. Il est donc important d'interpeller rapidement les services néonataux, au besoin.

Les soins doivent être offerts aux femmes obèses de la même façon qu'ils le sont à toutes les autres femmes : avec compassion, respect et dignité. L'usage d'un langage respectueux a un impact sur l'expérience de la patiente. Il est également important que les établissements aient à portée de la main des blouses convenant à toutes les tailles et de plus grands brassards de tensiomètre, ainsi que de l'équipement comme des civières, des fauteuils roulants, des lits et des tables de salles d'opération conçus pour des poids plus importants.

Un certain nombre de difficultés possibles doivent être prévues et aplanies. Il est important d'être plus vigilant quant à l'évolution et à l'évaluation du travail et de l'hémorragie post-partum, et d'être conscient qu'entamer un accès intraveineux pourra poser des difficultés et nécessiter des soins spécialisés ou aguerris. La surveillance foetale pourra également soulever des difficultés et nécessiter une surveillance interne, surtout lorsqu'il y a usage d'oxytocine, afin de s'assurer d'une évaluation précise du rythme cardiaque du fœtus et de l'activité utérine⁵⁹. Les hôpitaux peuvent souhaiter élaborer des protocoles concernant la prise en charge de l'obésité et un triage vers des niveaux de soins plus élevés. Un soutien social et financier adéquat peut venir en aide aux femmes obèses qui doivent quitter leur communauté natale avant l'accouchement.

6.10 MATERNITÉ DE SUBSTITUTION

La maternité de substitution renvoie à une situation dans laquelle une femme porte un bébé et en accouche pour le compte d'une autre personne (d'une femme, d'un homme ou d'un couple). Les femmes et les familles peuvent y avoir recours si la grossesse se révèle impossible ou que les risques représentent un danger inacceptable pour la santé de la mère⁶¹. La maternité de substitution peut être traditionnelle, avec l'œuf de la mère de substitution, ou gestationnelle, avec une fertilisation *in vitro* permettant à la femme souhaitant être parente d'être liée génétiquement à l'enfant⁶².

Durant le travail et l'accouchement, la mère de substitution peut être accompagnée par sa propre famille ou ses amis, ou par la future famille du bébé. Afin d'offrir des soins dans une perspective familiale, autant à la mère de substitution et sa famille qu'à la future famille de l'enfant, il est important d'élaborer un plan de travail et d'accouchement à l'avance et d'en discuter avec les parties concernées. De même, il est important que les hôpitaux créent des politiques favorisant des soins qui permettent de répondre aux besoins et aux préférences des familles et de l'enfant. Avant de donner son congé à la patiente, il est important de s'assurer que les deux familles connaissent les ressources de soutien continu, comme les ressources communautaires.

« Afin d'offrir des soins dans une perspective familiale, autant à la mère de substitution et sa famille qu'à la future famille de l'enfant, il est important d'élaborer un plan de travail et d'accouchement à l'avance et d'en discuter avec les parties concernées.

6.11 ADOPTION

Le nombre d'adoptions de nouveau-nés au Canada est en baisse en raison de plusieurs facteurs, comme l'augmentation des taux de contraception, l'avortement et la monoparentalité⁶³. L'adoption se définit comme le transfert légal et permanent des droits parentaux d'une personne ou couple à une autre personne ou couple⁶⁴. Les parents adoptifs ont les mêmes responsabilités et droits légaux que des parents biologiques. Au Canada, la démarche et les lois connexes sont déterminées par les provinces et peuvent donc varier légèrement. Les processus pour les familles des Premières nations sont différents, puisqu'ils reposent sur les besoins culturels des familles.

Selon les principes de soins offerts dans une perspective familiale, les familles adoptives sont appelées à participer aux soins qui les touchent et doivent pouvoir profiter d'une attitude de compréhension empreinte de compassion et dénuée de jugement. Il est absolument essentiel d'adopter un langage approprié lors des soins offerts à la mère renonçant à l'enfant, ou mère biologique, ainsi qu'au père biologique et à la famille adoptive. Il est recommandé de ne pas parler de la femme qui accouche comme de la *vraie mère* ou du *parent naturel*.

La mère ou les parents biologiques peuvent élaborer un plan d'accouchement qui inclut le travail, l'accouchement et le post-partum. Un tel plan peut être mené en collaboration avec la famille adoptive. Ces plans peuvent comprendre des sujets liés à l'accouchement naturel comme la gestion de la douleur du travail et l'alimentation du nourrisson, et des considérations liées à une naissance adoptive (p. ex., avoir les parents adoptifs présents à la naissance et leur donner accès au bébé après la naissance). La mère biologique peut avoir besoin de reconnaître la naissance comme une perte, avec des émotions allant de la tristesse au soulagement, en passant par la torpeur et l'état de choc. Un aspect important des soins qui lui sont offerts implique de reconnaître sa force et son courage, et de comprendre qu'elle fait ce qu'elle croit être

dans l'intérêt supérieur du nourrisson et d'elle-même⁶³. Le sentiment de deuil et de perte du père biologique, s'il est présent, doit également être reconnu, et ce dernier devrait être soutenu en conséquence. Les parents adoptifs peuvent participer à la naissance selon ce qui met la mère biologique à l'aise : leur présence durant le travail et l'accouchement relève de son propre choix. Les politiques et procédures hospitalières donnant le contrôle à toutes les personnes touchées sont utiles dans de telles circonstances, et elles permettent de clarifier le rôle de soutien du personnel soignant.



6.12 FEMMES AYANT SUBI UNE MUTILATION GÉNITALE FÉMININE/EXCISION

Les renseignements fiables quant aux taux de complication intrapartum et obstétrique résultant de la mutilation génitale féminine/excision (MGF/E) sont rares⁶⁵. Les recherches actuelles laissent voir que les femmes ayant subi une MGF/E sont plus à risque de connaître un plus long travail, connaissent plus de difficultés avec le cathétérisme, ont de plus hauts taux de césarienne, d'hémorragie post-partum, d'épisiotomie et de lacération génitale, de réanimation du nourrisson, de mortinaissance, de mort néonatale précoce et de naissance de petit poids⁶⁵⁻⁶⁷. Les complications sont attribuées à la MGF/E, mais dans certains cas, comme celui des plus hauts taux de césarienne, elles peuvent également s'expliquer par un biais de la part de la personne soignante. Les risques sont plus élevés chez les femmes dont les formes de MGF/E sont plus graves⁶⁵.

Les complications nécessitant les prises en charge les plus importantes sont associées à l'infibulation, la forme la plus prononcée de MGF/E dans laquelle les grandes lèvres, les petites lèvres et le clitoris sont complètement coupés, et la vulve restante est cousue de façon à ne laisser qu'une petite ouverture. Les formes moins prononcées de MGF/E entraînent peu ou pas du tout de complications⁶⁷. L'ouverture vaginale peut s'être agrandie à la suite d'activités et de relations sexuelles, ce qui peut diminuer les complications intrapartum (comme l'arrêt de progression du travail et l'asphyxie fœtale subséquente), et diminuer ainsi la nécessité d'intervenir. Si l'ouverture vaginale n'a pas été élargie, il est possible d'y remédier durant la grossesse par une désinfibulation, ou durant l'accouchement par une épisiotomie.

Bien que certaines recherches appuient la désinfibulation prénatale, la SOGC souligne que la plupart des femmes peuvent préférer ne pas subir cette procédure si elle n'est pas absolument nécessaire, et choisir de la repousser jusqu'au début de l'accouchement⁶⁶⁻⁶⁸. La désinfibulation peut se faire durant le travail, avec une anesthésie et une analgésie adéquates⁶⁶. Dans certains cas, le personnel soignant peut offrir l'option d'une césarienne, peut-être en raison de l'inconfort entraîné par la prise en charge intrapartum d'une mutilation⁶⁷. L'infibulation n'est pas une indication adéquate pour une césarienne, et la désinfibulation est bien moins dangereuse que la césarienne. Selon les directives de la SOGC, en cas de traumatisme vaginal, périnéal ou vulvaire par suite d'un accouchement, il faut suivre les procédures habituelles pour restaurer l'anatomie normale⁶⁸. S'il convient de réparer le tissu vaginal et vulvaire par suite d'une déchirure ou d'une coupure, la restauration de l'infibulation est illégale au Canada et peut entraîner une poursuite criminelle.

Comme toujours, les femmes doivent être traitées avec respect, dignité et discrétion. Elles doivent connaître les effets de la MGF/E sur leur travail et leur accouchement. Il est particulièrement important d'adopter une attitude d'acceptation et de respect⁶⁹. Les soins doivent être axés sur la femme : respecter ses souhaits et son point de vue, tout en lui expliquant pourquoi il peut être impossible à répondre à certaines demandes pour des raisons légales. Les femmes issues d'une culture étrangère peuvent trouver notre système de soins de santé intimidant – et éprouver de la peur. Le personnel soignant doit donc veiller à ne pas stigmatiser les femmes ayant subi une MGF/E⁶⁸. Il est important que le personnel soignant susceptible de rencontrer des femmes ayant subi une MGF/E en connaisse les différents types et la façon de les prendre en charge⁶⁸. Voir la directive clinique sur l'*Excision génitale féminine* de la SOGC, et les principes directeurs *Prévention et prise en charge des complications liées aux mutilations sexuelles féminines* de l'OMS^{68,70}.

6.13 POPULATIONS LGBTQ (LESBIENNES, GAIS, BISEXUELS, TRANSGENRES ET QUEER)

Comme pour toutes les familles, les personnes LGBTQ nécessitent des soins sur mesure fondés sur les données probantes actuelles ainsi que sur leurs besoins, expériences et préférences propres. Les recherches sur les expériences et les besoins des familles LGBTQ durant le travail et l'accouchement sont limitées, bien que certaines études aient souligné des expériences négatives en raison de leur sexualité. Elles peuvent avoir des besoins supplémentaires, par exemple, l'accouchement peut faire intervenir une mère de substitution ou un donneur de sperme. Une formation continue du personnel soignant sur les besoins spécifiques de ces familles a été définie comme méthode permettant d'améliorer leur expérience de travail et d'accouchement⁷¹.

6.14 ANTÉCÉDENTS DE PERTE PÉRINATALE

Les femmes qui sont enceintes après avoir connu une perte peuvent éprouver un niveau important de peur et d'anxiété lié à leur grossesse et leur accouchement actuels. La cause de la perte précédente peut avoir une influence sur leur grossesse actuelle et la santé du bébé. La femme et sa famille peuvent douter de leur capacité à avoir un enfant⁷². Des soins empreints de soutien durant le travail et l'accouchement sont essentiels pour les femmes et les familles ayant déjà connu une perte. Les femmes et les familles peuvent avoir beaucoup de questions à poser tout au long du travail et de l'accouchement, et elles auront besoin que le personnel soignant y réponde de façon aussi détaillée et fréquente que nécessaire. Leurs anxiétés peuvent entraîner un plus grand nombre de visites de triage. Il est donc essentiel de reconnaître ces craintes et de rassurer les femmes sur la santé de leurs nourrissons.

Ceux qui prennent soin de femmes ayant connu une perte durant le travail et l'accouchement devront être en mesure de passer suffisamment de temps avec elles pour les soutenir et les rassurer. Ceux à qui il incombe d'offrir un soutien continu doivent être conscients du caractère tout à fait habituel de l'anxiété élevée que vivront ces femmes jusqu'au moment où elles seront en mesure de tenir leur nourrisson et d'en prendre soin. Il peut être salutaire d'offrir à la patiente et sa famille une consultation avec un travailleur social ou un conseiller spirituel. Comme le mentionne le chapitre 1, l'idéal, dans ces circonstances, serait d'avoir accès à un psychologue en santé périnatale.

6.15 NAISSANCE PRÉMATURÉE

Au Canada, environ 8 % des nourrissons naissent prématurément, c'est-à-dire avant l'âge gestationnel de 37 semaines. Près de 90 % des bébés prématurés naissent entre la 32^e et la 36^e semaine de grossesse et 10 % naissent à moins de 32 semaines⁷³. De nombreuses femmes commencent le travail prématuré spontanément

sans facteur de risque identifié ou de cause évidente. Plusieurs facteurs de gestation, médicaux et obstétricaux de la mère, les facteurs comportementaux et socioéconomiques, la naissance prématurée précédente et le déclenchement artificiel du travail médicalement indiqué ou l'accouchement par césarienne augmentent la probabilité de naissance prématurée.

Si une femme est possiblement en travail prématuré, sa personne soignante doit poser un diagnostic pour confirmer l'âge gestationnel, évaluer le bien-être du fœtus, établir des plans de gestion et commencer des traitements qui améliorent les résultats pour la mère et le nourrisson. Les futurs parents doivent aussi être informés, orientés et appuyés. Le diagnostic de travail prématuré dépend habituellement des contractions utérines régulières associées à des changements progressifs dans le col. La fibronectine fœtale peut être un indicateur négatif de travail prématuré pour les femmes entre 22 et 34 semaines de grossesse⁷⁴. Le fait de pouvoir dûment exclure l'hypothèse du travail prématuré peut éviter l'hospitalisation ou le transfert à un autre centre, permettant ainsi aux femmes de demeurer dans leur propre communauté.

Les données indiquent que les corticostéroïdes prénataux diminuent la mortalité et la morbidité des nourrissons prématurés entre 24 et 34 semaines de grossesse⁷⁵. En outre, des études plus récentes montrent que les résultats sont également améliorés chez les nourrissons prématurés nés avant 24 semaines, et chez les nourrissons peu prématurés (de 34⁺⁰ à 37⁺⁶ semaines)^{76,77}. Le sulfate de magnésium peut diminuer le risque de paralysie cérébrale; aussi, il est recommandé par la SOGC chez les femmes qui sont à moins de 31⁺⁶ semaines de grossesse pour qui la naissance prématurée est imminente ou la naissance prématurée est prévue⁷⁸. Chez les femmes ayant un travail prématuré non compliqué et des membranes intactes, les antibiotiques à spectre large n'améliorent pas le résultat néonatal⁷⁹. Les directives de la

SOGC – *Antibiothérapie et rupture prématurée des membranes préterme et Prévention de l'infection néonatale à streptocoques du groupe B d'apparition précoce* – proposent des recommandations sur l'antibiothérapie pour les femmes n'ayant pas atteint 37 semaines de grossesse mais qui connaissent un début de travail ou qui éprouvent des perforations aux membranes^{47,80}.

Les tocolytiques sont des agents qui inhibent les contractions utérines et retardent la naissance prématurée. Dans l'ensemble, les données voulant que leur utilisation améliore les résultats se révèlent contradictoires⁸¹⁻⁸³. L'utilisation à court terme des tocolytiques peut être utile pour retarder la naissance lorsqu'une femme doit être transférée ou lorsque la corticothérapie est administrée⁸⁴.

Les résultats des nourrissons prématurés sont améliorés s'ils sont nés dans des centres qui sont en mesure de fournir le niveau approprié de soins spécialisés⁸⁵. Dans des systèmes régionalisés de soins périnatals, les mères en travail prématuré sont souvent transférées dans des établissements qui offrent un niveau supérieur de soins périnatals. Bien que ce transfert antepartum peut signifier la séparation des environnements connus et de la famille élargie, il évite la séparation de la mère et du bébé durant la période post-partum immédiate et aide les parents à se familiariser avec l'équipe soignante et l'environnement où leur bébé recevra initialement des soins.



La naissance planifiée d'un nourrisson prématuré est source d'inquiétude et d'anxiété pour les parents. Aussi, la prestation de soins dans une perspective familiale est essentielle. De nombreuses familles n'ont pas envisagé une naissance prématurée et peuvent ne pas connaître les difficultés et les résultats des nourrissons prématurés. La rencontre avec des professionnels de la santé périnatale avant le travail et la naissance aide les parents à comprendre ce à quoi ils doivent s'attendre. Elle permet aussi à l'équipe soignante de comprendre les circonstances, les attentes, la situation familiale, la formation scolaire, les systèmes de soutien, les besoins et les craintes des parents. Une consultation par l'équipe pédiatrique/néonatale peut réduire l'anxiété, surtout plus tard dans la grossesse, lorsque les parents peuvent croire que le pronostic de leur nourrisson est pire qu'il ne l'est⁸⁶. Une consultation prénatale assure aussi une certaine continuité pendant la période post-partum et aide à établir une relation thérapeutique. Dans des régions plus éloignées, une consultation téléphonique peut être utile dans l'attente du transfert. Les besoins en matière d'information des parents varient, particulièrement lorsque la mère est en travail actif. Les PS doivent équilibrer le besoin de fournir des renseignements exhaustifs concernant la santé de la mère, le besoin en matière d'information de la mère et de sa famille, la capacité des parents à traiter l'information fournie et le temps disponible. Les renseignements importants pour les parents comprennent les suivants : les chances de survie de leur nourrisson, les problèmes médicaux probables, le déroulement de la naissance, le risque d'invalidité, les soins dont leur bébé a besoin, l'allaitement ainsi que la façon de prendre soin d'un bébé dans une pouponnière de soins spéciaux et de gérer le stress^{87,88}. Également, songez à l'utilité de fournir des renseignements écrits.

La naissance prévue d'un très grand prématuré (de 22^o à 25^{es} semaines de grossesse) peut être particulièrement pénible, alors que les parents ont à discuter de problèmes éthiques complexes concernant le plan de soins de leur nourrisson. Les difficultés comprennent la façon d'établir un pronostic et de définir le cadre de discussions sur l'invalidité et le décès⁸⁹. Dans de tels cas, les objectifs particuliers du counseling comprennent les suivants : comprendre les expériences et les valeurs des parents, fournir des renseignements exacts, uniformes et équilibrés, et faire participer et appuyer les parents dans la prise de décisions partagée, et ce, tout en faisant preuve de compassion et en donnant de l'espoir⁸⁸⁻⁹⁰. De nombreux parents prennent des décisions sur les soins de leur enfant en fonction de leur religion, spiritualité, culture et espoir au lieu de renseignements médicaux spécifiques^{90,91}. Aussi, il est recommandé que l'équipe soignante personnalise son approche de counseling pour chaque famille individuelle et nourrisson. Il est également utile que les parents rencontrent leur PS à plusieurs reprises. En outre, les renseignements fournis par tous les membres de l'équipe, obstétrique et pédiatrique, doivent être cohérents. Il est important que les personnes participant aux soins de la mère et du nourrisson connaissent, comprennent, respectent et appuient les décisions qui ont été prises. Le counseling doit être continu; les décisions ne sont pas irrévocables et peuvent changer, en particulier si de nouveaux renseignements sont disponibles ou la grossesse avance. La directive de la SOGC - *Prise en charge obstétricale près de la limite de viabilité du fœtus* - offre des recommandations concernant des soins obstétriques et néonataux dans le cas de grossesses prématurées extrêmes⁹².

6.16 MORTINAISSANCE

Le soutien apporté aux familles lors d'une perte et d'un deuil fait partie intégrante des SMNPF. Les unités de soins à la mère et au nouveau-né ont donc besoin de prévoir un système de soins pour la perte en tout temps dans le continuum de la maternité. Au Canada, la mortinaissance est définie dans toutes les provinces (à l'exception du Québec) comme étant la mort d'un fœtus ayant un poids à la naissance d'au moins 500 g ou un âge gestationnel à l'accouchement d'au moins 20 semaines et ne présentant aucun signe de vie (c.-à-d. aucun rythme cardiaque ni respiration). Au Québec, la définition inclut un poids supérieur à 500 g, peu importe l'âge gestationnel⁹³. Selon les statistiques les plus récentes, le taux de mortinaissance à l'échelle nationale était de 8/1 000 pour les naissances totales en 2014, ce qui a augmenté par rapport à la déclaration précédente⁹⁴. Les statistiques sur la mortinaissance comprennent aussi des grossesses qui ont pris fin après 20 semaines. Ces grossesses comprennent généralement des fœtus présentant des anomalies génétiques ou congénitales connues. Dans certaines provinces, les taux de mortinaissance spontanée semblent être demeurés stables, alors que les taux de mortinaissance liée aux interruptions de la grossesse ont augmenté⁹⁵.

La mortinaissance représente un défi énorme pour les parents, les familles et les PS. Près de la moitié des pertes fœtales se produisent dans des grossesses présumées non compliquées qui prennent de court tant les parents que le personnel médical. La majorité des mortinaissances ont lieu avant le début du travail. Peu importe la cause, les études indiquent que les parents vivent une détresse émotionnelle, y compris la dépression, le trouble de stress post-traumatique et l'anxiété. Ces effets peuvent persister dans les grossesses ultérieures.

S'il n'existe pas de problèmes médicaux importants chez la mère, les décisions concernant la naissance peuvent être déterminées par la famille. Certaines femmes demandent une admission immédiate à l'hôpital aux fins de déclenchement, alors que d'autres préfèrent retarder leur admission. La documentation sur les avantages psychologiques de retarder la naissance est contradictoire. Attendre le début du travail actif est une option et peut éviter des problèmes associés au déclenchement. Le travail spontané commence habituellement dans un délai de 1 à 2 semaines suivant la mort fœtale dans la plupart des cas de mortinaissance. Rarement, les risques peuvent inclure des complications de coagulation si le fœtus demeure dans l'utérus pendant des semaines.

L'accouchement par voie vaginale est préférable dans le cas d'une mortinaissance, puisqu'il est généralement plus sécuritaire pour la mère que l'accouchement par césarienne, et ce, même si la mère a déjà eu une césarienne du segment inférieur. Certaines mères pourraient souhaiter avoir un accouchement par césarienne, de sorte qu'elles évitent le travail et l'accouchement par voie vaginale. Elles doivent être informées des avantages et des risques des divers modes de naissance et appuyées dans leur choix. Un facteur qui peut être pris en considération est le suivant : en début de grossesse (moins de 28 à 30 semaines), le segment inférieur peut ne pas s'être formé; par conséquent, un accouchement par césarienne n'en serait pas un du segment inférieur, ce qui est un critère pour l'option d'un accouchement par voie vaginale dans le cas d'une grossesse ultérieure.

Les émotions et les réponses à la douleur de la femme peuvent changer tout au long du travail et de l'accouchement. Il est important de fournir un soutien continu étroit et d'être préparé à des émotions changeantes tout au long du processus, particulièrement durant la deuxième phase. Les parents ont décrit leurs attentes à l'égard de leur personne soignante lorsqu'ils vivent une mortinaissance : appui lors de la rencontre avec le bébé et de sa séparation, appui dans le désarroi

et le deuil, explication de la mortinaissance, organisation de leurs soins et compréhension de la nature de leur deuil⁹⁶. Les soins médicaux et psychologiques doivent être personnalisés selon les besoins de la mère et de la famille.

Les familles peuvent avoir l'occasion de prendre et de voir le bébé et peuvent être reconnaissantes de ces souvenirs. Il est important d'éviter de juger d'avance les parents et de faire des suppositions concernant leur choix; leur offrir l'occasion de changer leurs décisions durant l'accouchement et l'abandon est aussi important. Les parents doivent être appuyés lors de leur séparation du bébé.

Le fœtus et le placenta doivent être examinés après la naissance, et les résultats décrits à la famille (évoquer le bébé par son nom dans la mesure du possible). Si une conclusion peut être tirée au clair, comme un nœud serré du cordon ombilical, elle doit être mentionnée. Il est important de conseiller aux parents d'attendre que toutes les études soient achevées avant de tenter d'établir la cause du décès.

Une autopsie possède une valeur inestimable pour déterminer la cause d'une mortinaissance. Une étude de 1 477 mortinaissances a révélé que les résultats de l'autopsie ont établi la cause du décès dans 46 % des cas et permis d'obtenir de nouveaux renseignements dans 51 %⁹⁷. Ces derniers ont modifié le risque estimé de récurrence dans 40 % des cas et ont changé les recommandations pour les soins préconception dans 9 %, les procédures de diagnostic prénatal dans 21 %, la gestion prénatale dans 7% et la gestion néonatale dans 3 %⁹⁷. Encourager les parents à autoriser une autopsie doit être effectué de manière à apaiser leurs inquiétudes. Si une autopsie complète est refusée, les parents peuvent envisager une autopsie partielle ou non invasive qui peut toujours fournir des renseignements utiles. Les préoccupations doivent être abordées en faisant preuve de patience, de sensibilité, de respect à l'égard du choix des parents et en fournissant des renseignements exacts.

Les parents qui ont une grossesse multiple avec des nourrissons en santé et des mort-nés ont besoin de différents types de soutien. Ils peuvent ressentir des émotions contradictoires concernant leur grossesse et la naissance, ainsi que leur attachement à leurs nouveau-nés.

Il est aussi important de reconnaître les effets négatifs qu'une mortinaissance peut avoir sur les PS. Un *compte rendu* qui inclut un conseiller en matière de deuil ou un animateur professionnel peut être utile. Les fournisseurs doivent aussi connaître les ressources appropriées pour leur bien-être émotionnel et psychologique.

6.17 ANOMALIES CONGÉNITALES

En 2014, la prévalence des anomalies congénitales au Canada (à l'exclusion du Québec) était d'environ 430 pour 10 000 naissances totales (y compris les naissances vivantes et les mortinaissances)⁷³. Lorsqu'une anomalie prénatale est constatée, l'objectif est d'obtenir le meilleur résultat pour le nouveau-né, ainsi qu'une morbidité minimale pour la mère⁹⁸. Cet objectif nécessite une approche interprofessionnelle qui comprend le fournisseur de soins primaires, les travailleurs sociaux et divers services médicaux et chirurgicaux sous-spécialisés. Tout en recueillant des renseignements et en planifiant les soins, il est important de traiter chaque famille comme étant unique et de respecter leurs points de vue.

La première étape consiste à déterminer et à confirmer l'anomalie foetale, et la suivante vise à en informer la femme et sa famille. Une approche interprofessionnelle (comprenant une consultation avec la pédiatrie, la néonatalogie, la génétique, la chirurgie pédiatrique, la cardiologie pédiatrique, le travail social et/ou le centre de soins tertiaires, etc., au besoin) fournit à la famille des renseignements plus détaillés. Selon les résultats obtenus, une discussion approfondie portera sur le plan de soins particuliers, la date et le lieu de naissance, le déroulement possible durant le travail et l'accouchement, le type

d'accouchement préférable (par voie vaginale ou césarienne), les options pour le résultat et les soins, ainsi que la réanimation du nourrisson ou les soins palliatifs.

