

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 109 (2011)
Heft: 5

Artikel: La normalité en obstétrique : un défi pour les sages-femmes
Autor: Ammann-Fiechter, Silvia / Michoud, Bénédicte
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949928>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 11.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

EDITORIAL

Chaque fois que j'ai l'occasion de parler avec des sages-femmes quelque part dans le monde, nous nous rappelons ces moments importants de notre carrière qui ont marqué de manière indélébile notre pratique.

Pour moi, ce fut le passage d'un environnement hospitalier à une pratique d'accouchements à domicile. J'avais toujours pensé que j'étais une praticienne critique vis-à-vis des interventions médicalisées intensives, mais ce n'était rien jusqu'à ce que je comprenne réellement ce qu'était le suivi centré sur la parturiente en travaillant dans une communauté.

J'ai alors dû apprendre à me relaxer et à me contrôler autrement pour devenir une praticienne «réagissant» au vécu de la femme qui accouche. A l'hôpital, j'espérais avoir été une bonne porte-parole de la femme mais, avec le recul, je pense qu'on ne peut la comprendre véritablement qu'en la suivant dans son propre milieu au sein de sa famille et que notre accompagnement y prend davantage de sens. J'ai ainsi eu la chance de travailler avec des sages-femmes qui étaient expérimentées et m'ont amenée à réfléchir sur la «naissance normale». Lorsque j'ai rejoint le «Royal College of Midwives» (association anglaise des sages-femmes) et que je me suis engagée dans la campagne sur la naissance normale (voir page 37), les fruits de cette réflexion ont resurgi.

Aujourd'hui, je pense qu'en tant que sages-femmes, nous avons à offrir à chaque femme le bonheur de vivre l'expérience de la naissance comme un «cadeau» et comme une aventure personnelle. Pour cela, nous avons à aménager un environnement rassurant et à faire en sorte que la femme puisse s'appuyer sur une professionnelle experte pour atteindre tout son potentiel. Ceci n'est possible que grâce à la confiance réciproque et à une relation d'égale à égale. Alors, l'accouchement peut se muer en événement.

Mervi Jokinen

Practice and Standards Development Adviser, Royal College of Midwives



J'avais toujours pensé que j'étais une praticienne critique vis-à-vis des interventions médicalisées intensives, mais ce n'était rien jusqu'à ce que je comprenne réellement ce qu'était le suivi centré sur la parturiente en travaillant dans une communauté.

J'ai alors dû apprendre à me relaxer et à me contrôler autrement pour devenir une praticienne «réagissant» au vécu de la femme qui accouche. A l'hôpital, j'espérais avoir été une bonne porte-parole de la femme mais, avec le recul, je pense qu'on ne peut la comprendre véritablement qu'en la suivant dans son propre milieu au sein de sa famille et que notre accompagnement y prend davantage de sens. J'ai ainsi eu la chance de travailler avec des sages-femmes qui étaient expérimentées et m'ont amenée à réfléchir sur la «naissance normale». Lorsque j'ai rejoint le «Royal College of Midwives» (association anglaise des sages-femmes) et que je me suis engagée dans la campagne sur la naissance normale (voir page 37), les fruits de cette réflexion ont resurgi.

Aujourd'hui, je pense qu'en tant que sages-femmes, nous avons à offrir à chaque femme le bonheur de vivre l'expérience de la naissance comme un «cadeau» et comme une aventure personnelle. Pour cela, nous avons à aménager un environnement rassurant et à faire en sorte que la femme puisse s'appuyer sur une professionnelle experte pour atteindre tout son potentiel. Ceci n'est possible que grâce à la confiance réciproque et à une relation d'égale à égale. Alors, l'accouchement peut se muer en événement.

La normalité en obstétrique

Un défi pour les

Parler de normalité pour une sage-femme, c'est pousser une porte sur un univers à la fois concret et incertain. C'est se confronter à ses représentations, ses convictions, ses doutes et ses valeurs. C'est toucher au cœur la complexité d'un métier en mouvement. Parce que ce terme contient autant d'émotions que d'aspects scientifiques, parce qu'il couvre le champ d'expertise de la sage-femme, mais pas seulement, parler de normalité est un défi.

Le terme de «normalité», présent depuis un certain temps dans la littérature, particulièrement anglo-saxonne, mérite quelques réflexions. Ainsi, nous commencerons par clarifier son sens et ses implications dans notre pratique professionnelle. Nous le replacerons ensuite dans le contexte fortement médical que nous connaissons aujourd'hui, contexte marqué par une volonté de maîtriser autant la vie que les retombées financières d'un système de santé performant mais coûteux. Parler de normalité, c'est donc non seulement penser au sens mais également à la place et au positionnement des sages-femmes au sein du système de santé suisse.

