

Les soins à la mère et au nouveau-né dans une
perspective familiale : lignes directrices nationales

— CHAPITRE 5 —

Soins durant le travail et la naissance

Table des matières

Introduction	5
Lieu de naissance	6
Plan de naissance	8
Intervenants pour le travail et la naissance	9
Continuité des intervenants	11
Participation de la famille	11
Soins pendant le travail et la naissance	12
Diagnostic et début du travail	12
Évaluation initiale	13
Soins de soutien	14
Évaluation de la progression du travail	17
Alimentation et hydratation durant le travail	17
Positions et marche au cours du travail et de la naissance	18
Surveillance de la santé fœtale	19
Le choix des mots pour bien communiquer	20
Ces recommandations sont-elles réalistes ?	20
Douleurs pendant le travail	21
Mesures de confort	21
Méthodes pharmacologiques de contrôle de la douleur	23
Épisiotomie	26
La naissance et immédiatement après	27
Deuxième phase du travail	27
Naissance et contact mère-enfant	28
Soins durant la troisième phase du travail	29
Dystocie	29
Gestion active du travail	30
Stimulation du travail	31
Intervention médicale pour le traitement de la dystocie	31

Induction du travail	32
Réduction de l'incidence des naissances par césarienne	33
Césarienne : soins dans une perspective familiale	34
Bibliographie	36
Annexe 1 — Plan de naissance	51
Annexe 2 — Méthodes d'induction et de stimulation	54
Annexe 3 — Amélioration continue de la qualité (ACQ)	57

Introduction

Pour la plupart des femmes et des familles, le travail et la naissance sont à la fois sources de joie et de fébrilité, d'incertitude, d'anxiété et de peur. Le fait de donner naissance marque une transition importante dans la vie d'une femme : non seulement elle devient mère, mais elle change et apprend tout au long du processus. Les femmes se souviennent toute leur vie de cette expérience, d'où l'importance capitale du soutien et des soins qu'elles reçoivent. En fait, l'objectif général du soutien durant le travail et l'accouchement est d'en faire une expérience positive pour la femme et sa famille, en plus de veiller au maintien de la santé, de prévenir les complications et d'intervenir en cas d'urgence.

Il est particulièrement important pendant cette période d'appliquer les principes des soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale, dont les suivants :

- la naissance est un moment privilégié et réjouissant pour tous les membres de la famille et les intervenants présents;
- la naissance est un processus sain;
- les intervenants de la santé jouent un rôle crucial au moment de la naissance et favorisent, en particulier, l'attachement mère-enfant et l'intimité de la famille;
- la continuité des intervenants et des lieux est nettement à conseiller. Par exemple, le travail et la naissance devraient se dérouler dans la même pièce, à moins qu'on ne prévoie une naissance par césarienne;
- les politiques et les procédures sont axées sur les besoins physiques, sociaux et psychologiques de la mère et de son bébé;
- les décisions sont prises en étroite collaboration avec la mère et ses proches;
- la mère et sa famille ont besoin de confort et d'intimité en tout temps, et tout particulièrement durant le travail et la naissance;
- la famille constitue une unité dont les membres sont habituellement inséparables pendant leur séjour à l'hôpital ou au centre de naissance.

Plusieurs particularités de l'environnement influencent la prestation des soins à la mère pendant le travail et la naissance, notamment les méthodes de dotation en personnel, les politiques et les pratiques courantes, les attitudes du personnel et les attentes à la fois des professionnels et des clients. Ces

particularités sont tributaires de la culture locale et de l'interaction des différentes sphères d'action (nationales, régionales et professionnelles), qui sont à leur tour régies par les croyances, les traditions et les normes en vigueur. En interprétant la naissance comme un événement médical plutôt que personnel, on risque de minimiser l'importance d'aspects fondamentaux, tels que le soutien à la mère, le contrôle qu'elle exerce sur la situation et sa capacité d'adaptation, les liens mère-enfant et le caractère sain et naturel de la naissance. Les études comparatives de diverses pratiques cliniques portant sur des femmes dont la grossesse est normale, menées par des intervenants de différentes disciplines, en sont toutes arrivées à la même conclusion : le soutien et les soins de santé continus, et le recours approprié à la technologie sont essentiels au succès optimal de la grossesse et de la naissance (Hodnett, 1998a).

Il faut faire preuve d'initiative pour déterminer quels changements apporter au comportement et à l'environnement, et pour les mettre en œuvre. Il peut être utile d'adopter des concepts tirés d'études sur les chambres de naissance, les soins mère-enfant dans une pièce unique et les maisons de naissance. Toutefois, de tels changements de milieu ne seront vraiment efficaces que dans la mesure où le personnel est conscient du rôle primordial des comportements et des croyances, et où l'on adopte une philosophie cohérente des soins. Sinon, les changements dans l'aménagement physique risquent de n'être rien d'autre qu'un exercice de marketing (Klein, 1993).

Lieu de naissance

Au Canada, la plupart des femmes donnent naissance à l'hôpital. Il existe toutefois quelques maisons de naissance autonomes¹, et un nombre petit mais croissant de femmes choisissent de donner naissance à la maison. Il y a des points communs entre les maisons de naissance autonomes, les naissances à la maison et les petits hôpitaux de niveau I qui dispensent des services de périnatalité aux femmes qui ont une grossesse normale et aux familles. On recommande d'y offrir des services périnataux de base et de veiller à la présence sur place d'intervenants compétents. Le chapitre 2 décrit en détail ces services et les compétences requises.

1. Au Québec, par exemple, des huit projets pilotes autorisés par la loi en 1990, sept maisons de naissance fonctionnent actuellement : six maisons de naissance complètement autonomes, et la maternité de Povungnituk à l'intérieur d'un centre de santé.

Ce n'est pas nécessairement la conception physique des installations du centre de naissance qui rend possible la prestation de soins à la mère et au nouveau-né mieux orientés vers une perspective familiale. En réalité, ce sont les intervenants de la santé qui constituent les piliers de la philosophie des soins. Comme ils estiment qu'un environnement « familial » est un milieu de travail plus agréable, cet environnement peut influencer favorablement sur leurs attitudes. Toutefois, des études démontrent que les changements doivent porter bien plus sur les intervenants eux-mêmes que sur les installations physiques de l'unité de naissance. Les modifications des installations doivent s'accompagner de mesures favorisant un changement de mentalité des intervenants de la santé pour qu'ils prodiguent un soutien aux parturientes conformément aux principes des soins dans une perspective familiale (Hodnett, 1998a).

Depuis le début des années 1980, la prestation des soins hospitaliers à la mère et au nouveau-né a subi de profondes transformations. Dans le passé, les hôpitaux disposaient de chambres, d'unités ou de salles distinctes pour le travail, la naissance, la récupération et les soins postnatals. Depuis, des stratégies novatrices ont permis d'améliorer la continuité, l'efficacité et l'efficience des soins. Les femmes peuvent maintenant rester dans la même chambre pour le travail, la naissance et la période postnatale immédiate. Dans un nombre croissant d'hôpitaux, non seulement demeurent-elles dans cette *même* chambre pour les soins postnatals, mais elles y sont soignées par les *mêmes* intervenants de la santé. Les « chambres de naissance » sont des pièces pour le travail, la naissance et la récupération, et parfois même la période postnatale, et le concept global est celui des « soins de périnatalité en chambre unique ». Selon l'équipement, l'aménagement et le nombre de lits, on peut y dispenser des soins à la fois simples et complexes. Une telle évolution vers la chambre unique s'est accompagnée de changements simples ou complexes au niveau des installations, des habiletés et du style.

On recommande d'adopter la chambre de naissance unique comme norme pour la prestation des soins de périnatalité; il s'agit d'une unité mère-enfant affectée au travail, à la naissance et à la période postnatale. Une telle norme assure la continuité des soins et des soignants.

De pair, on recommande de renoncer au système de transferts multiples, selon lequel le travail a lieu dans une chambre, la naissance dans une autre et la période postnatale dans une troisième.

Plan de naissance

Toutes les femmes enceintes et les familles ont des attentes. C'est pourquoi les mères et les intervenants de la santé doivent planifier la naissance de façon à couvrir tout ce que les trois parties (les mères, les familles et les intervenants) estiment important à divers titres. Pour atteindre cet objectif, il est très utile d'encourager les mères à établir leur plan de naissance ou à écrire un sommaire de leurs attentes, souhaits, besoins et craintes. Une telle pratique aide les mères et les intervenants à viser un même but, à savoir que la naissance soit une expérience positive qui se passe en toute sécurité. (Consulter l'annexe 1 pour un exemple de plan de naissance.)

Un plan de naissance écrit offre de nombreux avantages :

- Il peut fournir des points de repère et mener à une discussion ouverte et franche facilitant une prise de décision éclairée et conjointe.
- Il constitue un point de départ permettant à la femme d'exprimer ses craintes, ses attentes, ses souhaits et ses besoins.
- Il crée un climat de confiance en permettant d'examiner toutes les préoccupations individuelles de la femme.
- Il sert d'outil de formation (p. ex., sur les choix quant au lieu de naissance et sur les recherches et les preuves scientifiques étayant certaines pratiques).
- Il permet une utilisation efficace du temps des intervenants; au fur et à mesure que le plan se précise, les intervenants peuvent aider les mères à trouver les ressources communautaires pertinentes.
- Il donne au personnel qui assiste au travail et à la naissance une occasion d'en savoir plus long sur la femme, sur ses connaissances et sur ses souhaits.
- Il permet à la femme de remettre en question les pratiques locales.

Qu'il y ait ou non un plan de naissance écrit, il est important que, pendant la période prénatale, les intervenants de la santé et les femmes enceintes prennent le temps de discuter de leurs attentes respectives.

Intervenants pour le travail et la naissance

Les médecins, les sages-femmes, les infirmières, les doulas, les accompagnantes, les familles et les proches peuvent tous participer à la prestation des soins prodigués aux femmes durant le travail et la naissance. Tous les intervenants doivent se respecter mutuellement, communiquer et collaborer efficacement. En d'autres mots, ils doivent reconnaître le rôle vital que chacun doit jouer pour que la naissance se passe en toute sécurité et constitue une expérience satisfaisante pour les mères et les familles; s'organiser pour que leurs interventions se complètent; tenir compte des compétences et des limites de chacun pour savoir quand communiquer, consulter et, le cas échéant, diriger la parturiente vers d'autres services. Il est important que les lignes directrices sur la consultation et le transfert de la responsabilité des soins entre professionnels soient énoncées clairement et fassent l'objet d'un consensus. (On trouvera un exemple de lignes directrices efficaces dans *Indications pour les discussions, consultations et transferts de soins obligatoires*, Ordre des sages-femmes de l'Ontario, 1997). Compte tenu des réalités géographiques du Canada, il existe de nombreuses possibilités de développer des modèles de soins selon diverses formes de partenariats entre les infirmières, les sages-femmes, les médecins de famille, les obstétriciens et d'autres médecins (tels les chirurgiens et les anesthésistes). Les milieux ruraux et isolés connaissent toutefois des difficultés particulières.

On doit encourager la présence intermittente ou continue du médecin traitant de la parturiente durant tout le travail. Il faut également mettre en place des mécanismes pour que le médecin soit facilement accessible pour rassurer la mère, la conseiller et lui prodiguer des soins. De plus, tous devraient bien comprendre la nécessité de communications interprofessionnelles continues, tout particulièrement entre les infirmières et les médecins. (Consulter le chapitre 2 pour des recommandations au sujet de l'accessibilité des médecins.)

Il y a une recrudescence d'intérêt au Canada envers le rôle que jouent les sages-femmes auprès des mères dont la grossesse est normale. Bien que les pratiques des sages-femmes varient d'une région à l'autre du pays², les

2. Au Québec, la sage-femme exerce dans une maison de naissance. Dans chaque maison de naissance, il y a un Conseil multidisciplinaire de la pratique des sages-femmes regroupant des professionnels de la santé (sages-femmes, médecins, infirmières) et une usagère (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1993).

principes fondamentaux sur lesquels elles s'appuient préconisent habituellement des choix éclairés, la possibilité de choisir le lieu de naissance et la continuité des soins.

Les infirmières ont à la fois le privilège et la responsabilité de soigner des femmes pendant le travail et la naissance en milieu hospitalier. Les soins infirmiers qu'elles prodiguent visent à promouvoir le plus grand bien-être physique et affectif de la femme, de son bébé et de sa famille (Reeder et coll., 1996). Dans le milieu hospitalier, les infirmières sont plus en contact avec la femme et sa famille durant la naissance que les autres professionnels. Elles exercent donc une grande influence sur la façon dont la femme et sa famille vivent cette expérience (Bryanton et coll., 1994).

Pour que la naissance soit une expérience heureuse, il faut établir une relation de confiance et une bonne communication entre les intervenants de la santé et la parturiente. L'infirmière présente durant le travail et la naissance doit connaître la distinction entre un déroulement normal et un déroulement anormal du travail et de la naissance; elle doit maîtriser les compétences techniques pertinentes, communiquer et collaborer efficacement avec l'équipe des soins de santé, et avoir le jugement, la confiance en soi et le savoir-faire pour réagir adéquatement aux situations stressantes et urgentes (AIIC, 1999; AWHONN, 1997; Reeder et coll., 1996). Elle doit aussi être capable d'évaluer les besoins de la mère en tenant compte de la culture de celle-ci (comment la mère interprète l'expérience de la naissance), de même que de ses attentes, de ses besoins et de ses souhaits. Elle doit aider la parturiente à rendre cette expérience la plus positive possible. Enfin, elle doit défendre les intérêts de sa cliente, lui prodiguer des soins physiques et psychologiques, et lui transmettre toute information pertinente; ces interventions relèvent toutes de la pratique infirmière (AIIC, 1999).

Des recherches ont démontré que les infirmières consacrent, en réalité, très peu de temps à reconforter les femmes pendant le travail (Gagnon et Waghorn, 1996; McNiven et coll., 1992). Il faut donc mettre en place des politiques et procédures qui favorisent la présence de l'infirmière au chevet de la parturiente dans la chambre de naissance pour lui donner du soutien. (Consulter la section sur l'évaluation de la progression du travail, à la page 17.)

Continuité des intervenants

Il est préférable de réduire au minimum le nombre d'intervenants durant le travail et la naissance et d'opter pour des modèles de soins qui assurent la présence continue d'au moins un professionnel que la mère connaît. Selon certaines recherches, les femmes qui reçoivent des soins par les mêmes intervenants attentifs tout au long du travail et de la naissance vivent une expérience beaucoup plus positive. La continuité des soins se traduit par une réduction des interventions; on note moins d'indices d'Apgar dont la cote est basse, moins d'intubations et de réanimations, et moins d'épisiotomies; de plus, on observe une augmentation de la satisfaction (Hodnett, 1998b; Klein et coll., 1985; Klein et coll., 1983a et b).

De nombreux intervenants pratiquent en groupe. *La communication avec les mères et les familles d'une part, et entre les intervenants d'autre part, revêt alors une importance capitale.* Les intervenants de la santé doivent expliquer aux mères la structure du groupe et le mode de pratique de ses membres. Si l'intervenant principal ne peut être présent durant la naissance, des mécanismes devraient être mis en place pour permettre à son suppléant d'avoir accès à l'information sur la santé de la parturiente et sur le plan de soins prévu. On devrait offrir à la mère la possibilité de rencontrer dès que possible les autres membres de l'équipe d'intervenants sur appel. Au moment d'organiser un système d'appel, on doit viser un équilibre entre deux besoins, soit d'assurer la continuité des soins à la parturiente et de réserver des périodes de répit pour les professionnels.

Participation de la famille

Une approche axée sur la famille encourage sa participation. La mère devrait déterminer elle-même le ou les rôles de chaque membre de sa famille. Quelques personnes souhaitent peut-être assister à la naissance alors que d'autres préfèrent jouer un rôle de soutien. Certaines cultures précisent quels membres de la famille doivent être présents. Les politiques en matière de visites et de participation doivent reconnaître le rôle primordial de la famille et offrir assez de souplesse pour satisfaire les besoins de soutien familial de la mère. Il faut examiner individuellement chacune des pratiques bien établies, telles que le nombre arbitraire ou déterminé de personnes qui accompagnent la mère dans la chambre, pour tenir compte des besoins de chaque mère.