Durant ces échanges, il est important d'insister auprès des intéressées sur le fait que les résultats fonctionnels et neurodéveloppementaux pour leur enfant ne peuvent pas toujours être prédits selon un diagnostic prénatal ou une évaluation de nouveau-né⁹⁸. Certaines sont isolées alors que d'autres peuvent faire partie d'un syndrome. Les techniques de dépistage combinées à une évaluation échographique ont amélioré les taux de détection pour certaines maladies. Les taux de détection de la trisomie 21 varient d'environ 16 % lorsqu'on cherche des anomalies structurales au moyen de l'échographie seulement à plus de 99 % au moyen de test de dépistage prénatal non invasif qui comprend des analyses sanguines, ainsi qu'une évaluation échographique^{99,100}. L'analyse chromosomique sur microréseaux devrait permettre de détecter une plus vaste gamme d'anomalies génétiques que le caryotypage traditionnel.

Parfois, les PS et les familles peuvent disposer de semaines, même de mois, pour se préparer à l'accouchement. Par ailleurs, les anomalies peuvent ne pas être visibles ou n'être détectées que vers la fin de la grossesse ou même durant l'accouchement. Il est important de reconnaître que certaines anomalies augmentent le risque de naissance prématurée soit spontanément, soit en raison d'une intervention obstétricale pour la santé du bébé⁹⁸.



Lorsqu'il y a une anomalie fœtale connue ou suspectée (soit structurelle, soit génétique), les soins durant le travail et l'accouchement peuvent varier. La prise de décisions concernant le moment, le mode et l'emplacement de l'accouchement à l'avance est essentielle. Les souhaits des parents doivent être respectés et, idéalement, un plan de naissance doit être élaboré et comprendre l'intérêt de la femme, de sa famille et du nouveau-né en consultation avec l'équipe soignante. Les décisions concernant l'accouchement par césarienne sont généralement fondées sur des indications obstétricales (de la même façon qu'elles le sont pour un bébé ne présentant pas d'anomalie), mais elles peuvent aussi dépendre des anomalies spécifiques présentes.

La femme et sa famille auront des choix à faire : soit la poursuite de la grossesse jusqu'au début du travail spontané, soit le déclenchement ou encore l'interruption de grossesse. Une conférence sur les cas cliniques réunissant les principaux fournisseurs de soins, les infirmières, les conseillers et les travailleurs sociaux est avantageuse pour planifier l'accouchement et les soins néonataux. Une discussion entreprise avec un centre de soins tertiaires permettrait aussi de déterminer si un accouchement à proximité du domicile est approprié. En outre, lorsque la famille est admise à l'hôpital, il est recommandé qu'elle rencontre son équipe soignante et fasse examiner et mettre à jour son plan de soins en fonction de nouveaux renseignements.

Lorsque le bébé présente des anomalies qui peuvent comprendre une morbidité immédiate ou à long terme, les soins pour le nourrisson sont fournis de façon individuelle conjointement avec les souhaits de la famille. Autant que possible, les pratiques de base de la mère et du nouveau-né, comme le contact peau contre peau

et l'allaitement, doivent être conservées. Il peut exister des plans précis de soins néonataux et de naissance pour les bébés présentant certaines catégories d'anomalies comme les cardiopathies congénitales et les anomalies du tube neural⁹⁸.

Si un nouveau-né doit recevoir des soins palliatifs, la participation précoce des fournisseurs de soins palliatifs périnataux signifie que ces derniers peuvent rencontrer la famille à leur arrivée au centre de naissance. L'objectif est d'assurer un soutien adéquat lors de l'accouchement pour la mère et sa famille. Un accouchement par voie vaginale est préférable et engendre une morbidité présente et future moindre pour la mère par rapport à l'accouchement par césarienne. Il est préférable d'éviter la surveillance fœtale électronique, puisque cette technique peut être angoissante. Après la naissance, les parents ont besoin d'autant de temps qu'ils le désirent pour voir et tenir le bébé. Les souvenirs et les photos sont aussi précieux et utiles pour les familles.

L'évaluation du placenta pour toutes les anomalies est recommandée, tout comme une autopsie l'est dans le cas d'anomalies mortelles. La discussion concernant une autopsie avec la mère et sa famille a lieu idéalement avant le travail et l'accouchement. Le compte rendu pour l'équipe soignante est particulièrement important dans des situations d'anomalies congénitales.



6.18 INTERRUPTIONS DE GROSSESSE APRÈS 21 SEMAINES

Les interruptions de grossesse au Canada diminuent avec l'âge gestationnel croissant. Environ 2,5 % de toutes les interruptions de grossesse ont lieu après 21 semaines¹⁰¹. Les interruptions de grossesse à un âge gestationnel avancé se produisent habituellement lorsqu'un fœtus présente des anomalies congénitales fœtales graves ou une aneuploïdie. Dans de nombreux cas, pour diagnostiquer les anomalies congénitales, il faudra attendre une échographie anatomique systématique effectuée à 18 ou 19 semaines ou les résultats de l'amniocentèse à 16 semaines.

Il faut prendre soin d'une femme dont la grossesse est interrompue selon les principes des soins dans une perspective familiale, selon ses besoins uniques, avec respect et compassion et sans jugement. En outre, elle doit être pleinement informée, de sorte qu'elle puisse y participer et donner son consentement.

La décision d'interrompre une grossesse est complexe pour de nombreuses familles. Dans nombre de cas, les familles peuvent avoir discuté de leur choix avec leurs fournisseurs de soins primaires et sous-spécialistes. Certaines mères qui choisissent d'interrompre la grossesse plus tard peuvent devoir se rendre dans des centres de soins spécialisés¹⁰². Dans certains cas, la poursuite de la grossesse peut poser des risques inacceptables pour la santé de la mère (p. ex., prééclampsie grave, cancer, maladie cardiaque grave). Il n'existe pas de limite légale concernant l'âge gestationnel auquel l'interruption de grossesse peut se produire au Canada^{102,103}. Les décisions concernant l'âge limite gestationnel sont généralement axées sur l'opinion du fournisseur et de l'établissement. Les hôpitaux peuvent tirer profit de discussions avec les membres de l'équipe soignante et d'un comité d'éthique concernant l'interruption après 24 semaines de gestation.

L'interruption de grossesse après 20 semaines peut comprendre une intervention chirurgicale (dilatation et évacuation) ou le déclenchement du travail. L'obstétricien peut diminuer la fréquence cardiaque fœtale dans l'utérus avant le déclenchement médical ou la dilatation et l'évacuation. Souvent, les forces du travail et l'âge gestationnel engendrent une mortinaissance; dans de rares cas, le nouveau-né décédera après la naissance.

On doit offrir aux femmes une analgésie pendant le travail, pouvant être sous forme d'opioïdes par voie parentérale, d'oxyde d'azote ou d'anesthésie épidurale. Il est important de reconnaître que les risques de rétention placentaire sont souvent plus élevés avec une interruption de grossesse à un âge gestationnel avancé.

L'interruption de grossesse peut être pénible pour les femmes et leur famille ainsi que les PS. Il est important de prendre les mesures suivantes pour les femmes :

- leur permettre plus d'intimité, si elles en ont besoin;
- leur donner le choix d'obtenir plus tôt leur congé de l'hôpital ou de demeurer à l'hôpital jusqu'à ce qu'elles soient prêtes à partir;
- leur demander à l'avance si elles souhaiteraient rester avec le nouveau-né;
- leur offrir une autopsie dans le cas d'une aneuploïdie fœtale ou d'anomalies congénitales (idéalement, en discuter à l'avance);
- leur offrir des conseils sur l'arrêt de la lactation et les dons de lait maternel;
- les encourager à rencontrer leur professionnel de la santé post-partum en vue d'un compte rendu ou de conseils;
- les diriger vers des ressources communautaires et des conseillers en matière de deuil, le cas échéant.



7 LES SOINS PENDANT L'ACCOUCHEMENT

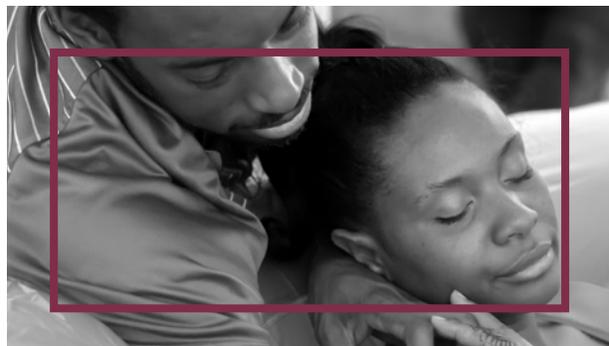
7.1 DIAGNOSTIC/ÉVALUATION DU TRAVAIL PRÉCOCE ET DU TRAVAIL ACTIF

L'approche d'évaluation et des soins au début du travail peuvent avoir une incidence sur les résultats. Le lieu de l'accouchement (à la maison, dans un centre de naissance ou à l'hôpital) déterminera le moment et l'endroit où la femme sera évaluée, ainsi que l'endroit du travail comme tel.

Pour les centres de naissance et les hôpitaux, il est recommandé que les femmes menant des grossesses saines qui ne sont pas en travail actif ne soient pas admises à l'unité de travail et de naissance, étant donné que cela pourrait augmenter le risque de commencer des interventions inutiles. En effet, ces femmes sont mieux appuyées à la maison ou dans un environnement moins intense où des mesures de confort et la nourriture sont facilement accessibles. Les femmes qui arrivent à l'unité de travail au début du travail le font habituellement en raison d'un besoin ressenti de soutien et de soins. Le personnel qualifié doit déterminer la langue de préférence, effectuer une évaluation de l'admission et un triage dans une salle d'évaluation précoce et de triage.

Il est important pour les hôpitaux et les centres de naissance de définir clairement des stratégies d'évaluation des femmes et de leur fœtus et de diagnostic du travail, ainsi que des critères d'admission, du type et du moment des procédures médicales au début du travail et du soutien pour l'instant. Pour les accouchements à domicile, il est aussi important d'avoir des protocoles qui décrivent les évaluations, le diagnostic du travail, les procédures cliniques et le soutien pour la femme et sa famille.

On pose généralement le diagnostic du travail actif lorsque le col de l'utérus est dilaté de 3 à 4 cm chez une femme nullipare ou de 4 à 5 cm chez une femme multipare (qui a déjà accouché)^{104,105}. Des études plus récentes montrent que les taux de dilation sont variables et augmentent considérablement après 6 cm chez les femmes nullipares et les femmes multipares, ce qui laisse entendre qu'une approche individualisée de diagnostic de travail actif peut être plus appropriée¹⁰⁶.



Si la femme se trouve dans la phase latente du travail, elle doit être informée de son état d'avancement et rassurée. Elle peut être renvoyée chez elle (si ce renvoi est approprié pour elle et sa famille) ou être invitée à demeurer dans la zone de triage ou le salon. La marche, les mesures de confort, l'alimentation et l'hydratation sont particulièrement importantes à ce moment. Même aux premiers stades de la dilatation du col de l'utérus, la douleur liée au travail et l'anxiété peuvent être intenses; certaines femmes peuvent donc nécessiter du soutien et des soins supplémentaires, y compris des médicaments contre la douleur et la sédation. La directive de la SOGC - *Prise en charge du travail spontané chez les femmes en santé, à terme* - recommande de retarder l'admission des femmes menant une grossesse à terme au centre de naissance jusqu'à ce qu'elles soient en travail actif⁴⁵.

7.2 ÉVALUATION INITIALE

Les femmes sont souvent anxieuses et effrayées lorsqu'elles commencent le travail. Aussi, les soins qu'elles reçoivent à ce moment peuvent avoir des répercussions profondes et durables¹⁰⁷. Le fait d'être conscient des ressentis qu'éprouvent de nombreuses femmes et leurs accompagnateurs et de prendre en considération chaque femme en travail individuellement aidera les PS à comprendre l'origine des émotions en jeu.

En général, l'infirmière est la première PS à rencontrer la femme en milieu hospitalier. À l'admission, elle a une excellente occasion d'instaurer une relation thérapeutique avec la femme et ses accompagnateurs. L'admission correspond au moment où il faut examiner le plan de naissance de la femme, que ce soit par écrit ou à l'oral, avec elle et son conjoint, ou sa famille, et discuter de ses inquiétudes, et préférences. C'est aussi le moment d'informer la femme au sujet de la nature et des raisons des examens et des procédures. La familiariser avec le milieu et le personnel est particulièrement important si elle n'a pas eu de visite prénatale en personne ou virtuellement.

Lorsqu'une femme est admise à une unité des naissances de l'hôpital ou à un centre de naissance, on recueille ses antécédents initiaux et procède à une évaluation. Cette évaluation comprend son état de santé et celui du fœtus, leur bien-être physique et émotif, la progression du travail et leurs besoins individuels. On peut recueillir les antécédents et procéder à une évaluation de façon à déranger le moins possible tout en reconnaissant l'importance d'une évaluation en temps opportun. Les sources d'information pour les antécédents comprennent la femme, le dossier prénatal, les résultats de laboratoire, un dossier médical ou électronique précédant et l'accompagnateur de la femme, au besoin. Une copie du dossier prénatal doit être mise à la disposition au lieu de naissance à la mi-grossesse, ainsi qu'à environ 36 semaines de grossesse.

À l'occasion, une femme peut nécessiter peu de soins prénataux, voire aucun. Si tel est le cas, il est quand même important d'essayer de déterminer son âge gestationnel et tous problèmes de santé. Il y a également lieu de procéder sans délai à des tests anténatals (typage du sang, test sérologique, etc.).

Pour les naissances à domicile et les centres de naissance assistée par une sage-femme, le contact initial se fait souvent par téléphone. La sage-femme évaluera ensuite le travail de la femme au téléphone ou en personne, selon les circonstances.

7.3 TRIAGE

Au cours de la dernière décennie, de nombreux hôpitaux canadiens ont mis en œuvre le triage obstétrical, soit dans l'unité des naissances, soit à l'extérieur. Ce triage peut être associé à un salon de début de travail ou à un lieu où se tiennent des rendez-vous prévus pour les procédures ou les tests (p. ex., l'endroit où des immunoglobulines anti-Rh ou des corticostéroïdes prénataux sont administrés ou un examen de réactivité fœtale est effectué).

Une approche uniforme est nécessaire pour déterminer la raison pour laquelle la femme s'est rendue à l'hôpital et répondre à des questions précises concernant l'âge gestationnel, les saignements, les contractions, la rupture des membranes, la présence de mouvements fœtaux et la parité. Ces antécédents initiaux peuvent être combinés à une évaluation des signes vitaux pour s'assurer que les femmes dont l'état est très grave sont vues en premier¹⁰⁸. Cette mesure respecte aussi les normes définies par Agrément Canada et l'Association des infirmières en santé des femmes, en obstétrique et en néonatalogie, qui décrivent l'importance de déterminer si une femme doit être vue et évaluée dans les 5 à 10 minutes suivant son arrivée pour assurer des soins sûrs¹⁰⁹.

L'utilisation d'un outil pour déterminer l'acuité des besoins du patient s'est avérée utile dans les salles d'urgence canadiennes. De tels outils ont également diminué le nombre de cas médicaux/juridiques associés à des soins dans les zones de triage¹¹⁰. Des outils similaires, comme l'échelle de triage et de gravité en obstétrique, ont été élaborés aux fins d'utilisation dans les unités de triage obstétrical pour déterminer de façon efficace et uniforme l'acuité des besoins en matière de santé de la femme et aider les PS à décider des soins appropriés¹¹¹. Les femmes vues en triage ont indiqué un besoin de consulter des PS compatissants et d'obtenir des renseignements qui les aident à comprendre leurs préoccupations et la nécessité d'un traitement¹¹².



7.4 PROCÉDURES INUTILES DU POINT DE VUE MÉDICAL

Dans certains centres canadiens, des procédures subsistent toujours qui ne profitent ni à la femme, ni à son bébé, ni à ses accompagnateurs. L'EPPMHC et l'EEM fournissent des renseignements sur les politiques et pratiques actuelles liées à ces interventions^{3,11}. Par exemple, 96 % des hôpitaux avaient en place une politique stipulant de ne pas raser le périnée dès l'admission – comparativement à 63 % en 1993. Néanmoins, 19 % des femmes qui avaient tenté d'avoir (ou avaient eu) un accouchement par voie vaginale ont signalé que leur pubis ou périnée avait été rasé; il est difficile de savoir si le rasage a été fait par le PS ou la femme elle-même. De même, 88 % des hôpitaux avaient en place une politique stipulant de ne pas effectuer de lavement ni d'administrer de suppositoires – une hausse comparativement à 37 % des hôpitaux en 1993. Malgré ce fait, 5 % femmes qui ont accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale avaient subi un lavement³.

Selon les données probantes disponibles, il est recommandé que les procédures courantes suivantes soient abandonnées, à moins d'une indication médicale ou d'une préférence de la part de la femme :

- port d'une jaquette d'hôpital;
- lavement et rasages;
- alitement;
- position gynécologique au deuxième stade du travail;
- épisiotomie;
- personne de soutien non autorisée au cours de la pose d'un cathéter péridural.

De même, les procédures courantes suivantes peuvent être abandonnées, à moins que cela ne soit indiqué sur le plan médical :

- administration de solutions par voie intraveineuse;

- SFEC au lieu d'une auscultation intermittente;
- restrictions d'aliments et de liquides;
- rupture artificielle systématique des membranes;
- déclenchement du travail;
- accouchement par césarienne.

7.5 SURVEILLANCE DE LA SANTÉ FŒTALE

La surveillance de la santé fœtale constitue un élément important des soins durant le travail et l'accouchement. Une évaluation fréquente et régulière des contractions et de la fréquence cardiaque fœtale constitue la norme dans les milieux de soins de santé canadiens. Les contractions de travail gênent la circulation sanguine utéroplacentaire, ce qui entraîne une diminution de l'apport en oxygène au fœtus. Cette interruption temporaire est généralement bien tolérée par le fœtus. La surveillance de la santé fœtale intrapartum vise à évaluer cette tolérance et la réaction du fœtus au travail. Les PS peuvent être rassurés du bien-être du fœtus, rassurant par la suite la mère et la famille, et interviennent de façon appropriée, au besoin, pour atteindre le meilleur résultat possible.

Les présentes lignes directrices examinent les principes généraux et les recommandations concernant la surveillance de la santé fœtale. On trouvera davantage de directives détaillées sur la pratique clinique, y compris la classification des tracés du rythme cardiaque du fœtus et de la surveillance électronique ainsi que les méthodes et la raison d'interventions auprès du SOGC, du Partenariat des programmes périnataux du Canada et des Perinatal Services BC.

Deux types de surveillance fœtale sont utilisés dans le travail¹¹³ :

- l'auscultation intermittente, qui comprend une évaluation clinique du rythme des contractions, puis l'écoute de la fréquence cardiaque fœtale à différents intervalles pendant de courtes périodes;

- la surveillance continue de la fréquence cardiaque fœtale, en attachant un dispositif électrique qui surveille le rythme des contractions et la fréquence cardiaque fœtale tout au long du travail et de l'accouchement.

L'évaluation de la présence ou de l'absence de facteurs de risque doit être effectuée pour choisir la méthode appropriée de surveillance de la santé fœtale intrapartum^{114,115}. En outre, les méthodes de surveillance fœtale doivent être discutées avec la femme durant la grossesse, et au fur et à mesure que le travail progresse^{12,116}. Les pratiques institutionnelles doivent être fondées sur des données probantes et idéalement être agréées et adoptées par tous les PS.

Des politiques claires visant à appuyer l'utilisation de l'auscultation intermittente, ainsi que des indications claires quant au moment d'utiliser un appareil pour la surveillance continue de la fréquence cardiaque fœtale, sont recommandées dans tous les milieux d'accouchement. Lorsqu'une SFEC est indiquée, la télémétrie permet aux femmes de marcher et d'adopter diverses positions durant le travail et l'accouchement, comme les meilleures données probantes le démontrent.

Il est essentiel que les PS qui prennent soin des femmes durant le travail et l'accouchement aient des formations interprofessionnelles régulières en surveillance de la santé fœtale. Ces formations comprendront la connaissance des données probantes et des lignes directrices et feront valoir une utilisation régulière de la terminologie et de la classification actuelles. Connaître la façon de palper et d'évaluer les contractions utérines, donner le ton, évaluer et interpréter la fréquence cardiaque fœtale et intervenir de façon appropriée, au besoin, sont des compétences essentielles^{12,114,117}.

Auscultation intermittente

Pour les femmes ayant des grossesses à faible risque, l'auscultation intermittente est la méthode privilégiée de la surveillance foétale^{12,114,117,118}. Les données probantes indiquent que la SFEC engendre des taux accrus d'intervention comme la césarienne, le recours à l'épidurale et l'accouchement avec manœuvres instrumentales, et aucun effet positif sur la morbidité à long terme et la mortalité du bébé.

En plus d'être la méthode privilégiée pour la grossesse à faible risque, l'auscultation intermittente peut conférer d'autres avantages. En étant rudimentaire et moins chère, elle peut être utilisée efficacement dans divers milieux à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital. Elle exige que le personnel soignant reste à proximité, ce qui peut être également propice à la fourniture de soins individuels et de soutien continu pendant le travail recommandés pour toutes les femmes, peu importe le risque^{10,12}. À leur tour, ce niveau de soins et le soutien potentiellement accru durant le travail peuvent augmenter la satisfaction parmi les femmes concernées. Finalement, l'auscultation intermittente est moins contraignante que la SFEC, car elle permet de se déplacer davantage. Il est même possible d'évaluer la fréquence cardiaque foétale lorsque la femme est immergée dans l'eau¹¹⁷. Étant donné que l'auscultation intermittente est polyvalente, elle pourrait servir à *normaliser* les naissances à faible risque¹¹⁴.



L'évaluation de la présence ou de l'absence de facteurs de risque doit être effectuée pour choisir la méthode appropriée de surveillance de la santé foétale intrapartum.

Consulter *Surveillance du bien-être foetal : Directive consensus d'intrapartum* du SOGC, les manuels et la formation du Partenariat des programmes périnataux du Canada et de Perinatal Services BC, et les autres lignes directrices cliniques actuelles pour obtenir des directives sur l'auscultation intermittente^{12,117,119}.

Surveillance foétale électronique continue

Malgré les lignes directrices fondées sur des données probantes recommandant seulement l'auscultation intermittente pour des naissances à faible risque, on observe une tendance vers une utilisation régulière accrue de la SFEC au Canada et aux États-Unis^{3,113,114,117}. Les raisons possibles en sont complexes et multiples : aisance des PS quant à la prestation des soins en question; problèmes de dotation en personnel dans les hôpitaux; choix éclairé incomplet de la femme; recours accru à l'anesthésie épidurale; croyance selon laquelle un enregistrement continu de la fréquence cardiaque foétale peut diminuer le risque de litiges; et accès omniprésent à la technique dans l'unité de travail et de naissance^{113,114,120}. Par conséquent, de nombreuses directives font valoir l'importance de choisir des méthodes appropriées de surveillance intrapartum en fonction des risques¹¹⁷.

Si la grossesse ou le travail de la femme présente un faible risque, il n'y a aucune raison d'entamer une période initiale de SFEC (souvent appelée *tracé d'admission*). En fait, cette pratique peut engendrer une utilisation générale accrue de la SFEC tout au long du travail et le recours à l'anesthésie épidurale^{12,117}.

La SFEC limite la mobilité de la femme et les mesures de confort comme prendre un bain ou une douche. Des recherches ont également démontré que lors de son utilisation, les soins deviennent axés sur la machine elle-même au lieu de l'expérience de la femme en travail^{114,121,122}. En outre, son utilisation généralisée peut diminuer la confiance de la personne soignante à l'égard de la surveillance de la fréquence cardiaque foétale par d'autres moyens et fournir des *preuves* concrètes factices d'un tracé de la fréquence cardiaque^{114,117,122,123}.

Lorsque la SFEC est utilisée, les lignes directrices mettent l'accent sur le besoin d'un soutien individuel continu pendant le travail. La femme est également encouragée à être le plus mobile possible pour son confort en utilisant la téléométrie¹². Les cathéters de pression intra-utérine pour la surveillance interne peuvent être utiles lorsque les contractions utérines sont difficiles à palper, lorsque la bosse séro-sanguine et le modelage du crâne sont absents malgré des contractions apparemment *efficaces* ou chez les femmes obèses¹¹⁹. Consulter les directives cliniques actuelles comme *Surveillance du bien-être fœtal : Directive consensus d'intrapartum* du SOGC et *Fundamentals of Fetal Health Surveillance: A Self-learning Manual* du Partenariat des programmes périnataux du Canada pour obtenir des conseils sur la SFEC^{117,119}.

7.6 GESTION DU TRAVAIL

La *gestion* du travail est fréquemment encouragée comme moyen de prévenir la morbidité associée à la dystocie et de favoriser l'accouchement vaginal. La dystocie est définie comme une progression lente ou absente, généralement quantifiée comme une dilatation du col de l'utérus inférieure à 0,5 cm/heure sur 4 heures ou une absence de dilatation sur 2 heures pendant le travail actif, ou encore une absence de descente fœtale à la suite d'une poussée active d'une heure pendant le deuxième stade du travail⁴⁵. Elle est associée à un risque accru d'infection, de stress chez la mère et d'hémorragie post-partum, et est l'indication pour la césarienne primaire la plus fréquente. La SOGC recommande que la dystocie ne soit pas diagnostiquée avant le travail actif ou avant une dilatation de 4 cm⁴⁵.

La dystocie peut être la conséquence d'un problème touchant 1 ou plusieurs des 4 éléments essentiels du travail et de la naissance, collectivement appelés les 4 P :

- la *puissance* renvoie à la qualité des contractions, y compris leur fréquence, leur force et leur durée;

- le *passager* renvoie au fœtus – sa position, son attitude, sa taille et son anatomie;
- le *passage* renvoie à la structure pelvienne maternelle et aux tissus mous;
- la *psyché* englobe la douleur de la femme, son anxiété et sa capacité à faire face à la situation.

Les cas véritables de disproportion céphalopelvique étant rares, dans de nombreux cas, les problèmes conduisant potentiellement à la dystocie peuvent être évités ou résolus. Les soins durant le travail nécessitent une compréhension de la physiologie du travail et de la naissance, ainsi que les connaissances et les compétences nécessaires pour soutenir le processus et la femme en travail.

La phase latente du premier stade du travail renvoie à la période où le travail commence, qui est accompagnée de contractions souvent irrégulières et faibles conduisant à un effacement au moins partiel du col et à une dilatation atteignant 3 à 4 cm chez une femme nullipare et 4 à 5 cm chez une femme primipare ou multipare. Le moment du début de cette phase étant difficile à préciser, elle peut durer plusieurs heures. Des études récentes mettent en évidence que la progression de 4 à 5 cm peut durer jusqu'à 6 heures, et de 5 à 6 cm jusqu'à 3 heures. Ces durées sont beaucoup plus longues qu'on ne le pensait¹⁰⁶. Laisser le travail progresser plus lentement jusqu'à 6 cm peut réduire les taux d'accouchement par césarienne en période intrapartum et par la suite¹⁰⁶.