Parler de normalité, c'est s'engager pour soi, pour son métier et surtout pour les femmes, les couples et les familles que nous avons le privilège d'accompagner dans une étape fondamentale de leur vie.

Normalité, physiologie ou naturel?

Un brainstorming effectué lors des pré-mices de cet article nous a montré que le terme de «normalité» est difficile à définir. En effet, «physiologie» et «naturel» se mêlaient à «jugement de valeur» et «discrimination» envers les femmes qui n'accourent pas spontanément. Un nécessaire retour vers le dictionnaire a donc apporté les éléments suivants:

- **Normalité:** se réfère à la norme, est conforme à une règle établie, à un état habituel
- **Norme:** référence pour tout jugement de valeur moral ou esthétique
- **Physiologie:** science qui étudie les fonctions organiques par lesquelles la vie se manifeste et se maintient sous sa forme individuelle



Silvia Ammann-Fiechter: Sage-femme, Enseignante HES-S2, HECVSanté, Filière sage-femme, étudiante MSc Midwifery Glasgow Caledonian University. **Bénédicte Michoud:** Sage-femme, Assistante HES-S2, HEDS Genève, Filière sage-femme, étudiante European MSc Midwifery.

- **Naturel:** qui est issu directement de la nature, du monde physique; qui n'est pas dû au travail de l'homme/qui n'est pas altéré, modifié, falsifié^[1]. Ainsi défini, le terme de «normalité» contient non seulement une notion de jugement de valeur mais laisse également entrevoir la possibilité de considérer comme «normale» toute pratique uniformisée, qu'elle soit médicale ou non. Le terme de «physiologie», avec son côté purement scientifique, insiste sur la mécanique du processus de la maternité, reléguant au second plan l'émotion, l'histoire de vie, le contexte social, la spiritualité et les valeurs des femmes et des familles. Quant au terme «naturel», il place la grossesse et l'accouchement entre les seules mains de la nature que l'on sait aussi douces que cruelles. Il faut donc bien avouer que ces termes, pourtant utilisés chaque jour, parfois employés l'un pour l'autre, demeurent insatisfaisants lorsqu'il s'agit de représenter la complexité de la naissance.

Collaud (2008)^[2], médecin et philosophe suisse, différencie une normalité «structurante» d'une normalité «perverse». L'approche structurante nous permet d'intégrer la référence à «ce qui

sages-femmes

devrait être» ainsi que l'ouverture vers l'altérité et l'originalité. L'aspect pervers, générateur d'une vision simpliste et statique peut ainsi être écarté (*Tableau 1*). Cette nuance offre une approche plus réaliste du processus dynamique et chaque fois unique de la maternité. La normalité devient alors un guide permettant d'avancer à la rencontre d'un idéal professionnel commun.

La littérature internationale, de son côté, nous apprend que le concept de normalité n'est en aucun cas défini de façon consensuelle. Il peut revêtir des nuances plus ou moins marquées en fonction du corps professionnel qui en parle^[3] (*Tableau 2*). Elle relève également une tendance à définir la normalité, non pour elle-même, mais en regard de ce «qui n'est pas pathologique»^[4]. Et force est de constater que ce terme est principalement relié à l'accouchement, excluant grossesse et post-partum.

L'Organisation Mondiale de la Santé a élaboré la définition suivante de l'accouchement normal: «... une grossesse dont le déclenchement est spontané, le risque est faible dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position céphalique du sommet entre la 37^{ème} et la 42^{ème} semaine de gestation. Après la naissance, la mère et le nouveau-né se portent bien»^[5]. Il est intéressant de relever que cette définition, centrée sur l'accouchement, permet d'inclure dans la catégorie «normale» les femmes enceintes à haut risque dont le travail et l'accouchement se déroulent selon les conditions décrites.