Soins pendant le travail et la naissance

Diagnostic et début du travail

L'approche adoptée pour l'évaluation et les soins au début du travail peut fortement influencer l'issue de la naissance. Ainsi, on recommande de ne pas procéder à l'admission, dans la chambre de naissance, de mères dont la grossesse est normale si elles ne sont pas en travail actif. Leur admission pourrait conduire à des interventions précoces qui risquent de ne pas être nécessaires (McNiven et coll., 1998; Morris et coll., 1996). Ces mères bénéficient d'un meilleur soutien à la maison ou dans un milieu moins interventionniste, car elles ont alors facilement accès aux mesures de confort et elles peuvent s'alimenter. Les mères qui se rendent à la chambre de naissance dès le début du travail le font habituellement parce qu'elles pensent avoir besoin de soutien et de soins. Le personnel compétent devrait donc les diriger dans une salle d'évaluation de la progression du travail pour faire une évaluation d'admission et un triage. Dans la mesure du possible, cette pièce ne devrait pas servir aux parturientes en travail actif.

Il est important que les unités des centres de naissance définissent des stratégies claires quant à l'évaluation de la mère et de son bébé à naître, au diagnostic du travail, aux critères d'admission, au genre et au moment opportun des interventions médicales au début du travail, et au soutien à procurer aux mères pendant cette période. On recommande d'appliquer les critères suivants pour diagnostiquer le travail actif (SOGC, 1998) :

- dilatation du col de 3 à 4 cm et effacement de 80 à 90 p. 100 chez les femmes qui n'ont jamais donné naissance (nullipares);
- dilatation du col de 3 à 4 cm et effacement de 70 à 80 p. 100 chez les femmes ayant déjà donné naissance (primipares et multipares).

Si la femme est à la phase latente du travail, elle a besoin d'être rassurée et renseignée sur la situation. On peut lui demander de retourner à la maison (si cela lui convient ainsi qu'à sa famille) ou de demeurer dans la salle de triage ou dans une salle d'attente. La marche, les mesures favorisant le confort, l'alimentation et l'hydratation sont particulièrement importantes pendant cette période. Même au début de la dilatation du col, la douleur liée au travail et l'anxiété peuvent être intenses; certaines mères peuvent avoir besoin de soins supplémentaires et de soutien (voir la section à la page 21 sur les douleurs

pendant le travail). À cet effet, différentes stratégies sont appropriées telles que des visites à la maison pour évaluer le progrès du travail et aider la mère, ou l'embauche d'une accompagnante ou d'une doula.

Si la mère est en travail actif, elle doit être admise dans la chambre de naissance. À cette phase, les parturientes bénéficient de la présence continue d'un professionnel. La décision d'admettre une femme à la chambre de naissance indique que ce niveau de soins lui sera prodigué jusqu'à la naissance.

Évaluation initiale

Les mères sont souvent inquiètes et craintives lorsque le travail commence et qu'elles entrent à l'hôpital (Chalmers et coll., 1989). Les intervenants de la santé qui accueillent les mères et les familles, et leur donnent du soutien, doivent être conscients de la peur et de l'inquiétude qu'éprouvent beaucoup de femmes, leur conjoint et les personnes qui les accompagnent. Les soins que les parturientes reçoivent pendant cette période auront un effet profond et durable (Simkin, 1991; Green et coll., 1990).

L'infirmière est généralement la première professionnelle à rencontrer la mère. Le moment de l'admission représente une excellente occasion d'établir une relation de confiance avec la mère et les personnes qui l'accompagnent. C'est aussi le moment de revoir le plan de naissance, écrit ou verbal, avec la mère et son conjoint, de discuter de leurs inquiétudes et de leurs préoccupations, et d'expliquer à la mère la nature et les raisons des différents examens et interventions. Une visite du milieu et une présentation du personnel et de leur rôle sont particulièrement importantes si la mère n'a pas fait de visite prénatale guidée.

Lorsqu'une mère entre dans le centre de naissance, l'infirmière détermine ses antécédents et fait une évaluation. Cette évaluation porte sur l'état de la mère et du bébé à naître, sur leur bien-être physique et affectif, leurs besoins individuels et le progrès du travail. Cette évaluation initiale devrait se faire de façon à ne pas perturber la mère ni sa famille.

L'information peut être recueillie au cours d'un entretien avec la mère, en consultant le dossier prénatal et un dossier antérieur de l'hôpital (s'il est accessible) et, au besoin, en posant des questions à la personne qui accompagne la mère. Les dossiers périnatals tenus par le médecin, la sage-femme ou la mère doivent être accessibles pour consultation. Voici les éléments importants d'une première évaluation, qui font normalement partie du formulaire prénatal provincial ou territorial : antécédents obstétricaux; date

de la dernière menstruation; date approximative de la naissance; toute complication associée à la grossesse actuelle; antécédents psychosociaux; problèmes de santé; allergies; maladies transmissibles; résultats du dépistage du streptocoque du groupe B et de l'hépatite B; groupe sanguin et facteur Rh. Les intervenants doivent consulter les directives des pratiques cliniques pour les éléments essentiels de l'évaluation physique de la femme et du bébé à naître (AWHONN, 1997; SOGC, 1998).

Dans quelques centres canadiens, on a recours à certaines pratiques et interventions ne présentant, selon les preuves scientifiques existantes, aucun avantage pour la mère, son enfant à naître et les personnes qui l'accompagnent. On recommande donc les mesures suivantes :

- ne plus demander automatiquement à la mère de porter la chemise d'hôpital;
- ne plus donner un lavement et raser les poils du pubis;
- ne plus obliger systématiquement la parturiente à rester au lit;
- ne plus ordonner systématiquement une perfusion intraveineuse;
- ne plus ordonner systématiquement la surveillance électronique de la fréquence cardiaque fœtale, y compris un tracé d'admission du moniteur fœtal;
- ne plus restreindre systématiquement la nourriture et les breuvages;
- ne plus ordonner systématiquement la rupture artificielle des membranes (RAM).

(Neilson et coll., 1998; SOGC, 1998; Chalmers et coll., 1989).

Soins de soutien

On devrait permettre à chaque mère de choisir sa source première de soutien social pendant le travail — que ce soit son conjoint, des amis ou des membres de sa famille. Il faut respecter ces choix. Cependant, un professionnel doit également participer aux soins de soutien. Les recherches ont en effet démontré que le soutien procuré à la parturiente par une personne de son choix ne remplace nullement le soutien d'une sage-femme expérimentée ou d'une doula dont l'engagement est uniquement envers la mère. De plus, ce soutien social exerce une influence positive sur la naissance (Hodnett, 1998c).

Les effets du soutien procuré par une professionnelle compétente dont la responsabilité unique est de soigner la femme en travail sont bien étayés dans les écrits scientifiques (Levitt et coll., 1995). Parmi ces effets, on note un taux moins élevé de naissances par césarienne; un recours moins fréquent à l'ocytocine, à l'anesthésie épidurale, à l'analgésie ou à l'anesthésie; de meilleurs indices d'Apgar; une diminution des naissances vaginales à l'aide d'instruments; un taux moins élevé d'admissions aux unités de soins intensifs prénatals; une période d'allaitement plus longue (Wolman et coll., 1993; Hofmeyr et coll., 1991; Kennell et coll., 1991; Klaus et coll., 1986; Sosa et coll., 1980). D'autres essais aléatoires ont démontré que les parturientes accompagnées de leur conjoint et d'une sage-femme accréditée sont moins susceptibles de recevoir une anesthésie épidurale (dite aussi péridurale), une anesthésie générale et toute autre forme d'analgésie, qu'elles ont moins d'épisiotomies et se sentent plus en contrôle pendant le travail que les parturientes accompagnées de leur conjoint mais non d'une sage-femme (Blais et coll., 1997; Breart et coll., 1992; Hemminki et coll., 1990; Hodnett et Osborn, 1989a et b; Cogan et Spinnato, 1988). Des études des milieux de pratique où les infirmières passent du temps au chevet de la parturiente, telles que dans l'essai d'auscultation intermittente, ont permis d'observer des effets positifs (Gagnon et coll., 1997; Neilson, 1995a et b; Thacker et Stroup, 1995).

Les soins de soutien exigent la présence continue d'un intervenant et comprennent les différents éléments suivants : un soutien physique (différentes mesures pour assurer le confort de la personne, telles que les massages, le toucher, les compresses froides ou chaudes, etc.); un soutien affectif (encouragement et réconfort); un soutien informatif (directives, renseignements et conseils); la défense des intérêts (communication des souhaits de la mère ou du couple aux autres membres de l'équipe, démarches au nom de la mère) (Hodnett, 1996 et 1998c; McNiven et coll., 1992; Hodnett et Osborn, 1989b).

Il est essentiel aussi que *le milieu soit favorable au soutien*. Le milieu doit être propice à l'intimité et à la tranquillité de la famille, et limiter les dérangements au maximum. Pour créer et maintenir un milieu favorable, il faut adopter une approche pluridisciplinaire qui encourage la participation de tous les intervenants de la santé et tient compte des points de vue des consommateurs; cela permet de convenir d'objectifs mutuels et de suivre de près leur mise en œuvre (Hodnett, 1998a; Philipps, 1994).

On devrait confier à des infirmières³ la prestation des soins aux familles dans les unités de travail et de naissance. L'envergure de la pratique infirmière convient mieux à la complexité des évaluations requises, sans oublier la possibilité d'imprévus dans la progression du travail. Comme on l'a mentionné précédemment, le plan de dotation devra absolument prévoir la présence continue de l'infirmière auprès de la parturiente pour assurer le soutien. *Les recommandations en matière de dotation font valoir l'importance de la présence d'une infirmière par parturiente à partir de la phase du travail actif et de la naissance jusqu'à la fin de la quatrième phase du travail.*

Les administrateurs d'hôpitaux devraient explorer différentes méthodes novatrices et souples qui assurent la présence d'infirmières pour prodiguer des soins de soutien efficaces; ils devraient établir des politiques et des normes préconisant de tels soins. C'est là un défi de taille, compte tenu de l'utilisation irrégulière des chambres de naissance. Il est donc essentiel d'établir une politique visant la création d'équipes d'intervenants à temps partiel, sur appel, pour appuyer le personnel de base des services de périnatalité.

D'autres mesures permettent aussi aux infirmières de dispenser des soins de soutien, dont les suivantes : promulguer l'idée que des soins de soutien ont une valeur égale ou plus grande que les soins techniques; concevoir des cours de perfectionnement sur l'art et la science du soutien pendant le travail; instaurer des systèmes qui préconisent la tenue des dossiers de soins dans les chambres; structurer les documents de manière à reconnaître l'importance des soins infirmiers de soutien; mettre en œuvre divers changements structureaux, y compris l'emplacement stratégique de chaises et d'ordinateurs; éliminer les tâches inutiles ou l'obligation d'accomplir des tâches qui ne relèvent pas de la compétence des infirmières.

Les infirmières qui prodiguent des soins aux familles à cette étape critique du travail et de la naissance doivent avoir les connaissances, les compétences et l'expérience nécessaires pour s'occuper adéquatement des mères et des bébés confiés à leurs soins. Elles devraient avoir une formation adéquate, adaptée à l'état des mères dont elles ont la responsabilité. (Le tableau 2.3 du chapitre 2 décrit les responsabilités des infirmières responsables de la prestation de soins aux mères durant le travail et la naissance.)

3. Infirmière désigne une infirmière autorisée au Québec et en Ontario et une infirmière immatriculée au Nouveau-Brunswick (AIIC, 1999).

Les infirmières doivent avoir accès à des programmes de formation post-diplôme et à des cours de formation permanente pour développer leurs compétences dans ces domaines de soins. En fait, les organismes doivent encourager la formation et le perfectionnement continus des infirmières; ils devraient explorer la possibilité d'instaurer différents incitatifs sous forme d'avancement clinique et de progression dans l'échelle des salaires, et corriger divers facteurs démotivants, tels que la perte de salaire et les frais de garde d'enfants. La formation permanente peut être dispensée de différentes façons, selon les régions; les cours peuvent être offerts dans des collèges communautaires, par l'entremise de programmes périnataux régionaux, dans des universités ou au moyen d'ateliers de formation à l'interne.

Évaluation de la progression du travail

Le rythme normal de la progression du travail varie grandement, tant à la première qu'à la seconde phase. Lorsqu'on évalue la progression, on doit prendre en considération les nombreux facteurs qui influencent la durée du travail : la parité (nombre de grossesses antérieures de plus de 20 semaines), l'état du col utérin au début du travail, la sorte de travail (spontané ou induit), l'administration et la forme d'analgésie épidurale.

Durant toute la période du travail, on doit évaluer les éléments suivants : le bien-être de la femme et sa capacité d'endurance; les signes vitaux de la femme; la fréquence, la durée et l'intensité des contractions; l'intensité de la douleur; la descente, la flexion, la rotation et la position de la partie du corps du bébé qui se présente; le degré d'effacement et de dilatation du col utérin; la fréquence cardiaque fœtale; le liquide amniotique (couleur, odeur, consistance); les pertes vaginales muco-sanguines.

Alimentation et hydratation durant le travail

Même si de nombreux établissements interdisent aux parturientes toute ingestion d'aliments ou de liquides lorsque leur travail est commencé, le bien-fondé de cette pratique est de plus en plus contesté. L'utilité de cette pratique n'a pas été confirmée dans les études rapportées par les publications savantes. En outre, comme chaque femme et, par conséquent, chaque naissance sont uniques, il semble raisonnable de conclure qu'on ne peut se contenter d'appliquer systématiquement une seule pratique en matière d'alimentation. Les décisions en ce sens doivent donc être prises individuellement, en consultation avec chaque mère. On n'a pas encore déterminé la

quantité adéquate d'aliments ou de liquides qu'une parturiente peut ingérer. Comme c'est le cas pour tant d'autres questions non résolues, il serait temps de songer à effectuer des essais contrôlés. De tels essais devraient explorer tant la question de l'ingestion d'aliments et de liquides durant le travail que le type d'aliments et de liquides acceptables (Ludka et Roberts, 1993; Endler et coll., 1988; McKay et Mahan, 1988; Sachs et coll., 1987).

Positions et marche au cours du travail et de la naissance

Une politique visant à encourager la parturiente à marcher, en particulier au début du travail, peut faciliter la progression du travail et accroître le confort de la parturiente (Nikodem, 1995). La liberté de choisir différentes positions lors du travail et de la naissance entraîne peu de risques et peut même s'avérer bénéfique (Nikodem, 1995).

Les politiques qui encouragent les parturientes à adopter une position assise verticale ou à rester debout durant la première phase du travail sont généralement associées à une réduction des douleurs et à une administration moindre de narcotiques et d'analgésies épidurales. On constate aussi une moins grande variabilité de la fréquence cardiaque fœtale pour les parturientes qui adoptent des positions verticales plutôt que horizontales. Toutefois, aucun essai clinique n'a réussi à confirmer que, durant la première phase du travail, les positions verticales par rapport aux positions horizontales produisent des différences au plan des indicateurs de l'état néonatal (Nikodem, 1995).

Des preuves scientifiques portant sur la seconde phase du travail démontrent que les positions verticales et les positions conventionnelles horizontales ou semi-horizontales ont une incidence similaire sur la durée de la seconde phase du travail, sur la sorte de naissance et sur le risque de traumatisme périnéal (Nikodem, 1995). Les positions verticales tendent néanmoins à être associées à un risque plus élevé de déchirures labiales. Quant aux quelques études sur les effets des positions verticales sur le degré d'inconfort de la mère, elles demeurent peu concluantes (Crowley et coll., 1991; Stewart et Spiby, 1989).

Plusieurs essais ont toutefois rapporté que les positions verticales durant la seconde phase du travail augmentaient les pertes sanguines postnatales (Crowley et coll., 1991). L'administration intramusculaire d'ocytocine au début de la troisième phase du travail, qui réduit les hémorragies après la naissance, devrait aussi minimiser ce risque pour les mères préférant accoucher en position verticale (Prendiville et Elbourne, 1989).