Les soins durant le travail nécessitent une compréhension de la physiologie du travail et de la naissance, ainsi que les connaissances et les compétences nécessaires pour soutenir le processus et la femme en travail.



On pose généralement le diagnostic du travail actif lorsque le col de l'utérus est dilaté de 3 à 4 cm chez une femme nullipare ou de 4 à 5 cm chez une femme primipare ou multipare^{104,105}. Des recherches récentes montrent que les taux de dilatation sont variables et augmentent considérablement après 6 cm, tant chez les femmes nullipares que primipares et multipares¹⁰⁶. Ces résultats donnent à penser qu'une approche individualisée du diagnostic du travail actif pourrait être plus appropriée, avec des durées totales de travail normales allant jusqu'à 20 heures chez les femmes nullipares et 13,6 heures chez les femmes primipares et multipares^{104,105}. La directive clinique de la SOGC - *Prise en charge du travail spontané chez les femmes en santé, à terme* - indique que « chez les femmes nullipares à faible risque à la phase active du travail (c.-à-d. que le col est dilaté d'au moins 4 cm), un rythme de dilatation du col supérieure ou égale à 0,5 cm/heure est considéré comme normale^{45, p.867}. »

Les examens vaginaux sont effectués pour évaluer la progression du travail. Parce que ces examens sont relativement subjectifs, ils doivent être réalisés de façon uniforme et par la même personne autant que possible, afin d'en accroître la fiabilité. Les évaluations portent notamment sur la dilatation, l'effacement et la position du col, la hauteur de la présentation et la position du fœtus, ainsi que sur la présence et le degré du modelage du crâne et de la bosse séro-sanguine. Dans la plupart des établissements, les résultats sont généralement présentés sur un partogramme afin d'offrir une représentation visuelle de la progression du travail. Toutefois, l'utilité des partogrammes pour surveiller le

progrès est sujette à débat et nécessite plus de recherche¹²⁴. Une récente revue Cochrane a conclu qu'il n'existe pas de preuve permettant de recommander une fréquence particulière des examens vaginaux, et aucune directive canadienne n'offre de suggestion à cet égard¹²⁵. En raison de ces données contradictoires et parce que ces examens sont invasifs et généralement inconfortables pour celles qui les subissent, les personnes soignantes doivent être sensibles aux signes de progrès, subtils comme évidents. La directive de la SOGC - *Prise en charge du travail spontané chez les femmes en santé, à terme* - offre davantage d'indications⁴⁵.

Des contractions adéquates devraient entraîner une dilatation du col et améliorer l'attitude et la position du fœtus. Leur fréquence, leur force et leur durée peuvent être surveillées par une palpation attentive de l'abdomen. Un cathéter de pression intra-utérine peut être utilisé si les contractions sont difficiles ou impossibles à évaluer de cette façon.

L'anesthésie ou l'analgésie péridurale constitue un moyen efficace de réduire la douleur. Toutefois, les péridurales peuvent ralentir les contractions ainsi que la progression du travail, ce qui accroît la nécessité de l'accélérer¹²⁶. Pour accélérer le travail, l'amniotomie peut être utilisée seule ou avec de l'ocytocine lorsque les contradictions sont insuffisantes. La directive de la SOGC - *Prise en charge du travail spontané chez les femmes en santé, à terme* - offre des indications à propos de l'amniotomie⁴⁵. La question du protocole préférable, à dose élevée ou faible, est sujette à débat, étant donné que la dose initiale, l'augmentation et les intervalles des doses varient. Il est recommandé que chaque unité se dote d'un protocole pour l'accélération du travail avec de l'ocytocine, à l'usage de tous les membres de l'équipe.

La directive de la SOGC - *Prise en charge du travail spontané chez les femmes en santé, à terme* - offre plus de recommandations concernant la gestion de la première phase du travail⁴⁵.

7.7 NUTRITION ET HYDRATATION

La limitation de la consommation de nourriture et de liquides est une pratique datant des années 1940. Elle découlait de la crainte que les femmes s'étouffent si elles recevaient une anesthésie générale. Toutefois, des recherches au Royaume-Uni ont montré que l'incidence de l'aspiration pulmonaire de contenu gastrique a décliné considérablement au cours des 20 dernières années malgré une attitude de plus en plus libérale à l'égard de l'alimentation pendant l'accouchement¹²⁷. Le travail est physiquement exigeant et nécessite beaucoup d'énergie. Les femmes dont l'accouchement prend beaucoup de temps ont de hauts niveaux de cétones dans leur urine¹²⁸. La présence de cétonurie constitue un signe de déséquilibre métabolique et réduit l'efficacité de l'activité utérine, ce qui peut mener à l'accélération du travail avec de l'ocytocine¹²⁹.

Lorsqu'on leur donne le choix, les femmes réussissent à modérer leur consommation de nourriture et de liquides afin de satisfaire leurs besoins, et limitent spontanément leur consommation vers la fin de l'accouchement^{130,131}. La directive de la SOGC - *Prise en charge du travail spontané chez les femmes en santé, à terme* - affirme : « On devrait laisser aux femmes peu susceptibles d'avoir besoin d'une anesthésie générale le choix de manger ou de boire comme elles le souhaitent ou selon ce que permet la phase de travail^{45, p.867}. » Si une femme reçoit une péridurale, il est important de réévaluer son risque quant à l'ingestion orale.

La perfusion intraveineuse de routine est une pratique courante pendant le travail, mais elle diminue la mobilité de la femme et accroît son risque d'hyperhydratation. De plus, elle ne permet pas de répondre à ses besoins nutritifs, quelle que soit la solution utilisée¹²⁸. Elle peut aussi affecter l'allaitement en raison d'œdèmes aux seins après la naissance¹³². La perfusion intraveineuse n'est indiquée sur le plan médical que dans certaines situations.

7.8 POSITION ET AMBULATION

Le travail

La documentation et les lignes directrices s'entendent pour dire que les femmes devraient être encouragées à bouger, à marcher et à s'installer confortablement pendant la première phase du travail. Se mouvoir « au cours du premier stade du travail réduit la durée du travail, le risque de césarienne et le besoin d'épidurale, et ne semble pas être associée à une intervention accrue ou à des effets négatifs sur le bien-être des mères et des bébés »; elle donne aussi aux femmes le sentiment d'être en contrôle¹³³. Les PS favorisent souvent la position couchée pendant la première phase du travail, étant donné que celle-ci offre un accès facile pour la surveillance fœtale, pour palper l'abdomen et pour les examens vaginaux. De plus, lorsqu'une femme est admise à l'unité de natalité d'un hôpital ou à un centre de naissance, le lit est souvent l'aspect le plus important de la chambre; on le lui montre, et elle s'y couche souvent spontanément.

La possibilité de se mouvoir, particulièrement au début du travail, peut faciliter les progrès et favoriser le confort. Donner aux femmes la liberté de choisir leur position pendant le travail et au moment de l'accouchement et les encourager à essayer différentes positions, cela comporte peu de risques et peut avoir des avantages^{1,12,133-135}. La *Déclaration de principes commune sur l'accouchement normal* appuie la liberté de mouvement pendant le travail et la poussée spontanée dans la position choisie par la femme¹.



Les PS expliqueront les risques et les avantages des positions utilisées par les femmes pendant le travail afin qu'elles prennent des décisions éclairées. Il est recommandé de concevoir des environnements de travail et d'accouchement dans lesquels les femmes sentent qu'elles ont de l'espace pour se mouvoir librement. Ils doivent aussi acquérir des compétences pour aider les femmes à se déplacer de façon confortable pendant le travail. Idéalement, tout l'équipement devrait être conçu de façon à aider les femmes à rester mobiles. Par exemple, lorsque la SFEC est cliniquement indiquée, les lignes directrices insistent sur la nécessité d'encourager la femme à rester mobile autant que possible, notamment à l'aide de la télémetrie sans fil¹².

L'anesthésie péridurale est couramment utilisée au Canada pour soulager la douleur — même si cela peut prolonger le travail et accroître la nécessité de recourir à des forceps ou à une ventouse¹²⁶. Les taux de péridurale sont en croissance au Canada, étant passés de 53,2 % en 2006-2007 à 57,8 % en 2015-2016¹³⁶. Toutefois, les techniques d'analgésie péridurale à faible dose, également appelées « analgésie péridurale déambulatoire », signifient que les femmes peuvent encore être à la verticale et mobiles pendant le travail¹³⁷. Certains experts ont suggéré que le nombre croissant d'accouchements par voie vaginale parmi les femmes ayant reçu une péridurale à faible dose s'explique par cette capacité à rester à la verticale pendant le travail¹³⁷. Bien qu'une récente revue Cochrane n'a découvert aucun effet clair de la position verticale en comparaison avec la position couchée parmi les femmes sous anesthésie péridurale, les essais étaient petits et les auteurs concluent qu'ils ne « peuvent pas exclure qu'il y ait des petits effets importants, bénéfiques ou délétères, les femmes devraient donc être encouragées à adopter la position qu'elles préfèrent¹³⁸. » Comme pour les femmes sans péridurale, les femmes sous péridurale à faible dose devraient être renseignées sur les avantages et les risques des différentes positions et encouragées à adopter différentes positions en fonction de leur situation clinique.

Naissance

Dans de nombreuses cultures, les femmes donnent spontanément naissance dans une position verticale – à genoux, accroupies ou debout. Certains disent que les systèmes de santé nord-américains ont poussé les femmes à donner naissance sur le dos, les jambes dans des étriers. Comme mentionné plus haut, les PS sont souvent ceux qui encouragent l'adoption d'une position couchée, pour des raisons pratiques.

Une récente revue Cochrane a découvert que les femmes qui n'étaient pas sous péridurale souffraient plus lorsqu'elles donnaient naissance sur le dos, et étaient plus susceptibles de donner naissance à l'aide de forceps ou d'une épisiotomie, mais perdaient moins de sang. Elles étaient aussi plus susceptibles d'avoir des tracés de fréquence cardiaque fœtale anormaux. Toutefois, les études examinées n'étaient pas de bonne qualité et les auteurs concluaient que les femmes devraient être encouragées à donner naissance dans la position qu'elles trouvaient la plus confortable – généralement à la verticale – et que plus de recherches étaient donc nécessaires¹³⁹.

Selon l'*EPPMHC*, la majorité (71 %) des hôpitaux canadiens ont comme politique de laisser la femme choisir sa position, mais selon l'*EEM*, près de la moitié (48 %) des femmes ayant accouché par voie vaginale rapportaient avoir eu recours à une position couchée sur le dos pendant l'accouchement, et 36 % ont signalé que leurs jambes reposaient dans des étriers pendant la naissance^{3,11,28}.

Idéalement, les hôpitaux et les centres de naissance disposent d'équipement permettant aux femmes de donner naissance dans différentes positions. Les fournisseurs doivent acquérir les compétences et les connaissances nécessaires pour aider confortablement les femmes à donner naissance dans différentes positions, et les encourager à le faire à la verticale, puisque cela est optimal pour l'accouchement.

7.9 GESTION DE LA DOULEUR : OPTIONS PHARMACOLOGIQUES, NON PHARMACOLOGIQUES ET PÉRIDURALES

La perception de la douleur est très subjective. Ce fait, combiné à la nature très variable du travail, signifie que la gestion de la douleur associée au travail et à l'accouchement nécessite une approche flexible comportant plusieurs options afin que la femme puisse choisir ce qui lui convient le mieux. Le degré de douleur et l'endurance de chaque femme dépendent de plusieurs facteurs : son expérience, sa psychologie, son degré de préparation à l'accouchement, ses croyances et pratiques culturelles, la qualité et la force des contractions utérines, le soutien qu'elle reçoit pendant le travail et l'accouchement et la position du fœtus¹⁴⁰. Il est important pour toutes les femmes enceintes d'avoir un plan de gestion de la douleur pendant le travail et l'accouchement ayant recours à des méthodes variées. Dans le même ordre d'idées, il importe que les PS expliquent les risques et les avantages de chaque méthode afin que les femmes puissent faire des choix éclairés⁴⁵.

Puisque certaines femmes veulent être soulagées alors que d'autres préfèrent éviter la médication, chaque unité des naissances ou centre de naissance devrait être capable d'offrir au moins 1 choix parmi les 3 catégories générales d'options de gestion de la douleur pendant le travail (techniques non pharmacologiques, pharmacologiques, et épidurales).

Les techniques non pharmacologiques comprennent :

- l'autoassistance (p. ex., ambulation, respiration, massages, bains ou douches);
- les thérapies complémentaires (p. ex., hypnose, acupuncture, neurostimulation transcutanée [TENS], réflexologie et aromathérapie);
- les injections d'eau stérile.

Les techniques pharmacologiques comprennent l'oxyde d'azote et les opioïdes par voie parentérale pour le début du travail ou le travail établi. Les techniques péridurales comprennent la péridurale standard et la rachi-péridurale combinée.

L'analgésie péridurale à faible dose contrôlée par la femme, y compris les nouvelles péridurales en bolus intermittent programmé, réduit le besoin général de médication péridurale et accroît la mobilité^{45,141}.

L'EEM offre un aperçu de l'utilisation des différentes modalités par les femmes³ :

- Chez les femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale, les exercices de respiration (74 %), le changement de position (70 %) et l'ambulation (52 %) étaient les techniques de gestion de la douleur sans médicament les plus souvent utilisées.
- Plus de la moitié (57 %) de toutes les femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale ont eu une péridurale ou une anesthésie rachidienne.
- Près d'un quart (23 %) des femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale ont indiqué n'avoir eu recours qu'à des techniques de soulagement de la douleur sans médicament, et 69 % ont indiqué s'être servi de techniques avec et sans médicament pendant le travail.



La gestion de la douleur associée au travail et à l'accouchement nécessite une approche flexible comportant plusieurs options afin que la femme puisse choisir ce qui lui convient le mieux.

Efficacité des options de soulagement de la douleur

Selon une revue récente Cochrane qui résumait les données probantes des autres examens systématiques Cochrane et non Cochrane sur l'efficacité et la sécurité des interventions non pharmacologiques et pharmacologiques visant à prendre en charge la douleur pendant le travail, bien que l'épidurale, la rachi-péridurale combinée et l'inhalation d'un analgésique soient efficaces pendant le travail, elles peuvent engendrer des effets indésirables¹⁴². Les femmes qui ont subi une épidurale étaient plus susceptibles d'avoir un accouchement par voie vaginale nécessitant des manœuvres instrumentales ou un accouchement par césarienne en raison de souffrances fœtales que celles qui ont pris un placebo ou des opioïdes, bien qu'il n'y avait, au total, aucun risque accru d'accouchement par césarienne. Les femmes qui ont eu recours à une épidurale étaient aussi plus susceptibles d'avoir une rétention urinaire, une tension artérielle basse, de la fièvre ou un blocage moteur.

La revue a également révélé que l'immersion dans l'eau, les techniques de relaxation, l'acupuncture, les blocages nerveux par anesthésie locale (blocage du nerf honteux et blocage paracervical) et les médicaments non opioïdes ont soulagé la douleur et ont amélioré la satisfaction des femmes à l'égard du soulagement de la douleur. L'immersion dans l'eau, les techniques de relaxation et les médicaments non opioïdes ont amélioré l'expérience d'accouchement des femmes par rapport au placebo ou aux soins courants. Les femmes qui ont utilisé des techniques de relaxation ont vécu moins d'accouchements vaginaux assistés, alors que les femmes qui ont essayé l'acupuncture ont vécu moins d'accouchements vaginaux assistés et d'accouchements par césarienne.

La revue a permis de conclure qu'il manque de données probantes pour déterminer si l'hypnose, la rétroaction biologique, l'injection d'eau stérile, l'aromathérapie, la neurostimulation

transcutanée ou les opioïdes par voie parentérale sont plus efficaces que le placebo ou les autres interventions de soulagement de la douleur pendant le travail.

Une autre méta-analyse récente des approches non pharmacologiques de soulagement de la douleur pendant le travail a révélé que les femmes étaient moins susceptibles d'avoir une épidurale, et ont signalé une satisfaction accrue lorsqu'elles ont utilisé l'immersion dans l'eau, le massage, la marche et la capacité à changer de position (c.-à-d. les approches de soulagement de la douleur selon la théorie du portillon) par rapport aux femmes qui ont utilisé l'acupression, l'acupuncture, la stimulation électrique et les injections d'eau (c.-à-d. les approches de soulagement de la douleur selon le contrôle inhibiteur diffus)¹⁴³. « Par rapport aux approches non pharmacologiques fondées sur le contrôle du système nerveux central (sensibilisation, déviation de l'attention, soutien), les soins habituels sont associés à des probabilités accrues d'épidurale, d'accouchement par césarienne, d'accouchement à l'aide d'instruments, d'usage d'oxytocine, de durée supérieure du travail et de satisfaction moindre à l'égard de l'accouchement. Les approches non pharmacologiques personnalisées, fondées sur un soutien continu, étaient les plus efficaces pour réduire les interventions obstétricales¹⁴³. » Les auteurs ont donc conclu que les approches non pharmacologiques de soulagement de la douleur pendant le travail « procurent des avantages considérables aux femmes et à leur nourrisson sans causer d'effets néfastes supplémentaires¹⁴³. »

Pour obtenir les conclusions détaillées de ces revues et des renseignements supplémentaires sur les données probantes favorisant l'efficacité des options de soulagement de la douleur, voir l'**Annexe B**. Il est essentiel que les infirmières, médecins et sages-femmes qui prennent soin des femmes pendant le travail et l'accouchement aient les connaissances et compétences nécessaires pour appuyer l'utilisation d'options non pharmacologiques et pharmacologiques de soulagement de la douleur.

7.10 MÉCONIUM

Le méconium, premières selles accumulées dans l'intestin du fœtus, est stérile et est composé de sécrétions intestinales, de cellules et de fluide. Dans certains cas, la première évacuation du méconium a lieu avant la naissance. Cela peut se produire dans les grossesses prolongées ou en raison du stress physiologique fœtal avant ou durant le travail. L'inhalation du méconium avant ou pendant l'accouchement peut engendrer le syndrome d'inhalation du méconium, qui est mortel dans les cas graves¹⁴⁴. Étant donné

que l'évacuation du méconium est liée à la maturité du tractus gastro-intestinal, le syndrome d'inhalation du méconium est une complication qui peut toucher les nourrissons nés avant terme, nés à terme et nés après terme.

Consulter les directives cliniques actuelles pour obtenir des conseils sur la surveillance du bien-être fœtal et les *lignes directrices en réanimation néonatale* de la Société canadienne de pédiatrie pour la prise en charge clinique du travail et des accouchements impliquant du méconium¹⁴⁵.



8 LES SOINS À LA NAISSANCE

8.1 POUSSÉE PRÉCOCE OU TARDIVE

Le deuxième stade du travail fait référence à la période passant de la dilatation complète du col de l'utérus à la naissance. Il est devenu habituel de reconnaître 2 phases de la deuxième étape, c.-à-d. la phase latente durant laquelle la descente fœtale passive a lieu et la phase active durant laquelle une femme pousse tout en ayant des contractions. Cette différenciation a évolué au moment où le recours à l'analgésie péridurale pendant le travail est devenu plus répandu, étant donné que l'analgésie péridurale retarde souvent la perception de la pression et le besoin de pousser chez une femme⁴⁵.

Selon la pratique actuelle, les femmes doivent retarder la poussée, même si le col de l'utérus est complètement dilaté, et ce, jusqu'à ce qu'elles éprouvent une forte envie de le faire. Par conséquent, on a pu consigner une augmentation de la durée de la deuxième étape, ainsi qu'une période plus longue de descente passive contribuant en grande partie à cette augmentation, alors que la durée de la poussée a diminué. Cette observation est importante, car une durée plus longue de poussée active est associée plus étroitement à des effets indésirables chez la mère ou le fœtus¹⁴⁶⁻¹⁴⁸.

Les organismes professionnels et les comités ont élaboré des lignes directrices de pratique clinique pour la deuxième étape du travail en réponse aux préoccupations concernant cette durée accrue de la deuxième étape et pour promouvoir des pratiques exemplaires de soins chez les femmes à l'heure actuelle. La directive de la SOGC - *Prise en charge du travail spontané chez les femmes en santé, à terme* - recommande que la poussée débute lorsque le col de l'utérus est complètement dilaté, la présentation est engagée et la femme éprouve une forte envie de pousser. La directive décrit aussi d'autres pratiques recommandées à la deuxième étape du travail⁴⁵.

Les femmes doivent être appuyées dans une position de confort tout au long du travail, y compris durant la deuxième étape. Se tenir debout et changer souvent de position peuvent aider à soulager la douleur au dos. Ces actions ont aussi été proposées comme mesures efficaces pour provoquer une forte envie de pousser, corriger une mauvaise position et favoriser le progrès^{149,150}. Lors de la poussée, les femmes doivent être encouragées à adopter un comportement instinctif de poussée, ce qui comprend habituellement une attente durant les contractions, jusqu'à ce qu'elles atteignent leur plus haut niveau, et de multiples poussées durant une contraction, ainsi que plusieurs respirations entre ces tentatives^{146,149}. La poussée spontanée peut être appuyée par la présence constante de PS qui offrent un encouragement et une reconnaissance des efforts de la femme, selon les souhaits de cette dernière¹⁴⁹⁻¹⁵¹. La poussée courante dirigée par le fournisseur (qui comprend la retenue prolongée de la respiration et la poussée prolongée tout au long de chaque contraction), souvent appelée « poussée en Valsalva », n'est pas recommandée en raison d'un manque de bienfaits prouvés et de rapports réels sur les effets néfastes^{45,146,149,150,152,153}. Aussi, la SOGC recommande particulièrement d'éviter la poussée en Valsalva si la fréquence cardiaque fœtale est anormale¹¹⁷.

Bien qu'une durée maximale n'ait pas été établie, il est important de s'assurer que le travail progresse tout au long de la deuxième étape. En l'absence de signes évidents de descente fœtale, des examens vaginaux sont menés, idéalement par le même PS. Si le progrès est satisfaisant, la fréquence cardiaque fœtale est normale et les évaluations de la mère sont satisfaisantes, permettre la poursuite de la deuxième étape au-delà d'un délai arbitraire peut augmenter la probabilité d'accouchement par voie vaginale sans augmenter le risque d'effets indésirables périnataux ou maternels^{154,155}. Cependant, s'il n'y a aucun progrès pendant deux heures chez une femme nullipare ou une heure chez une femme par multipare malgré des contractions adéquates, la raison pourrait être l'arrêt de progression du travail, en particulier s'il y a une bosse séro-sanguine et un modelage du crâne importants; un accouchement opératoire doit être envisagé. Le risque de morbidité maternelle et périnatale augmente avec l'arrêt de progression du travail lorsque la deuxième étape dure plus de trois heures chez une femme nullipare ou deux heures chez une femme multipare^{155,156}. Le Consortium on Safe Labor a étudié la durée optimale de la deuxième étape du travail et a conclu que le 95^e centile pour les femmes nullipares qui n'ont pas eu d'anesthésie régionale était de 2,8 heures (168 minutes), tandis que pour les femmes nullipares ayant eu une anesthésie régionale, il était de 3,6 heures (216 minutes). Le 95^e centile pour les femmes multipares ayant eu une anesthésie régionale était de 2 heures et pour celles n'ayant pas eu d'anesthésie régionale, il était de 1 heure¹⁰⁶.



8.2 ÉPISIOTOMIE ET TRAUMATISME PÉRINÉAL

L'épisiotomie est décrite comme une incision chirurgicale du périnée et du vagin pour faciliter l'accouchement. Il s'agit de l'une des pratiques les plus courantes à l'échelle mondiale^{157,158}. Des déchirures se produisent souvent durant l'accouchement lors de l'ouverture du vagin avec le passage de la présentation du bébé, particulièrement si la descente a lieu rapidement¹⁵⁹. Les déchirures peuvent toucher la peau périnéale et même les couches musculaires et/ou le sphincter anal et l'anus.

Il a été démontré que diverses interventions diminuent les traumatismes au périnée dans l'accouchement^{45,160-162} :

- utiliser la position latérale ;
- éviter de pousser jusqu'à ce que vous ressentiez une forte envie de pousser ;
- appliquer des sacs chauds sur le périnée toutes les 30 minutes durant la deuxième étape du travail ;
- changer de position toutes les 15 minutes pour faciliter la descente et la rotation fœtales ;
- permettre à la femme de poser les pieds sur le lit plutôt que dans les étrières ou de les faire tenir ;
- éviter d'étirer manuellement le périnée de la femme durant la deuxième étape du travail.

Les PS sont encouragés à discuter avec les femmes de ces interventions et des meilleurs moyens de diminuer les traumatismes au périnée durant l'accouchement.

Des politiques qui encouragent une utilisation sélective des épisiotomies peuvent donner lieu à des traumatismes périnéaux/vaginaux moins graves comparativement à celles qui soutiennent son utilisation systématique¹⁵⁹. La SOGC recommande d'éviter les épisiotomies de routine dans les accouchements spontanés par voie vaginale⁴⁵.

8.3 ACCOUCHEMENT DANS L'EAU

Un certain nombre de femmes choisissent de s'immerger dans de l'eau tempérée durant le travail, alors que certaines le font pour accoucher. Il existe une certaine controverse au sujet de l'accouchement dans l'eau. Les directives du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recommandent que les personnes soignantes « informent les femmes qu'il n'y a pas suffisamment de données probantes de qualité supérieure ni pour appuyer ni pour décourager l'accouchement dans l'eau¹². » L'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) adopte une approche plus conservatrice pour l'accouchement dans l'eau et recommande de ne pas accoucher dans l'eau jusqu'à ce qu'il y ait suffisamment de données pour appuyer cette pratique¹⁶³.

L'American College of Nurse-Midwives, pour sa part, recommande de donner aux femmes la possibilité de demeurer immergée dans l'eau durant l'accouchement, à condition que la décision soit prise conjointement avec leur PS et que les femmes et leur fœtus soient évalués¹⁶⁴. Les établissements sont encouragés à mettre en place des politiques et des protocoles concernant l'accouchement dans l'eau.



8.4 DYSTOCIE DES ÉPAULES

La dystocie des épaules est définie par AMPRO^{OB} (Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) comme « l'incapacité des épaules du fœtus à passer de façon spontanée ou avec une douce traction durant l'accouchement par voie vaginale en présentation céphalique. Des manœuvres obstétricales sont nécessaires pour faire passer les épaules et le corps du fœtus¹⁶⁵. » L'incidence de la dystocie des épaules varie de 0,2 à 3,5 %¹⁶⁶⁻¹⁷¹. Une analyse plus approfondie révèle que cette incidence varie entre 0,6 et 1,4 % pour les nourrissons pesant entre 2 500 g et 4 000 g à la naissance et entre 5 et 9 % pour les nourrissons pesant entre 4 000 et 4 500 g à la naissance¹⁷².