Les associations professionnelles canadiennes travaillant auprès des femmes et des familles proposent les définitions suivantes, dans une déclaration de principe commune adoptée en 2008^[6]. Le «travail normal» est défini comme tel lorsque le déclenchement et la progression sont spontanés, qu'il y ait utilisation de moyens pharmacologiques pour soulager la douleur ou non. L'«accouchement normal» ne se réfère qu'au moment de la sortie de l'enfant lorsqu'elle se produit spontanément. Cette définition peut donc inclure une provocation, une stimulation voire des pathologies obstétricales maternelles telles la pré-éclampsie ou l'hémorragie du 3^{ème} trimestre. L'«accouchement naturel» n'englobe que les ac-

Tableau 1. La normalité

Normalité structurante	Normalité perverse
Ce qui devrait être	Ce qui est
Complexé	Simpliste
Rapport à un absolu extérieur	Rapport à soi
Indicateur direction	Barrière
Dynamique	Statique
Altérité non-menaçante	Mémeté, altérité menaçante
Avertit l'inhumanité possible	Déclare l'inhumanité
Capable d'intégrer l'originalité	S'oppose à l'originalité

Réf: Collaud (2008) (tableau non complet).

Tableau 2. La Définition de l'accouchement normal par différents professionnels (Wagner, 1995 in Gould 2000)

Obstétricien	La naissance est normale s'il n'y a eu aucune pathologie et si aucune intervention ne se produit
Epidémiologiste	La naissance est normale lorsque tout est entièrement naturel; cependant, la médicalisation de l'accouchement rend cet aspect difficile à mesurer
Psychologue	La naissance est une partie du cycle de la vie de la femme et le passage qu'elle vit, à travers la maternité, assure son évolution vers une pleine féminité
Anthropologue	La société occidentale rend la naissance de moins en moins normale
Sociologue	La naissance n'est pas un processus normal mais social dont les issues sont influencées par la femme elle-même et par son environnement
Sage-femme	La naissance est normale si la femme la définit comme normale, qu'elle est incluse dans son cadre de référence car la naissance est une partie du processus de vie

couchements se déroulant sans ou avec très peu d'intervention humaine. Finalement, la définition d'une «naissance normale» est semblable à celle donnée par l'OMS au sujet de l'«accouchement normal». Y sont toutefois ajoutés les critères de contact peau-à-peau et de mise au sein durant l'heure suivant la naissance.

Au Royaume-Uni, la définition de la normalité adoptée par consensus interprofessionnel se révèle être plus proche d'un classement d'interventions périna-

tales, selon qu'elles sont considérées comme normales ou non (*Tableau 3*)^[7].

Différentes orientations ont ainsi été choisies concernant la définition du concept de normalité. La discussion au sein des professionnels de la santé entourant la naissance semble loin d'être terminée^[8]. D'autant que le risque de tomber dans le piège de l'opposition tout naturel/tout médical et de fermer la porte à la discussion interprofessionnelle est grand. Néanmoins, il demeure primordial et ur-

Tableau 3. Définition du Royal College of Midwives

Critères d'inclusion pour un accouchement normal	Critères d'exclusion d'un accouchement normal
Femmes dont le travail débute, progresse et se termine spontanément sans médicament ni intervention.	Provocation de l'accouchement (Prostaglandines, ocytocine, RAM)
Stimulation du travail	Analgésie péridurale ou rachianesthésie
RAM pour autant que ce ne soit pas un acte de provocation de l'accouchement	Anesthésie générale
Entonox	Forceps ou ventouse
Opiacés	Césarienne
Monitoring fœtal	Episiotomie
Délivrance dirigée	
Complications pré, per et postpartum (telles hémorragies, déchirure périnéale et suture, admission aux soins intensifs ou en néonatalogie)	

Source: Royal College of Obstetricians and National Childbirth Trust UK (RCM, NCT, ROG 2007).

gent que nous, sages-femmes en Suisse, définissons une position commune au sujet de la normalité. Ceci nous permettra d'affirmer notre rôle au sein du système de santé et d'ancrer notre pratique dans une philosophie de soins centrée sur le bien-être des femmes, des nouveau-nés et des familles.

Normalité, risque et contexte

Bien que la définition du concept de normalité soit difficile à énoncer, il n'en demeure pas moins un des fondements de notre profession. On retrouve ce terme dans la définition de la sage-femme adoptée par la Fédération suisse des sages-femmes^[9] sur la base de celle élaborée par la Confédération internationale des sages-femmes^[10]. Cependant, dans le contexte actuel d'une médicalisation croissante de la grossesse et de l'accouchement, il est parfois difficile de trouver une place et un sens à donner à la normalité.