On recommande donc que les unités adoptent des politiques souples sur la position de la mère durant le travail et la naissance pour lui permettre de choisir ce qui lui procure le plus de confort. De plus, on doit encourager le personnel médical et infirmier à prodiguer autant de soins aux mères qui souhaitent accoucher en position verticale qu'à celles qui choisissent des positions horizontales. Toutes les positions suivantes sont possibles : des positions verticales, telles que se tenir debout ou marcher, s'asseoir, s'accroupir et s'agenouiller; différentes positions assises dans une chaise ajustable ou avec le dos appuyé sur une personne ou sur un coussin triangulaire, ou encore assise sur un ballon de naissance; des positions couchées, sur le dos ou sur le côté. En effet, la plupart des femmes varient leurs positions de façon intermittente au cours du travail; la phase même du travail déterminera fort probablement le choix de la position.

Surveillance de la santé fœtale

La surveillance de la santé fœtale (ou monitoring fœtal) est le terme général utilisé lorsqu'on évalue l'état de l'enfant à naître durant le travail. Pour les femmes dont la grossesse ne présente aucun risque apparent, on recommande l'auscultation intermittente, habituellement à l'aide d'un fœtoscope par Doppler, pour surveiller le fœtus (SOGC, 1995a). L'utilisation systématique d'un appareil électronique pour la surveillance de la fréquence cardiaque fœtale est actuellement remise en question. En effet, son association à un taux plus élevé de naissances par césarienne n'a pas amélioré le pronostic fœtal, ce dernier ayant atteint un plateau; on doute donc de son efficacité (SOGC, 1995a). En fait, il faut enseigner des techniques d'auscultation intermittente pour les phases actives du travail et les appliquer de façon pertinente, soit toutes les 15 à 30 minutes durant la première phase de travail actif et toutes les 5 minutes durant la seconde phase du travail quand la parturiente a commencé à pousser. Dans les cas où l'auscultation intermittente décèle une fréquence cardiaque fœtale non rassurante, il convient d'utiliser un appareil électronique pour effectuer une surveillance continue du fœtus.

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) recommande, dans certaines situations particulières, d'instaurer la surveillance électronique de la fréquence cardiaque fœtale et de procéder à des prélèvements de sang au niveau du cuir chevelu du fœtus. Au nombre de ces situations, on note un travail prolongé; un travail stimulé par l'administration d'ocytocine; un travail où l'auscultation révèle des signes non rassurants;

un travail présentant un risque particulièrement élevé d'acidose fœtale (SOGC, 1995a).

De nombreuses études démontrent que dans les cas où aucun prélèvement de sang du cuir chevelu du fœtus n'est effectué pour vérifier une fréquence cardiaque fœtale non rassurante (décelée par auscultation intermittente ou par surveillance électronique continue), il en résulte une augmentation des naissances par césarienne qui ne sont d'aucun avantage pour le fœtus. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada recommande donc de faire des prélèvements de sang du cuir chevelu du fœtus en présence d'une fréquence cardiaque fœtale non rassurante (SOGC, 1995a). (Consulter le chapitre 2.)

LE CHOIX DES MOTS POUR BIEN COMMUNIQUER

Une des premières règles est de ne pas choisir des termes physiologiques pour décrire des conditions inconnues ou soupçonnées. Par conséquent, quelle que soit la méthode de surveillance fœtale adoptée avant la naissance, il faut éviter de dire qu'il y a « souffrance fœtale », « asphyxie » ou « dysfonctionnement placentaire » pour décrire l'état de l'enfant à naître. Ces termes ne doivent être employés *qu'après* la naissance, lorsqu'on aura établi un profil clinique complet, c'est-à-dire lorsqu'on aura déterminé l'implication d'autres systèmes que le cerveau et effectué une analyse adéquate des gaz sanguins. Si l'état de l'enfant à naître suscite des inquiétudes, il est approprié de dire que la surveillance fœtale signale des données « rassurantes » ou « non rassurantes ». Les fréquences non rassurantes, déterminées au moyen d'appareils électroniques de surveillance fœtale ou d'auscultation intermittente, doivent être examinées à fond, après quoi il faudra prendre des mesures pour améliorer la situation (changement de position de la mère, oxygène, etc.); ou encore, elles devront être confirmées à l'aide d'un prélèvement de sang au niveau du cuir chevelu du fœtus. Si, malgré cela, on ne réussit pas à rendre la situation « rassurante », il faut accélérer la naissance.

CES RECOMMANDATIONS SONT-ELLES RÉALISTES ?

Le document de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, *Monitoring fœtal durant le travail* (1995a), a souvent été ignoré, ayant été jugé irréaliste et impossible à appliquer en raison de contraintes budgétaires et du manque d'effectifs. En revanche, les preuves scientifiques démontrent la validité de ces directives de façon suffisamment convaincante pour qu'on exige que toutes les unités de soins périnataux disposent des effectifs

nécessaires pour les mettre en application. *Les soins infirmiers prodigués dans un rapport d'une infirmière par parturiente durant la phase active du travail devraient maintenant être une condition essentielle des soins en périnatalité au Canada.* Il a été démontré que des soins infirmiers de grande qualité, prodigués dans un rapport d'une infirmière par parturiente, sont essentiels à l'utilisation en toute sécurité de l'auscultation intermittente comme principale méthode de surveillance fœtale. Compte tenu de l'état actuel des connaissances, quand une unité exige la surveillance électronique continue du fœtus comme méthode appropriée de soins infirmiers de surveillance fœtale, on peut supposer, en réalité, qu'elle accepte de prodiguer des soins périnataux de qualité inférieure. De toute évidence, il devrait être inacceptable, au Canada, que la prestation de soins infirmiers s'écarte de la norme d'une infirmière par parturiente durant la phase active du travail et ce, quelle que soit la méthode de monitoring fœtal employée.

Douleurs pendant le travail

La douleur est une caractéristique universelle de la naissance. Toutefois, l'intensité de la douleur et la capacité de chaque femme de la supporter varient selon différents facteurs : l'expérience de la mère, sa constitution psychologique, son niveau de préparation à la naissance, ses croyances et pratiques culturelles, la qualité et l'intensité des contractions utérines, le soutien qu'elle reçoit durant le travail et la naissance, et la position du fœtus (Simkin, 1995; ICEA, 1993).

Divers moyens permettent de soulager les douleurs pendant le travail. Il est important que les mères aient l'occasion, bien avant la date prévue de la naissance, de discuter de tous ces choix, qui impliquent un degré d'intervention variant du plus petit au plus grand, et d'exprimer leurs préférences pour faciliter une prise de décision éclairée.

MESURES DE CONFORT

La majorité des parturientes ne veulent pas prendre de médicaments pour soulager la douleur ou souhaitent en retarder l'utilisation le plus possible tandis que d'autres préfèrent en prendre. Un soutien professionnel continu peut fort bien être la méthode non pharmacologique la plus puissante de gestion de la douleur durant le travail (Hodnett, 1998c).

Le soutien du conjoint ou des proches et l'aide professionnelle d'une doula, d'une sage-femme ou d'une infirmière font partie intégrante du soutien à la mère pendant le travail. Les publications savantes démontrent

bien l'importance et les avantages des soins de soutien, dont une utilisation moins élevée de médicaments pour soulager la douleur (Hodnett, 1998c). Les soins de soutien comprennent différents éléments : la présence continue d'une soignante, des mesures particulières pour assurer le confort physique, de l'encouragement, du réconfort et de l'information (Hodnett et Osborn, 1989). Il est important que la mère ait accès à la totalité des mesures de soutien pour les utiliser selon ses besoins.

Les soins de soutien et les mesures de réconfort sont nombreux et variés. De l'avis de certaines femmes, le toucher aide à supporter les douleurs du travail, à condition que cela se fasse avec compétence, compassion et dans un but de soutien et de réconfort (Weaver, 1990). Les techniques de toucher comprennent la contrepression, habituellement au bas du dos, l'effleurage et le massage.

La relaxation est le but de bien des méthodes non pharmacologiques de contrôle de la douleur. Selon Dick-Read et coll. (1994), les techniques psychoprophylactiques, comprenant la respiration dirigée, la vocalisation contrôlée, les gémissements et le chant (lent et monotone), peuvent aider la mère à relaxer. On a pu constater que les femmes formées à l'utilisation de différentes techniques psychoprophylactiques ont moins besoin de médicaments pour soulager la douleur. L'imagerie mentale dirigée ou autoguidée est une autre de ces techniques; elle mise sur la concentration et vise à distraire de la douleur.

Les parturientes peuvent aussi se détendre en prenant une douche ou bien un bain tourbillon ou à jets d'air. On a observé que l'immersion dans l'eau au cours de la première phase du travail réduit le besoin d'avoir recours à d'autres méthodes de soulagement de la douleur; jusqu'à maintenant, aucun effet nocif d'importance n'a été relevé (Nikodem, 1998). Il faut toutefois utiliser les baignoires avec prudence, en gardant à l'esprit les points suivants : la température de l'eau du bain doit être de moins de 39 °C pour minimiser les risques (Hall et coll., 1990); les mères doivent continuer à boire, puisque les bains augmentent la diurèse; les signes vitaux des mères doivent être notés avant leur entrée dans la baignoire et toutes les 30 minutes par la suite. (L'auscultation du cœur fœtal pendant la première phase du travail peut être effectuée au moyen d'un appareil portatif à effet Doppler ou d'un fœtoscope.) Enfin, chaque établissement devrait établir ses propres politiques pour le nettoyage et l'entretien des baignoires. Certains rapports soulignent une légère augmentation de la température corporelle de la mère et de la fréquence

cardiaque foetale pendant les 15 à 30 minutes après le bain (Schorn et coll., 1993). Des études n'indiquent cependant aucune augmentation d'infections foetales ou maternelles attribuables à l'utilisation de l'hydrothérapie pendant le travail; cela inclut les femmes dont les membranes sont rupturées (Rush et coll., 1996; Schorn et coll., 1993; Waldenstrom et Nilsson, 1992; Lenstrop et coll., 1987; Odent, 1983).

Les *douleurs du dos* pendant le travail peuvent être soulagées ou éliminées au moyen d'injections intradermiques d'eau stérilisée. Cette technique, qui consiste à utiliser de l'eau stérilisée pour soulever quatre papules au-dessus du sacrum en des endroits précis, peut être facilement apprise par toute personne capable d'administrer un test cutané à la tuberculine. Il faut utiliser de l'eau stérilisée et non du soluté physiologique. Bien que la technique provoque une douleur locale transitoire après l'injection, elle peut réduire la nécessité d'utiliser des méthodes plus invasives pour soulager la douleur si elle est utilisée avec d'autres techniques de soutien, telles que la respiration et la relaxation (Reynolds, 1994, 1992; Trolle et coll., 1991; Ader et coll., 1990; Lytzen et coll., 1989; Melzack et Schaffelberg, 1987).

MÉTHODES PHARMACOLOGIQUES DE CONTRÔLE DE LA DOULEUR

De nombreux médicaments peuvent être utilisés pour soulager les douleurs du travail. Il est important que les intervenants de la santé discutent des avantages et des risques de chacun de ces médicaments avec les femmes et les familles dans le cadre des soins prénatals, pour permettre de prendre des décisions éclairées.

Les narcotiques peuvent être administrés par injection intramusculaire (IM) ou sous-cutanée (SC), par perfusion intraveineuse ou par analgésie intraveineuse contrôlée par la parturiente. Les agonistes narcotiques (morphine, mépéridine, fentanyl) ou les agonistes-antagonistes (nalbuphine, butorphanol) sont utiles lors du travail. L'analgésie intraveineuse auto-administrée permet à la mère de contrôler la douleur selon des paramètres définis, tout en assurant une thérapie plus continue avec de meilleurs niveaux de médicament et moins d'effets secondaires aigus que ceux associés aux bols intramusculaires à plus hautes doses. L'administration de narcotiques par voie parentérale comporte plusieurs désavantages : sédation de la mère; nausées et vomissements; soulagement incomplet de la douleur; hallucinations; dépression respiratoire; transfert au fœtus menant à une sédation et à une dépression respiratoire foetales ou néonatales. Les moments où l'on peut

utiliser des narcotiques sont donc restreints, et des doses plus importantes par voie intramusculaire ou intraveineuse ne devraient pas être administrées dans les deux heures environ précédant la naissance. En revanche, le recours à l'analgésie intraveineuse auto-administrée n'est pas contre-indiquée durant les deux dernières heures du travail. Toutefois, si on décide d'en faire usage, une personne qualifiée doit être présente lors de la naissance pour traiter les dépressions respiratoires néonatales possibles.

De tous les anesthésiques administrés par inhalation, seul l'oxyde nitreux dans l'oxygène (mélange 50:50) est utilisé pour une analgésie durant le travail. L'oxyde nitreux produit des effets analgésiques légers. Certains de ses avantages sont psychologiques : par exemple, il fournit une distraction pendant les contractions. Le désavantage, c'est qu'il n'est efficace que pour de courtes périodes. Il est donc mieux de l'utiliser lorsque le col est presque complètement dilaté ou dans l'attente d'autres méthodes de soulagement de la douleur. Il faut toutefois s'assurer d'une récupération adéquate des gaz pour éviter l'inhalation de l'anesthésique par le personnel qui prête assistance à la mère. Parmi les effets secondaires de l'oxyde nitreux sur la mère, on retrouve les nausées, les étourdissements, la sédation et des séquences d'hyperventilation ou d'hypoventilation menant à l'hypoxémie entre les contractions.

L'analgésie épidurale, dite aussi périurale, a été utilisée efficacement et avec sécurité depuis les années 1960 (Reynolds, 1989). L'analgésie épidurale durant le travail soulage la douleur tout en maintenant l'état de conscience de la mère (Howell et Chalmers, 1992; Harrison et coll., 1987). Des études indiquent que les femmes en sont très satisfaites (Philipsen et Jensen, 1990; Harrison et coll., 1987; Robinson et coll., 1980). Toutefois, des études récentes en ont démontré les effets négatifs sur la progression du travail et sur la capacité des parturientes d'avoir une naissance vaginale spontanée et non assistée, particulièrement pour celles qui accouchent de leur premier enfant (Howell et Chalmers, 1992).

L'analgésie épidurale est associée à une augmentation des naissances vaginales à l'aide d'instruments durant la seconde phase du travail, en particulier celles nécessitant la rotation de la tête fœtale (Howell, 1992). Dans certains contextes cliniques, les analgésies épidurales peuvent constituer un facteur de risque de naissance par césarienne. Des recherches plus poussées sont cependant nécessaires pour évaluer l'exactitude de cette association présumée. Plusieurs méthodes ont été proposées pour minimiser

les effets des analgésies épidurales sur la progression du travail durant la seconde phase : l'utilisation d'infusions locales continues de solutions anesthésiques ou narcotiques diluées pour minimiser le blocage moteur (Vertommen et coll., 1991); l'utilisation de l'ocytocine pour stimuler le travail pendant la seconde phase (Saunders et coll., 1989); l'utilisation de la technique visant à retarder la poussée (Vause et coll., 1998; Fraser et coll., 1997).

Dans le cas de nullipares auxquelles on administre une analgésie épidurale, on a démontré que le fait d'utiliser une technique visant à retarder la poussée jusqu'à deux heures après la dilatation complète du col contribue à une réduction du nombre de naissances difficiles à partir de la seconde phase (Fraser et coll., 1997). Les mères dont le bébé se présente par le siège ou en position transverse sont les plus susceptibles de bénéficier de cette technique.

Parmi les techniques récentes d'analgésie épidurale, on note l'analgésie spinale-épidurale combinée et l'analgésie épidurale auto-administrée. Lorsqu'on a recours à l'analgésie spinale-épidurale combinée, la phase initiale de l'analgésie comprend l'administration intrathécale (c'est-à-dire dans l'espace sous-arachnoïdien) d'un narcotique avec ou sans anesthésique local. Cette méthode minimise les risques de blocage moteur et laisse la mère libre de marcher durant la phase initiale. Une étude récente a démontré que la durée de la première phase du travail était moindre avec l'analgésie spinale-épidurale combinée, comparativement à l'analgésie épidurale conventionnelle (Tsen et coll., 1999). Avec l'analgésie épidurale auto-administrée, la dose totale d'agents utilisés est réduite au minimum. Des essais contrôlés, aléatoires et multicentriques, actuellement en cours au Canada et aux États-Unis, comparent l'analgésie intraveineuse auto-administrée à l'analgésie épidurale pendant le travail pour déterminer l'incidence des épidurales sur les interventions qui doivent être faites durant la seconde phase du travail (Sharma et coll., 1997).