Les pratiques courantes utilisées dans le cadre de l'approche visant à faire passer les épaules une fois que la tête fœtale est sortie ont différé. Certains PS exercent une douce traction vers le bas et encouragent la femme à pousser pour faire passer les épaules immédiatement une fois la tête retirée. Cependant, si le bien-être du fœtus ne donne pas lieu à des préoccupations et que la tête a passé sans problème, il est maintenant recommandé d'attendre la prochaine contraction pour faire passer les épaules¹⁷³. Si on ne propose pas aux femmes de pousser après l'apparition de la tête, 80 % d'entre elles font une pause avant que la naissance ait lieu lors de la contraction suivante.

« Il est important de communiquer ouvertement avec la femme pour soulager le stress ou l'anxiété, puisqu'il peut y avoir des personnes supplémentaires dans la salle et des procédures urgentes à suivre durant la prise en charge de la dystocie des épaules.

Le délai physiologique doit être différencié des intervalles prolongés de la tête vers le corps en cas de dystocie des épaules^{117,173}. À condition que la surveillance fœtale ait été normale, le pH fœtal diminue d'une quantité insignifiante sur le plan clinique durant cette pause¹⁶⁷. Permettre la restitution tout en attendant la forte envie spontanée de pousser de la femme lors de la contraction suivante, cela facilite le passage spontané des épaules et peut empêcher la dystocie des épaules.

La prise en charge clinique de la dystocie des épaules va au-delà de la portée des présentes lignes directrices. Consulter les directives de pratique clinique et les ressources comme la *Gestion du travail et de l'accouchement* de la SOGC et AMPRO^{OB}. Il est important de communiquer ouvertement avec la femme pour soulager le stress ou l'anxiété, puisqu'il peut y avoir des personnes supplémentaires dans la salle et des procédures urgentes à suivre durant la prise en charge de la dystocie des épaules.

8.5 CORDON AUTOUR DU COU

La prise en charge du cordon autour du cou (lorsque le cordon ombilical est enroulé autour du cou du fœtus) durant l'accouchement est une compétence importante pour les PS prenant soin de la mère et du nouveau-né, puisque cette situation est courante. La présence du cordon autour du cou varie tout au long de la grossesse, augmentant vers la fin du terme, et comporte un taux de prévalence à la naissance d'environ 25 %. Les recherches ont démontré que le cordon autour du cou peut être associé à un retard de croissance intra-utérine, à des tracés de la fréquence cardiaque fœtale atypiques ou anormaux, à l'acidémie, à un indice inférieur d'Apgar évalué à 1 minute et à une mortalité périnatale¹⁷⁴⁻¹⁷⁶. Il est également associé à des taux accrus d'accouchement opératoire ou assisté¹⁷⁷. Cependant, d'autres recherches indiquent qu'il n'y a aucune association entre le cordon autour du cou et des effets néonataux indésirables importants, même lorsqu'il est

serré^{174,175,178}. La documentation est moins claire dans le cas du cordon autour du cou en boucles multiples, et certaines recherches proposent des interventions comme l'accouchement par césarienne¹⁷⁹.

La capacité à détecter le cordon autour du cou à l'échographie prénatale a créé de la confusion dans le débat quant à savoir si le cordon autour du cou a une incidence sur la prise en charge de la grossesse et du travail ou si ces renseignements devraient en effet être partagés avec la femme enceinte¹⁷⁴. Les données probantes actuelles indiquent qu'il s'agit d'une constatation inoffensive à l'accouchement ou à l'échographie prénatale¹⁸⁰. La spécificité et la sensibilité de la détection du cordon autour du cou à l'échographie sont aussi remises en question¹⁸¹. La détection à l'échographie est considérée comme une découverte fortuite qui ne devrait pas influencer les soins durant le travail et ne devrait pas nécessiter de surveillance supplémentaire ni d'enquête en laboratoire^{174-176,178}.

Les 4 techniques généralement utilisées pour prendre en charge le cordon autour du cou comprennent le clampage et la section du cordon pour le dégager de la présentation; le déroulement du cordon en boucle par-dessus la présentation; le passage du fœtus par le cordon; et la manœuvre de la culbute. Le passage par la boucle est la méthode la plus susceptible de réussir, puisqu'il exige le moins de relâchement pour faire passer la boucle par-dessus l'épaule du fœtus^{182,183}. Néanmoins, il existe peu de documentation sur les avantages et les risques de chaque méthode, et il n'existe pas de lignes directrices établies sur la prise en charge du cordon autour du cou^{182,184}. Un essai randomisé contrôlé n'a constaté aucune différence dans les résultats entre le clampage immédiat du cordon et le déroulement du cordon par-dessus la présentation¹⁸⁵. Les facteurs qui peuvent influencer la prise en charge comprennent la préférence du PS, la nécessité d'accélérer l'accouchement et le cordon autour du cou empêchant la tête ou les épaules de passer.

En obstétrique, le clampage et la section du cordon ont généralement été la technique privilégiée. Cependant, étant donné le manque de données probantes selon lesquelles le cordon autour du cou ait d'importants effets périnataux indésirables et une méthode de prise en charge soit meilleure qu'une autre, les efforts visant à laisser le cordon intact peuvent favoriser le clampage retardé du cordon.

8.6 NAISSANCE VAGINALE ASSISTÉE

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le taux de naissance assistée – par forceps ou ventouse – a diminué, passant de 17,4 % en 1991-1992 à 13,2 % en 2015-2016. En particulier, le taux d'extraction à l'aide d'une ventouse a augmenté, passant de 6,8 à 9,2 % alors que le taux de naissance assistée par forceps a diminué, allant de 11,2 à 3,4 % au cours de la même période^{136,186}.

La SOGC a déterminé un certain nombre d'approches qui peuvent réduire le besoin de naissance vaginale assistée. Le soutien individuel continu pendant le travail, l'administration d'oxytocine et la souplesse dans la prise en charge de la deuxième étape du travail, y compris la position verticale, le soulagement de la douleur, la souplesse des délais ou le fait de retarder la poussée jusqu'à ce que la femme en ressent une forte envie peuvent aider à réduire le besoin de naissance vaginale assistée¹⁸⁷.

Une récente revue Cochrane a indiqué que les forceps étaient plus efficaces que l'extraction à l'aide d'une ventouse pour donner naissance. Cependant, les forceps étaient associés à des taux accrus de complication pour la mère, y compris le traumatisme périnéal, les déchirures, l'incontinence et les besoins de soulagement de la douleur. Il existait des risques de blessures du cuir chevelu et de céphalohématomes pour le bébé avec les deux types d'instruments. Les auteurs ont néanmoins conclu que l'utilisation de forceps et l'extraction à l'aide d'une ventouse se justifient selon la situation et qu'il est important que les personnes soignantes soient formées et qualifiées en conséquence¹⁸⁸.

La *Directive clinique sur l'accouchement vaginal opératoire* de la SOGC aborde les conditions préalables et les contre-indications des naissances vaginales assistées, ainsi que les procédures d'application et les complications éventuelles¹⁸⁷. Il est recommandé que les hôpitaux aient une politique sur l'accouchement par voie

vaginale avec manœuvres instrumentales qui soit fondée sur les directives cliniques existantes comme celle de la SOGC, le programme AMPRO^{OB} ou les lignes directrices provinciales. Selon l'*EPPMHC*, 47 % des hôpitaux canadiens ont mis en place une telle politique¹¹.



9

SOINS IMMÉDIATEMENT APRÈS LA NAISSANCE

9.1 CLAMPAGE DU CORDON OMBILICAL

Un pourcentage important du volume de sang de l'unité fœto-placentaire se trouve dans le placenta à la naissance. Si le cordon n'est pas clampé immédiatement, le sang du placenta passe dans la circulation sanguine du nouveau-né, ce qui entraîne une augmentation du volume de sang pouvant aller jusqu'à 30 %. Au cours de la dernière décennie, des études ont démontré que retarder le clampage du cordon ombilical d'au moins 30 à 60 secondes peut être bénéfique pour les nourrissons nés à terme et pour les nourrissons prématurés^{189,190}.

Chez les nourrissons prématurés, les bienfaits comprennent une tension artérielle plus élevée, moins de transfusions sanguines et une incidence réduite d'hémorragie intraventriculaire (tous les grades) et d'entérocolite nécrosante¹⁹¹. Pour les nourrissons nés à terme (≥ 37 semaines), retarder le clampage du cordon ombilical entraîne un taux d'hémoglobine plus élevé, et ces nourrissons courent un risque moins élevé d'anémie ferriprive entre 3 et 6 mois. Les nourrissons nés à terme dont

le clampage du cordon a été retardé sont plus susceptibles de nécessiter une photothérapie et d'être suivis pour l'ictère¹⁹¹.

Le moment optimal pour clamber le cordon n'est pas clair. La SOGC recommande de retarder cette manœuvre de 60 secondes pour les nourrissons nés à terme et pour les enfants prématurés ne nécessitant pas une réanimation, peu importe le mode d'accouchement⁴⁵. La SOGC recommande également de retarder le clampage du cordon pour les nourrissons très prématurés; et lorsque cette manœuvre n'est pas possible, l'autre solution à envisager est la traite du cordon⁹². La position idéale pour le nourrisson n'est pas claire non plus; une revue Cochrane a conclu qu'il fallait mener d'autres études d'envergure pour évaluer les effets de la gravité sur la transfusion de sang du placenta¹⁹². Les directives cliniques – *Sang de cordon ombilical : Counseling, prélèvement et mise en banque; Prise en charge active du troisième stade du travail : Prévention et prise en charge de l'hémorragie post-partum; et Prise en charge du travail spontané chez les femmes en santé, à terme* – de la SOGC fournissent davantage de renseignements.

9.2 MISE EN BANQUE DU SANG DE CORDON OMBILICAL

Les parents peuvent avoir décidé de mettre en banque le sang du cordon ombilical de leur nouveau-né. Selon les recommandations de la SOGC, le prélèvement du sang de cordon ombilical ne doit pas nuire à la santé de la mère ou du nouveau-né, et ne devrait pas entraver le clampage retardé du cordon ombilical¹⁹³. Étant donné les bienfaits de retarder cette manœuvre, les politiques et procédures entourant le prélèvement du sang de cordon ne devraient pas avoir préséance sur les pratiques bénéfiques pour le nourrisson. Il est important que les parents soient conscients que le prélèvement du sang de cordon ombilical après le clampage retardé du cordon n'est pas contre-indiqué, mais que le retard peut avoir une incidence sur le volume de sang mis en banque. La directive - *Sang de cordon ombilical : Counseling, prélèvement et mise en banque* - de la SOGC fournit davantage de directives¹⁹³.

9.3 CONTACT PEAU CONTRE PEAU PRÉCOCE

Toutes les grandes organisations préoccupées par la santé des nouveau-nés (la SOGC, le Comité canadien pour l'allaitement, la Société canadienne de pédiatrie, l'American Academy of Pediatrics et l'OMS) recommandent que les nourrissons en santé aient un contact peau contre peau direct avec leur mère immédiatement après la naissance. Ce contact consiste généralement à placer le nouveau-né nu sur la poitrine nue de leur mère, à le recouvrir d'une couverture puis à s'assurer que le contact est ininterrompu au moins jusqu'à ce que le premier allaitement soit terminé. Une étude récente a conclu que « le contact peau contre peau immédiat entre la mère et le nourrisson est une méthode simple et accessible pour améliorer l'auto-efficacité de l'allaitement maternel¹⁹⁴. » Il a aussi été démontré que ce contact améliore :

- la température de la mère et du nouveau-né;
- l'expulsion du placenta;

- l'oxygénation, la glycémie et l'organisation neuromotrice chez le nouveau-né;
- le commencement, l'exclusivité et la durée de l'allaitement;
- le gain de poids chez le nouveau-né;
- la qualité des interactions entre la mère et le bébé.

Il a également été démontré que le contact peau contre peau^{195,196} :

- diminuait la concentration de cortisol dans la salive;
- réduisait les réactions de douleur durant les interventions douloureuses;
- réduisait l'anxiété de la mère (à court et à long terme);
- réduisait le stress et les pleurs chez le nourrisson.



Donner la priorité au contact peau contre peau précoce signifie qu'il faut voir la mère et son bébé comme un couple formant une unité inséparable et ne pas laisser les procédures ou pratiques habituelles de l'hôpital nuire à cette unité.

Donner la priorité au contact peau contre peau précoce signifie qu'il faut voir la mère et son bébé comme un couple formant une unité inséparable et ne pas laisser les procédures ou pratiques habituelles de l'hôpital nuire à cette unité. La commodité des PS ne devrait ni l'emporter sur le besoin de ce contact précoce, ni jouer un rôle lors de la prise de décisions sur la manière de faciliter la pratique. Tout ce qui n'est pas essentiel au bien-être immédiat du nourrisson ou de la mère doit attendre deux heures après la naissance ou après le premier allaitement. Si une procédure médicale est nécessaire, elle peut être réalisée alors que le nouveau-né demeure peau

contre peau avec la mère, du moment que cela est sécuritaire. Cela comprend la prise de mesures, la prise des empreintes digitales et plantaires, l'administration d'injections de vitamine K, l'examen du nouveau-né et l'administration d'onguent antibiotique aux yeux. Le contact peau contre peau peut continuer pendant le transfert du centre de naissance aux soins post-partum. Pour les directives cliniques sur le contact peau contre peau sécuritaire, voir l'Annexe C¹⁹⁷.

Il est clair aussi que les nourrissons nés prématurément ont besoin de contact peau contre peau avec leurs parents; or, ce contact commence à des moments très différents selon le centre. Dans certains centres européens, les nourrissons prématurés restent avec leur mère pendant les évaluations, et les soins couplés mère-enfant sont pratiqués dans les unités néonatales de soins intensifs¹⁹⁸. Bien que les unités néonatales de soins intensifs canadiennes n'aient généralement pas été construites pour permettre ce modèle de soins couplés, les mères et leurs bébés devraient être réunis aussitôt que possible pour permettre des soins peau contre peau. De nombreux centres préconisent fortement ce type de contact, même pour les nourrissons très prématurés, de faible poids et ventilés, en raison des bienfaits psychologiques et cliniques pour le nourrisson et les parents¹⁹⁹.

Peu importe le lieu ou les circonstances de l'accouchement, les unités néonatales de soins intensifs doivent travailler en collaboration afin de surmonter les obstacles et d'informer les parents et les autres fournisseurs de soins de santé de l'importance du contact peau contre peau précoce.



9.4 HÉMORRAGIE POST-PARTUM

L'hémorragie post-partum touche environ 6 % de l'ensemble des femmes et est la principale cause de mortalité maternelle à l'échelle mondiale²⁰⁰. Au Canada, 1,4 décès maternel par 100 000 accouchements en milieu hospitalier a été associé à un diagnostic d'hémorragie post-partum entre 2002 et 2010⁷³. De 2010 à 2015, l'hémorragie post-partum était la deuxième morbidité grave maternelle la plus commune, avec un taux de 483,9 par 100 000 accouchements en milieu hospitalier⁷³.

L'hémorragie post-partum est définie comme une perte de plus de 500 mL de sang pendant un accouchement par voie vaginale ou de plus de 1000 mL pendant une césarienne²⁰¹. La principale cause d'hémorragie post-partum immédiate est l'atonie utérine. D'autres causes possibles sont une rupture utérine, un placenta adhérent morbide et une lacération ou extension de l'artère utérine. L'hémorragie post-partum peut être causée par des troubles du tonus utérin, du placenta restant, la coagulation ou un traumatisme des voies génitales. De nombreuses femmes présentent des affections qui les y prédisposent : une grossesse multiple, des fibromes utérins, une coagulopathie connue, des antécédents d'hémorragie post-partum, etc.

La directive clinique – *Prise en charge active du troisième stade du travail : Prévention et prise en charge de l'hémorragie post-partum* – de la SOGC fournit davantage de renseignements²⁰¹. Aucune procédure n'aura d'incidence sur les résultats du traitement sans une formation et une mise en œuvre adéquates. C'est en équipe qu'il faudrait s'entraîner à une approche de la gestion des hémorragies post-partum. Il convient d'effectuer un compte rendu entre le PS et la femme ainsi que l'équipe soignante, à la suite d'une hémorragie post-partum.



10 DÉCLENCHEMENT DU TRAVAIL

Le déclenchement du travail désigne la provocation du travail par des moyens artificiels avant le début du travail spontané. Le déclenchement est indiqué lorsque poursuivre la grossesse présente des risques plus importants pour la mère ou le bébé que les risques qui y sont associés. Son but est de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales, l'objectif étant de parvenir à un accouchement par voie vaginale.

Le taux de déclenchement du travail a augmenté au Canada depuis le début des années 1990. Les taux nationaux sont passés de 12,9 % en 1991-1992 à 21,8 % en 2004-2005⁴⁴. Les taux varient selon la province et sont plus élevés dans l'Est du Canada, avoisinant 25 %²⁰². L'Initiative Amis des femmes qui enfantent suggère un taux de 10 % ou moins²⁰³.

Une grossesse *prolongée* ($\geq 41^{\circ}$ semaines) est l'indication la plus couramment invoquée pour le recours au déclenchement. Les grossesses prolongées ($\geq 42^{\circ}$ semaines) sont associées à des risques accrus de mortalité et de morbidité périnatales⁴⁴. Les directives canadiennes actuelles recommandent d'offrir le déclenchement entre 41° semaines et 42° semaines de grossesse, afin de prévenir une grossesse prolongée ($>42^{\circ}$ semaine). Parmi les autres indications médicales possibles, mentionnons la prééclampsie, la grossesse multiple, la rupture des membranes avant le travail, une souffrance fœtale soupçonnée et le diabète insulino-dépendant. On peut aussi envisager le déclenchement pour les femmes de 40 ans et plus à la 39° semaine, étant donné le risque de mortinaissance plus élevé⁴⁴.

L'approche des soins dans une perspective familiale appuie le recours judicieux à des interventions qui encouragent un travail et un accouchement normal. Le déclenchement est associé à un risque accru d'accouchement opératoire^{44,204-206}. Il est également lié à des interventions comme la SFEC et le recours à l'analgésie durant le travail. Les risques supplémentaires comprennent la naissance prématurée accidentelle et les effets néfastes des agents de déclenchement. À cause de ces risques ainsi que d'autres, le déclenchement avant 41° semaines n'est pas conseillé par le SOGC en l'absence d'autres indications médicales⁴⁴. Avant d'avoir recours au déclenchement pour quelque raison que ce soit, il est important de discuter de ces risques avec la femme afin qu'elle comprenne ce que cela signifie.

Il est aussi possible pour la femme de se tourner vers des méthodes alternatives ou complémentaires pour déclencher le travail comme l'huile de ricin, les rapports sexuels, l'acupuncture ou la stimulation des seins. Une revue a déterminé que les résultats variaient pour ces méthodes²⁰⁷. Les PS peuvent en discuter en s'appuyant sur les meilleures données probantes disponibles. Les directives de la SOGC – *Déclenchement du travail et Directive clinique sur la prise en charge de la grossesse entre la $41^{\circ}+0$ et la $42^{\circ}+0$ semaine de gestation* – fournissent de plus amples conseils sur les indications et contre-indications ainsi que sur la gestion et les options de déclenchement^{44,208}.



11 ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE

En 2015–2016 27,9 % des accouchements se sont faits par césarienne, constituant la principale cause de chirurgie avec hospitalisation^{209,210}. De tels accouchements permettent d'éviter les risques associés au travail pour la mère et le fœtus, mais présentent des risques immédiats accrus de morbidité et mortalité pour la mère ainsi que des risques futurs élevés de mortinaissance, de placentation anormale et de naissance par césarienne répétée. Les accouchements par césarienne sont aussi associés à une moins grande activation néonatale du système immunitaire et à une incidence plus élevée d'affections atopiques ainsi que de l'asthme chez l'enfant²¹¹.

11.1 OPTIMISATION DES TAUX D'ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE

Le taux d'accouchement par césarienne a augmenté partout au pays depuis que la dernière version du document *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : Lignes directrices nationales* a été publiée en 2000. Dans certaines provinces, ce taux est d'environ 1 sur 3. Selon les données produites par l'Institut canadien d'information sur la santé, qui proviennent des fiches de rendement des hôpitaux, on remarque que les taux d'accouchement par césarienne et les taux d'accouchement par voie vaginale après une césarienne varient grandement d'une institution

à une autre. Même parmi les femmes qui en sont à leur première grossesse, avec grossesse unique et présentation du sommet, les taux de césarienne varient grandement, ce qui laisse croire que les tendances de pratique clinique ont une influence sur les résultats²¹². Selon une étude canadienne récente, le groupe dont la contribution relative à l'augmentation du taux de césarienne est la plus grande serait celui des femmes qui ont une grossesse unique à terme avec présentation du sommet et qui ont déjà eu au moins 1 accouchement par césarienne²¹³.

Tandis que les taux d'accouchement par césarienne ont augmenté, il n'y a pas eu de diminution concomitante de la mortalité infantile ou maternelle. L'American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) a affirmé que cette constatation laisse croire qu'il y a peut-être utilisation excessive de cette intervention. L'OMS et l'Initiative Amis des femmes qui enfantent ont indiqué que la communauté internationale de la santé considère qu'un taux d'accouchement par césarienne entre 10 et 15 % est idéal^{203,214}. On peut s'interroger sur l'adéquation de cette indication au contexte canadien étant donné certains facteurs qui ont une incidence sur le taux canadien. Quoiqu'il en soit, il est crucial d'optimiser le taux d'accouchement par césarienne, ainsi que de reconnaître le fait qu'il est pertinent et réalisable de prévoir un accouchement par voie vaginale pour la plupart des femmes.

Pour les femmes qui en sont à leur premier accouchement, les indications les plus fréquentes pour une césarienne comprennent la dystocie, un tracé de la fréquence cardiaque atypique ou anormale du fœtus, une présentation dystocique, une grossesse multiple et une macrosomie soupçonnée²¹⁶. Le recours à des interventions adaptées spécifiquement à ces indications peut optimiser les taux de césarienne. De même, étant donné que les études portent à croire que l'accouchement de jumeaux par voie vaginale, l'AVAC et l'accouchement prévu du siège par voie vaginale sont sécuritaires lorsque certains critères sont respectés, ces interventions pourraient aider à l'optimisation des taux d'accouchement par césarienne²¹⁷⁻²¹⁸. En outre, porter une attention renouvelée aux courbes de travail et aux diagnostics tardifs de dystocie pour les nouvelles mères et les femmes multipares peut également diminuer le taux d'accouchement par césarienne^{106,219}.

11.2 ACCOUCHEMENT VAGINAL CHEZ LES PATIENTES AYANT DÉJÀ SUBI UNE CÉSARIENNE

L'augmentation des taux d'accouchement par césarienne est en grande partie attribuable aux femmes ayant des césariennes répétées²¹³. Il est essentiel que les femmes soient informées des risques et des bienfaits d'un accouchement par voie vaginale après une césarienne afin qu'elles puissent prendre une décision éclairée²²⁰⁻²²².



FACTEURS CONTRIBUANT À L'AUGMENTATION DU TAUX D'ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE²¹⁵ :

- Diminution de la tolérance à l'égard des risques pour le fœtus (p. ex., césarienne systématique pour une présentation par le siège);
- Diminution de la tolérance à l'égard des traumatismes périnéaux (césarienne au lieu d'un accouchement par forceps);
- Surestimation des risques liés au travail après un accouchement antérieur par césarienne (diminution des taux d'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne [AVAC]);
- Manque d'accès au soutien d'une doula pendant le travail;
- Perte de certaines compétences obstétriques chez les obstétriciens (accouchements du siège par voie vaginale, accouchements vaginaux opératoires, accouchement de jumeaux par voie vaginale);
- Utilisation de la SFEC sans avoir accès à un prélèvement du cuir chevelu fœtal (accouchement par césarienne à cause d'un faux positif pour un tracé de la fréquence cardiaque atypique ou anormale du fœtus);
- Augmentation du taux d'obésité maternelle;
- Augmentation du taux de déclenchement du travail (par commodité ou pour éviter les risques liés à la grossesse prolongée);
- Utilisation accrue de l'analgésie péridurale avec une accélération inadéquate du travail;
- Préférence de la mère (horaire, par peur, pour éviter le travail, par commodité);
- Préférence de l'obstétricien (horaire, génération de revenus).



Quoi qu'il en soit, il est crucial d'optimiser le taux d'accouchement par césarienne, ainsi que de reconnaître le fait qu'il est pertinent et réalisable de prévoir un accouchement par voie vaginale pour la plupart des femmes.

Les données probantes et les lignes directrices professionnelles s'entendent généralement sur le fait que le travail et l'AVAC sont une option sécuritaire et adéquate pour la plupart des femmes²²²⁻²²⁵. Les données sur les résultats portent à croire qu'entre 60 et 80 % des femmes qui choisissent d'avoir un AVAC y parviennent²²⁵⁻²²⁸. Les directives de la SOGC appuient l'essai de travail pour les femmes qui ont eu 1 accouchement par césarienne par le passé en l'absence de contre-indications, faisant savoir que « bien qu'il soit associé à un risque accru de rupture utérine, il est probable qu'un essai de travail soit couronné de succès chez les femmes ayant déjà subi plus d'une césarienne^{222, p.176}. » Malgré cela, depuis le milieu des années 1990, le taux d'AVAC a diminué considérablement au Canada, tandis que le taux de naissance par césarienne répétée est passé de 64,7 % en 1995-1996 à 81,0 % en 2015-2016^{136,202}.

La recherche la plus à jour et de la plus haute qualité appuie l'idée que l'AVAC est un choix sécuritaire pour la plupart des femmes qui ont déjà eu une césarienne du segment inférieur, et le taux de complication périnatale et maternelle est faible dans l'ensemble pour l'AVAC ainsi que pour la césarienne répétée élective²²⁹. L'Initiative Amis des femmes qui enfantent a suggéré un taux d'AVAC de 60 % ou plus, avec un objectif de 75 %²⁰³. La morbidité la plus importante pour la

mère et pour le bébé est liée au risque de rupture utérine. La documentation actuelle a déterminé que ce risque, lors d'un essai de travail, est de 1/200 et que le risque de résultats périnataux néfastes causés par la rupture (lésion cérébrale néonatale ou décès périnatal) est de 1/2 000^{229,230}. La morbidité grave pour la mère équivaut dans l'ensemble à celle d'un essai de travail ou d'un accouchement électif par césarienne.