L'exemple le plus significatif et aussi le plus médiatisé est celui du taux de césariennes qui a atteint 32,8% en Suisse l'année dernière^[11]. De plus, ici comme dans d'autres pays de l'Union Européenne, toute une gamme d'interventions servant à contrôler, rythmer ou surveiller un accouchement dit normal sont également en augmentation^[12,13,14]. Outre le taux de césariennes, on observe aussi une utilisation de routine des déclenchements de convenance, stimulations du

travail par ocytocine, touchers vaginaux aux heures, CTG en continu, accouchements en position gynécologique, trop grand nombre d'épisiotomies, aspiration systématique du nouveau-né. De grandes variations régionales, voire institutionnelles, sont également interpellantes^[15,16,17]. Si ces interventions peuvent s'avérer utiles, voire nécessaires, dans certaines situations déviant de la physiologie, elles sont toutefois décris comme néfastes dans les recommandations internationales basées sur les preuves scientifiques, dès qu'elles deviennent systématiques^[18,19,20,21,22].

Du côté des suivis de grossesses physiologiques, la question de l'augmentation de la médicalisation reste ouverte, faute de données statistiques sur lesquelles s'appuyer. Cependant, le seul fait que ces suivis relèvent principalement de l'activité des obstétriciens demeure un indicateur du climat fortement médicalisé dans lequel nous évoluons¹.

Tenter d'expliquer cette tendance à multiplier les actes médicaux nous semble périlleux, tant les facteurs qui la sous-tendent sont nombreux et complexes. Cependant, il nous paraît tout de même important de relever un aspect: celui du climat de peur qui entoure la naissance. Les parents ont peur des malformations, des séquelles physiques et psychiques et de la mort. Les professionnels craignent un procès pour faute professionnelle^[23]. Notre société aimerait maîtriser la vie, dans l'illusion du risque zéro^[24]. L'incertitude et l'imprévu devien-

ment difficiles à supporter tant il semble que la science puisse pallier à toutes les imperfections de cette «machine» qu'est le corps humain^[25]. Le message délivré par les professionnels se centre désormais sur les risques entourant la grossesse et l'accouchement. Certains vont même jusqu'à penser qu'un accouchement ne peut être considéré comme physiologique qu'une fois terminé. Difficile dès lors pour une femme d'avoir confiance en elle, en son corps, en son enfant à venir. Difficile également pour nous, sages-femmes de garder confiance en cet événement naturel et normal avant tout^[26].

Il est curieux de constater que du côté des autorités politiques, de même que du côté des assurances-maladie, peu d'attention est accordée à cette médicalisation croissante. En effet, outre les aspects potentiellement délétères des pratiques de routine, les conséquences économiques d'une telle tendance semblent évidentes. Ce peu d'empressement, par exemple suite au postulat sur le taux de césariennes déposé par Liliane Maury Pasquier en 2009^[27], est d'autant plus surprenant que notre système de santé est reconnu internationalement comme étant l'un des plus coûteux au monde^[28]. Optimiser l'utilisation des compétences des sages-femmes pourrait contribuer à maîtriser les coûts de la santé tout en garantissant un suivi de haute qualité, comme l'a relevé l'Observatoire de santé en Suisse (OBSAN) en 2007 déjà^[29].

La médicalisation occupe une place croissante dans notre système de soins en maternité. Sont notamment en cause une méconnaissance des recommandations internationales basées sur des preuves scientifiques, un sentiment de peur entourant la naissance, des autorités peu empressées. Si dans ce contexte, la place de la normalité semble mise au défi, elle trouve néanmoins tout son sens, dès lors qu'elle est reliée à la qualité des soins fournis par les sages-femmes et à l'implication économique d'une telle possibilité.

Au-delà de la recherche d'une définition de ce qu'est la normalité maintenant, il nous semble plus important encore que nous, sages-femmes, cherchions à définir ce qu'elle devrait être à l'avenir. Une vision commune des soins en maternité, centrée sur le bien-être des femmes, des nouveau-nés et des familles est primordiale pour garantir un position-

¹ Le rapport d'activité des SFI (2008) ne relève que 17% d'activité prénatale. Ce chiffre comprend à la fois les suivis de grossesses physiologiques et les visites médicalement déléguées (Hanebuth et al. (2009). Rapport d'activité des sages-femmes indépendantes de Suisse. Bâles: ISPM).

nement fort au sein du système de santé actuel.

Et à l'avenir...

Parler de normalité, ce sera un engagement ouvert et public en tant que corps professionnel uni pour le soutien du processus physiologique, psychologique et social de la maternité. Parler de normalité, ce sera accorder notre pleine confiance aux femmes, aux nouveau-nés et aux familles. Ce sera s'investir à chaque minute pour le respect de leurs ressources et de leur rythme individuel.