Si les parturientes ont accès à une analgésie épidurale, il est important de donner aux femmes enceintes, bien avant la date prévue de la naissance, l'information sur les avantages et les risques de cette méthode pour qu'elles aient le temps d'y réfléchir. On recommande de ne pas considérer uniquement l'utilisation de l'épidurale comme technique de choix pour soulager la douleur, mais de réserver plutôt son utilisation au moment où les autres méthodes, comme les mesures de confort décrites plus haut, se révèlent inefficaces. Il est également recommandé que tous les intervenants

de la santé — médecins de famille, obstétriciens, sages-femmes, infirmières et anesthésistes — travaillent en étroite collaboration pour optimiser le recours à toutes les formes de contrôle de la douleur par les femmes. En outre, les praticiens des centres de soins de santé devraient prévoir un cheminement déterminant les méthodes de soulagement de la douleur et utiliser des échelles de mesure de la douleur, telles les échelles analogiques visuelles.

Épisiotomie

Compte tenu de l'accumulation des preuves recueillies, il faut cesser d'avoir *systématiquement* recours à l'épisiotomie. En fait, des recherches démontrent que les traumatismes sont causés par l'épisiotomie elle-même plutôt que par les conséquences associées à l'absence d'épisiotomie. Parmi les seuls essais aléatoires effectués en Amérique du Nord, auxquels ont participé plus de 700 femmes, les meilleurs résultats ont été obtenus par les femmes dont le périnée était intact, suivis de celles qui avaient des déchirures spontanées du deuxième degré; les pires résultats ont été observés chez les femmes ayant eu une épisiotomie ou chez celles dont les épisiotomies s'accompagnaient d'une déchirure du troisième ou quatrième degré. En outre, les femmes dont le périnée était intact ou qui avaient une déchirure spontanée du deuxième degré ressentaient généralement moins de douleurs périnéales au cours de la première, de la deuxième et de la dixième journées postnatales; selon les résultats de recherches, cet effet se prolongeait jusqu'à trois mois après la naissance. De plus, la satisfaction sexuelle après la naissance est accrue lorsqu'on évite de pratiquer l'épisiotomie. Les preuves scientifiques indiquent que les femmes qui ont subi une épisiotomie lors de leur premier accouchement sont vingt fois plus susceptibles d'avoir une déchirure du troisième ou du quatrième degré que celles qui n'ont pas eu cette intervention (Klein et coll., 1992, 1994, 1995).

Comme l'épisiotomie médio-latérale est plus douloureuse que l'épisiotomie médiane, et que toutes deux sont associées à une morbidité maternelle accrue, sans avantage démontrable pour la mère ou le bébé à naître lorsqu'elles sont pratiquées de façon systématique, on devrait réserver ces deux interventions aux cas spéciaux, surtout lorsque le bien-être du bébé à naître suscite des inquiétudes (en présence d'une progression non rassurante du travail) et en présence d'indications maternelles très limitées. En fait, les ventouses et les forceps peuvent être employés sans épisiotomie, laquelle ne

devrait être pratiquée que lorsqu'il faut accélérer la naissance à cause de pré-occupations au sujet de l'état du bébé. Chaque hôpital doit réexaminer ses procédures relatives aux épisiotomies à la lumière de ces concepts, lesquels doivent de plus être intégrés aux programmes d'études en médecine.

La naissance et immédiatement après

Deuxième phase du travail

On définit habituellement la deuxième phase du travail comme la période allant de la dilatation complète du col jusqu'à la naissance du bébé. Il est important de reconnaître que le travail est un processus et sa progression, un continuum. Ainsi, plutôt que d'émettre systématiquement des directives arbitraires, les intervenants de la santé doivent réagir aux signaux de la parturiente. Ils doivent également bien connaître les paramètres relatifs à la sécurité de la mère et du fœtus (SOGC, 1998).

La durée de la deuxième phase du travail ne devrait pas être définie de façon arbitraire; elle devrait plutôt être évaluée individuellement pour chaque parturiente. Ainsi, s'il y a signe de progrès et que l'état de la mère et celui du bébé sont satisfaisants, il n'est pas nécessaire d'intervenir (SOGC, 1998). Dans le passé, on avait déterminé que deux heures représentaient la limite supérieure normale de la durée de la deuxième phase du travail pour les nullipares. D'après les données les plus récentes, la durée moyenne de la deuxième phase peut se prolonger, compte tenu de l'utilisation d'analgésie épidurale (Howell et Chalmers, 1992; Paterson et coll., 1988). Il semble qu'en présence d'anesthésie épidurale, il n'y ait aucun lien entre la durée de la deuxième phase et le risque d'une issue néonatale défavorable (Saunders et coll., 1992; Moon et coll., 1990; Cohen, 1977). Les cliniciens devraient donc éviter d'imposer des limites à la durée de la deuxième phase lorsqu'il y a analgésie épidurale. Tant et aussi longtemps que l'on constate une progression continue (mesurée par la descente de la tête du bébé) et que l'état du bébé et de la mère restent satisfaisants, on devrait opter pour la gestion non interventionniste (aussi appelée gestion attentiste ou expectante), c'est-à-dire laisser le travail se dérouler naturellement sans intervenir. (Consulter le texte relatif aux épidurales à la page 24.)

Naissance et contact mère-enfant

À mesure que la tête du bébé apparaît, la pression du vagin sur le thorax du bébé lui fait expulser les sécrétions des voies respiratoires supérieures. Il n'est pas recommandé de procéder systématiquement à l'aspiration des sécrétions du bébé à ce moment; on ne devrait le faire que s'il y a présence de particules de méconium dans le liquide amniotique ou que si le bébé a du mal à expulser les sécrétions de ses voies respiratoires supérieures. En effet, la laryngoscopie et l'intubation ne doivent pas être pratiquées systématiquement, mais seulement en cas de détresse respiratoire.

Il faut fortement insister pour que le premier contact du bébé avec la mère et la famille dure le plus longtemps possible. Le nouveau-né doit être placé en contact physique avec la mère, par exemple sur son abdomen ou dans ses bras, le plus tôt possible après la naissance. On ne doit placer un nouveau-né dans un lit chauffant (p. ex., l'unité néonatale) immédiatement après la naissance qu'en présence d'une indication médicale, d'une incapacité de la mère de recevoir immédiatement le bébé sur son abdomen ou d'une demande de la mère de le placer dans le lit chauffant. En pareil cas, le lit chauffant doit être placé près des parents. (Si le bébé est dans le lit chauffant pendant plus de 10 minutes, des servomécanismes de contrôle doivent être utilisés pour s'assurer que le bébé n'a pas trop chaud.)

La mère et le nouveau-né forment un tout inséparable. Il faut donc éviter de les séparer pendant les premières heures après la naissance; le contact direct avec la peau est d'ailleurs fortement recommandé. Le premier contact entre la mère et le nouveau-né marque le début de tous les liens affectifs subséquents de l'enfant. Le sentiment de sécurité de l'enfant commence à se développer dès ce moment, et les événements des premiers instants ont des effets à long terme. De plus, on ne saurait sous-estimer les bienfaits de ce contact précoce prolongé pour la mère, puisqu'il concrétise son sentiment d'accomplissement. L'importance de garder le bébé et la mère ensemble passe bien avant toute autre considération pratique de l'établissement et toute politique conventionnelle. Même si des interventions précises, telles que la pose des bracelets d'identité et l'administration de la vitamine K ou de médicaments ophtalmiques, sont nécessaires aux soins du bébé (ou exigées par la loi), il faut les exécuter de façon à nuire le moins possible à la formation des liens précoces d'attachement. D'ailleurs, l'évaluation du nouveau-né peut se faire en présence de la mère.

Après la naissance, on doit encourager les mères à allaiter leur bébé dès qu'il est prêt et disposé à téter. Un contact précoce prolongé a un effet positif sur le succès de l'allaitement maternel. Des études démontrent que la séparation de la mère et du nouveau-né immédiatement après la naissance nuit à l'établissement de la lactation (ICSI, 1996). (Consulter le chapitre 6 pour plus de détails sur les soins au nouveau-né, y compris la réanimation. Pour des précisions sur l'allaitement maternel, consulter le chapitre 7.)

Soins durant la troisième phase du travail

Tout de suite après la naissance du bébé, si l'utérus reste ferme et qu'il n'y a aucun saignement inusité, la pratique habituelle consiste à attendre et à surveiller la condition de la mère jusqu'à ce que le placenta se détache. Pour s'assurer que l'utérus ne devient pas atone ou ne se remplit pas de sang derrière le placenta détaché, on devrait vérifier fréquemment sa hauteur et sa consistance en posant une main sur le fond utérin (SOGC, 1998).

Les preuves scientifiques obtenues dans le cadre d'essais contrôlés viennent étayer l'utilisation systématique de médicaments ocytociques au cours de la troisième phase du travail. Cependant, leur avantage — soit une diminution du risque d'hémorragie postnatale — doit être examiné comparativement au risque relativement peu élevé d'hypertension et aux inconvénients liés à l'utilisation systématique d'injections. En outre, les données accessibles n'appuient pas l'utilisation prophylactique continue de l'ergométrine; ce médicament n'offre aucun avantage supérieur à l'ocytocine pour réduire la perte sanguine et il est associé à un plus grand risque d'hypertension et de vomissements (SOGC, 1998).

Dystocie

À ce jour, aucun critère n'est universellement reconnu pour le diagnostic de la dystocie. Toutefois, une ligne directrice canadienne suggère les critères de dystocie suivants : le col doit d'abord être dilaté à 3 cm; par la suite, pour une période d'au moins quatre heures, la dilatation du col doit s'effectuer à un rythme inférieur à 0,5 cm par heure (Panel de la Conférence consensuelle nationale sur les aspects des césariennes, 1986). En comparaison avec d'autres

définitions de la dystocie, celle-ci démontre un niveau acceptable de sensibilité et une grande précision (Lemay, 1995).

Si l'on s'appuie sur cette définition relativement prudente, on peut conclure qu'un fort pourcentage, soit 40 p. 100, de femmes ont une dystocie. Cependant, puisque la progression du travail varie d'une parturiente à l'autre, toutes les mères qui dépassent les limites de la normalité établies par cette définition n'auront pas nécessairement besoin d'intervention médicale (Peisner et Rosen, 1986, 1985).

Le *partogramme* sert à documenter les touchers ou les examens vaginaux pratiqués à intervalles déterminés et il constitue un outil de dépistage et de diagnostic de la dystocie. Il n'est pas certain, cependant, que le dépistage au moyen de touchers vaginaux réguliers mène à des résultats obstétricaux plus positifs (Organisation mondiale de la santé, 1994). Le partogramme peut néanmoins être utile pour faire la distinction entre les troubles des phases latentes et actives du travail.

Gestion active du travail

La gestion active du travail est préconisée comme moyen de prévention de la dystocie et de réduction du nombre de césariennes (O'Driscoll et coll., 1984). Cette méthode a plusieurs volets, y compris l'admission sélective à la salle de travail, le soutien prodigué par les intervenants, l'amniotomie (rupture artificielle des membranes) précoce et l'administration précoce d'ocytocine. Cependant, des essais aléatoires contrôlés d'amniotomie précoce et d'administration précoce d'ocytocine, même s'ils ont mené à une modeste diminution de la durée du travail, n'ont pas eu d'effets positifs sur les taux de morbidité de la mère et du fœtus. De fait, l'amniotomie précoce systématique semble être associée à une augmentation du taux horaire des décélérations précoces, variables et tardives de la fréquence cardiaque fœtale; cela peut provoquer un nombre accru de naissances par césarienne en raison de craintes relatives au bien-être du fœtus (Goffinet et coll., 1997). Des rapports indiquent également que, lorsque le travail progresse normalement, il est préférable de ne pas procéder à une rupture artificielle des membranes (Fraser, 1995a, b; Thornton et Lilford, 1994; Fraser et coll., 1993; Hunter, 1991; Bidgood et Steer, 1987).

En revanche, on a démontré que le soutien psychosocial pendant le travail est associé à une réduction de la fréquence des césariennes et des naissances vaginales à l'aide d'instruments, de même qu'à une amélioration de

l'état de l'enfant à naître (Hodnett, 1998c). Par conséquent, une approche acceptable des soins, lorsque le travail progresse lentement pendant la phase de latence, consiste à adopter une gestion attentiste, c'est-à-dire non interventionniste, et à insister sur des mesures de soutien psychologique et de confort physique.

Stimulation du travail

Dans une récente méta-analyse d'essais, on a comparé deux formes de gestion du travail : d'une part, la stimulation précoce du travail par l'administration d'ocytocine et la pratique d'une amniotomie; d'autre part une gestion moins interventionniste. On n'a démontré aucun avantage associé aux interventions précoces systématiques auprès des femmes dont le travail accuse un léger retard (Fraser et coll., 1998). Par ailleurs, les essais axés sur les femmes ayant un diagnostic établi de dystocie ont relevé une tendance à la réduction des risques de césarienne lorsque le travail est stimulé. Cependant, le nombre de femmes ayant fait l'objet de ces études aléatoires est trop restreint pour qu'on puisse en tirer des conclusions probantes. Pour le traitement de la dystocie, compte tenu de la fréquence des dysfonctionnements utérins associés à un ralentissement de la progression du travail (Gibb et coll., 1984), on recommande de stimuler les contractions au moyen d'ocytocine avant de considérer une césarienne.

Intervention médicale pour le traitement de la dystocie

Une fois la décision prise d'intervenir médicalement pour la dystocie — que ce soit par amniotomie, augmentation de l'ocytocine, ou les deux —, il faut prévoir un délai suffisamment long pour observer la réaction clinique au traitement. Selon la dose initiale et le rythme d'augmentation de l'ocytocine, il faudra peut-être deux ou trois heures avant d'atteindre des concentrations thérapeutiques requises dans le sang de la mère (Brindley et Sokol, 1988). Dans la plupart des cas, des doses de 10 mU/min ou moins permettent d'atteindre un niveau thérapeutique. Une fois ce niveau atteint, une autre période d'observation est nécessaire pour évaluer la réaction clinique. En particulier dans les cas où le traitement à l'ocytocine a été mis en route alors que la dilatation du col était de moins de 5 cm, le délai entre le début du traitement et la réaction clinique voulue (soit une augmentation de la dilatation du col) peut être considérable (Cardozo et Pierce, 1990).

Induction du travail

Une politique d'induction du travail (déclenchement artificiel du travail) pratiquée systématiquement à la 40^e ou 41^e semaine d'une grossesse saine n'est pas justifiable à la lumière des constats qui se dégagent des essais contrôlés (Crowley, 1995a, b). Dans la plupart des cas, une grossesse post-terme représente probablement une variante de la norme et est associée à des résultats positifs. Toutefois, lorsqu'on la compare au travail spontané, l'induction est souvent associée à une série de complications et d'interventions, telles que l'augmentation de la durée moyenne du travail, du besoin d'avoir recours à l'analgésie et du taux de naissances à l'aide d'instruments. L'induction exige souvent une surveillance électronique continue du fœtus, ce qui réduit la mobilité de la mère. Toutes les méthodes établies d'induction du travail comportent des risques médicaux. (Consulter l'annexe 2.)

La décision de déclencher le travail ne devrait être prise que lorsque le risque de prolonger la grossesse dépasse le risque d'induction, comme dans le cas de pré-éclampsie grave. Dans nombre d'autres situations, cependant, il est souvent difficile de déterminer avec exactitude s'il y a plus d'avantages que de risques à prolonger la grossesse.

Les grossesses post-terme sont l'indication la plus fréquente de l'induction du travail. La recommandation d'évaluer l'âge gestationnel par l'échographie devrait permettre de limiter à 4 p. 100 le taux des grossesses de plus de 42 semaines. Une étude scandinave à grande échelle donne des données sur le risque de mortalité périnatale en relation avec l'âge gestationnel (Bakketeig et coll., 1979). C'est seulement après 42 semaines de grossesse que le niveau de risque de mortalité périnatale revient à celui que l'on observe avant 39 semaines. De plus, le risque est presque le double après 43 semaines.