Un AVAC réussi présente le moins de risques — mais la morbidité est plus importante pour une césarienne d'urgence que pour une césarienne élective²³¹. En d'autres termes, « un accouchement par voie vaginale réussi après une césarienne présente les risques les moins importants pour la mère et le bébé; un accouchement par voie vaginale prévu mais infructueux après une césarienne (nécessitant une césarienne non prévue) présente les risques les plus importants. Une césarienne répétée se situe quelque part entre les deux²³¹. »

Consultez la *Directive clinique sur l'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne* du SOGC, qui détermine les contre-indications pour un essai de travail après un accouchement par césarienne ainsi que pour la gestion du travail, l'accélération et le déclenchement²²².

11.3 ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE DANS UNE PERSPECTIVE FAMILIALE

L'accouchement par césarienne, qu'il soit électif ou d'urgence, est une source d'anxiété pour la plupart des femmes et des familles. Un certain nombre d'options peuvent cependant être offertes pour faciliter un accouchement par césarienne dans une perspective familiale — et la politique de l'hôpital doit tenir compte du soutien et de la participation de la famille, de la non-séparation de la mère et du bébé, et de la communication et du respect.

Si une césarienne est prévue et planifiée, il est crucial pour les femmes et leur famille de bien comprendre ce qui va se passer — la procédure et le rétablissement — et qui sera présent durant la naissance de leur bébé afin que l'on puisse s'y préparer. La compréhension des rôles des personnes qui fourniront les soins est importante. Les femmes ont également besoin d'être informées de la préparation nécessaire avant qu'elles arrivent à l'hôpital (p. ex., quand arrêter de manger et boire) et de ce qui se passera à leur arrivée (p. ex., les tests sanguins, les insertions intraveineuses et rachidiennes). Il est recommandé d'appuyer la femme dans son choix d'une personne de soutien — et de discuter de son rôle à l'avance afin qu'il soit clair. Si certaines situations pouvaient empêcher la présence de la personne de soutien, il est également nécessaire d'en discuter à l'avance.

Il est important de trouver un équilibre entre les exigences de la sécurité chirurgicale et les besoins du nourrisson et de la famille. Les événements entourant l'accouchement peuvent avoir une incidence sur la santé et le bien-être à long terme des parents et du nouveau-né. Le contact peau contre peau peut être facilité dans la salle d'opération immédiatement après

l'accouchement par césarienne d'urgence ou élective, avec la mère ou sinon avec le père ou la personne de soutien²³². Les PS peuvent assurer la stabilité initiale du nourrisson et évaluer l'état de la mère alors que s'effectue le contact peau contre peau. Garder le nouveau-né en contact peau contre peau sur la poitrine de la mère dans la salle d'opération, ou si cela n'est pas possible pour des raisons médicales, sur la poitrine du père ou de la personne de soutien choisie amène les mêmes bienfaits que lors d'un accouchement par voie vaginale. La séparation ne devrait se produire que si cela est médicalement indiqué par la santé de la mère ou du nourrisson.

Une fois la chirurgie terminée, le bébé peut être amené, toujours peau contre peau, avec la mère ou la famille, à la salle de récupération. En outre, il est important d'encourager l'allaitement aussitôt que le bébé montre qu'il y est prêt. Il est recommandé que les politiques de l'hôpital encouragent ces pratiques.

Consultez l'**Annexe D** pour des recommandations sur les façons de permettre un contact peau contre peau sécuritaire lors d'un accouchement par césarienne.



12 NAISSANCES MULTIPLES

Les naissances multiples sont à la hausse au Canada, principalement en raison de la procréation assistée et de la hausse de l'âge maternel^{233,234}. En 2014, les naissances multiples comptaient pour 3,3 % de toutes les naissances⁷³.

Le taux d'augmentation est plus grand pour les naissances d'ordre plus élevé (triplés, quadruplés, etc.) que pour les jumeaux²⁰².

Les femmes donnant naissance à plusieurs nourrissons peuvent être plus anxieuses relativement à leur accouchement. Cela peut être causé par le déplacement jusqu'à un hôpital loin de la maison pour l'accouchement, l'anticipation de bébés prématurés, ou le stress d'avoir à s'occuper de plus d'un nouveau-né. Un plan de soins, comme le choix entre un accouchement par voie vaginale ou par césarienne, est idéalement discuté pendant la grossesse et, lors de l'arrivée au centre de naissance, les PS devraient respecter ce plan et offrir des soins dans une perspective familiale.

Si une femme accouche par voie vaginale de façon planifiée, il est recommandé que la SFEC de la fréquence cardiaque pour tous les bébés respecte les directives cliniques actuelles comme *Surveillance du bien-être foetal : Directive consensus d'intrapartum* du SOGC et *Fundamentals of Fetal Health Surveillance Manual* du Partenariat des programmes périnataux du Canada^{117,119}. Un accouchement par

voie vaginale pour des triplés, si la femme le demande, peut être possible avec consultation appropriée et si les ressources sont disponibles.

Les directives actuelles de la SOGC, de l'ACOG et de l'OMS n'établissent pas de distinction entre les accouchements uniques et multiples en ce qui concerne le clampage retardé du cordon ombilical^{193,235,236}. Il s'agit d'un important sujet de discussion avec la mère et d'un domaine où d'autres recherches s'imposent.

Dans les rares cas où une femme arrive à l'hôpital avec des fœtus multiples non diagnostiqués, aucun effort ne devrait être ménagé pour avoir accès à son dossier prénatal et ses études par imagerie. Les soins peuvent se poursuivre comme lors d'un accouchement de jumeaux prévu, avec un accouchement par voie vaginale. Dans un cas de grossesse multiple prématurée, l'accouchement par voie césarienne peut être préférable à une situation de présentation dystocique.



13 ACCOUCHEMENTS DU SIÈGE

Environ 3 à 4 % des fœtus à terme ont une présentation par le siège²³⁷. Les risques encourus par le fœtus sont plus importants avec une telle présentation qu'avec une présentation céphalique, et dans plusieurs PT, procéder à un accouchement par césarienne avant le travail est une pratique courante pour les présentations par le siège.

La sécurité d'un fœtus avec une présentation persistante par le siège lors du travail a fait l'objet d'un vif débat. Le Term Breech Trial

a suggéré que les fœtus avec présentation par le siège auraient un taux de mortalité ou de morbidité grave de 5 % avec un essai de travail²³⁸. Cependant, ces observations suscitent des préoccupations majeures concernant la méthodologie, portant sur le fait de permettre le travail avec des fœtus ayant un retard de croissance connu, de permettre le prolongement de la première et deuxième phase, de ne pas utiliser de surveillance continue ou au moyen d'échographies et de ne pas exiger d'accès à des installations chirurgicales à l'interne²³⁸⁻²⁴⁰.

Dans un milieu obstétrical, moyennant un choix judicieux et une prudente gestion du travail intrapartum des femmes avec présentation du fœtus par le siège, il a été démontré de façon fiable que les risques associés à l'essai de travail pour le fœtus sont beaucoup plus faibles : la morbidité importante à court terme pourrait atteindre 2 % et le taux de mortalité périnatale pour les essais de travail serait entre 1/500 et 1/1 000 environ²⁴¹.

Tandis que de plus en plus de bébés avec présentation par le siège naissent par césarienne, la profession obstétricale perd collectivement ses compétences pour répondre aux besoins des femmes dont l'accouchement du siège se fait par voie vaginale. Si les hôpitaux n'ont pas le personnel obstétrical qualifié pour de tels accouchements, ils pourraient offrir aux femmes demandant un essai de travail de les orienter vers un hôpital dont le personnel possède les compétences nécessaires²⁴². Lorsqu'un tel hôpital est éloigné, y transférer la patiente peut ne pas être réalisable sur le plan logistique une

fois le travail amorcé. Certains hôpitaux ont mis en place un système de garde permettant à un personnel obstétrical qualifié pour les accouchements du siège d'offrir un appui à de jeunes collègues pour la deuxième phase et pour l'accouchement du siège. D'autres hôpitaux offrent aux femmes un accès irrégulier à l'accouchement du siège selon les compétences de l'obstétricien de garde.

Consultez la directive clinique – *Accouchement du siège par voie vaginale* – du SOGC pour la prise en charge clinique de tels accouchements. Une femme ayant un fœtus à terme avec présentation persistante par le siège peut être évaluée afin de déterminer si un essai de travail est approprié. Si c'est le cas, elle doit être informée des options possibles, à savoir un essai de travail ou un accouchement par césarienne avant le travail. Les risques associés à chaque option doivent être discutés, y compris la morbidité et la mortalité maternelles associées à l'accouchement²³⁹.



14 TRANSFERT DE LA MÈRE

14.1 TRANSFERT DE LA MAISON/ CENTRE DE NAISSANCE À L'HÔPITAL

Environ 20 à 25 % des accouchements prévus à l'extérieur du milieu hospitalier au Canada nécessitent un transfert à l'hôpital pendant le travail ou post-partum²⁴³⁻²⁴⁵. La plupart de ces cas ne sont pas des urgences — les femmes sont transférées avant qu'une complication

ou une urgence ne survienne. Elles peuvent parfois décider de se rendre à l'hôpital pour des antidouleurs ou parce que le travail n'évolue pas. Dans ces situations, la femme, sa famille et le PS discuteront des options disponibles et prendront une décision ensemble. Les transferts d'urgence à l'hôpital ne surviennent que dans un relativement petit pourcentage des accouchements à la maison ou en centre de naissance^{246,247}.

Pour les femmes, les familles et les PS, le principal objectif lors de tout transfert est un accouchement sécuritaire au terme duquel la mère et le bébé sont en santé. La collaboration dans les soins est primordiale à la santé tout au long de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum lorsque l'accouchement est prévu en dehors du milieu hospitalier. La coordination des soins et la communication des attentes pendant le transfert améliorent les résultats et permettent une meilleure expérience pour la femme et la famille. Les principes de base des SMNPF doivent être respectés chaque fois qu'une femme est transférée avec sa famille : communiquer et partager l'information; se concentrer sur les besoins de la femme et de la famille; garder les familles ensemble; offrir des soins de soutien. Il est important de fournir un suivi des soins aux membres de la famille pendant le transfert. Des mécanismes doivent être mis en place pour assurer une communication adéquate avec l'hôpital d'accueil lorsqu'un transfert est nécessaire.

Lorsqu'un transport est requis, il est essentiel que cela se fasse sans heurts et de façon sécuritaire. La prise de décisions au sujet du transfert doit être fondée sur la situation clinique et les besoins de la femme. Il est important que les PS parlent avec la femme et sa famille des raisons du transfert et des options disponibles, sans négliger ce à quoi il faut s'attendre pendant le transfert. Il est essentiel de répondre aux inquiétudes de la femme et d'essayer d'atténuer son anxiété. Il faut toujours obtenir un consentement éclairé²⁴⁷. Lorsqu'une femme nécessite un transfert à l'hôpital alors qu'elle avait planifié un accouchement à l'extérieur du milieu hospitalier, elle peut éprouver des sentiments de chagrin et de perte pour le travail et la naissance qui avaient été prévus. Elle a donc besoin d'être soutenue, et on doit lui offrir l'occasion d'avoir des conversations de suivi.

Il est essentiel pour les communautés et les institutions d'avoir des politiques et méthodes d'amélioration de la qualité concernant les transferts à l'hôpital. Il est recommandé que tous les intéressés participent à l'élaboration des politiques : sages-femmes, médecins de famille, obstétriciens, pédiatres, infirmières, fournisseurs de services médicaux d'urgence et familles.

14.2 TRANSFERT D'UN HÔPITAL À UN AUTRE

Il a été démontré que, dans certains cas, les soins néonataux et obstétricaux dans des centres à niveaux de soins variés pouvaient réduire la mortalité périnatale. *Toward Improving the Outcome of Pregnancy*, publié en 1975, a énoncé pour la première fois l'idée que les soins des mères et des nouveau-nés pouvaient être divisés en 3 niveaux de complexité²⁴⁸. Avec le temps, la régionalisation des soins s'est principalement axée sur les soins du nouveau-né. Plus récemment, l'American College of Obstetrics and Gynecology a élaboré un cadre à 5 niveaux de soins pour la mère – du centre de naissance au centre de santé périnatale régional²⁴⁹. Ce dernier document ne traite pas des accouchements à domicile. Son cadre précise quel type de patient devrait recevoir des soins dans divers milieux en fonction des risques, dans un effort visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles. À l'heure actuelle, il n'existe aucun modèle canadien bien défini de niveaux de soins maternels. Les femmes peuvent souvent être transportées à l'hôpital en prévision de soins complexes pour le nouveau-né.

Le transport des mères d'un établissement de soins de santé à un autre peut souvent se faire sur de grandes distances. Le Canada étant un pays à géographie et climat variés, un système coordonné de transports et de soutien à distance est idéal. Un tel système peut être géré à l'échelon provincial (p. ex., un service provincial d'ambulances) ou par le secteur privé (p. ex., STARS [Alberta], Advanced Medical Solutions [T.N.-O.], Ornge [Ontario]).



Le transport et le transfert vers un autre établissement peuvent être extrêmement stressants pour la mère et sa famille, en raison du stress financier et social qui peut en résulter.

Idéalement, l'objectif est de transférer la femme avant qu'elle n'accouche, et non après. Afin de faciliter le transport, il est essentiel que l'hôpital d'accueil et le moyen de transport soient clairement déterminés et que les PS des deux établissements se communiquent. Il est important que la femme et la famille soient informées rapidement des plans de transfert et des éventuels changements.

Pour diverses raisons, il n'est pas toujours possible d'offrir un transport à la mère : les conditions météorologiques ou routières empêchent le trajet; la femme n'est pas médicalement stable (p. ex., à cause d'une hémorragie grave); l'accouchement est prévu avant le point d'arrivée; l'accouchement est imminent en raison de préoccupations quant au fœtus (p. ex., anomalie cardiaque du fœtus). La femme peut également refuser le transfert à un niveau de soins plus élevé.

Le transport et le transfert vers un autre établissement peuvent être extrêmement stressants pour la mère et sa famille, en raison du stress financier et social qui peut en résulter. À cet égard, la participation de travailleurs sociaux dans les deux établissements peut être d'une valeur inestimable. Mettre à contribution les groupes communautaires pour aider à l'hébergement peut aussi être utile.

Consultez les politiques et lignes directrices institutionnelles et des PT sur les transferts pour des recommandations lorsqu'il est question de compétences à divers échelons.

14.3 TRANSFERT D'UN FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ À UN AUTRE

Pendant le travail et l'accouchement, une situation nécessitant un transfert des soins peut survenir — habituellement d'une sage-femme ou d'un médecin de famille à un spécialiste. Il est recommandé que les programmes et les institutions locales élaborent des protocoles pour le transfert des soins fondés sur des lignes directrices élaborées par leurs collègues et selon le contexte de leur situation locale. Ces protocoles doivent être élaborés dans un esprit interprofessionnel afin de faciliter une sécurité optimale pour la mère et le nouveau-né. Une telle collaboration encourage la participation active de tous les PS à la prestation de soins de qualité. Ce travail concerté « est axé sur la femme, respecte les objectifs et les valeurs des femmes et de leur famille, fournit des mécanismes de communication continue entre les personnes soignantes, optimise leur participation dans la prise de décisions cliniques (à l'intérieur d'une même discipline et entre elles) et encourage la contribution de toutes les disciplines²⁵⁰. »

Si les soins d'une femme sont transférés, la communication entre les divers PS est essentielle pour assurer des soins sécuritaires et complets. Le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) a cerné des principes généraux pour le transfert de soins entre fournisseurs qui recommandent ce qui suit¹² :

- décisions fondées sur des faits cliniques;
- discussions sur les options disponibles avec la femme et les membres de sa famille/ accompagnateurs à la naissance;
- communication avec la femme et les membres de sa famille/accompagnateurs à la naissance (expliquer pourquoi le transfert et ce à quoi ils peuvent s'attendre);
- respect des souhaits de la femme;
- obtention d'un consentement éclairé;
- maintien de la communication;
- non-séparation des familles.



15 COMPTE RENDU À LA SUITE DE L'ACCOUCHEMENT

15.1 POUR LES FEMMES ET LES FAMILLES

Mettre au monde un enfant est un événement complexe de la vie. Il est souvent stressant de devoir s'adapter aux événements vécus durant la grossesse et la naissance, ainsi qu'au nouveau rôle de parent. Même si la plupart des femmes vivent une grossesse et un accouchement satisfaisants en toute sécurité, parfois les choses ne se passent pas comme prévu et cela peut entraîner des complications, voire la perte d'un enfant. Lors de l'accouchement, les femmes peuvent éprouver des traumatismes physiques ou émotifs susceptibles d'avoir une incidence négative sur leur bien-être affectif à long terme ainsi que sur leurs grossesses et accouchements futurs. Diverses éventualités apportent leur lot de défis : une grossesse qui prend fin avec une urgence obstétricale ou des interventions obstétricales imprévues, une naissance prématurée ou la naissance d'un bébé ayant des besoins spéciaux, une mortinaissance ou un décès néonatal, ou encore une admission inattendue aux soins intensifs ou aux urgences. Il importe davantage de se demander si l'expérience individuelle de la femme qui a donné naissance a été traumatisante que de considérer de façon objective que la naissance s'est bien déroulée²⁵¹.

Le NICE recommande au personnel soignant d'offrir conseils et soutien aux femmes qui vivent un travail ou un accouchement pénibles, ou encore une perte et qui désirent en parler. Les PS peuvent également les encourager à accepter l'aide de leur famille et des amis. L'institut recommande aussi de tenir compte de l'incidence de ces événements sur le conjoint¹². Il est important de reconnaître que la récupération est un processus et que certaines familles peuvent ne pas être prêtes à discuter à un certain moment; il est donc recommandé de leur offrir d'aborder leur expérience ultérieurement. Les conversations doivent prendre place lorsque les femmes et leur famille sont prêtes plutôt qu'en fonction du calendrier des établissements. Le NICE recommande également que le personnel soignant n'effectue pas d'interventions psychologiques d'intensité élevée à même une séance unique qui amènerait la femme à *revivre* une expérience traumatisante¹².



Le NICE a évalué par une recherche qualitative les expériences d'interventions psychosociales auprès de femmes ayant vécu des accouchements bouleversants. Cette évaluation a permis de découvrir que les femmes ont considéré comme positifs les comptes rendus et discussions après ces naissances difficiles. Elles étaient reconnaissantes d'avoir pu poser des questions et obtenir des réponses complètes et honnêtes; elles sentaient qu'il était important de bien comprendre les événements et, ultimement, de les accepter. Les femmes apprécient également voir participer aux discussions le conjoint présent à l'accouchement puisque cela permet le partage de sa version de l'expérience¹².

15.2 POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Il est important que les établissements et le personnel soignant passent en revue les événements inattendus ou défavorables survenus pendant le travail et l'accouchement. Il est recommandé que les programmes et établissements qui procurent des soins durant le travail et l'accouchement disposent d'un processus de compte rendu du personnel établi après de tels événements dans le but de déterminer les forces et de cerner les possibilités d'amélioration²⁵². Il est essentiel que tout le personnel concerné y participe. Les politiques des hôpitaux tiendront compte des questions de confidentialité et de protection eu égard à une découverte légale de tels comptes rendus.

Deux composants sont nécessaires dans le cadre d'un compte rendu : un soutien émotionnel pour le personnel et un processus d'apprentissage issu de l'incident. Historiquement, les comités sur la morbidité et la mortalité périnatales ou les réunions à la suite d'incidents critiques ont permis au personnel de discuter de la gestion clinique à mettre en place pour améliorer des soins futurs. Cependant, ces discussions n'ont généralement pas abordé les besoins émotionnels et le soutien du personnel, malgré le fait que tous ceux concernés sont émotionnellement affectés à divers degrés selon leur personnalité,

formation et expérience²⁵³. S'il est important de séparer ces 2 composants, il est tout aussi vital d'offrir un soutien émotionnel et le potentiel d'apprendre de l'incident.

Les évaluations de situations difficiles ou de résultats défavorables devraient être planifiées sur une base régulière afin qu'elles fassent partie de la routine de l'établissement au lieu de n'être qu'un processus occasionnel. Il est également recommandé qu'elles soient de nature interprofessionnelle. On appelle souvent ces évaluations des *conférences sur la morbidité, la mortalité et l'amélioration*, et elles constituent une façon efficace d'engager les multiples membres d'une équipe de soins dans une collaboration qui se concentre sur les améliorations éventuelles des systèmes en matière de soins et de sécurité. La discussion se doit d'être exempte de jugement afin que le personnel soignant ne craigne pas les accusations et les critiques, puisqu'une telle crainte aurait pour effet de freiner le partage de renseignements honnêtes et risquerait d'empêcher des améliorations. Les participants sont encouragés à cerner les défaillances potentielles du système, puis à mettre en place des mécanismes de suivi^{254,255}. Il est important que les politiques et lignes directrices de gestion des incidents critiques et des risques définissent clairement ce qui constitue un incident critique. Les directives en matière d'éthique devraient aborder la confidentialité relativement à la déclaration d'événements défavorables et d'erreurs médicales²⁵³. Des formulaires peuvent être utilisés pour consigner l'évaluation.



Deux composants sont nécessaires dans le cadre d'un compte rendu : un soutien émotionnel pour le personnel et un processus d'apprentissage issu de l'incident.

Des modèles de compte rendu d'incident critique (comme celui de Mitchell) peuvent être utilisés afin d'offrir un soutien émotionnel au personnel²⁵³. Peu importe l'approche adoptée, elle vise à alléger le stress et promouvoir la santé des membres du personnel ainsi qu'à les aider à retrouver un rythme optimal malgré les sentiments d'échec et de perte²⁵³. Il est important que ce soit des professionnels expérimentés (conseillers cliniques ou collègues ayant des expériences similaires) qui dirigent les comptes rendus en temps opportun. Les membres du personnel peuvent explorer des activités qu'ils considèrent comme valables (p. ex., être présents aux funérailles) et être encouragés à y donner suite tout en tenant compte de l'aspect de la gestion des risques.

Les programmes et lignes directrices qui aident les PS à faire un compte rendu comprennent le programme AMPRO^{OB}, un programme de perfectionnement professionnel et d'amélioration du rendement qui se concentre sur l'examen d'événements afin de trouver leurs causes profondes, de comprendre pourquoi des décisions ont été prises et comment les systèmes organisationnels affectent les soins; enfin, de permettre au personnel soignant de comprendre et de développer des compétences avec leurs collègues interprofessionnels. Le programme fait des recommandations afin de prévenir des événements similaires à l'avenir.



16 OPTIMISATION DE LA QUALITÉ DES SOINS

16.1 NIVEAU TECHNOLOGIQUE APPROPRIÉ

Nombre de groupes professionnels ont noté une utilisation et une disponibilité accrues de la technologie et son impact sur les accouchements. Une utilisation inappropriée et inutile de techniques peut augmenter les risques pour la mère et le fœtus. Cette préoccupation ne devrait pas occulter leurs avantages et leur utilisation judicieuse dans le travail et l'accouchement. Idéalement, l'adoption de nouvelles techniques en ce qui concerne les soins liés au travail et à l'accouchement sera accompagnée d'une preuve rigoureuse démontrant leurs avantages pour les mères et leur bébé, leur efficacité et leur compatibilité par rapport aux lignes directrices professionnelles en place.

16.2 AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

L'amélioration continue de la qualité est au centre des intérêts du gouvernement fédéral et des PT, et des organisations de soins de santé. Agrément Canada définit la qualité des soins au moyen de *8 dimensions* sur lesquelles reposent les normes : accessibilité, services centrés sur l'utilisateur, continuité des services, efficacité, efficacité, accent sur la population, sécurité et qualité de vie au travail²⁵⁶. Les équipes de soins utilisent des indicateurs pour mesurer les résultats, établir des cibles lorsque requis et évaluer le rendement dans le contexte des dimensions de la qualité.

Parmi les indicateurs importants se trouve le taux de naissance par césarienne. Il n'y a pas de consensus quant à ce qui représente un taux optimal, même si l'OMS recommande un taux de 10 à 15 %. Le taux global au Canada a augmenté de façon constante, de 17,6 % en 1995-1996 à 27,9 % en 2015-2016^{202,209}. Pour ce qui est des PT, les taux varient considérablement.

Plusieurs organisations utilisent le système de classification de Robson en 10 groupes pour examiner de façon systématique les naissances par césarienne^{213,257}. Cette méthode regroupe les grossesses entraînant une césarienne selon le rang, la présentation, les antécédents de naissance par césarienne, le début du travail (accouchement provoqué, accouchement spontané ou sans travail) et l'âge gestationnel. Le taux de naissance par césarienne de chaque groupe, la taille du groupe relativement à la proportion du nombre total de femmes donnant naissance et la contribution de chaque groupe au taux de naissance par césarienne global sont calculés afin de fournir une mesure objective pour surveiller les tendances et permettre des comparaisons entre les régions ou établissements. Des stratégies visant à réduire en toute sécurité le nombre de naissances par césarienne peuvent cibler les groupes où l'impact est le plus important. La SOGC recommande l'utilisation des critères modifiés de Robson pour le Canada dans sa directive - *Classification des césariennes au Canada : Les critères modifiés de Robson* - qui comprend des sous-classements supplémentaires pour certains groupes²¹².

D'autres paramètres de qualité importants sont à surveiller : morbidité et mortalité maternelles et des nouveau-nés; surveillance de la santé fœtale, utilisation de la SFEC et de l'auscultation intermittente; taux de tentative d'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne; taux d'intervention (épisiotomie, accouchement provoqué ou naissance assistée), utilisation de techniques analgésiques pour le travail et l'accouchement; enfin, ambulation et position pour l'accouchement. La plupart des PT disposent de bases de données qui observent les indicateurs de qualité. Les données en matière de santé de la population sur l'obésité, l'usage

du tabac, le revenu, l'éducation et autres facteurs ayant une incidence sur le travail et la naissance représentent aussi des indicateurs importants. Les données abordant ces indicateurs peuvent être recueillies et analysées afin d'établir des stratégies visant à corriger les lacunes.

En plus de surveiller les résultats cliniques importants, les organisations doivent tenter de s'assurer que les soins fournis répondent aux besoins des femmes, des familles et de la collectivité. La rétroaction est essentielle à la planification des services et à l'évaluation des soins offerts. Cette information comprend l'évaluation des indicateurs qui abordent les soins adaptés à la culture et à l'expérience des femmes lors du travail et de l'accouchement.