Un essai canadien sur les grossesses post-terme a démontré que le risque de morbidité fœtale associé au monitoring séquentiel prénatal n'était pas plus élevé que le risque d'induction prophylactique du travail. Parmi les 3 407 bébés qui faisaient partie de l'échantillon étudié, on n'a observé que deux cas de mortalité périnatale; les mères faisaient partie du groupe de la gestion attentiste (Hannah et coll., 1992). Dans une méta-analyse de douze essais dont les rapports figurent dans la base de données Cochrane, on a comparé la gestion attentiste à l'induction du travail dans le cas de grossesses post-terme (Crowley, 1998); des huit décès périnataux relevés, sept faisaient partie du groupe de la gestion attentiste. Cette analyse laisse supposer qu'une

politique d'induction du travail à la 41^e semaine ou plus peut être associée à une légère réduction du risque de mortalité périnatale. Cependant, même si cela était le cas, il faudrait procéder à un bon nombre d'inductions pour prévenir un seul cas de décès périnatal.

Dans l'essai canadien précité, on a aussi observé une réduction du risque de césarienne associé à une politique d'induction du travail dans le cas de grossesses post-terme. Ce constat semble contredire l'opinion répandue voulant que l'induction augmente le risque de césarienne. Il faut toutefois interpréter cette observation avec prudence pour les raisons suivantes. Dans cet essai, seules les femmes du groupe dont le travail a été induit ont eu accès au gel de prostaglandines. Environ le tiers des femmes du groupe de la gestion attendue dont le travail a dû être induit n'ont pas eu accès à ce gel. Et la plupart des césariennes excessives au sein du groupe de la gestion attendue ont été effectuées à cause de « préoccupations au sujet du fœtus ». Il y a donc lieu de se demander si le recours à l'amnioinfusion dans le cas de « préoccupations au sujet du fœtus » liées à l'oligohydramnios aurait atténué ou éliminé cette différence.

À la lumière des preuves recueillies, la base de données Cochrane recommande d'offrir aux femmes d'induire le travail en utilisant la meilleure méthode disponible (Crowley, 1995b). Toutefois, pour que les femmes puissent faire un choix éclairé à ce sujet, on doit les informer des risques et des avantages de l'intervention.

Réduction de l'incidence des naissances par césarienne

Le taux actuel de césariennes au Canada est anormalement élevé. Le principal enjeu est de trouver le moyen de réduire ce taux en toute sécurité, tout en préservant le bien-être optimal des mères et des bébés. Des études effectuées partout en Amérique du Nord n'ont relevé aucun lien entre le taux élevé de naissances par césarienne et la diminution du taux de mortalité périnatale. En fait, certaines régions affichent à la fois les taux les plus élevés de césariennes et les taux les plus élevés de mortalité périnatale, ce qui illustre bien que les facteurs sociaux et les aspects associés à l'organisation des soins constituent des déterminants critiques. Toutefois, les hôpitaux et les médecins qui ont un taux élevé de césariennes dans leur pratique n'admettent ni plus

ni moins de bébés dans les unités de soins néonataux spéciaux, et les indices d'Apgar de ces nouveau-nés ne sont ni plus ni moins élevés que ceux des bébés des établissements et des pratiques dont le taux de césariennes est moins élevé. En fait, pour un grand groupe de praticiens, les taux de césariennes et d'autres interventions principales tendent à suivre une courbe de distribution en cloche.

Toutes les raisons habituellement évoquées pour justifier un taux élevé de naissances par césarienne — un surdiagnostic de « souffrance fœtale », un surdiagnostic et une gestion sous-optimale de la dystocie, une surutilisation de césariennes répétées et le recours aux césariennes pour les présentations du siège et les naissances multiples — sont bien connues des praticiens, et l'on tente actuellement d'améliorer les pratiques dans ces domaines. La recherche sur les changements à apporter aux attitudes et aux pratiques des cliniciens démontre clairement que l'exhortation, la formation médicale continue, les visites au chevet des clientes et diverses mesures disciplinaires ou de contrôle de la qualité se soldent habituellement par un échec. En fait, les méthodes d'amélioration continue de la qualité (ACQ) sont celles qui ont connu le plus de succès jusqu'ici. (Consulter l'annexe 3 pour plus de détails sur l'ACQ.)

Césariennes : soins dans une perspective familiale

L'expérience d'une césarienne, élective ou urgente, provoque de l'anxiété chez la plupart des mères et des familles. Certaines options permettent toutefois d'y recourir dans l'esprit des soins dans une perspective familiale. Ces mesures sont résumées au tableau 5.1.

Tableau 5.1 Options pour prodiguer les soins liés à la césarienne dans une perspective familiale

-
- Admettre la mère à l'hôpital pour une césarienne électorive le matin même de la naissance, pour que les membres de la famille passent la soirée précédente ensemble (pourvu qu'ils aient fait, au préalable, une visite d'orientation de l'établissement).
 - Permettre au père, au conjoint ou à l'accompagnante de rester auprès de la mère pendant la préparation physique.
 - Opter pour une anesthésie régionale quand cela est possible et expliquer les différences entre une anesthésie régionale et une anesthésie générale.
 - Permettre au père, au conjoint ou à l'accompagnante d'être dans la salle de naissance par césarienne dans des situations non urgentes. (Il existe une controverse quant à la présence de l'accompagnante en situations d'urgence; il faudrait approfondir davantage cette question.)
 - Mettre un miroir à la disposition de la mère et de la famille ou demander à un membre du personnel de décrire ce qui se passe.
 - Permettre aux personnes présentes de prendre des photos ou de filmer la naissance, si un parent ne peut assister à la naissance.
 - Faire en sorte que la mère ait les mains libres pour lui permettre de toucher son conjoint et le bébé.
 - Donner l'occasion aux deux parents d'interagir avec le bébé dans la salle de naissance par césarienne ou dans la salle de réveil.
 - Donner à la mère l'occasion d'allaiter le bébé dans la salle où a eu lieu la césarienne ou dans la salle de réveil.
 - Si le père/conjoint choisit de ne pas être présent dans la salle où a lieu la césarienne, le faire remplacer par une autre personne capable d'offrir du soutien à la mère. Demander au père/conjoint de porter le bébé lorsqu'arrive le moment de l'amener à la pouponnière. Demander à un membre du personnel de décrire la naissance au père/conjoint.
 - Demander au père/conjoint d'accompagner le nouveau-né à la pouponnière et de rester avec lui jusqu'à ce qu'ils soient réunis avec la mère.
 - Réunir la famille dans la salle de réveil, si possible.
 - Demander au père/conjoint d'être dans la chambre de réveil pour décrire la naissance à la mère si cette dernière a donné naissance sous anesthésie générale.
 - S'il est difficile de réunir la famille dans la salle de réveil, évaluer l'état de chaque mère individuellement et tenter de réunir la famille aussitôt que possible.
 - Évaluer l'état du bébé individuellement pour qu'il ne passe pas de temps seul dans un incubateur/une isolette de la pouponnière, si cela est possible.
 - Prévoir des moments d'intimité pour la famille durant ces premières heures cruciales.
 - Initier aussitôt que possible les soins infirmiers mère-enfant et éviter la séparation systématique de la mère et du nouveau-né.
 - Inclure la famille dans les séances d'apprentissage des soins à donner au bébé.
 - Inclure les frères et les sœurs s'ils en manifestent le désir et si la famille le souhaite.

Bibliographie

ADER, L., B. HANSSON et G. WALLIN. « Parturition pain treated by intracutaneous injections of sterile water », *Pain*, vol. 41 (1990), p. 133-138.

ADERHOLD, J.K., et L. PERRY. « Jet hydrotherapy for labour and post partum pain relief », *Maternal-Child Nursing Journal*, vol. 16 (1991), p. 97-99.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). « Committee opinion n° 118 », *Pain Relief During Labour*, Washington, chez l'auteur, (1993).

ANISFELD, E., E. LIPPER et coll. « Early contact, social support and mother-infant bonding », *Pediatrics*, vol. 72, n° 1 (1983), p. 79-83.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA (AIIC). *Plan directeur de l'examen de certification en périnatalité*, chez l'auteur, 1999. Aussi publié en anglais sous le titre *Blueprint for the Perinatal Nursing Certification*, Canadian Nurses Association.

ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH, OBSTETRIC, AND NEONATAL NURSES (AWHONN). *Standards and Guidelines for Professional Nursing Practice in the care of Women and Newborns*, 5^e éd. Washington, chez l'auteur, 1997.

BAKKETEIG, L., J. HOFFMAN et E.E. HARLEY. « The tendency to repeat gestational age and birth weight in successive births », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 135 (1979), p. 1086-1103.

BATES, R., C. HELM, A. DUNCAN et D. EDMONDS. « Uterine activity in the second stage of labour and the effect of epidural analgesia », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 22 (1985), p. 1246-1250.

BENT, S.C., T.E. WISWELL et A. CHANG. « Removing meconium from the infant trachea. What works best? », *American Journal of Diseases of Children*, vol. 146, n° 9 (1992), p. 1085-1089.

BERSCH, T.D., L. MAGASHIMA-WHALEN, S. DYKMAN, J. KENNEL et S. McGRATH. « Labour support by first time fathers; direct observations with a comparison to experienced doulas », *J Psychol Obstet Gynaecol*, vol. 11 (1990), p. 251-260.

BHÉRER RACINE, A. « L'accompagnante — Une alternative méconnue pour faciliter l'accouchement », *Le Familier*, juin 1997, tiré à part distribué par Naissance Renaissance Outaouais (Québec).

BIDGOOD, K.A., et P.J. STEER. « A randomized control study of oxytocin augmentation of labour. 1. Obstetric outcome », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 94 (1987), p. 512-517.

BISHOP, E.H. « Pelvis scoring for elective induction », *Obstetrics and Gynaecology*, vol. 24 (1964), p. 266-268.

BREART, G., N. MLIKA-CABANE, M. KAMINSKI, S. ALEXANDER, A. HERRUZO-NALDA et P. MANDRUSSATO. « Evaluation of different policies for the management of labour », *Early Human Development*, vol. 29, n° 1-3 (1992), p. 309-312.

BRINDLEY, B.A., et R.J. SOKOL. « Induction and augmentation of labour: basis and methods for current practice », *Obstetrics and Gynecology Surv*, vol. 43, n° 12 (1988), p. 730-743.

BRYANTON, J., H. FRASER-DAVEY et P. SULLIVAN. « Women's perceptions of nursing support during labour », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 23, n° 8 (1994) p. 638-643.

BUCHAN, P.C., M.K. MILNE et M.C.K. BROWNING. « The effect of continuous epidural blockade on plasma 11-hydroxy-corticosteroid concentrations in labour », *Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Commonwealth*, vol. 80 (1973) p. 974-977.

CAMPBELL, R., et A. MacFARLANE. *Where to be born? The Debate and the Evidence*, 2^e éd., Oxford, National Perinatal Epidemiology Unit, 1994.

CAMPBELL, R., et A. MacFARLANE. « Place of delivery: a review », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 93, n° 7 (1986), p. 675-683.

CARDOZO, L., et J.M. PIERCE. « Oxytocin in active-phase abnormalities of labour: a randomized study », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 75 (1990), p. 152-157.

CARSTONI, J., S. LEVYTAM, P. NORMAN, D. DALEY, J. KATZ et A.N. SANDLER. « Nitrous oxide in early labour: safety and analgesic efficacy assessed by a double-blind, placebo-controlled study », *Anesthesiology*, vol. 80, n° 1 (1994), p. 30-35.

CHALMERS, I., M. ENKIN et M.J. KEIRSE (éd.). « Hospital policies and admission practices », *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Toronto, Oxford University Press, vol. 1 (1989), p.1- 4.

CHESS, S., et A. THOMAS. « Infant bonding — mystic or reality? », *Journal of Orthopsychiatry*, vol. 52, n° 2 (1982), p. 213-221.

CHESTNUT, D.R., J.M. McGRATH, R.D. VINCENT JR, D.H. PENNING, W.W. CHOI, J.N. BATES et coll. « Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are in spontaneous labor? », *Anesthesiology*, vol. 80, n° 6 (1994a), p.1201-1280.

CHESTNUT, D.R., R.D. VINCENT, J.M. McGRATH, W.W. CHOI et J.N. BATES. « Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are receiving intravenous oxytocin? », *Anesthesiology*, vol. 80, n° 6 (1994), p. 1193-1200.

COALSON, D.W., et B. GLOSTEN. « Alternatives to epidural analgesia », *Seminars in Perinatology*, vol. 15 (1991), p. 375-385.

COGAN, R., et J. SPINNATO. « Social support during premature labour: effect on labour and the newborn », *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, n° 8 (1988), p. 209-216.

COHEN, W.R. « Influence of the duration of second stage labour on perinatal outcome and puerperal morbidity », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 49 (1977), p. 266-269.

CONSENSUS CONFERENCE REPORT. Indications for caesarean section: final statement of the Panel of the National Consensus Conference on Aspects of Caesarean Birth. *Journal of Obstetrics and Canadian Medical Association Journal*, vol. 134 (1986) p. 1348-52.

CROWLEY, P. *Interventions to Prevent, or Improve Outcome From, Delivery at or Beyond Term* [Cochrane Review], dans *The Cochrane Library*, 2^e parution, Oxford, logiciel mis à jour : 1998. Mise à jour trimestrielle.

CROWLEY, P. « Elective induction of labour at or beyond term » [révisé le 1^{er} octobre 1993], dans KEIRSE, M.J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSON et C. CROWTHER (éd.), « Pregnancy and Childbirth Module », *The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* [base de données sur disquette et CD-ROM], Centre de collaboration Cochrane, 2^e parution, Oxford, logiciel mis à jour : 1995b. En vente à British Medical Journal Publishing Group, London (Royaume-Uni).

CROWLEY, P. « Elective induction of labour at 41+ weeks gestation », [révisé le 5 mai 1994], dans KEIRSE, M.J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSON et C. CROWTHER (éd.), « Pregnancy and Childbirth Module », *The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* [base de données sur disquette et CD-ROM], Centre de collaboration Cochrane, 2^e parution, Oxford, logiciel mis à jour : 1995a. En vente à British Medical Journal Publishing Group, London (Royaume-Uni).

CROWLEY, P., D. ELBOURNE, H. ASHURST, J. GARCIA, D. MURPHY et N. DUIGAN. « Delivery in an obstetric birth chair: a randomized controlled trial », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 98, n^o 7 (1991), p. 667-674.

CURRY, M.A. « Maternal attachment behaviour and the mother's self concept », *Nursing Research*, vol. 31 (1982), p. 73-78.

DADWOOD, M.Y., K. RAGHAVEN, C. POLIASK et F. FUCHS. « Oxytocin in human pregnancy and parturition », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 51 (1978), p. 138-143.

DAVID, H. « La place du père en périnatalité », Département de psychologie, Université de Montréal, 6^e colloque en périnatalité, le 8 mai 1998, p. 70.

DAYTON, S., et C. REDS. « They know what they're doing. Do nurses know why they give pregnant women enemas? », *Nursing Mirror*, vol. 5 (1984), p. 4-8.

DICK-READ, G., H. WESSE et H.F. ELLIS (éd.), *Childbirth Without Fear: The Original Approach to Natural Childbirth*, 5^e révision, New York, Harper Mass Market Paperback, 1994.

DICKERSIN, K. « Pharmacological control of pain during labour », dans CHALMERS, T., M. ENKIN et M.J. KEIRSE (éd.), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Toronto, Oxford University Press, 1989.

DILLON, W.P., J.W. CHOATE, M.L. NUSBAUM, M.A. M^cCARTHY, M. M^cCALL et M.G. ROSEN. « Obstetric care and cesarean birth rates: a program to monitor quality of care », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 80, n^o 5 (1992), p. 731-737.

DIMICH, I., P.P. SINGH, A. ADELL, M. HENDLER, N. SONNENKLAR et M. JHAVERI. « Evaluation of oxygen saturation monitoring by pulse oximetry in neonates in the delivery suite », *Canadian Journal of Anaesthesia*, vol. 38, n^o 8 (1991), p. 985-988.

DOUGLAS, M.J. « Potential complications of spinal and epidural anesthesia for obstetrics », *Seminars in Perinatology*, vol. 15 (1991), p. 368-374.

DUNLOP, M. « Few hospitals qualify as baby friendly by promoting breast feeding — survey », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 152, n^o 1 (1995), p. 87-90.