« **L'adoption de nouvelles techniques en ce qui concerne les soins liés au travail et à l'accouchement sera accompagnée d'une preuve rigoureuse démontrant leurs avantages pour les mères et leur bébé, leur efficacité et leur compatibilité par rapport aux lignes directrices professionnelles en place.**

Le personnel soignant doit être résolu à apprendre de façon continue et à participer à des formations interprofessionnelles régulières, comme tous les PS participant au Programme de réanimation néonatale. L'EPPMHC a révélé qu'une politique nécessitant la mise à jour des compétences en matière de réanimation néonatale était en place pour les infirmières dans 88 % des hôpitaux, pour les médecins dans 71 % des hôpitaux et pour les sages-femmes dans 90 % d'entre eux¹¹. Est également importante la participation de tous les membres de l'équipe de soins à la formation interprofessionnelle en surveillance de la santé fœtale. De telles compétences, qu'il s'agisse d'auscultation du cœur fœtal ou de SFEC, requièrent l'utilisation

d'une terminologie uniforme et d'une approche standard en ce qui a trait à l'interprétation et à la consignation de la fréquence cardiaque ou du tracé par tous les membres de l'équipe. La formation est offerte au moyen d'ateliers, d'études de cas ou d'autres activités qui encouragent la participation de toutes les disciplines.

Plusieurs unités de travail et de naissance au Canada ont suivi le programme AMPRO^{OB} ou y sont inscrites; il s'agit d'un programme complet d'amélioration du rendement qui procure les outils nécessaires pour développer des compétences cliniques et interpersonnelles essentielles. Toutes les activités se déroulent sur place avec les membres des équipes locales. La simulation est utilisée pour permettre une évaluation de la pratique et des compétences en toute sécurité et dans des situations critiques. Le programme encourage la participation de toutes les disciplines impliquées dans le travail et l'accouchement afin de favoriser le travail d'équipe interprofessionnel, la collaboration et une communication qui fait la promotion de la sécurité.

Gestion du travail et de l'accouchement (GESTA) est un programme de formation continue pour obstétriciens, médecins de famille, sages-femmes et infirmières qui est offert par la SOGC et le Collège des médecins de famille du Canada. Le programme comprend des séances plénières fondées sur des cas et des ateliers pratiques qui permettent d'apprendre des compétences cliniques et de communication ou de les améliorer. La réussite du programme constitue une exigence pour exercer dans plusieurs établissements. L'EPPMHC a révélé qu'une politique nécessitant la mise à jour des compétences en matière d'urgence obstétrique était en place pour les infirmières dans 51 % des hôpitaux, pour les médecins dans 65 % des hôpitaux et pour les sages-femmes dans 68 % d'entre eux¹¹.

En plus d'une participation à des cours et d'autres activités de formation permanente, la mise en pratique des compétences sur une base régulière par tous les membres d'équipe est bénéfique. Par exemple, les *méga codes* périodiques et non planifiés de mise en pratique du programme de réanimation néonatale peuvent accroître les compétences et la confiance. Les séances de mise en pratique dans des situations telles que la dystocie des épaules ou l'hémorragie post-partum ont un effet similaire. L'apprentissage tiré des évaluations de la morbidité et de la mortalité est aussi un aspect important de l'amélioration continue de la qualité pour les établissements. Les séances de comptes rendus suivant les événements critiques procurent des occasions d'apprentissage et d'amélioration des soins et du fonctionnement des équipes.



16.3 NORME EN MATIÈRE DE SOINS : SOINS INDIVIDUELS OFFERTS PAR LES INFIRMIÈRES ET LES SAGES-FEMMES

La SOGC recommande que les femmes en travail actif reçoivent le soutien au travail individuel continu d'une personne ayant reçu la formation appropriée¹⁷. Lors de la planification du personnel, il faudrait s'assurer qu'une infirmière ou une sage-femme demeure avec la femme en travail pour lui fournir soins et soutien.

Les administrateurs doivent explorer des façons créatives et flexibles de s'assurer que les infirmières procurent des soins efficaces et de soutien. Les périodes de pointe et de creux des unités de travail font de cet aspect un défi. Une politique en matière de bassins de main-d'œuvre sur appel, disponible et à temps partiel est essentielle aux services de maternité pour soutenir le personnel de base. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) offre des conseils en matière de dotation en personnel dans leur exposé de fonctions *Décisions sur la dotation en personnel pour la prestation de soins infirmiers sécuritaires*²⁵⁸. La directive de la SOGC – *Prise en charge du travail spontané chez les femmes en santé, à terme* – recommande un soutien individuel continu pour chaque femme pendant le travail⁴⁵.

Voici d'autres approches qui permettent aux infirmières et divers PS de fournir des soins de soutien :

- l'adoption de soins de soutien comme étant de valeur égale ou supérieure aux soins techniques;
- la mise sur pied de cours de formation enseignant l'art et la science du soutien au travail;
- la mise en place de modifications et de systèmes structurels pour faciliter la consignation des soins dans les chambres (p. ex., fauteuils et ordinateurs disposés stratégiquement);
- l'élimination de la nécessité pour les infirmières d'exécuter des activités qui ne sont pas liées aux soins infirmiers ou qui ne sont pas efficaces.

16.4 COMMUNICATION ENTRE LES FOURNISSEURS DE SOINS

Plusieurs PS sont impliqués dans la prestation de soins aux femmes pendant le travail et l'accouchement. Afin d'offrir des soins optimaux, la communication est essentielle, comme le réitèrent les présentes lignes directrices. Tant la directive de la SOGC – *Les rôles des membres de l'équipe multidisciplinaire dans les soins aux femmes enceintes* – que l'exposé de fonctions de l'AIIC – *Collaboration interprofessionnelle* – considèrent que la communication entre les membres d'équipe est un facteur de réussite^{259,260}. La communication interprofessionnelle est aussi au centre des intérêts du programme AMPRO^{OB}, qui aborde la technique Situation, Antécédents, Évaluation et Recommandation (SAER) pour faciliter la communication entre les prestataires de soins.

CONCLUSION

Fournir des SMNPF aux femmes et à leur famille pendant le travail et l'accouchement : voilà une composante essentielle pour tous les établissements, organismes, programmes et PS impliqués dans la prestation des soins. Cela signifie avant tout se concentrer sur les besoins et les valeurs des femmes et de leur famille tout en assurant la sécurité des mères et des nouveau-nés. Le présent chapitre visait à démontrer que les femmes souhaitent obtenir des soins qui répondent à leurs besoins et désirs. Elles veulent travailler avec les PS qu'elles choisissent pour orienter leurs soins, obtenir de l'information pertinente et établir une communication ouverte. La naissance d'un enfant est un événement de vie important qui a des répercussions profondes sur les relations familiales et leur avenir. Aussi, les PS et leurs organisations sont privilégiés de pouvoir participer à une étape aussi cruciale de la vie.

ANNEXE A — RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

LIGNES DIRECTRICES SUR LA PRATIQUE CLINIQUE ASSOCIÉES AU TRAVAIL ET À L'ACCOUCHEMENT

Perinatal Services BC

www.perinatalservicesbc.ca/health-professionals/guidelines-standards/maternal

Provincial Council for Maternal and Child Health—Quality Based Procedures/ Clinical Practice Guidelines

www.pcmch.on.ca/health-care-providers/maternity-care/quality-based-procedures-clinical-practice-guidelines

Reproductive Care Program of Nova Scotia—Clinical Practice Guidelines

<http://rcp.nshealth.ca/clinical-practice-guidelines/labour-and-birth>

Société canadienne de pédiatrie

www.cps.ca/fr/documents/autheurs-auteurs/comite-etude-du-foetus-et-nouveau-ne

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

www.jogc.com/directives-cliniques

CULTURE

American College of Obstetricians and Gynecologists—Cultural Awareness and Sensitivity in Women's Health Services

<https://www.acog.org/About-ACOG/ACOG-Departments/Public-Health-and-Social-Issues/Cultural-Awareness-and-Sensitivity-in-Womens-Health-Care>

Meilleur départ — Donner naissance dans un nouveau pays : Un guide pour les femmes nouvellement venues au Canada et leurs familles

www.meilleurdepart.org/resources/repro/unguidepourlesfemmes.pdf

Meilleur départ — Giving Birth in a New Land: Strategies for Service Providers Working with Newcomers

www.beststart.org/resources/rep_health/Newcomer_%20Guide_Final.pdf

FEMMES ET FAMILLES AUTOCHTONES

First Nations Health Authority — Aboriginal Pregnancy Passport

www.fnha.ca/wellnessContent/Wellness/AboriginalPregnancyPassport.pdf

First Nations Health Authority—BC Aboriginal Birth doula Training Manual

www.fnha.ca/Documents/Bc-Aboriginal-Birth-Doula-Training-Manual.pdf

GESTION DU TRAVAIL

BC Perinatal Services — Core Competencies for Management of Labour

www.perinataleservicesbc.ca/health-professionals/guidelines-standards/standards/core-competencies-for-management-of-labour

QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Agrément Canada, l'Healthcare Insurance Reciprocal of Canada, l'Association canadienne de protection médicale et la Corporation Salus Global — Les services d'obstétrique au Canada — Faire progresser la qualité et renforcer la sécurité

www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/research-and-policy/system-and-practice-improvement/Obstetrics_Joint_Report-f.pdf

SOINS OFFERTS DANS UNE PERSPECTIVE FAMILIALE

Institute for Patient- and Family-Centered Care — Site Web

www.ipfcc.org

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario — Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille

<http://rnao.ca/bpg/language/soins-ax%C3%A9s-sur-les-besoins-de-la-personne-et-de-la-famille>

Ontario Public Health Association — Informed Decision-Making for Labour & Birth

<http://opha.on.ca/getmedia/9657686e-55ee-4222-aaea-3738248a3d9e/Informed-Decision-Making-for-Labour-and-Birth-position-paper-updated-051117.pdf.aspx>

Programme régional des soins à la mère et au nouveau-né Champlain — Soins Axés Sur La Famille

www.cmnrp.ca/fr/cmnrp/Soins_axs_sur_la_famille_p4692.html

TRANSFERT

Association canadienne des centres de santé pédiatriques — Competencies Profile — Interfacility Critical Care Transport of Maternal, Neonatal, and Paediatric Patients

<http://static.squarespace.com/static/50056474c4aa4387b4e629ea/t/505893fc24acf7cfaa552d15/1347982332733/>

ANNEXE B — PREUVE SOUTENANT L'EFFICACITÉ DES DIVERSES OPTIONS DE GESTION DE LA DOULEUR — CONCLUSIONS DÉTAILLÉES

1. **Techniques d'autoassistance** : Toutes ces techniques ont l'avantage ajouté de pouvoir inclure une personne de soutien et d'autres membres de la famille (enfants y compris) dans le travail de la mère :
 - a. **Ambulation** : La position verticale pendant les deux premières phases de l'accouchement procure des avantages, y compris la réduction de la douleur au cours de la première phase, une meilleure descente de la tête fœtale et une réduction de la durée du travail en plus de réduire le risque de naissance assistée ou par césarienne et la nécessité d'une épisiotomie ou d'une péridurale. Elle ne semble pas être associée à des interventions accrues ou à des effets négatifs sur le bien-être des mères et des bébés^{133,139}. Toutefois, la position verticale pendant la deuxième phase du travail a été associée à un certain accroissement de la perte de sang, n'étant toutefois pas suffisant pour augmenter la nécessité d'intervenir.
 - b. **Respiration** : L'historique de l'utilisation de techniques de respiration pendant le travail afin de réduire la perception de la douleur est bien établi depuis longtemps.
 - c. **Massage** : Un massage léger et apaisant de l'abdomen et un massage ferme de la partie inférieure de la colonne lombaire et des épaules, et d'autres régions du dos et des jambes peuvent offrir un confort pendant ou entre les contractions²⁶¹.
 - d. **Eau** : Il a été démontré que l'utilisation d'eau tempérée dans une douche ou une baignoire pendant le travail permet de réduire la nécessité d'utiliser d'autres formes d'analgésie²⁶².
 - e. **Relaxation** : La relaxation et le yoga pourraient avoir un rôle à jouer dans la réduction de la douleur, l'augmentation de la satisfaction offerte par la diminution de la douleur et la réduction du nombre d'accouchements vaginaux assistés²⁶³.
2. **Thérapies complémentaires**²⁶⁴ :
 - a. **Neurostimulation transcutanée (TENS)** : Cette thérapie a connu un succès variable comme analgésie durant le travail. On pense que les femmes qui en profitent le plus sont celles qui utilisent cette thérapie pour d'autres indications²⁶⁵.
 - b. **Acupuncture** : Son utilisation ne fait pas l'objet d'un grand nombre de publications dans la documentation anglaise. Un PS qualifié doit administrer cette thérapie et, comme pour la précédente, les femmes qui seront les plus susceptibles d'en tirer un bienfait sont celles qui l'ont déjà utilisée pour d'autres affections²⁶⁶. Une étude récente a démontré que les femmes qui utilisent l'acupuncture sont moins susceptibles de demander la péridurale et plus satisfaites de leurs soins et expérience¹⁴³.
 - c. **Hypnose** : Sauf si une personne s'est entraînée à l'autohypnose, cette technique requiert un PS qualifié pour l'administrer et un sujet sensible. Peu d'informations ont été publiées sur l'utilité de l'hypnose en guise d'analgésie durant le travail²⁶⁷.
 - d. **Réflexologie** : La réflexologie consiste à appliquer une pression sur différents points au niveau des mains et des pieds qui sont associés à d'autres parties du corps, comme dans le cas de l'acupuncture. Durant le travail, des points au niveau des pieds sont utilisés pour soulager la douleur²⁶¹.

- e. **Aromathérapie** : Les huiles essentielles servent, entre autres, à susciter un environnement apaisant qui accroît le sentiment de bien-être²⁶³. Il est recommandé d'aborder l'aromathérapie avec les hôpitaux et les centres de naissance afin de déterminer si une politique « sans odeur » en permet l'utilisation.
3. **Injections d'eau stérile** : Les injections d'eau stérile sont faciles à administrer et la technique est facile à apprendre. Leur avantage analgésique est tiré de la théorie de la douleur selon laquelle un autre stimulus nuisible (l'eau stérile crée une *irritation* mécanique et osmotique) provoqué dans le même chemin neural que celui de la douleur du travail *occupe* la transmission neurale/ des récepteurs et réduira la perception de la douleur causée par le travail²⁶⁸. La plus récente évaluation des injections d'eau stérile de Cochrane n'a pu démontrer d'avantages en ce qui concerne la douleur dans le bas du dos ou toute autre douleur liée au travail¹⁴².
4. **Options pharmacologiques** :
- a. **L'oxyde nitreux** : L'oxyde nitreux est un agent anesthésique faible par inhalation qui à lui seul ne peut induire une anesthésie. En guise d'analgésique pendant le travail, il est utilisé selon un ratio 50: 50 avec de l'oxygène (Entonox^{MD}), ce qui ajoute une marge de sécurité importante. Les études qui comparent l'Entonox aux autres techniques analgésiques démontrent des résultats nuancés, avec certains éléments de preuve d'une analgésie minimale²⁶⁹. Toutefois, certaines femmes en bénéficient et une partie importante de l'analgésie obtenue pourrait bien être dérivée de la technique de respiration. Les effets secondaires comprennent les étourdissements et la sédation, ce dernier étant plus probable chez les femmes ayant aussi reçu une analgésie opioïde. L'oxyde nitreux est sécuritaire pour la mère et l'enfant tant que des protocoles de sécurité sont suivis. Parmi ces protocoles se trouvent l'utilisation d'un système éliminateur et l'utilisation d'un masque ou d'un embout approprié pour réduire la contamination dans la chambre, et celui de demander à la mère de tenir le masque ou l'embout sur son visage afin qu'elle le laisse tomber advenant une perte de conscience.
- b. **Opioïdes** : Les opioïdes sont généralement utilisés en guise d'analgésie au début du travail. Toutefois, les opioïdes à plus courte action, par exemple le fentanyl et le rémifentanyl, peuvent être utilisés avec succès au cours des phases ultérieures de travail avec une marge de sécurité raisonnable pour les femmes et les fœtus ou nouveau-nés. Les opioïdes ne font qu'atténuer la douleur; ils ne l'enlèvent pas totalement²⁷⁰. Leurs inconvénients majeurs, mise à part la remise en question de leur réelle efficacité, sont les effets secondaires : la nausée, les vomissements, la sédation, le prurit et, plus grave, la dépression respiratoire chez la mère. Les effets secondaires fœtaux et néonataux sont la bradycardie fœtale et la perte de variabilité, la sédation néonatale, la dépression respiratoire et des difficultés associées à l'allaitement. Lorsque des opioïdes sont donnés par voie intramusculaire et donc, en dose plus importante, ils devraient être évités dans un délai de deux heures précédant la naissance afin de réduire les effets néonataux. Lorsqu'ils sont administrés par voie intraveineuse, par une infirmière ou contrôlés par la mère, les opioïdes peuvent être donnés dans la deuxième phase du travail. Toutefois, un PS qualifié doit être disponible pour assurer la réanimation néonatale, y compris l'administration de naloxone. Pour un petit nombre de femmes, les opioïdes pourraient constituer la seule technique efficace de gestion de la douleur, par exemple les femmes ayant subi des chirurgies au dos.

- i. Opiïdes administrés au début du travail : morphine (la mépéridine ne devrait pas être utilisée);
 - ii. Opiïdes administrés pendant la phase active du travail : fentanyl, rémifentanyl.
5. **Techniques péridurales** : L'analgésie péridurale (incluant la rachi-péridurale combinée [voir plus bas]) demeure la forme d'analgésie la plus efficace pendant le travail. Toutefois, les effets secondaires physiologiques sur le travail représentent encore une inquiétude malgré les pratiques modernes utilisant des solutions anesthésiques locales à faible dose et la technique du bolus contrôlé par la femme. Précisément, les risques comprennent une seconde phase de travail plus longue et une probabilité plus élevée de naissance vaginale assistée¹²⁶. Alors que certaines femmes envisagent la péridurale comme premier choix d'analgésie pendant le travail, celles qui n'ont pas fait ce plan devraient considérer la péridurale comme une option si d'autres mesures de confort et techniques non pharmacologiques sont envisagées.
- a. **Péridurale standard** : Des solutions opioïdes anesthésiques à faible dose sont administrées localement selon une technique contrôlée par la femme (p. ex., PCEA) avec perfusion en continu ou bolus intermittent automatique pour procurer une analgésie efficace ayant moins d'impact sur le tonus moteur et donc sur la force de la poussée^{271,272}. La bupivacaïne est considérée comme à faible dose à 0,1 % ou moins combinée à du fentanyl à 2 microgrammes/mL¹⁴¹. Lorsque cette technique péridurale est utilisée, non seulement l'ambulation est préservée, mais les femmes peuvent également uriner spontanément. Bien qu'il n'ait pas été démontré que l'ambulation affecte le mode de naissance par suite d'une péridurale, la position verticale (qui comprend les positions debout, assise, à genoux, accroupie ainsi que la marche) a une incidence positive sur les résultats du travail, et l'utilisation de solutions à faible dose permet aux femmes de rester debout pendant les deux premières phases. De plus, l'utilisation de solutions à faible dose augmente la probabilité d'un accouchement vaginal spontané^{133,141,273}.
 - b. **Rachi-péridurale combinée** : La rachi-péridurale combinée (RPC) permet une analgésie péridurale avec une petite dose de médicaments injectée dans le liquide autour des nerfs de la colonne vertébrale; on utilise généralement une petite dose d'opioïde (fentanyl ou sufentanyl) et d'anesthésique local (bupivacaïne ou ropivacaïne). L'analgésie est plus rapide sans causer de blocage au niveau moteur. Il s'agit donc d'une technique efficace pour les femmes dont le travail est avancé et qui autrement requièrent souvent une dose de péridurale plus importante pour obtenir un certain confort dans un délai raisonnable. Autres avantages de la RPC : elle permet de meilleurs résultats advenant une péridurale par la suite; par conséquent, elle constitue une technique de choix pour les femmes qui ont reçu une analgésie péridurale en travail n'ayant pas été adéquate dans le passé. Son principal désavantage est l'occurrence de bradycardie fœtale précoce, qui peut se révéler dramatique. La cause n'est pas encore claire, mais chez plusieurs femmes, on y associe une tachysystolie utérine. La bradycardie est facilement traitée à l'aide de nitroglycérine lorsqu'elle n'est pas résolue par un repositionnement et en s'assurant que la pression sanguine de la mère est normale²⁷⁴.

ANNEXE C — CONTACT PEAU CONTRE PEAU SÉCURITAIRE SUIVANT UN ACCOUCHEMENT VAGINAL²⁷⁵

Adapté de : *Pratiquer le peau-à-peau de façon sécuritaire : façon de faire et notes importantes.*
Louise Dumas & Anne-Marie Widström, 2016.

Le contact peau contre peau devrait être mis en pratique dans des conditions sécuritaires pour assurer le bien-être du bébé.

Supervision du nouveau-né

Jusqu'à ce que le contact peau contre peau avec la mère soit reconnu comme la meilleure pratique, une infirmière supervisait le nouveau-né alors qu'il était placé sur une table à infrarouges dans la salle des naissances pour le réchauffer, ou dans les bras du conjoint dans l'attente du retour de la mère qui avait subi une césarienne. Une supervision étroite similaire est nécessaire pendant que le nouveau-né se trouve sur sa mère dans la chambre des naissances ou dans la salle d'opération, mais la mère et le bébé font l'objet d'une surveillance ensemble, plutôt que séparément. Les PS ont la responsabilité de vérifier que le bébé respire adéquatement, que la couleur de sa peau est appropriée et qu'il peut bouger la tête et la poitrine librement.

Contact peau contre peau sécuritaire suivant un accouchement vaginal

- Avant la naissance, informer la mère et ses accompagnateurs que le bébé sera déposé sur sa poitrine immédiatement suivant l'accouchement puisqu'il s'agit de la transition la plus sécuritaire après la naissance.
- S'assurer que la jaquette de la mère est complètement retirée à la naissance afin que le bébé puisse bien étirer son corps sur sa poitrine. (La jaquette d'hôpital peut être attachée à l'avant afin de pouvoir la retirer rapidement lorsque le bébé est sur le point de naître. Ceci évitera également que la jaquette se retrouve dans le cou de la mère et l'empêche de voir son bébé.)

- Immédiatement après la naissance, placer le bébé directement sur la poitrine nue de la mère sans le sécher.
- Placer le bébé en position verticale entre les seins de la mère après un accouchement vaginal. Il est important de s'assurer que la partie la plus large du corps du bébé repose à plat sur la poitrine de la mère. Ceci active la production d'ocytocine et facilite la respiration du bébé. Éviter de placer le bébé en boule sur le côté puisque cette position ne permet pas une respiration optimale.
- S'assurer que le nouveau-né peut respirer facilement par le nez et la bouche et que les sécrétions bougent librement sans faire d'aspiration de ses voies respiratoires.
- S'assurer que le bébé peut facilement lever la tête et la poitrine par lui-même en tout temps.
- Sécher complètement le dos et la tête du bébé lorsqu'il se trouve sur la poitrine de la mère.
- Une fois le bébé séché, retirer tous les draps mouillés et les remplacer par *une seule couverture chaude et sèche* pour éviter de surchauffer la mère et son enfant tout en réduisant le plus possible l'évaporation par la peau du bébé.

Les PS peuvent observer la respiration et la couleur de la peau du bébé pendant que ce dernier est sur la poitrine de la mère sans déranger leur intimité.

ANNEXE D — CONTACT PEAU CONTRE PEAU SÉCURITAIRE SUIVANT UNE NAISSANCE PAR CÉSARIENNE SANS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE²⁷⁶

Adapté de : *Contact peau-à-peau entre la mère et le nouveau-né lors d'une césarienne : bases scientifiques et procédure à suivre*. Louise Dumas, 2016.

- Informer les parents des avantages du contact peau contre peau entre maman et son nouveau-né immédiatement après l'accouchement et sans interruption pendant au moins une heure ou jusqu'à la fin du premier allaitement.
- Expliquer à la mère comment procéder lorsque son bébé sera déposé sur elle.
- Attacher la jaquette de la mère à l'avant afin de pouvoir la retirer rapidement lorsque le bébé est sur le point de naître. Ceci évite également que la jaquette se retrouve dans le cou de la mère et l'empêche de voir.
- Une fois le cordon ombilical coupé (mais laissé aussi long que possible), l'obstétricien ou le chirurgien place le nouveau-né dans les bras du PS désigné dans une couverture stérile.
- Le PS se dirige vers la tête de la mère tout en essuyant le dos et la tête du bébé (où l'évaporation la plus importante se produit).
- Il place ensuite le nouveau-né à l'horizontale sur la poitrine de la mère de sorte que l'abdomen nu du bébé soit en contact direct avec la peau nue de sa mère.
- Aider le bébé à s'étirer pour permettre un contact peau contre peau maximal. Ceci active la production d'ocytocine et facilite sa respiration.
- S'assurer que le bébé peut respirer facilement, bouger sa tête en tout temps et n'a pas le menton rentré dans le cou. S'assurer que son nez et sa bouche sont visibles en tout temps.
- Lorsque le bébé est bien installé, lui sécher le dos et la tête complètement.
- Retirer tous les draps humides ou mouillés.
- Couvrir le bébé avec une seule couverture chaude et sèche; éviter de surchauffer le nouveau-né.
- Demander à la personne qui accompagne la mère de soutenir les fesses ou les cuisses du bébé sous la couverture pour éviter que le nouveau-né glisse.
- Un PS (infirmière, anesthésiste ou inhalothérapeute, selon le protocole de l'hôpital) doit vérifier la respiration du bébé, la couleur de sa peau, sa réponse à la stimulation, etc., pendant que le bébé se trouve sur la poitrine de la mère.

Transfert vers la salle de réveil ou la chambre de la mère

Le nouveau-né est placé dans le sens de la longueur entre les seins de la mère et cette dernière croise ses bras autour du bébé pour le tenir fermement en place. La mère et son bébé sont ensuite transférés sur la civière au moyen de la technique habituelle de glissement à l'aide du drap.

Autrement, la personne accompagnant la mère peut tenir en peau contre peau le bébé couvert par une couverture sèche pendant que la mère est transférée sur la civière. Dès que la mère est sur la civière, la personne qui l'accompagne place le bébé en peau contre peau sur sa poitrine, avec l'aide d'un PS si nécessaire.

Dans la salle de réveil

- Élever la tête de la civière ou du lit à 30 degrés ou plus pour éviter que le bébé soit en position couchée.
- Placer le bébé sur la mère pour faciliter le contact visuel et la reconnaissance par la mère des signes de réveil et de faim du bébé.
- S'assurer que le bébé peut lever la tête spontanément en tout temps pour faciliter une respiration optimale et la première succion.
- Vérifier souvent la respiration du bébé ainsi que la couleur de sa peau et sa réponse à la stimulation.
- S'assurer que le nez et la bouche du bébé sont visibles en tout temps.