EBERTS, M.A. *Report of the Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario*, Toronto, Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario/Groupe d'étude sur l'intégration de la profession de sage-femme en Ontario, 1997.

ELKINGTON, K. « At the water's edge: where obstetrics and anesthesia meet », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 77 (1991), p. 304.

ENDLER, G.C., F.G. MARIONA, R.J. SOKOL et L.B. STEVENSON. « Anesthesia-related maternal mortality in Michigan », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 159 (1988), p. 188-193.

ENKIN, M., M.J.N.C. KEIRSE, M. RENFREW et J. NEILSON. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Toronto, Oxford University Press, 1995.

ESTAL, P. « Oro-nasal-pharyngeal suction at birth », *Journal of Perinatal Medicine*, vol. 45 (1992), p. 678-679.

FRASER, W., S. MARCOUX, J.M. MOUTQUIN et A. CHRISTEN. « Effect of early amniotomy on the risk of dystocia in nulliparous women », *New England Journal of Medicine*, vol. 328 (1993), p. 1145-1149.

FRASER, W., F. VENDITTELLI, I. KRAUSS et G. BREART. « Effect of early augmentation of labour with amniotomy and oxytocin in nulliparous women: a meta-analysis », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 105, n° 2 (1998), p. 189-194.

FRASER, W.D. « Early amniotomy and early oxytocin for delay in labour compared to routine care » [révisé le 28 juillet 1992], dans KEIRSE, M.J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSEN et C. CROWTHER (éd.), « Pregnancy and Childbirth Module », *The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* [base de données sur disquette et CD-ROM], Centre de collaboration Cochrane, 2^e parution, Oxford. Logiciel mis à jour : 1995c. En vente à British Medical Journal Publishing Group, London (Royaume-Uni).

FRASER, W.D. « Amniotomy to shorten spontaneous labour » [révisé le 30 septembre 1993], dans KEIRSE, M.J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSEN et C. CROWTHER (éd.), « Pregnancy and Childbirth Module », *The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* [base de données sur disquette et CD-ROM], Centre de collaboration Cochrane, 2^e parution, Oxford. Logiciel mis à jour : 1995b. En vente à British Medical Journal Publishing Group, London (Royaume-Uni).

FRASER, W.D. « Early oxytocin to shorten spontaneous labour » [révisé le 27 août 1992], dans KEIRSE, M.J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSEN et C. CROWTHER (éd.), « Pregnancy and Childbirth Module », *The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* [base de données sur disquette et CD-ROM], Centre de collaboration Cochrane, 2^e parution, Oxford. Logiciel mis à jour : 1995a.

FRASER, W.D., S. MARCOUX, J. DOUGLAS, C. GOULET, I. KRAUSS, PEOPLE STUDY GROUP. « Multicentre trial of delayed pushing for women with continuous epidural. FIGO XVth World Congress of Obstetrics and Gynaecology », *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, vol. 167, n°1 (1997), p.45.

FRIEDMAN, E.A. *Labour: Clinical Evaluation and Management*, 2^e éd., New York, Appleton Century Crofts, 1978.

GAGNON, A.J., et K. WAGHORN. « Supportive care by maternity nurses: a work sampling study in an intrapartum unit », *Birth*, vol. 23, n° 1 (1996), p. 1-6.

GAGNON, A.J., K. WAGHORN et C. COVELL. « A randomized trial of one-to-one nurse support of women in labor », *Birth*, vol. 24, n° 2 (1997), p. 71-77.

GIBB, D.M.F., K.C. LUN et S.S. RATNAM. « Characteristics of uterine activity in nulliparous labour », *British Journal of Obstetric Gynaecology*, vol. 91 (1984), p. 220-227.

GIBBS, C. « Gastric aspiration: prevention and treatment », *Clinical Anaesthesia*, vol. 4, n° 1 (1986), p. 47-52.

GIBBS, C., S. ROLBIN et P. NORMAN. « Cause and prevention of maternal aspiration », *Anesthesiology*, vol. 61 (1984), p. 111-112.

GOFFINET, F., W. FRASER, S. MARCOUX, G. BRÉART, J.-M. MOUTQUIN et M. DARIS. « Early amniotomy increases the frequency of early heart rate abnormalities », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 104 (1997), p. 548-553.

GOODFELLOW, C.F., M.G.R. HULL, D.F. SWAAB, J. DOGTEROM et R.M. BUIJS. « Oxytocin deficiency with epidural analgesia », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 90 (1983), p. 214-219.

GOVERNEMENT DE L'ALBERTA. *With Privilege Come Responsibilities: A Discussion Paper on Hospital Privileges for Non-Physician Practitioners*, Edmonton, Government of Alberta, 1994.

GREEN, J., V. COUPLAND et J. KITZINGER. « Expectations, experiences and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women », *Birth*, vol. 17, n° 1 (1990), p. 15-24.

GUILLEMETTE, J., et W. FRASER. « Differences between obstetricians in cesarean section rates and the management of labour », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 99 (1992), p. 105-108.

HAGADORN-FREATHY, A.S., E.R. YEOMANS et G.D.V. HANKINS. « Validation of the 1988 ACOG forceps classification system », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 77, n° 3 (1991), p. 356-360.

HALL, J., D. BISSON et P. O'HARE. « The physiology of immersion », *Physiotherapy*, vol. 76 (1990), p. 517-521.

HANNAH, M.E., W.J. HANNAH, J. HELLMANN, S. HEWSON, R. MILNER et A. WILLAN. « Canadian Multicentre Post-Term Pregnancy Trial Group. Induction of labour as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial », *New England Journal of Medicine*, vol. 326 (1992), p. 1587-1592.

HARRISON R.F., M. SHORE, T. WOODS, G. MATHEWS, J. GARDINER et A. UNWIN. « A comparative study of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS), entonox, pethidine, promazine and lumbar epidural for pain relief in labor ». *Acta Obstet Gynecol Scand.*, vol. 66, n° 99 (1987), p. 14.

HEADRICK, L.A., D. NEUHAUSER, P. SCHWAB et D.P. STEVENS. « Continuous quality improvement and the education of the generalist physician », *Journal of Obstetrics and Academic Medicine*, vol. 70, (supplément n° 1) (1995), p. 104S-109S.

HEMMINKI, E., A.L. VIRTÄ, P. KOPONEN, M. MALIN, H. KOJO-AUSTIN, R. TUIMALA. « A trial on continuous human support during labor: feasibility,

interventions and mothers' satisfaction », *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, vol. 11 (1990), p. 239-250.

HODNETT, E. « Nursing support of the laboring woman », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 25, n° 3 (1996), p. 257-264.

HODNETT, E.D. « Support from caregivers during childbirth » [révisé le 20 novembre 1997], dans NEILSEN, J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT et G.J. HOFMEYR (éd.), *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane d'études systématiques, sur disquette, CD-ROM et en ligne; mise à jour le 2 décembre 1997), Centre de collaboration Cochrane, 1^{re} parution, Oxford. Logiciel mis à jour : 1998c. Mise à jour trimestrielle.

HODNETT, E.D. « Continuity of caregivers during pregnancy and childbirth », dans NEILSON, J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT et G.J. HOFMEYR (éd.), *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane d'études systématiques, sur disquette, CD-ROM et en ligne; mise à jour le 2 décembre 1997), Centre de collaboration Cochrane, 1^{re} parution, Oxford. Logiciel mis à jour : 1998b. Mise à jour trimestrielle.

HODNETT, E.D. « Home-like versus conventional birth settings », [Cochrane Review] dans *The Cochrane Library*, 2^e parution, Oxford. Logiciel mis à jour : 1998a. Mise à jour trimestrielle.

HODNETT, E.D. et R.W. OSBORN. « Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes », *Research in Nursing and Health*, vol. 12, n° 5 (1989b), p. 289-297.

HODNETT, E.D. et R.W. OSBORN. « A randomized trial of the effects of monitrice support during labor: Mothers' views two to four weeks postpartum », *Birth*, vol. 16 (1989a), p. 177-183.

HOFMEYR, G., V.C. NIKODEM, W.L. WOLMAN, B.E. CHALMERS et T. KRAMER. « Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour and breastfeeding », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 98 (1991), p. 756-764.

HOWELL, C.J. « Epidural vs non-epidural analgesia in labour » [Cochrane Review], dans *The Cochrane Library*, 2^e parution, Oxford. Logiciel mis à jour : 1998. Mise à jour trimestrielle.

HOWELL, C.J., et I. CHALMERS. « A review of prospectively controlled comparisons of epidural with non-epidural forms of pain relief during labour », *International Journal of Obstetric Anaesthesia*, vol. 1 (1992), p. 93-110.

HUNTER, D.J.S. « A randomized trial of two regimes of oxytocin therapy for dystocia », *Proceedings of Annual Meeting of SOGC — Actes d'une assemblée annuelle de la SOGC*, Toronto, Ontario, Ottawa, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 1991, p. 48.

IGLESIAS, S., R. BURN et D. SAUNDERS. « Reducing the cesarean section rate in a rural community hospital », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 145, n° 11 (1991) p. 1459-1464.

INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE (ICSI). *Lignes directrices nationales sur l'allaitement maternel à l'intention des intervenants et intervenantes en soins de la santé*, Ottawa, Canadian Institute of Child Health, 1996. Publié aussi en anglais sous le titre *National Breastfeeding Guidelines for Health Care Providers*.

INTERNATIONAL CHILDBIRTH EDUCATION ASSOCIATION (ICEA). « Focus on pain », *International Journal of Childbirth Education*, vol. 10 (1993), p. 4.

ISHMAEL, A. « And baby came too », *Nursing*, vol. 4, n° 35 (1991), p. 12-14.

JAMES, C., C. GIBBS et T. BANNER. « Postpartum perioperative risk of aspiration pneumonia », *Anesthesiology*, vol. 61 (1984), p. 756-759.

JOUPPILA, R. « The effect of segmental epidural analgesia on maternal growth hormone, insulin, glucose and free fatty acids during labour », *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae*, vol. 65 (1976), p. 398-404.

JOUPPILA, R., P. JOUPPILA, K. MOILANEN et A. PAKARINEN. « The effect of segmental epidural analgesia on maternal prolactin during labour », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 87 (1980), p. 234-238.

KANTOR, H.I., R. REMBER, P. TABIO et I. BUCHMAN. « The value of shaving the pudendal-perineal area in delivery preparation », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 25 (1965), p. 509-512.

KAUNITZ, A.M., H. HUGHES et G. GRIMES. « Causes of maternal mortality in the US », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 16 (1985), p. 605-612.

KEIRSE, M.J.N.C. « Any prostaglandin/any route for clinical ripening », dans ENKIN, M.W., M.J.N.C. KEIRSE, M.J. RENFREW et J.P. NEILSON (éd.), *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane d'études systématiques)* [révision n° 04534, 3 avril 1992], publié par l'intermédiaire des mises à jour sur disquettes de Cochrane. Logiciel mis à jour : printemps 1993.

KENNEL, J. « Labour support by a doula for middle income couples; the effect on caesarean rates », *Pediatric Research*, vol. 32 (1994), p. 12A

KENNEL, J., M. KLAUS, S. McGRATH, S. ROBERTSON et C. HINKLEY. « Continuous emotional support during labor in a US hospital », *Journal of the American Medical Association*, vol. 265, n° 17 (1991), p. 2197-2201.

KEREM, E., I. YATSIV et K.J. GOITEIN. « Effect of endotracheal on suctioning of arterial blood gases in children », *Intensive Care Med*, vol. 16, n° 2 (1990), p. 95-99.

KLAUS, M., J. KENNEL, S. ROBERTSON et R. SOSA. « Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity », *British Medical Journal*, vol. 293 (1986), p. 585-587.

KLAUS, M.H. [Commentaire] « The early hours and days of life: an opportune time », *Birth*, vol. 22, n° 4 (1995), p. 201-203.

KLEIN, M. « Primary Care: the effectiveness of family practice maternity care: a cross cultural and environmental view », *Primary Care*, vol. 20, n° 3 (1993), p. 523-536.

KLEIN, M., D. ELBOURNE et I. LLOYD. *Booking for Maternity care: A Comparison of Two Systems*, article hors-série n° 31, London (R.-U.), Royal College of General Practitioners, avril 1985.

KLEIN, M., I. LLOYD, C. REDMAN, M. BULL et A.C. TURNBULL. « A comparison of low risk women booked for delivery in two different systems of care. Part I: obstetrical procedures and newborn outcomes », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 90 (1983a), p. 118-122.

KLEIN, M., I. LLOYD, C. REDMAN, M. BULL et A.C. TURNBULL. « A comparison of low risk women booked for delivery in two different systems of care. Part II: management of labour, treatment of labour pain and associated infant outcomes », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 90 (1983b), p. 123-128.

KLEIN, M.C., R.J. GAUTHIER, S.H. JORGENSEN, J.M. ROBBINS, J. KACZOROWSKI, B. JOHNSON et coll. « Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation? », *On-Line Journal of Current Clinical Trials*, document n° 10 (1992).

KLEIN, M.C., R.J. GAUTHIER, J.M. ROBBINS, J. KACZOROWSKI, S. JORGENSEN, E.D. FRANCO et coll. « Relation of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction and pelvic floor relaxation », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 171, n° 3 (1994), p. 591-598.

KLEIN, M.C., J. KACZOROWSKI, J.M. ROBBINS, R.J. GAUTHIER, S.H. JORGENSEN et A.K. JOSHI. « Physicians' beliefs and behaviour during a randomized controlled trial of episiotomy: consequences for women under their care [see comments] ». *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 153, n° 6 (1995), p. 769-779.

LEMAY, L. « Facteurs de risque d'un accouchement chirurgical chez la femme nullipare » [mémoire de maîtrise], Québec, Université Laval, 1995.

LENSTROP, C., A. SCHANTZ, E. FEDER, H. ROSENO et J. HERTEL. « Warm tub bath during delivery », *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, vol. 66 (1987), p. 709-712.

LOMAS, J., et R.B. HAYES. « A taxonomy and critical review of tested strategies for the application of clinical practice recommendations: from 'official' to 'individual' clinical policy », *American Journal of Preventive Medicine*, n° 4 (suppl.) (1988), p. 77S-94S.

LUDKA, L.M., et C.C. ROBERTS. « Eating and drinking in labor: a literature review », *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 38, n° 4 (1993), p. 199-206.

LYTZEN, T., L. CEDERBERG et J. MOLLER-NIELSEN. « Relief of low back pain in labor by using intracutaneous nerve stimulation (INS) with sterile water papules », *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, vol. 68 (1989), p. 341-343.

McKAY, S., et C. MAHAN. « Modifying the stomach contents of laboring women: why and how; success and risks », *Birth*, vol. 15 (1988), p. 213-220.

McNIVEN, P., E. HODNETT et L.L. O'BRIEN-PALLAS. « Supporting women in labour: a work sampling study of the activities of labour and delivery nurses », *Birth*, vol. 19, n°1 (1992), p. 3-9.

McNIVEN, P.S., J.I. WILLIAMS, E. HODNETT, K. KAUFMAN et M.E. HANNAH. « An early labour assessment program: a randomized, controlled trial », *Birth*, vol. 25, n° 1 (1998), p. 5-10.

MELZACK, R., et D. SCHAFFELBERG. « Low-back pain during labor », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 156 (1987), p. 901-905.

MENDELSON, C.L. « The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia », *American Journal of Obstetrics and Anesthesiology*, vol. 52 (1946), p. 191-205.

MILNER, I. « Water baths for pain relief in labour », *Nursing Times*, vol. 6 (1988), p. 84.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Accoucher avec une sage-femme à la maison de naissances*, dépliant, chez l'auteur, Gouvernement du Québec, 1993, p. 1.

MOON, J., C. SMITH et W. RAYBURN. « Perinatal outcome after a prolonged second stage of labour », *Journal of Reproductive Medicine*, vol. 35 (1990), p. 229-231.

MORGAN, B.M., V. MAGNI et T. GOROSZENUIK. « Anaesthesia for emergency caesarean section », *British Journal of Anaesthesia*, vol. 55 (1983), p. 885-889.

MORRIS, H., J. RUDERMAN et J. LACY. « The development and evaluation of an obstetrical triage programme », *The SOGC Journal/Le Journal de la SOGC*, vol. 18 (1996), p. 337-346.

MORTON, S.C., M.S. WILLIAMS, E.B. KEELER, J.C. GAMBONE et K.L. KAHN. « Effect of epidural analgesia for labor on the cesarean delivery rate », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 83, n° 6 (1994), p.1045-1052.

NEILSON, J.P. « EFM alone vs intermittent auscultation in labour » [révisé le 4 mai 1994], dans KEIRSE, M. J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSON et C. CROWTHER (éd.), *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane sur la grossesse et la naissance, sur disquette et CD-ROM), Centre de collaboration Cochrane, 2^e parution, Oxford. Logiciel mis à jour : 1995a.

NEILSON, J.P. « EFM alone vs intermittent auscultation in labour » [révisé le 4 mai 1994], dans KEIRSE, M. J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSON et C. CROWTHER (éd.), *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane sur la grossesse et la naissance, sur disquette et CD-ROM), Centre de collaboration Cochrane, 2^e parution, Oxford. Logiciel mis à jour : 1995b.

NEILSON, J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT et G.J. HOFMEYR (éd.), *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane d'études systématiques, sur disquette, CD-ROM et en ligne; mise à jour le 2 décembre 1997), Centre de collaboration Cochrane, 1^{re} parution, Oxford. Logiciel mis à jour : 1998. Mise à jour trimestrielle.

NIEHAUS, L., B. CHASKA et R. NESSE. « The effects of epidural anesthesia on type of delivery », *Journal of the American Board of Family Practice*, vol. 1 (1988), p. 238-244.

NIKODEM, V.C. « Immersion in water during pregnancy, labour and birth », dans NEILSON J.P., C.A. CROWTHER, E.D. HODNETT et G.J. HOFMEYR (éd.), *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane sur la grossesse et la naissance, sur disquette, CD-ROM et en ligne; mise à jour le 2 décembre 1997),

Centre de collaboration Cochrane, 1^{re} parution, Oxford. Logiciel mis à jour : 1998. Mise à jour trimestrielle.

NIKODEM, V.C. « Upright vs recumbent position during second stage of labour [révisé le 14 octobre 1993] », dans KEIRSE, M.J.N.C., M.J. RENFREW, J.P. NEILSON et C. CROWTHER (éd.), *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Pregnancy and Childbirth Database* (Module de la grossesse et de la naissance, base de données Cochrane sur la grossesse et la naissance, sur disquette ou CD-ROM), Centre de collaboration Cochrane, 2^e parution, Oxford. Logiciel mis à jour : 1995.

NOBLE, A.D., I.L. CRAFT, J.A.H. BOOTES, P.A. EDWARDS, D.J. THOMAS et K.L.M. MILLS. « Continuous lumbar epidural analgesia using bupivacaine: a study of the fetus and newborn child », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 78 (1971), p. 559-563.

ODENT, M. « Birth under water », *Lancet*, vol. 2 (1983), p. 1476-1477.

O'DRISCOLL, K., M. FOLEY et D. MacDONALD. « Active management of labour as an alternative to cesarean section for dystocia », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 63 (1984), p. 485-490.

O'DRISCOLL, K., D. MEAGHER. *Active Management of Labour*, 3^e éd. London, Bailliere Tindall, 1986.

ORDRE DES SAGES-FEMMES DE L'ONTARIO. *Directives concernant le lieu d'accouchement prévu*. Publié aussi en anglais sous le titre *Indications for Planned Place of Birth*, College of Midwives of Ontario, Toronto, 1997c.

ORDRE DES SAGES-FEMMES DE L'ONTARIO. *Rapport sur l'accouchement à la maison*. Publié aussi en anglais sous le titre *Statement on Home Birth*, College of Midwives of Ontario, Toronto, 1997b.

ORDRE DES SAGES-FEMMES DE L'ONTARIO. *Indications pour les discussions, consultations et transferts de soins obligatoires*. Publié aussi en anglais sous le titre *Indications for Mandatory Discussion, Consultation and Transfer of Care*, College of Midwives of Ontario, Toronto, 1997a.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). « Maternal health and safe motherhood programme. Partograph in management of labour ». *Lancet*, World Health Organization (WHO), vol. 343 (1994), p. 1399-1404.

PANEL DE LA CONFÉRENCE CONSENSUELLE NATIONALE SUR LES ASPECTS DES CÉSARIENNES/PANEL OF THE NATIONAL CONSENSUS CONFERENCE ON ASPECTS OF CESAREAN BIRTH. « Indications for cesarean section: final statement », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 134 (1986), p. 1348-1352.

PATERSON, C.M., N.St G. SAUNDERS et J. WADSWORTH. « The characteristics of the second stage of labour in 25,069 singleton deliveries in the North West Thames Health Region », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 99 (1988), p. 377-380.

PEISNER, D.B., et M.G. ROSEN. « Transition from latent to active labour », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 66 (1986), p. 448-451.

PEISNER, D.B., et M.G. ROSEN. « Latent phase of labour in normal patients: a reassessment », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 66 (1985), p. 644-648.

PROGRAMME DE FORMATION PÉRINATALE DE L'EST DE L'ONTARIO (PFPEO). Obstetrical Subcommittee. « Administration of narcotics during labour », « Administration of Entanox/Nitronox during labour », « Patient-controlled analgesia for labour », « Epidural anesthesia », « Epidural anesthesia: monitoring of a continuous infusion? », et « Epidural anesthesia: intermittent administration of a local anesthetic agent (top-up) », Ottawa, Perinatal Education Program of Eastern Ontario (PEPEO), (1994b).

PROGRAMME DE FORMATION PÉRINATALE DE L'EST DE L'ONTARIO (PFPEO). *Admission of the Labouring Woman*, Ottawa, Perinatal Education Program of Eastern Ontario (PEPEO), 1994a.

PHILLIPS. C. « Family centered maternity care », *International Childbirth Education Association Review*, vol. 18, n° 1 (1994).

PHILLIPS, C.R. *Family-Centered Maternity and Newborn Care: A Basic Text*, 4^e éd., St Louis (MO), Mosby, 1996.

PHILIPSEN, T., et N.H. JENSEN. « Maternal opinion about analgesia in labour and delivery: a comparison of epidural blockade and intramuscular pethidine », *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, vol. 34 (1990), p. 205-210.

PHILIPSEN, T., et N.H. JENSEN. « Epidural block or parenteral pethidine as analgesic in labour: a randomized study concerning progress in labour and instrumental deliveries », *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, vol. 30 (1989), p. 27-33.

PRENDIVILLE, W., et D. ELBOURNE. « Care during the third stage of labour », dans CHALMERS, I., M. ENKIN et M.J.N. KEIRSE (éd.), *Effective care in pregnancy and childbirth*, Oxford, Oxford University Press, 1989, p. 1145.

RAMIN, S.M., D.R. GAMBLING, M.J. LUCAS, S.K. SHARMA, J.E. SIDAWI et K.J. LEVENO. « Randomized trial of epidural versus intravenous analgesia during labour », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 86, n° 5 (1995), p. 783-789.

REEDER, S.J., L.L. MARTIN et D. KONIAK. *Maternity Nursing: Family, Newborn and Women's Health Care*, New York, J.B. Lippincott, 1996.

REYNOLDS, F. « Epidural analgesia in obstetrics », *British Medical Journal*, vol. 299 (1989), p. 751-752.

REYNOLDS, J.L. « Reducing the frequency of episiotomies through a continuous quality improvement program », *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 153, n° 3 (1995), p. 275-282.

REYNOLDS, J.L. « Intracutaneous sterile water for back pain in labor » *Canadian Family Physician/Médecin de famille canadien*, vol. 40 (1994), p. 1785-1792.

REYNOLDS, J.L. « Relief of low back pain in labour », *The SOGC Journal/Le Journal SOGC*, vol. 14, (1992), p. 25.

ROBERTS, R., et M. SHIRLEY. « Reducing the risk of acid aspiration during cesarean section », *Anesth Analg*, vol. 53 (1974), p. 859-868.

ROBERTS, R.B., et M.A. SHIRLEY. « The obstetrician's role in reducing the risk of aspiration pneumonitis with particular reference to the use of oral antacids », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 124 (1976), p. 611-617.

ROBINSON, J., M. ROSEN, J. EVANS, S. REVILL, H. DAVID et G. REES. «Maternal opinion about analgesia for labour», *Anaesthesia*, vol. 35 (1980), p. 1173-1181.

ROMNEY, M.L., et H. GORDON. «Is your enema really necessary?» *British Medical Journal*, vol. 282 (1981), p.1269-1271.

ROOKS, J.P., N.L. WEATHERBY et E.K.M. ERNST. «The national birth center study: part II», *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 37, n° 5 (1992b), p. 301-330.

ROOKS, J.P., N.L. WEATHERBY et E.K.M. ERNST. «The national birth center study: part I», *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 37, n° 4 (1992a), p. 222-253.

RUSH, J., S. BURLOCK, K. LAMBERT, M. LOOSELY-MILLMAN, B. HUTCHINSON et M. ENKIN. «The effects of whirlpool baths in labour: a randomized, controlled trial», *Birth*, vol. 23 (1996), p. 136-143.

SACHS, B.P., D.A.J. BROWN, S.G. DRISCOLL, E. SCHULMAN, D. ACKER, B.J. RANSIL et coll. «Maternal mortality trends in Massachusetts: trends and prevention», *New England Journal of Medicine*, vol. 316 (1987), p. 667-672.

SANDMIRE, H.F., et R.K. DEMOTT. «The Green Bay cesarean section study III. Falling cesarean birth rates without a formal curtailment program», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 70, n° 6 (1994), p. 1790-1802.

SANTÉ CANADA, INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE, [LEVITT, C., L. HANVEY, D. AVARD, G. CHANCE et J. KACZOROWSKI]. *Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique*, Ottawa, Santé Canada, 1995. Publié aussi en anglais sous le titre *Survey of Routine Maternity Care and Practices in Canadian Hospitals*, Health Canada and Canadian Institute of Child Health.

SAUNDERS, N.St G., C.M. PATERSON et J. WADSWORTH. «Neonatal and maternal morbidity in relation to the length of the second stage of labour». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 99 (1992), p. 381-385.

SAUNDERS, N., H. SPICY, L. GILBERT, R. FRASER, J.M. HALL, P. MUTTON et coll. «Oxytocin infusion during second stage labour in primiparous women using epidural analgesia: a randomized double-blind placebo controlled trial», *British Medical Journal*, vol. 299 (1989), p. 1423-1426.

SCHORN, M.N., J.L. McALLISTER et J.D. BLANCO. «Water immersion and the effect on labour». *Journal of Nurse-Midwifery*, vol. 38, n° 6 (1993), p.336-342.

SHARMA, S.K., J.E. SIDAWI, S.M. RAMIN, J.M. LUCAS, K.J. LEVANO et F.G. CUNNINGHAM. «Cesarean delivery: a randomized trial of epidural versus patient-controlled meperidine analgesia during labor», *Anesthesiology*, vol. 87 (1997), p. 487-494.

SIMKIN, P. «Le soutien pendant l'accouchement : doulas, sages-femmes et autres intervenants», ébauche de traduction du document en préparation, publié en anglais sous le titre *Labor Support by Doulas, Midwives, and Others*, 18 décembre 1998, et distribué par DONA (Doulas of North America), Seattle (WA).

SIMKIN, P. «Reducing pain and enhancing progress in labour: a guide to nonpharmacologic methods for maternity caregivers», *Birth*, vol. 22 (1995), p. 3.

SIMKIN, P. « Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part 1 », *Birth*, vol. 18 (1991), p. 204-210.

SIMKIN, P. « The labour support person: latest addition to the maternity care team », *International Childbirth Education Association Review*, vol. 16, n° 1 (1992), p. 1977.

SLEEP, J., et A. GRANT. « West Berkshire perineal management trial: three year followup », *British Medical Journal*, vol. 295 (1987), p. 749-751.

SLEEP, J., A. GRANT, J. GARCIA, D. ELBOURN, J. SPENCER et I. CHALMERS. « West Berkshire perineal management trial », *British Medical Journal*, vol. 289 (1984), p. 587-590.

SLEEP, J., J. ROBERTS et I. CHALMERS. « Effective care in pregnancy and childbirth », dans CHALMERS, I., M. ENKIN et M.J.N. KEIRSE (éd.), *Care During the Second Stage of Labour*, Oxford, Oxford University Press, 1989, p. 1129-1145.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). *Partir du bon pied : directives sur les soins pendant la grossesse et l'accouchement*, Ottawa, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 1998. Publié aussi en anglais sous le titre *Healthy Beginnings: Guidelines for Care During Pregnancy and Childbirth*.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). « Protocole d'accord national sur la prévention des infections précoces à streptocoques du groupe B chez le nouveau-né », chez l'auteur, juin 1997.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). *Directives cliniques : la dystocie*, Ottawa, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 1995c. Publié sous le titre : *Policy Statement: Dystocia*.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). *Groupe de travail sur la paralysie cérébrale et l'asphyxie néonatale*, Ottawa, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 1995b. Publié sous le titre : *Task Force on Cerebral Palsy and Fetal Asphyxia*.

SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES DU CANADA (SOGC). « Monitoring fetal during labour », *Le Journal SOGC*, vol. 17, n° 9 (1995a), p. 859-901. Publié aussi sous le titre « Fetal health surveillance in labour », *The SOGC Journal*.

SOCOL, M.L., P.M. GARCIA, A.M. PEACEMAN et S.L. DOOLEY. « Reducing cesarean births at primarily private university hospitals », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 168, n° 6 (1993), p. 1748-1758.

SOSA, R., J.H. KENNEL, M. KLAUS, S. ROBERTSON et J.URRUTIA. « The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother infant interaction », *New England Journal of Medicine*, vol. 303, n° 11 (1980), p. 597-600.

STEWART, P. et H. SPIBY. « A randomized study of the sitting position for delivery using a newly designed obstetric chair ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 327 (1989), p. 333.

STUDD, J.W.W., J.S. CRAWFORD, N.M. DUGNAN, C.J.F. ROWBOTHAM et A.O. HUGHES. « The effect of lumbar epidural analgesia on the rate of cervical dilatation and the outcome of labour on spontaneous onset », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 87 (1980), p. 1015-1021.

TANTON-MARDI, W. « Is routine endotracheal suction indicated? », *Archives of Disease in Childhood*, vol. 66 (1991), p. 374-375.

TEW, M. *Safer Childbirth: A Critical History of Maternity Care*, London, Chapman and Hall, 1990.

THACKER, S.B., et D.F. STROUP. « Continuous electronic fetal heart monitoring during labor », [Cochrane Review], dans The Cochrane Library, 2^e parution, Oxford. Logiciel mis à jour : 1995.

THALME, B., P. BELFRAGE et N. RAABE. « Lumbar epidural analgesia in labour: I. Acid-base balance and clinical condition of mother, fetus and newborn child », *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, vol. 53 (1974), p. 27-35.

THORNTON, J.G., et R.J. LILFORD. « Active management of labour: current knowledge and research issues », *British Medical Journal*, vol. 17, n° 309 (1994), p. 366-369.

THORP, J., D. HU, R. ALBIN, B. MEYER et G. COHEN. « The effect of intrapartum epidural analgesia on nulliparous labour: a randomized controlled prospective trial », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 168 (1993), p. 319.

THORP, J.A., V.M. PARISI, P.C. BOYLAN et D.A. JOHNSTON. « The effect of continuous epidural analgesia on cesarean section for dystocia in nulliparous women », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 161 (1989), p. 670-675.

TROLLE, B., M. MOLLER, H. KRONBORG et S. THOMSEN. « The effect of sterile water blocks on low back pain », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 164 (1991), p. 1277-1281.

TSEN L.C., B. THUE et S. SEGAL. « Is combined spinal-epidural analgesia associated with more rapid cervical dilation in nulliparous patients when compared with conventional epidural analgesia? », *Anesthesiology* 1999; vol. 91, n° 4, p. 920-925.

TYSON, H. « Outcomes of 1001 midwife-attended home births in Toronto », *Birth*, vol. 18, n° 1 (1991), p. 14-19.

VAUSE, S., H.M. CONGDON et J.G. THORNTON. « Immediate and delayed pushing in the second stage of labor for nulliparous women with epidural analgesia: a randomized controlled trial », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 105 (1998), p. 186-188.