RÉFÉRENCES

1. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Déclaration de principe commune sur l'accouchement normal. Déclaration de principe commune de la SOGC n° 221. *J Obstet Gynaecol Can.* 2008;30(12):1166-8.
2. Gramling L, Hickman K, Bennett S. What makes a good family-centered partnership between women and their practitioners? A qualitative study. *Birth.* 2004;31(1):43-8.
3. Agence de la santé publique du Canada. Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité. Ottawa (ON) : ASPC; 2009.
4. Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth.* 2004;31(1):17-27.
5. Peterson WE, Charles C, DiCenso A, Sword W. The Newcastle satisfaction with nursing scales: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. *J Adv Nurs.* 2005;52(6):672-81.
6. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs.* 2004;46(2):212-9.
7. Simkin P. Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth.* 1991;18(4):203-10.
8. Agrément Canada. Rapport canadien de 2007 sur l'agrément des services de santé. Ottawa (ON) : AC; 2007.
9. Mei JY, Afshar Y, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth plans: What matters for birth experience satisfaction. *Birth.* 2016;43(2):144-50.
10. Bohren MA, Hofmeyr G, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017(7):CD003766.
11. Agence de la santé publique du Canada. Enquête sur les politiques et les pratiques de maternité dans les hôpitaux canadiens. Ottawa (ON) : ASPC; 2012.
12. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies [Internet]. Londres (RU) : NICE; 2014 [consulté le 26 sept. 2017]. Accès : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
13. Simkin P, Stewart M, Shearer B, Christopher Glantz J, Rooks JP, Lyerly AD, *et al.* The language of birth. *Birth.* 2012;39(2):156-64.
14. Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D, Keenan-Lindsay L, Sams CA. *Maternal child nursing care in Canada.* 2^e éd. Toronto (ON): Elsevier; 2017.
15. Higginbottom GMA, Morgan M, Alexandre M, Chiu Y, Forgeron J, Kocay D, *et al.* Immigrant women's experiences of maternity-care services in Canada: a systematic review using a narrative synthesis. *Syst Rev.* 2015;4(13).
16. Fleming M, Towey K. Delivering culturally effective health care to adolescents [Internet]. Chicago (IL): American Medical Association; 2001 [consulté le 26 sept. 2017]. Accès : www.ontariomidwives.ca/sites/default/files/CPG%20supplemental%20resources/Choix-du-lieu-d'accouchement-ligne-directrice-PUB.pdf
17. Birch J, Ruttan L, Muth T, Baydala L. Culturally competent care for aboriginal women: a case for culturally competent care for aboriginal women giving birth in hospital settings. *J Aborig Health.* 2009;4(2):24-34.
18. Meilleur départ. Donner naissance dans un nouveau pays : Un guide pour les femmes nouvellement venues au Canada et leurs familles [Internet]. Toronto (ON) : Meilleur départ; 2014 [consulté le 29 sept. 2017]. Accès : https://www.beststart.org/ressources/rep_health/Revisions_2014/French/Giving%20Birth_French_Complete_2014.pdf
19. Toronto Public Health and Access Alliance Multicultural Health and Community Services. The global city: new-comer health in Toronto [Internet]. Toronto (ON): Toronto Public Health and Access Alliance Multicultural Health and Community Services; 2011 [consulté le 29 sept. 2017]. Accès : www.toronto.ca/legdocs/mmis/2011/hl/bgrd/background-file-42361.pdf
20. Hynie M, Ardem CI, Robertson A. Emergency room visits by uninsured child and adult residents in Ontario, Canada: what diagnoses, severity and visit disposition reveal about the impact of being uninsured. *J Immigr Minor Health.* 2016;18(5):948-56.
21. Caulford P, D'Andrade J. Health care for Canada's medically uninsured immigrants and refugees: whose problem is it? *Can Fam Physician.* 2012;58(7):725-7.
22. Meilleur départ. Supporting the sacred journey from pre-conception to parenting for First Nations families in Ontario [Internet]. Toronto (ON): Meilleur départ; 2012 [consulté le 13 oct. 2017]. Accès : www.beststart.org/ressources/rep_health/pdf/SupportingtheSacredJourney.pdf
23. Wilson D, de la Ronde S, Brascoupé S, Apale AN, Barney L, Guthrie B, *et al.* Directive clinique de consensus à l'intention des professionnels de la santé œuvrant auprès des Inuits, des Métis et des Premières Nations. Directive clinique de la SOGC n° 293. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35(6):554-8.
24. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Retour de l'accouchement dans les communautés autochtones, rurales et éloignées. Déclaration de principe commune de la SOGC n° 251. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(10):e432-5.
25. Perinatal Services BC. Perinatal health report: deliveries in British Columbia 2015/16 [Internet]. Vancouver (CB):PSBC; 2017 [consulté le 3 oct. 2017]. Accès : www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Data-Surveillance/Reports/PHR/2015_16/PHR_BC_2015_16.pdf
26. Institut canadien d'information sur la santé. Donner naissance au Canada : les coûts [Internet]. Ottawa (ON) : ICIS; 2006 [consulté le 3 oct. 2017]. Accès : https://secure.cihi.ca/free_products/Costs_Report_06-Fre.pdf
27. Institut canadien d'information sur la santé. Donner naissance au Canada : les dispensateurs de soins à la mère et à l'enfant [Internet]. Ottawa (ON): ICIS; 2004 [consulté le 3 oct. 2017]. Accès : https://secure.cihi.ca/free_products/GBC2004_report_FR.pdf

28. Chalmers B, Kaczorowski J, O'Brien B, Royle C. Rates of interventions in labor and birth across Canada: findings of the Canadian Maternity Experiences Survey. *Birth*. 2012;39(3):203-10.
29. Chalmers B, Levitt C, Heaman M, O'Brien B, Sauve R, Kaczorowski J, *et al*. Breastfeeding rates and hospital breastfeeding practices in Canada: a national survey of women. *Birth*. 2009;36(2):122-32.
30. Chalmers B. Breastfeeding unfriendly in Canada? *Can Med Assoc J*. 2013;185(5):375-6.
31. Canadian Midwifery Regulators Council. Midwifery in Canada: legal status and employment [Internet]. Winnipeg (MB): CMRC; 2017 [consulté le 3 oct. 2017]. Accès : <http://cmrc-ccosf.ca/midwifery-canada>
32. L'Institut Vanier de la famille. En contexte : comprendre les soins de maternité au Canada [Internet]. Ottawa (ON) : L'Institut Vanier; 2017 [consulté le 19 oct. 2017]. Accès : <http://vanierinstitute.ca/context-understanding-maternity-care-canada/>
33. Association canadienne des sages-femmes. Énoncé de principe révisé sur l'accouchement planifié à domicile [Internet]. Ottawa (ON) : ACSF; 2013 [consulté le 3 nov. 2017]. Accès : <https://canadianmidwives.org/wp-content/uploads/2017/03/ACSF-CAM-AccDomicilePS-FINAL-2013FR.pdf>
34. Le réseau canadien pour la santé des femmes. L'accouchement à domicile [Internet]. Winnipeg (MB) : CWHN; 2012 [mise à jour le 30 sept. 2013; consulté le 3 nov. 2017]. Accès : www.cwhn.ca/fr/votresante/faqs/L%27accouchement%C3%A0domicile
35. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012(9):CD000352.
36. Association of Ontario Midwives. Choice of birthplace: guideline for discussing choice of birthplace with clients [Internet]. Toronto (ON): AOM; 2016 [consulté le 3 nov. 2017]. Accès : www.ontariomidwives.ca/sites/default/files/CPG%20supplemental%20resources/Choice%20of%20birthplace.pdf
37. Association canadienne des sages-femmes. Modèle canadien de pratique sage-femme : énoncé de principe [Internet]. Ottawa (ON) : ACSF; 2015 [consulté le 3 nov. 2017]. Accès : <https://canadianmidwives.org/wp-content/uploads/2017/03/ACSF-MoCPSFINAL-Oct2015FR-FINAL.pdf>
38. DONA International. Qu'est-ce qu'un doula? [Internet]. Chicago (IL) : DONA International; 2017 [consulté le 19 oct. 2017]. Accès : <https://www.dona.org/what-is-a-doula/>
39. British Columbia Perinatal Health Program. Caesarean birth task force report 2008 [Internet]. Vancouver (CB): BCPHP; 2008 [consulté le 19 oct. 2017]. Accès : www.perinatalservicesbc.ca/NR/rdonlyres/26D76C2C-E722-4EC5-95CC-C131C4628F19/0/SurveillanceSpecialReportCSBirthTaskForce2008.pdf
40. Royal College of Midwives, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, National Childbirth Trust: Joint Publication. Making normal birth a reality: consensus statement from the Maternity Care Working Party [Internet]. Londres (RU) : RCOG; 2007 [consulté le 20 oct. 2017]. Accès : https://www.nct.org.uk/sites/default/files/related_documents/Makingnormalbirthareality_NormalBirthConsensusStatement.pdf
41. Kotaska A. What is "normal" birth and why does it matter? *J Obstet Gynaecol Can*. 2010;32(8):727-8.
42. Statistique Canada. Feuilles d'information de la santé : tendances des naissances au Canada, 1993 à 2013 [Internet]. Ottawa (ON) : SC; 2016 [consulté le 24 oct. 2017]. Accès : <https://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2016001/article/14673-fra.htm>
43. Institut canadien d'information sur la santé. Le moment propice : pourquoi l'âge de la mère est déterminant [Internet]. Ottawa (ON) : ICIS; 2011 [consulté le 24 oct. 2017]. Accès : https://secure.cihi.ca/free_products/AIB_InDueTime_WhyMaternalAgeMatters_F.pdf
44. Leduc D, Biringer A, Lee L, Dy J, Corbett T, Duperron L, *et al*. Déclenchement du travail. Directive clinique de la SOGC n° 296. *J Obstet Gynaecol Can*. 2013;35(9):858-63.
45. Lee L, Dy J, Azzam H. Prise en charge du travail spontané chez les femmes en santé, à terme. Directive clinique de la SOGC n° 336. *J Obstet Gynaecol Can*. 2016;38(9):866-90.
46. Chatterjee S, Kotelchuck M, Sambamoorthi U. Prevalence of chronic illness in pregnancy, access to care, and health care costs: implications for interconception care. *Women's Health Issues*. 2008;18(6 Suppl):S107-16.
47. Money D, Allen VM. Prévention de l'infection néonatale à streptocoques du groupe B d'apparition précoce. Directive clinique de la SOGC n° 298. *J Obstet Gynaecol Can*. 2016;38(12 Suppl):S336-47.
48. Statistique Canada. Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012 (89-654-X) [Internet]. Ottawa (ON) : SC; 2015. Tableau 1.1: Prévalence de l'incapacité chez les adultes, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, 2012 [consulté le 3 nov. 2017]. Accès : www.statcan.gc.ca/pub/89-654-x/2013001/tbl/tbl1.1-fra.htm
49. Tarasoff LA. Experiences of women with physical disabilities during the perinatal period: a review of the literature and recommendations to improve care. *Health Care Women Int*. 2015;36(1):88-107.
50. Collaborating Centre for Prison Health and Education. Lignes directrices pour la mise en œuvre des unités mère-enfant dans les établissements correctionnels canadiens [Internet]. Vancouver (CB) : Université de la Colombie-Britannique; 2015 [consulté le 26 oct. 2017]. Accès : <http://ccphe.ubc.ca/files/2016/01/Lignes-Directrices-2016.pdf>
51. Leight KL, Fitelson EM, Weston CA, Wisner KL. Childbirth and mental disorders. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22(5):453-71.
52. Ordean A, Wong S, Graves L. Consommation de substances psychoactives pendant la grossesse. Directive clinique de la SOGC n° 349. *J Obstet Gynaecol Can*. 2017;39(10):938-56.

53. Arthur E, Seymour A, Dartnall M, Beltgens P, Poole, N, *et al.* Trauma-informed practice guide [Internet]. Vancouver (CB): British Columbia Centre of Excellence for Women's Health; 2014 [consulté le 27 oct. 2017]. Accès : http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf
54. Muzik M, Ads M, Bonham C, Rosenblum KL, Broderick A, Kirk R. Perspectives on trauma-informed care from mothers with a history of childhood maltreatment: a qualitative study. *Child Abuse Negl.* 2013;37(12):1215-24.
55. Organisation mondiale de la santé. Obesity: situation and trends [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2017 [consulté le 10 nov. 2017]. Accès : www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/#
56. Statistique Canada. CANSIM (base de données) [Internet]. Ottawa (ON) : SC; 2017 [consulté le 9 fév. 2018]. Tableau 105-0501 : Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2013) et groupes de régions homologues. Accès : www5.statcan.gc.ca/cansim/26?lang=fr&retrLang=fr&id=1050501&pattern=&stByVal=1&p1=1&p2=37&tabMode=dataTable&csid=
57. Meehan S, Beck CR, Mair-Jenkins J, Leonardi-Bee J, Puleston R. Maternal obesity and infant mortality: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2014;133(5):863-71.
58. El-Chaar D, Finkelstein SA, Tu X, Fell DB, Gaudet L, Sylvain J, *et al.* The impact of increasing obesity class on obstetrical outcomes. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35(3):224-33.
59. Centre for Maternal and Child Enquiries, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. CMACE/ROGC joint guideline: Management of women with obesity in pregnancy [Internet]. Londres (RU) : RCOG; 2010 [consulté le 7 nov. 2017]. Accès : <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/cmacerogjointguidelinemanagementwom-enobesitypregnancya.pdf>
60. Davies GAL, Maxwell C, McLeod L, Gagnon R, Basso M, Bos H, *et al.* Obésité et grossesse. Directive clinique de la SOGC n° 239. *J Obstet Gynaecol Can.* 2010;32(2):174-84.
61. Milliez J. Surrogacy. FIGO Committee for the ethical aspects of human reproduction and women's health. *Int J Gynecol Obstet.* 2008;102(3):312-3.
62. Reilly DR. Surrogate pregnancy: A guide for Canadian prenatal health care providers. *Can Med Assoc J.* 2007;176(4):483-5.
63. Smith KJ, Brandon D. The hospital-based adoption process: A primer for perinatal nurses. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2008;33(6):382-8.
64. Conseil d'adoption du Canada. Frequently asked questions about adoption [Internet]. Ottawa (ON): ACC; 2017 [consulté le 8 nov. 2017]. Accès : www.adoption.ca/faqs
65. Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M, *et al.* Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet.* 2006;367(9525):1835-41.
66. El-Shawarby SA, Rymer J. Female genital cutting. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* 2008;18(9):253-5.
67. Rushwan H. Female genital mutilation (FGM) management during pregnancy, childbirth and the postpartum period. *Int J Gynecol Obstet.* 2000;70(1):99-104.
68. Perron L, Senikas V, Burnett M, Davis V. Excision génitale féminine. Directive clinique de la SOGC n° 299. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35(11):1046-48.
69. Royal College of Nursing. Female genital mutilation: An RCN educational resource for nursing and midwifery staff [Internet]. Londres (RU) : RCN; 2006 [consulté le 8 nov. 2017]. Accès : www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of-nursing/documents/publications/2016/april/005447.pdf
70. Organisation mondiale de la santé. Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations sexuelles féminines [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2016 [consulté le 10 nov. 2017]. Accès : apps.who.int/iris/bitstream/10665/206440/1/WHO_RHR_16.03_fre.pdf?ua=1
71. Renaud MT. We are mothers too: childbearing experiences of lesbian families. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2007;36(2):190-9.
72. Lamb EH. The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. *J Perinat Educ.* 2002;11(2):33-40.
73. Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs de la santé périnatale au Canada en 2017. Ottawa (ON) : ASPC; 2017.
74. Skoll A, St Louis P, Amiri N, Delisle M, Lalji S. The evaluation of the fetal fibronectin test for prediction of preterm delivery in symptomatic patients. *J Obstet Gynaecol Can.* 2006;28(3):206-13.
75. Crane J. Traitement prénatal aux corticostéroïdes pour stimuler la maturation foetale. Opinion d'un comité de la SOGC n° 122. *J Obstet Gynaecol Can.* 2003;25(1):49-52.
76. Tyson JE, Parikh NA, Langer J, Green C, Higgins RD. Intensive care for extreme prematurity — moving beyond gestational age. *N Engl J Med.* 2008;358(16):1672-81.
77. Gyamfi-Bannerman C. Antenatal late preterm steroids (ALPS): a randomized trial to reduce neonatal respiratory morbidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(1 Suppl):S2.
78. Magee L, Sawchuck D, Synnes A, von Dadelszen P. Recours au sulfate de magnésium à des fins de neuroprotection foetale. Directive clinique de la SOGC n° 258. *J Obstet Gynaecol Can.* 2011;33(5):530-45.
79. Kenyon S, Taylor D, Tarnow-Mordi W. Broad-spectrum antibiotics for spontaneous preterm labour: the ORACLE II randomised trial. *Lancet.* 2001;357(9261):989-94.
80. Yudin MH, van Schalkwyk J, Eyk NV. Antibiothérapie et rupture prématurée des membranes préterme. Directive clinique de la SOGC n° 233. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(9):e207-12.
81. Flenady V, Wojcieszek AM, Papatsonis DNM, Stock OM, Murray L, Jardine LA, *et al.* Inhibiteurs des canaux calciques dans l'inhibition du travail et de l'accouchement prématurés. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014(6):CD002255.

82. Crowther CA, Brown J, McKinlay CJD, Middleton P. Le sulfate de magnésium dans la prévention de la prématurité quand un travail prématuré menace. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(8):CD001060.
83. Dodd JM, Crowther CA, Middleton P. Oral betamimetics for maintenance therapy after threatened preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012(12):CD003927.
84. Klam SL, Leah Klam S, Leduc L. Management options for preterm labour in Canada. *J Obstet Gynaecol Can.* 2004;26(4):339-45.
85. Lee DS, Lee SK, McMillan DD, Ohlsson A, Boulton J, Ting S, *et al.* The benefit of preterm birth at tertiary care centers is related to gestational age. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(3):617-22.
86. Paul DA, Epps S, Leef KH, Stefano JL. Prenatal consultation with a neonatologist prior to preterm delivery. *J Perinatol.* 2001;21(7):431-7.
87. Yee WH, Sauve R. What information do parents want from the antenatal consultation? *Paediatr Child Health.* 2007;12(3):191-6.
88. Jackson C, Cheater FM, Reid I. A systematic review of decision support needs of parents making child health decisions. *Health Expect.* 2008;11(3):232-51.
89. Janvier A, Lorenz JM, Lantos JD. Antenatal counselling for parents facing an extremely preterm birth: limitations of the medical evidence. *Acta Paediatr.* 2012;101(8):800-4.
90. Young E, Tsai E, O'Riordan A. A qualitative study of pre-delivery counselling for extreme prematurity. *Paediatr Child Health.* 2012;17(8):432-6.
91. Boss RD, Hutton N, Sulpar LJ, West AM, Donohue PK. Values parents apply to decision-making regarding delivery room resuscitation for high-risk newborns. *Pediatrics.* 2008;122(3):583-9.
92. Ladhani N, Chari R, Dunn M, Jones G, Shah P, Barrett JF. Prise en charge obstétricale près de la limite de viabilité du fœtus. Déclaration de principe commune de la SOGC n° 347. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(9):792-804.
93. Statistique Canada. Qualité des données, concepts et méthodologie : définitions [Internet]. Ottawa (ON) : SC; 2016 [consulté le 14 nov. 2017]. Accès : www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/3231_D5_T9_V1-fra.htm
94. Statistique Canada. CANSIM (base de données) [Internet]. Ottawa (ON) : SC; 2017 [consulté le 14 nov. 2017]. Tableau 102-4515 : Naissances vivantes et morts foetales (mortinatalités), selon le type (simple ou multiple), Canada, provinces et territoires, annuel (nombre). Accès : www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&id=1024515&retrLang=fra
95. Joseph KS, Kinniburgh B, Hutcheon JA, Mehrabadi A, Basso M, Davies C, *et al.* Déterminants de l'augmentation des taux de mortinatalité entre 2000 et 2010. *CMAJ.* 2013;185(8):E345-51.
96. Saffund K, Sjogren B, Wredling R. The role of caregivers after a stillbirth: views and experiences of parents. *Birth.* 2004;31(2):132-7.
97. Michalski ST, Porter J, Pauli RM. Costs and consequences of comprehensive stillbirth assessment. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(5):1027-34.
98. Colby CE, Carey WA, Blumenfeld YJ, Hintz SR. Infants with prenatally diagnosed anomalies: special approaches to preparation and resuscitation. *Clin Perinatol.* 2012;39(4):871-87.
99. Sohl BD, Scioscia AL, Budorick NE, Moore TR. Utility of minor ultrasonographic markers in the prediction of abnormal fetal karyotype at a prenatal diagnostic center. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;181(4):898-903.
100. Ashoor G, Syngelaki A, Wagner M, Birdir C, Nicolaides KH. Chromosome-selective sequencing of maternal plasma cell-free DNA for first-trimester detection of trisomy 21 and trisomy 18. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(4):322.e1-5.
101. Institut canadien d'information sur la santé. Avortements provoqués déclarés au Canada en 2015 [Internet]. Ottawa (ON) : ICIS; 2017 [consulté le 16 nov. 2017]. Accès : <https://www.cih.ca/sites/default/files/document/induced-abortion-can-2015-fr-web.xlsx>
102. Sabourin JN, Burnett M. A review of therapeutic abortions and related areas of concern in Canada. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012;34(6):532-42.
103. Browne A, Sullivan B. Abortion in Canada. *Camb Q Healthc Ethics.* 2005;14(3):287-91.
104. Friedman EA. Primigravid labor: a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol.* 1955;6(6):567-89.
105. Friedman EA. Labor in multiparas: a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol.* 1956;8(6):691-703.
106. Zhang J, Landy HJ, Ware Branch D, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, *et al.* Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2010;116(6):1281-7.
107. Hallam JL, Howard CD, Locke A, Thomas M. Communicating choice: an exploration of mothers' experiences of birth. *J Reprod Infant Psychol.* 2016;34(2):175-84.
108. Paisley KS, Wallace R, Durant PG. The development of an obstetric triage acuity tool. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2011;36(5):290-6.
109. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Women's health and perinatal nursing care quality refined draft measures specifications [Internet]. Washington (DC): AWHONN; 2014 [consulté le 21 nov. 2017]. Accès : https://c.yimcdn.com/sites/www.awhonn.org/resource/resmgr/Downloadables/perinatalqualitymeasures_ref.pdf
110. Bullard MJ, Chan T, Brayman C, Warren D, Musgrave E, Unger B, *et al.* Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) guidelines. *CJEM.* 2014;16(6):485-9.
111. Smithson DS, Twohey R, Rice T, Watts N, Fernandes CM, Gratton RJ. Implementing an obstetric triage acuity scale: Interrater reliability and patient flow analysis. *Obstet Gynecol.* 2013;209(4):287-93.
112. Evans MK, Watts N, Gratton R. Women's satisfaction with obstetric triage services. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2015;44(6):693-700.
113. Talaulikar VS, Lowe V, Arulkumaran S. Intrapartum fetal surveillance. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* 2014;24(2):45-55.

114. Maude RM, Skinner JP, Foureur MJ. Intelligent Structured Intermittent Auscultation (ISIA): evaluation of a decision-making framework for fetal heart monitoring of low-risk women. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014;14(1):184.
115. Rattray J, Flowers K, Miles S, Clarke J. Foetal monitoring: a woman-centred decision-making pathway. *Women Birth*. 2011;24(2):65-71.
116. Ridgeway JJ, Weyrich DL, Benedetti TJ. Fetal heart rate changes associated with uterine rupture. *Obstet Gynecol*. 2004;103(3):506-12.
117. Liston R, Sawchuck D, Young D, Brassard N, Campbell K, Davies G, *et al*. Surveillance du bien-être foetal : directive consensus d'intrapartum. Directive clinique de la SOGC n° 197b. *J Obstet Gynaecol Can*. 2018;40(4):e323-e352.
118. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML, Cuthbert A. La cardiocardiographie en continu (CTG) comme moyen de surveillance foetale électronique (SFE) pour l'évaluation foetale pendant le travail. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017(2):CD006066.
119. Canadian Perinatal Programs Coalition. The fundamentals of fetal health surveillance: a self-learning manual [Internet]. Vancouver (CB): Perinatal Services BC; 2009 [consulté le 22 nov. 2017]. Accès : www.perinatalervicesbc.ca/health-professionals/education-development/fetal-health-surveillance
120. Gibb D, Arulkumaran S. Fetal monitoring in practice. 3^e éd. Londres (RU) : Churchill Livingstone; 2008.
121. Tillett J. Intermittent auscultation of the fetal heartbeat: Can nurses change the culture of technology? *J Perinat Neonatal Nurs*. 2007;21(2):80-2.
122. Hindley C, Hinsliff SW, Thomson AM. English midwives' views and experiences of intrapartum fetal heart rate monitoring in women at low obstetric risk: conflicts and compromises. *J Midwifery Women's Health*. 2006;51(5):354-60.
123. Smith V, Begley CM, Clarke M, Devane D. Professionals' views of fetal monitoring during labour: A systematic review and thematic analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12(1):166.
124. Lavender T, Hart A, Smyth RMD. Effet de l'utilisation du partogramme sur les résultats chez les femmes en phase de travail spontané à terme. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(7):CD005461.
125. Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Examen vaginal de routine pour évaluer la progression du travail en vue d'améliorer les résultats chez les femmes et les bébés nés à terme. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(7):CD010088.
126. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(12):CD000331.
127. O'Sullivan G, Liu B, Hart D, Seed P, Shennan A. Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial. *BMJ*. 2009;338:b784.
128. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restriction de l'ingestion orale de liquides et de nourriture pendant le travail. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(8):CD003930.
129. Hunt L. Literature review: eating and drinking in labour. *Br J Midwifery*. 2013;21(7):499-502.
130. King R, Glover P, Byrt K, Porter-Nocella L. Oral nutrition in labour: 'whose choice is it anyway?' a review of the literature. *Midwifery*. 2011;27(5):674-86.
131. Tranmer JE, Hodnett ED, Hannah ME, Stevens BJ. The effect of unrestricted oral carbohydrate intake on labor progress. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;34(3):319-28.
132. Kujawa-Myles S, Noel-Weiss J, Dunn S, Peterson WE, Cotterman KJ. Maternal intravenous fluids and postpartum breast changes: a pilot observational study. *Int Breastfeed J*. 2015;10(1):18.
133. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(10):CD003934.
134. Perinatal Services BC. Core competencies and decision support tools: management of labour in an institutional setting if the primary maternal care provider is absent [Internet]. Vancouver (CB): Perinatal Services BC; 2011 [consulté le 22 nov. 2017]. Accès : www.perinatalervicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/Standards/Competencies/CoreCompMngmentofLabourCompetenciesOnly.pdf
135. Romano AM, Lothian JA. Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008;37(1):94-105.
136. Institut canadien d'information sur la santé. Indicateurs d'accouchement selon le lieu de résidence [Internet]. Ottawa (ON) : ICIS; 2017 [consulté le 1^{er} déc. 2017]. Accès : https://apps.cihi.ca/mstrapp/asp/Main.aspx?Server=apmstrentprd_i&project=Quick%20Stats&uid=pce_pub_fr&pwd=&evt=2048001&visualizationMode=0&documentID=7FA1013E11DF67A7001000804F1D38A0
137. Shennan AH, Comparative Obstetric Mobile Epidural Trial (COMET) Study Group UK. Effect of low-dose mobile versus traditional epidural techniques on mode of delivery: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2001;358(9275):19-23.
138. Kibuka M, Thornton JG. Position maternelle lors de la deuxième phase du travail pour les femmes ayant recours à une anesthésie péridurale. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017(2):CD008070.
139. Gupta J, Sood A, Hofmeyr G, Vogel J. Les diverses positions dans la deuxième phase du travail pour les femmes ne recevant pas d'anesthésie péridurale. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017(5):CD002006.
140. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health*. 2004;49(6):489-504.
141. Sultan P, Murphy C, Halpern S, Carvalho B. L'effet de la concentration d'anesthésique local pour l'analgésie du travail obstétrical sur les pronostics obstétricaux et anesthésiques : une méta-analyse. *Can J Anaesth*. 2013;60(9):840-54.
142. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, *et al*. Prise en charge de la douleur chez la femme pendant le travail : vue d'ensemble des revues systématiques. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012(3):CD009234.