VERTOMMEN, J.D., E. VANDERMULEN, H. VAN AKEN, L. VAES, S. SOETENS et A. VAN STEENBERGE. « The effects of the addition of sufentanil to 0.125% bupivacaine on the quality of analgesia during labour and on the incidence of instrumental deliveries », *Anaesthesiology*, vol. 74, n° 5 (1991), p. 809-814.

WALDENSTROM, Y., et C. NILSSON. « Warm tub bath after spontaneous rupture of membranes », *Birth: Issues Perinat Neonat Nurs*, vol. 19, n° 2 (1992), p. 57-63.

WALTON, P., et F. REYNOLDS. « Epidural analgesia and instrumental delivery », *Anaesthesia* (1984), p. 223.

WEAVER, D.F. « Nurses' views on the meaning of touch in obstetrical nursing practice », *JOGNN*, vol. 19, n° 2 (1990), p. 157-161.

WHITLEY, N., et E. MACK. « Are enemas justified for women in labor? », *American Journal of Nursing*, vol. 80, n° 7 (1980), p. 1339.

WIELAND LADEWIG, P., M.L. LONDON et S. BROOKENS OLD. *Soins infirmiers en maternité et néonatalogie*, 2^e éd., adaptation française par Joëlle De Courval, Éditions du Renouveau Pédagogique, Montréal, 1996, p. 954.

WITTELS, B. « Does epidural anesthesia affect the course of labour and delivery? », *Seminars in Perinatology*, vol. 15 (1991), p. 358-367.

WOLMAN, W.L., B. CHALMERS, G.J. HOFMEYER et V.C. NIKODEM. « Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment: a randomized, controlled study », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 168, n° 5 (1993), p. 1388-1393.

Autres ressources

BLAIS, Régis, et Pierre JOUBERT, coordonnateurs de l'équipe et coll. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec : Rapport final*, Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, (*25 doc.) 1997.

CENTRE COCHRANE FRANÇAIS — Centre d'Information Thérapeutique, Le VII^e Colloque International Cochrane, www.spc.univ-lyon1.fr/citccf/sommaire.htm

CENTRE HOSPITALIER AFFILIÉ UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC – PAVILLON SAINT-SACREMENT. *Profil d'enseignement pour la mère qui vient d'accoucher*, formulaires, chez l'auteur, Québec, s.d.

DANSKY, L.S., R. WESTREICH, M.C. KLEIN, A. PAPAGEORGIOU, M. GELFAND, M. KRAMER et V. ELKINS. « La satisfaction à l'égard de la naissance parmi les couples utilisant la chambre de naissance ou la chambre traditionnelle », *Santé mentale au Québec*, vol. VIII, n° 2, automne 1983, p. 47-54.

DICKASON, E.J., ET M.O. SCHULT, *L'infirmière et la périnatalité*, traduit par Louise Dumas-Rivest, HRW, Montréal, 1978.

ANNEXE 1

Plan de naissance**Coordonnées personnelles***Je m'appelle**Date prévue de la naissance**Mon médecin est**Le médecin de mon bébé sera**Les personnes qui m'aideront lors du travail seront**Les personnes suivantes assisteront à la naissance**Nous aimerions que nos autres
enfants soient sur place...*

- pendant le travail
- lorsque je serai rendue dans
l'unité des soins mère-enfant
- pas du tout

*Nous avons assisté ou planifions
d'assister à...*

- des cours prénatals
- des classes pour les pères
- une visite guidée de l'hôpital
- une visite guidée pour les frères et sœurs
- des classes d'exercices

Je fais partie de l'étude suivante:**Pour mieux satisfaire vos besoins et vos attentes...**

Y a-t-il quelque chose que vous souhaitez nous dire à votre sujet (questions importantes, craintes, inquiétudes)?

Mon but:

- utiliser les mesures de soutien et de confort offertes uniquement par l'accompagnante et par l'infirmière
- prendre des médicaments pour soulager la douleur en plus d'avoir recours à des mesures de soutien et de confort
- autre (veuillez préciser)

Première phase du travail... les contractions

Les femmes trouvent généralement que les mesures de confort suivantes aident à soulager l'inconfort associé aux contractions. Veuillez cocher les mesures que vous aimeriez que l'infirmière vous propose pendant votre travail.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> prendre un bain/bain tourbillon/
douche | <input type="checkbox"/> porter mes propres vêtements de
jour ou de nuit |
| <input type="checkbox"/> marcher | <input type="checkbox"/> utiliser plusieurs oreillers (vous devez
apporter vos oreillers) |
| <input type="checkbox"/> avoir des compresses chaudes
ou froides | <input type="checkbox"/> recevoir un massage |
| <input type="checkbox"/> écouter ma propre musique | <input type="checkbox"/> prendre du Nitronox (combinaison
de deux gaz que l'on s'administre
soi-même) |
| <input type="checkbox"/> utiliser le ballon de naissance | <input type="checkbox"/> recevoir une anesthésie épidurale |
| <input type="checkbox"/> utiliser mon propre point focal | <input type="checkbox"/> autre |
-

Naissance de votre bébé

Votre infirmière vous aidera à trouver différentes positions confortables pour vous aider à pousser pendant le travail. Parmi les suivantes, lesquelles aimeriez-vous aussi essayer :

- utiliser la barre d'accroupissement
- accoucher sur le côté
- ne *pas* utiliser les étriers
- autre
-
-

Après la naissance de mon bébé, j'aimerais :

- que coupe le cordon ombilical
- que mon bébé soit placé sur mon ventre tout de suite
- que mon bébé soit enveloppé dans une couverture avant qu'on le place dans
mes bras
- que le bonnet que j'apporterai soit posé sur la tête du bébé
- que change le bébé de couche pour la première fois
- que prenne des photos ou filme la naissance
- autre
-

Imprévus possibles pendant le travail

Si vous avez besoin de plus de renseignements sur n'importe lequel des points ci-après, renseignez-vous auprès de votre médecin ou de la sage-femme qui s'occupe de vous.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> surveillance externe du fœtus | <input type="checkbox"/> forceps/extracteur à dépres-
sion (ventouse obstétricale) |
| <input type="checkbox"/> surveillance interne du fœtus | <input type="checkbox"/> épisiotomie |
| <input type="checkbox"/> rupture artificielle des membranes | <input type="checkbox"/> césarienne |
| <input type="checkbox"/> induction (déclenchement artificiel du travail) :
utilisation d'une sonde de Foley et du syntocinon | |

Après la naissance du bébé jusqu'au retour à la maison

L'unité des soins mère-enfant reconnaît l'importance de garder les mères et leur bébé ensemble jour et nuit; les infirmières vous aideront à prendre soin de votre bébé dans votre chambre.

Je me propose de nourrir mon enfant :

- au sein
- au biberon (avec les préparations lactées pour nourrissons)

Au cours de mon séjour à l'unité des soins mère-enfant, j'aimerais :

- garder mon bébé avec moi tout le temps
- assister aux examens de mon bébé (admission et congé)
- être présente à tous les tests administrés à mon bébé, test de dépistage de la phénylcétonurie (PCU) et de l'hypothyroïdie (TSH), ponction du talon pour prélèvement sanguin
- que les infirmières nous montrent, à et à moi-même, comment donner un bain au bébé
- donner le premier bain à mon bébé
- que donne le premier bain à mon bébé
- que notre petit garçon soit circoncis
- autre
-

De retour à la maison, les personnes suivantes m'offriront de l'aide :

.....

.....

Autres idées ou commentaires:

.....

.....

.....

.....

J'apprécierais recevoir un appel de suivi de l'unité des soins mère-enfant une fois que je serai revenue à la maison. (Lorsque les mères qui accouchent pour la première fois rentrent à la maison, elles reçoivent habituellement un appel téléphonique de l'infirmière de santé publique/infirmière hygiéniste.) oui non indécise

Date

Signature de la mère

Signature du père

de l'accompagnante

ANNEXE 2

Méthodes d'induction et de stimulation**« DÉCOLLEMENT » DES MEMBRANES**

Selon plusieurs études récentes, le « décollement » des membranes peut accroître la probabilité de travail spontané chez les femmes pour lesquelles une induction du travail n'est pas jugée urgente. Des essais cliniques aléatoires sont en cours au Canada pour déterminer si une politique de décollement des membranes pour ces femmes contribuerait à réduire la nécessité d'une induction.

MATURATION DU COL — UTILISATION DES PROSTAGLANDINES

Bien que l'ocytocine soit efficace pour le déclenchement du travail, elle n'a aucun effet sur la maturation du col. Des études cliniques ont démontré que les prostaglandines (PGE₂) sont efficaces pour provoquer la maturation du col. Les prostaglandines agissent directement sur le col utérin; leurs effets ne sont pas uniquement associés aux contractions utérines. Les prostaglandines produisent des changements biochimiques qui se traduisent par un assouplissement du col utérin. Le gel de prostaglandines en application sur la partie interne du col est actuellement la méthode de prédilection pour provoquer la maturation du col.

Une méta-analyse rapportée dans la base de données Cochrane compare les prostaglandines (administrées par toutes les voies : orale, vaginale, cervicale et intraveineuse) aux placebos ou à « l'absence de traitement » sur la maturation du col (Keirse, 1993). Les prostaglandines utilisées pour la maturation du col réduisent de façon statistiquement significative les taux de naissances par césarienne, de naissances vaginales à l'aide d'instruments et d'induction ratée. Le pourcentage de femmes qui n'ont pas donné naissance dans les 12 heures suivant le début de l'induction du travail est considérablement réduit lorsque le col utérin a été préparé par l'administration de prostaglandines. Bien que leur utilisation pour la maturation du col soit associée à certains risques d'hyperstimulation et d'anormalité de la fréquence cardiaque fœtale, le risque de problèmes portant atteinte à l'intégrité du fœtus ne semble pas plus élevé. On s'attend que de 30 à 40 p.100 des femmes à qui l'on a administré des PGE₂ en application sur le col entrent en travail pendant le processus de maturation du col.

COMPARAISON DES MÉTHODES DE DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL

Dans le cas de femmes dont la cotation de Bishop est favorable (Bishop, 1964), qu'elle ait été obtenue de façon spontanée ou par une intervention médicale, plusieurs options sont possibles lorsqu'une induction du travail s'impose : l'amniotomie utilisée seule; l'administration d'ocytocine utilisée seule; l'amniotomie et l'administration d'ocytocine; l'administration de prostaglandines par voie orale ou vaginale. L'amniotomie utilisée seule semble être une approche intéressante dans certains cas. Cependant, des essais contrôlés laissent croire que l'administration d'ocytocine peu après l'amniotomie réduit les risques de naissances à l'aide d'instruments comparativement à l'amniotomie employée seule.

Les essais contrôlés pour évaluer les différentes interventions médicales en matière d'induction du travail tendent à ne faire participer que de petits groupes-échantillons. La méta-analyse donne, une fois de plus, une indication de l'efficacité relative des différentes interventions. Des essais ont comparé l'administration de l'ocytocine à celle des prostaglandines par voie orale, et l'administration de l'ocytocine à celle des prostaglandines par voie vaginale (on n'a effectué aucune comparaison directe entre l'administration des prostaglandines par voie orale et vaginale). L'administration de prostaglandines par voie orale provoque des effets secondaires gastro-intestinaux (vomissements et diarrhée) plus fréquents et plus graves que celle par voie vaginale; cette option est donc moins acceptable.

Dans l'ensemble, les prostaglandines (par voie orale ou vaginale) semblent avoir des effets plus positifs que l'ocytocine : elles réduisent la fréquence des naissances à l'aide d'instruments, en comparaison avec l'ocytocine employée seule; le pourcentage de femmes qui ne donnent pas naissance dans les 24 heures baisse de façon significative (rapport des probabilités = 0,43); enfin, on note que les analgésiques sont utilisés moins souvent avec les prostaglandines qu'avec l'ocytocine.

Peu d'études ont jusqu'ici tenu compte du point de vue des femmes sur les méthodes d'induction du travail. Il semble que si l'utilisation d'un gel vaginal permet à la femme de retarder ou d'éviter l'installation d'une perfusion intraveineuse, elle jouit alors d'une plus grande mobilité, ce qui est susceptible de lui rendre cette option plus acceptable. La décision ultérieure d'utiliser le moniteur fœtal pendant le travail devrait dépendre des indications pour déclencher le travail.

La monographie du gel vaginal Prostin note qu'on ne doit pas utiliser le produit s'il y a rupture des membranes. Cependant, le protocole de l'essai aléatoire, dont l'objectif était d'étudier la rupture prématurée des membranes des clientes dont la grossesse est à terme et de comparer la gestion attentiste à l'induction du travail des clientes à terme dont les membranes se sont rompues prématurément, exigeait l'administration d'un gel vaginal. Plusieurs essais contrôlés publiés suggèrent que le gel vaginal peut être utilisé sans danger dans ces situations.

ANNEXE 3

Amélioration continue de la qualité (ACQ)

L'amélioration continue de la qualité (ACQ) est axée sur le système de soins et a pour but d'améliorer les processus et de réduire les écarts pour que le rendement de tout le monde s'améliore (Headrick, 1995). L'ACQ part du principe suivant : la plupart des gens se préoccupent de la qualité de leur travail et veulent faire un bon travail. L'amélioration requiert habituellement l'élimination des obstacles qui limitent l'action des intervenants déjà motivés à dispenser des services de haute qualité. Cela diffère sensiblement des programmes habituels d'assurance de la qualité, qui visent à isoler les cas aberrants (« les mauvais sujets ») et à déterminer les mesures à prendre pour améliorer leur rendement afin de respecter une norme établie.

On a démontré que les évaluations et la rétroaction (des outils essentiels du processus de l'ACQ), lorsqu'elles sont associées à une formation et à un soutien administratif adéquats, peuvent influencer sur le nombre d'interventions effectuées durant la naissance (Reynolds, 1995; Sandmire et Demott, 1994; Socol et coll., 1993; Dillon et coll., 1992; Inglesis, 1991).

Le processus de l'ACQ est conçu de manière à donner aux praticiens une rétroaction sur leurs habitudes de pratique. Cette notion s'appuie sur le fait que, pour toutes les interventions, même les césariennes (bien que les obstétriciens en soient généralement les protagonistes), les médecins ou les sages-femmes se tiennent responsables de l'intervention ou du résultat, comme le font aussi les obstétriciens, les infirmières et les anesthésistes. La rétroaction individualisée est présentée sous la forme d'une série d'histogrammes qui examinent différentes interventions comme l'épisiotomie, la naissance par césarienne, l'épidurale, l'induction du travail, la stimulation du travail et le taux de consultations de tout le service. Un sondage joint aux résultats invite les praticiens à orienter le projet, à indiquer quelles questions éducatives méritent une attention et à faire des commentaires sur le processus. Une démarche similaire effectuée à l'échelle de l'organisme devrait être pluridisciplinaire et réalisée auprès de l'ensemble du personnel.

Des feuilles de route détaillées du processus des soins et de la formation d'un consensus s'ajoutent à d'autres stratégies de l'ACQ et peuvent être appliquées à des facteurs contributifs, telles les procédures d'admission, l'induction du travail, la gestion de la douleur, les stratégies adoptées au début

du travail et le monitoring du fœtus. On procède à une évaluation des diagrammes sélectionnés de façon aléatoire à partir de domaines hypothétiques que l'on croit être à la source du problème. On crée ensuite des équipes et on élabore une formation pour des domaines précis.

Chaque groupe utilise un modèle qui le guidera à travers les étapes principales de la préparation d'un arbre de décisions ou d'un cheminement clinique pour son domaine d'intervention et d'un plan chronologique d'exécution. Chaque groupe doit atteindre les objectifs suivants : parfaire l'analyse des conclusions de départ; étudier les publications savantes; déterminer quels arbres de décisions, directives et cheminements ont déjà établis. Le groupe concevra ensuite un processus d'amélioration fondé sur cette information. L'application des résultats de ce travail prendra différentes formes : diffuser l'information par l'entremise des intervenants; inviter les gens à faire part de leurs commentaires; faire en sorte que tous sentent qu'ils font partie du processus. Des recommandations seront ensuite formulées, en se basant sur des données clés qui ont conduit à l'élaboration des schémas.