143. Chaillet N, Belaid L, Crochetière C, Roy L, Gagné G, Moutquin JM, *et al.* Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. *Birth*. 2014;41(2):122-37.
144. Goel A, Nangia S. Meconium aspiration syndrome: challenges and solutions. *Res Rep Neonatol*. 2017;7:19-28.
145. Société canadienne de pédiatrie, American Heart Association. Textbook of neonatal resuscitation. 7^e éd. Ottawa (ON) : Société canadienne de pédiatrie; 2016.
146. Simpson KR, James DC. Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage labor on fetal well-being: a randomized clinical trial. *Nurs Res*. 2005;54(3):149-57.
147. Sprague AE, Oppenheimer L, McCabe L, Brownlee J, Graham ID, Davies B, *et al.* The Ottawa Hospital's clinical practice guideline for the second stage of labour. *J Obstet Gynaecol Can*. 2006;28(9):769-79.
148. Yli BM, Kro GAB, Rasmussen S, Khoury J, Noren H, Amer-Wahlin I, *et al.* How does the duration of active pushing in labor affect neonatal outcomes? *J Perinat Med*. 2012;40(2):171-8.
149. Simkin P. Supportive care during labor: a guide for busy nurses. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002;31(6):721-32.
150. Hansen SL, Clark SL, Foster JC. Active pushing versus passive fetal descent in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2002;99(1):29-34.
151. MacKinnon K, McIntyre M, Quance M. The meaning of the nurse's presence during childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;34(1):28-36.
152. Roberts JE. A new understanding of the second stage of labor: implications for nursing care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(6):794-801.
153. Osborne K, Hanson L. Labor down or bear down: a strategy to translate second-stage labor evidence to perinatal practice. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2014;28(2):117-26.
154. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2014;123(3):693-711.
155. Laughon SK, Berghella V, Reddy UM, Sundaram R, Lu Z, Hoffman MK. Neonatal and maternal outcomes with prolonged second stage of labor. *Obstet Gynecol*. 2014;124(1):57-67.
156. Allen VM, Baskett TF, O'Connell CM, McKeen D, Allen AC. Maternal and perinatal outcomes with increasing duration of the second stage of labor. *Obstet Gynecol*. 2009;113(6):1248-58.
157. Seijmonsbergen-Schermers AE, Geerts CC, Prins M, van Diem MT, Klomp T, Lagro-Janssen ALM. The use of episiotomy in a low-risk population in the Netherlands: a secondary analysis. *Birth*. 2013;40(4):247-55.
158. Lappen, JR, Isaacs, C. Episiotomy and Repair [Internet]. New York (NY): Medscape; 2016 [consulté le 28 nov. 2017]. Accès : <https://emedicine.medscape.com/article/2047173-overview>
159. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Le recours sélectif à l'épisiotomie par rapport au recours systématique pour l'accouchement par voie basse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017(2):CD000081.
160. Meyvis I, Rompaey B, Goormans K, Truijien S, Lambers S, Mestdagh E, *et al.* Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births. *Birth*. 2012;39(2):115-20.
161. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Les techniques périnéales, au cours de la deuxième phase du travail, pour réduire les traumatismes périnéaux. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017(6):CD006672.
162. Burke CA, Centanni E. Save the perineum! A protocol to reduce perineal trauma. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013;42 Suppl 1:S3.
163. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 679: immersion in water during labor and delivery. *Obstet Gynecol*. 2016;128(5):e231-6.
164. American College of Nurse-Midwives. Position statement: hydrotherapy during labour and birth [Internet]. Silver Spring (MD): ACNM; 2014 [consulté le 28 nov. 2017]. Accès : www.midwife.org/ACNM/files/ccLibraryFiles/File/000000004048/Hydrotherapy-During-Labor-and-Birth-April-2014.pdf
165. Salus Global Corporation. MORE OB Plus [Internet]. New York (NY); 2017 [consulté le 28 nov. 2017]. Shoulder Dystocia. Accès : <https://secure.moreob.com/en/?t=/contentManager/onStory&active=no&sort=Price&StoryID=1472821840452>
166. Cunningham FG, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J, Hoffman B, *et al.* Williams obstetrics. 24^e éd. New York (NY): McGraw-Hill Medical; 2014.
167. Locatelli A, Incerti M, Ghidini A, Longoni A, Casarico G, Ferrini S, *et al.* Head-to-body delivery interval using 'two-step' approach in vaginal deliveries: Effect on umbilical artery pH. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011;24(6):799-803.
168. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Shoulder dystocia (green-top guideline no. 42) [Internet]. Londres (RU) : RCOG; 2012 [consulté le 28 nov. 2017]. Accès : https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_42.pdf
169. Spong CY, Beall M, Rodrigues D, Ross MG. An objective definition of shoulder dystocia: Prolonged head-to-body delivery intervals and/or the use of ancillary obstetric maneuvers. *Obstet Gynecol*. 1995;86(3):433-6.
170. Inglis SR, Feier N, Chetiyaar JB, Naylor MH, Summersille M, Cervellione KL, *et al.* Effects of shoulder dystocia training on the incidence of brachial plexus injury. *Obstet Gynecol*. 2011;204(4):322.e1-6.
171. O'Hara MH, Frazier LM, Stenbridge TW, McKay RS, Mohr SN, Shalat SL. Physician-led, hospital-linked, birth care centers can decrease cesarean section rates without increasing rates of adverse events. *Birth*. 2013;40(3):155-63.
172. Baxley EG, Gobbo RW. Shoulder dystocia. *Am Fam Physician*. 2004;69(7):1707-14.
173. Kotaska A, Campbell K. Two-step delivery may avoid shoulder dystocia: head-to-body delivery interval is less important than we think. *J Obstet Gynaecol Can*. 2014;36(8):716-20.
174. Sheiner E, Abramowicz JS, Levy A, Silberstein T, Mazor M, Hershkovitz R. Nuchal cord is not associated with adverse perinatal outcome. *Arch Gynecol Obstet*. 2006;274(2):81-3.

175. Schäffer L, Burkhardt T, Zimmermann R, Kurmanavicius J. Nuchal cords in term and postterm deliveries — do we need to know? *Obstet Gynecol.* 2005;106(1):23-8.
176. Henry E, Andres RL, Christensen RD. Neonatal outcomes following a tight nuchal cord. *J Perinatol.* 2013;33(3):231-4.
177. Assimakopoulos E, Zafrafas M, Garmiris P, Goulis DG, Athanasiadis AP, Dragoumis K, *et al.* Nuchal cord detected by ultrasound at term is associated with mode of delivery and perinatal outcome. *Eur J Obstet Gynecol.* 2005;123(2):188-92.
178. Kong CW, Chan LW, To WWK. Neonatal outcome and mode of delivery in the presence of nuchal cord loops: implications on patient counselling and the mode of delivery. *Arch Gynecol Obstet.* 2015;292(2):283-9.
179. Wang Y, Le Ray C, Audibert F, Wagner M. Management of nuchal cord with multiple loops. *Obstet Gynecol.* 2008;112(2):460-1.
180. Clapp JF, Stepanchak W, Hashimoto K, Ehrenberg H, Lopez B. The natural history of antenatal nuchal cords. *Obstet Gynecol.* 2003;189(2):488-93.
181. Peregrine E, O'Brien P, Jauniaux E. Ultrasound detection of nuchal cord prior to labor induction and the risk of Cesarean section. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005;25(2):160-4.
182. Jackson H, Melvin C, Downe S. Midwives and the fetal nuchal cord: a survey of practices and perceptions. *J Midwifery Womens Health.* 2007;52(1):49-55.
183. Mercer JS, Skovgaard RL, Peareara-Eaves J, Bowman TA. Nuchal cord management and nurse-midwifery practice. *J Midwifery Womens Health.* 2005;50(5):373-9.
184. Mercer JS, Nelson CC, Skovgaard RL, Chern-Hughes B. Umbilical cord clamping: beliefs and practices of American nurse-midwives. *J Midwifery Womens Health.* 2000;45(1):58-66.
185. Sadan O, Fleischfarb Z, Everon S, Golan A, Lurie S. Cord around the neck: should it be severed at delivery? A randomized controlled study. *Am J Perinatol.* 2007;24(1):61-4.
186. Institut canadien d'information sur la santé. Donner naissance au Canada : un profil régional [Internet]. Ottawa (ON) : ICIS; 2004 [consulté le 1^{er} déc. 2017]. Accès : https://secure.cihi.ca/free_products/GBC2004_regional_f.pdf
187. Cargill YM, MacKinnon CJ, Arsenault M, Bartellas E, Daniels S, Gleason T, *et al.* Directive clinique sur l'accouchement vaginal opératoire. Directive clinique de la SOGC n° 148. *J Obstet Gynaecol Can.* 2004;26(8):754-61.
188. O'Mahony F, Hofmeyr GJ, Menon V. Choice of instruments for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(11):CD005455.
189. Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T. Effet du moment du clampage du cordon ombilical et d'autres stratégies visant à influencer sur la transfusion placentaire lors d'accouchements prématurés sur les critères de jugement pour la mère et le nourrisson. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012(8):CD003248.
190. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013(7):CD004074.
191. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no.543: timing of umbilical cord clamping after birth. ACOG committee opinion no.543. *Obstet Gynecol.* 2012;120(6):1522-6.
192. Airey RJ, Farrar D, Duley L. Alternative positions for the baby at birth before clamping the umbilical cord. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(10):CD007555.
193. Armson BA, Allan DS, Casper RF. Sang de cordon ombilical : counseling, prélèvement et mise en banque. Directive clinique de la SOGC n° 328. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37(9):845-6.
194. Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. *Women Birth.* 2014;27(1):37-40.
195. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Le contact corporel précoce pour les mères et leurs nouveau-nés en bonne santé. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016(11):CD003519.
196. Dumas L, Lepage M, Bystrova K, Matthiesen A, Welles-Nyström B, Widström A. Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: a randomized controlled trial. *Clin Nurs Res.* 2013;22(3):310-36.
197. Dumas L, Widström A. Skin2Skin infographic FAQ's for health care providers [Internet]. Ottawa (ON): Leeds, Grenville & Lanark District Health Unit; 2015 [consulté le 4 déc. 2017]. Accès : www.bfontario.ca/wp-content/uploads/2012/10/Skin-to-skin-Infographic-FAQ-Leeds-Grenville-Lanark-District-Health-Unit.pdf
198. Ortenstrand A, Westrup B, Brostrom EB, Sarman I, Akerstrom S, Brune T, *et al.* The Stockholm neonatal family centered care study: effects on length of stay and infant morbidity. *Pediatrics.* 2010;125(2):e278-85.
199. Jefferies AL, Société canadienne de pédiatrie, Fetus and Newborn Committee. Kangaroo care for the preterm infant and family. *Paediatr Child Health.* 2012;17(3):141-3.
200. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008;22(6):999-1012.
201. Leduc D, Senikas V, Lalonde AB, Ballerman C, Biringer A, Delaney M, *et al.* Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. Directive clinique de la SOGC n° 235. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009;31(10):980-93.
202. Agence de la santé publique du Canada. Rapport sur la santé périnatale au Canada. Ottawa (ON) : ASPC; 2008.
203. Coalition for Improving Maternity Services. The mother-friendly childbirth initiative [Internet]. Ponte Vedra (FL): CIMS; 2015 [consulté le 4 déc. 2017]. Accès : [http://www.motherfriendly.org/resources/Documents/CIMS%20Mother-Friendly%20Childbirth%20Initiative%20\(2015\).pdf](http://www.motherfriendly.org/resources/Documents/CIMS%20Mother-Friendly%20Childbirth%20Initiative%20(2015).pdf)

204. Vrouenraets FPJM, Roumen FJME, Dehing CJG, Van Den Akker ESA, Aarts MJB, Scheve EJT. Bishop score and risk of cesarean delivery after induction of labor in nulliparous women. *Obstet Gynecol.* 2005;105(4):690-7.
205. Vahratian A, Zhang J, Troendle JF, Sciscione AC, Hoffman MK. Labor progression and risk of cesarean delivery in electively induced nulliparas. *Obstet Gynecol.* 2005;105(4):698-704.
206. Caughey AB, Nicholson JM, Cheng YW, Lyell DJ, Washington AE. Induction of labor and cesarean delivery by gestational age. *Obstet Gynecol.* 2006;195(3):700-5.
207. Mozurkewich EL, Chilimigras JL, Berman DR, Perni UC, Romero VC, King VJ, *et al.* Methods of induction of labour: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2011;11(84).
208. Delaney M, Roggensack A. Directive clinique sur la prise en charge de la grossesse entre la 41^e+0 et la 42^e+0 semaine de gestation. Directive clinique de la SOGC n° 214. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(8):e150-63.
209. Institut canadien d'information sur la santé. Health indicators interactive tool: caesarean section, 2015 [Internet]. Ottawa (ON): ICIS; 2017 [consulté le 4 déc. 2017]. Accès : <https://yourhealthsystem.cih.ca/epub/search.jspa>
210. Institut canadien d'information sur la santé. Indicateurs sur les hospitalisations, les chirurgies, les nouveau-nés et les accouchements en 2014-2015 [Internet]. Ottawa (ON) : ICIS; 2016 [consulté le 4 déc. 2017]. Accès : https://secure.cih.ca/free_products/CAD_Hospitalization_and_Childbirth_Snapshot_FR.PDF
211. Blustein J, Liu J. Time to consider the risks of caesarean delivery for long term child health. *BMJ.* 2015;350:h2410.
212. Farine D, Shepherd D. Classification des césariennes au Canada : Les critères modifiés de Robson. Directive réaffirmée de la SOGC n° 281. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(12):e551-3.
213. Kelly S, Sprague A, Fell DB, Murphy P, Aelicks N, Guo Y, *et al.* Examining caesarean section rates in Canada using the Robson classification system. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35(3):206-14.
214. Organisation mondiale de la santé. Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2016 [consulté le 4 déc. 2017]. Accès : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161443/1/WHO_RHR_15.02_fre.pdf?ua=1
215. Kotaska A. Caesarean section or vaginal delivery in the 21st century. *Entre Nous Cph Den.* 2015(81):8-9.
216. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetric care consensus: safe prevention of the primary cesarean delivery [Internet]. Washington (DC): ACOG; 2014 [consulté le 4 déc. 2017]. Accès : <https://www.acog.org/-/media/Obstetric-Care-Consensus-Series/oc001.pdf?dmc=1&ts=20171205T1958503689>
217. Hofmeyr GJ, Barrett JF, Crowther CA. Planned caesarean section for women with a twin pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015(12):CD006553.
218. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015(7):CD000166.
219. Zhang J, Troendle JF, Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. *Obstet Gynaecol.* 2002;187(4):824-8.
220. Horey D, Kealy M, Davey M, Small R, Crowther CA. Interventions for supporting pregnant women's decision-making about mode of birth after a caesarean. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013(7):CD010041.
221. Kotaska A. Informed consent and refusal in obstetrics: a practical ethical guide. *Birth.* 2017;44(3):195-9.
222. Martel M, MacKinnon CJ, Arsenault M, Bartellas E, Cargill YM, Oaniels S, *et al.* Directive clinique sur l'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne. Directive clinique de la SOGC n° 155. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005;27(2):164-74.
223. Cunningham FG, Bangdiwala SI, Brown SS, Dean TM, Frederiksen M, Rowland Hogue CJ, *et al.* NIH consensus development conference draft statement on vaginal birth after cesarean: new insights. *NIH Consens State Sci Statements.* 2010;27(3):1-42.
224. National Institute for Health and Care Excellence. Caesarean section [Internet]. Londres (RU) : NICE; 2011 [consulté le 4 déc. 2017]. Accès : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132>
225. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 115: vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynaecol.* 2010;116(2):450-63.
226. Scott J. Intrapartum management of trial of labour after caesarean delivery: evidence and experience. *BJOG.* 2014;121(2):157-62.
227. Cunningham FG, Bangdiwala S, Brown SS, Dean TM, Frederiksen M, Rowland Hogue CJ, *et al.* National institutes of health consensus development conference statement: Vaginal birth after cesarean: new insights. March 8-10, 2010. *Obstet Gynaecol.* 2010;115(6):1279-95.
228. Scott JR. Vaginal birth after cesarean delivery: a common-sense approach. *Obstet Gynaecol.* 2011;118(2):342-50.
229. Guise J, Denman MA, Emeis C, Marshall N, Walker M, Fu R, *et al.* Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynaecol.* 2010;115(6):1267-78.
230. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, *et al.* Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med.* 2004;351(25):2581-9.
231. BC Women's Cesarean Task Force. Vaginal birth after cesarean and planned repeat cesarean birth [Internet]. Vancouver (CB): Best Birth Clinic at BC Women's Hospital & Health Centre; 2010 [consulté le 5 déc. 2017]. Accès : www.powertopush.ca/wp-content/uploads/2014/08/VBAC-Book-with-BC-data-REVISED-APRIL-2014.pdf
232. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth.* 2001;28(3):202-7.
233. Cook JL, Geran L, Rotermann M. Multiple births associated with assisted human reproduction in Canada. *J Obstet Gynaecol Can.* 2011;33(6):609-16.

234. Johnson J, Tough S, Wilson RD, Audibert F, Cartier L, Désilets VA, *et al.* Report de la grossesse. Opinion d'un comité de la SOGC n° 271. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012;34(1):94-5.
235. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 684: delayed umbilical cord clamping after birth. *Obstet Gynaecol.* 2017;129(1):e5-10.
236. Organisation mondiale de la santé. Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes: guideline [Internet]. Genève (CH) : OMS; 2014 [consulté le 6 déc. 2017]. Accès : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209_eng.pdf [consulté le 6 déc. 2017].
237. Lyons J, Pressey T, Bartholomew S, Liu S, Liston RM, Joseph KS, *et al.* Delivery of breech presentation at term gestation in Canada, 2003-2011. *Obstet Gynaecol.* 2015;125(5):1153-61.
238. Whyte H, Hannah WJ, Hannah ME, Saigal S, Hewson S, Amankwah K, *et al.* Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Obstet Gynaecol.* 2004;191(3):864-71.
239. Kotaska A, Menticoglou S, Gagnon R, Farine D, Basso M, Bos H, *et al.* Accouchement du siège par voie vaginale. *J Obstet Gynaecol. Can* 2009;31(6):567-78.
240. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet.* 2000;356(9239):1375-83.
241. Goffinet F, Carayol M, Foidart J, Alexander S, Uzan S, Subtil D, *et al.* Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Obstet Gynaecol.* 2006;194(4):1002-11.
242. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of breech presentation (green-top guideline no. 20b) [Internet]. Londres (RU) : RCOG; 2017 [consulté le 6 déc. 2017]. Accès : <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg20b/>
243. Hutton EK, Cappelletti A, Reitsma AH, Simioni J, Horne J, McGregor C, *et al.* Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies. *CMAJ.* 2016;188(5):E80-90.
244. Janssen P, Saxell L, Page L, Klein M, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ.* 2009;181(6):377-83.
245. Hutton EK, Reitsma AH, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. *Birth.* 2009;36(3):180-9.
246. Midwifery Regulatory Council of Nova Scotia. Policy on out-of-hospital birth [Internet]. Halifax (NE) : MRCNS; 2013 [consulté le 6 déc. 2017]. Accès : http://mrcns.ca/images/uploads/OutofHospital_birthApril_11_2013.pdf
247. Association des hôpitaux de l'Ontario, Ordre des sages-femmes de l'Ontario, Association des sages-femmes de l'Ontario. Resource manual for sustaining quality midwifery services in hospitals [Internet]. Toronto (ON) : OHA; 2010 [consulté le 6 déc. 2017]. Accès : [https://www.oha.com/Professional%20Issues1/OHA%20Resource%20Manual%20for%20Sustaining%20Quality%20Midwifery%20Services%20in%20Hospitals%20\(2010\).pdf](https://www.oha.com/Professional%20Issues1/OHA%20Resource%20Manual%20for%20Sustaining%20Quality%20Midwifery%20Services%20in%20Hospitals%20(2010).pdf)
248. Ryan GM. Toward improving the outcome of pregnancy. Recommendations for the regional development of perinatal health services. *Obstet Gynaecol.* 1975;46(4):375-84.
249. Menard MK, Kilpatrick S, Saade G, Hollier LM, Joseph J, Gerald F, Barfield W, *et al.* Levels of maternal care. *Obstet Gynaecol.* 2015;212(3):259-71.
250. Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project. Guidelines for development of a multidisciplinary collaborative primary maternity care model [Internet]. Ottawa (ON) : MCP²; 2006 [consulté le 7 déc. 2017]. Accès : www.homebirthsummit.org/wp-content/uploads/2013/09/Multidisciplinary-Collaborative-Primary-Maternity-Care-May_Ottawa.pdf
251. Royal College of Midwives. Maternal emotional wellbeing and infant development. A good practice guide for midwives [Internet]. Londres (RU) : RCM; 2012 [consulté le 7 déc. 2017]. Accès : https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Emotional%20Wellbeing_Guide_WEB.pdf
252. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 590: preparing for clinical emergencies in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynaecol.* 2014;123(3):722-5.
253. Vaithilingam N, Jain S, Davies D. Helping the helpers: debriefing following an adverse incident. *TOG.* 2008;10(4):251-6.
254. Deis J, Smith K, Warren M, Throop P, Hickson G, Joers B, *et al.* Transforming the morbidity and mortality conference into an instrument for systemwide improvement. Dans : Henriksen K, Battles J, Keyes M, Grady M (sous la dir. de). *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches* (vol. 2: culture and redesign). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (ÉU); 2008.
255. Pattinson RC, Say L, Makin JD, Bastos MH. Critical incident audit and feedback to improve perinatal and maternal mortality and morbidity. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005(4):CD002961.
256. Agrément Canada. Regional organizational practices. Handbook 2014. Ottawa (ON) : AC; 2013.
257. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2001;15(1):179-94.
258. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Staffing decisions for the delivery of safe nursing care [Internet]. Ottawa (ON) : AIIC; 2003 [consulté le 7 déc. 2017]. Accès : https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/ps67_staffing_decisions_delivery_safe_nursing_care_june_2003_e.pdf?la=en
259. Hutton E, Farmer MJ, Carson GD. Les rôles des membres de l'équipe multidisciplinaire dans les soins aux femmes enceintes. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38(11):1070-71.

260. Association des infirmières et infirmiers du Canada. La collaboration interprofessionnelle [Internet]. Ottawa (ON) : AIIC; 2005 [consulté le 7 déc. 2017]. Accès : https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/la-collaboration-interprofessionnelle_enonce-deposition.pdf?la=fr
261. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Massage, réflexologie et autres méthodes manuelles pour la gestion de la douleur lors de l'accouchement. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012(2):CD009290.
262. Cluett ER, Burns EE. Immersion dans l'eau durant le travail et l'accouchement. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(2):CD000111.
263. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(12):CD009514.
264. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Thérapies complémentaires et alternatives pour la prise en charge de la douleur durant le travail. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006(4):CD003521.
265. Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson J. La neurostimulation électrique transcutanée (TENS) pour la prise en charge de la douleur lors du travail. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(2):CD007214.
266. Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(7):CD009232.
267. Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. L'hypnose dans la prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016(5):CD009356.
268. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science.* 1965;150(3699):971-9.
269. Likis FE, Andrews JC, Collins MR, Lewis RM, Seroogy JJ, Starr SA, *et al.* Nitrous oxide for the management of labor pain: a systematic review. *Anesth Analg.* 2014;118(1):153-67.
270. Ullman R, Smith LA, Burns E, Mori R, Dowswell T. Parenteral opioids for maternal pain relief in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(9):CD007396.
271. Capogna G, Camorcia M, Stirparo S, Farcomeni A. Programmed intermittent epidural bolus versus continuous epidural infusion for labor analgesia: the effects on maternal motor function and labor outcome. A randomized double-blind study in nulliparous women. *Anesth Analg.* 2011;113(4):826-31.
272. George RB, Allen TK, Habib AS. Intermittent epidural bolus compared with continuous epidural infusions for labor analgesia: a systematic review and meta-analysis. *Anesth Analg.* 2013;116(1):133-44.
273. Kibuka M, Thornton JG. Position maternelle lors de la deuxième phase du travail pour les femmes ayant recours à une anesthésie péridurale. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017(2):CD008070.
274. Pan PH, Bogard TD, Owen MD. Incidence and characteristics of failures in obstetric neuraxial analgesia and anesthesia: a retrospective analysis of 19,259 deliveries. *Int J Obstet Anesth.* 2004;13(4):227-33.
275. Dumas L, Widström AM. Pratiquer le peau-à-peau de façon sécuritaire : façon de faire et notes importantes. Document non publié. 2014 [mise à jour le 30 sept. 2016; consulté le 2 fév. 2018].
276. Dumas L. Contact peau-à-peau entre la mère et le nouveau-né lors d'une césarienne : bases scientifiques et procédure à suivre. Document non publié. 2014 [mise à jour le 30 sept. 2016; consulté le 2 fév. 2018].