Parler de normalité, ce sera l'ouverture d'un dialogue interprofessionnel basé sur des preuves scientifiques à partir d'une position sage-femme affirmée. Ce sera aussi reconnaître et respecter le champ d'expertise de chaque professionnel de terrain dans un rapport de partenariat. Ce sera travailler ensemble pour assurer la meilleure qualité de soins possible pour les femmes, les nouveau-nés et les familles.

Parler de normalité, c'est relever ce défi: faire en sorte que la normalité devienne enfin la norme!

Pour échanger sur cette thématique, nous serions ravis de recevoir vos emails aux adresses suivantes: sammann@hecv-sante.ch; benedicte_michoud@hotmail.com

Merci à Floriane, Franziska, Maria-Pia, Michelle et Yvonne pour leur lecture attentive et leurs conseils.

Références

- [1] Collectif Larousse (2011). *Le Petit Larousse Illustré*. Paris: Larousse.
- [2] Collaud T. (2008). *La normalité*. Présentation Power-Point, Journée Scientifique HECVSanté Lausanne 2008.
- [3] Gould D. (2000). Normal labour: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, Vol 31, No 2, pp 418-427.
- [4] Grigg C. (2006). «Working with women in pregnancy» from: Pairman, S. et al. *Midwifery: Preparation for practice*. pp 341-374. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- [5] Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1997). *Les soins liés à un accouchement normal, un guide pratique*. OMS Genève. Accès le 21 mars 2011 http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/who_frh_msm_9624/en/index.html
- [6] Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), Association of Women's health, Obstetric and Neonatal Nurses of Canada (AWHONN), Association canadienne des sages-femmes (ACSF), Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), Société de la médecine rurale du Canada (SMRC) (2008). *Déclaration de principe commune sur l'accouchement normal*. Accès le 22 mars 2011. <http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui221PS0812f.pdf>
- [7] Royal College of Midwives (RCM), National Childbirth Trust (NCT), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (ROCG) (2007). *Making normal birth a reality. Consensus statement from the Maternity Care Working Party. Our shared views about the need to recognise, facilitate and audit normal birth*. Accès 22 mars 2011 <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/JointStatementNormalBirth2007.pdf>
- [8] Downe S. (Ed) (2008). *Normal Childbirth: Evidence and Debate* (2nd ed.), Churchill Livingstone.
- [9] Fédération Suisse des Sages-femmes (FSSF) (2005). *Définition professionnelle de la sage-femme*. Accès le 21 mars 2011 http://www.hebamme.ch/x_data/allgdnl/Berufsdefinition%20der%20Hebamme%20f.pdf
- [10] International Confederation of Midwives (ICM) (2005). *Definition of the Midwife*. Accès 21 mars 2011. <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/CM%20Definition%20of%20the%20Midwife%202005.pdf>
- [11] Office fédéral de la statistique (2011). Hôpitaux données détaillées. Accès 21 mars 2011 <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/01/data/01/01.html>
- [12] OMS voir référence 5.
- [13] Enkin M., Marc J.N.C., Keirse J.N., Crowther C., Duley L., Hodnett E., Hofmeyr J. (2002). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*, 3rd ed., Oxford University Press.
- [14] Johanson R., Newburn M., Macfarlane A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ*, Vol 324, April 2002, pp 892-895.
- [15] StatSanté (1/2007). Office fédéral de la statistique (OFFS). *Mettre au monde dans les hôpitaux de Suisse, Séjours hospitaliers durant la grossesse et accouchements*. Confédération Suisse, Département fédéral de l'intérieur.
- [16] StatSanté (2/2007). *Office fédéral de la statistique (OFFS). Les nouveau-nés dans les hôpitaux de Suisse en 2004. La prise en charge hospitalière des bébés nés à terme et des prématurés*. Confédération Suisse, Confédération Suisse, Département fédéral de l'intérieur.
- [17] OFSS (2011), voir réf 11.
- [18] OMS (1997), voir réf 5.
- [19] Enkin et al (2000), voir réf 13.
- [20] Walsh, D. (2007). *Evidence-based care for normal labour and birth: a guide for midwives*. Abingdon, Oxon: Routledge.
- [21] National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2008, 27 mai). *Clinical guidelines: Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. Accès 21 mars 2011 Accès: <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=36275>
- [22] The Cochrane Collaboration, Cochrane Reviews, Pregnancy and Childbirth. Accès le 21 mars 2011 <http://www2.cochrane.org/reviews/en/topics/87.html>
- [23] Grol et al. 2005. Grol R., Wensing M., Eccles M. (2005). *Improving Patient Care. The Implementation of Change in Clinical Practice*. Elsevier, Edinburgh.
- [24] De La Rochebrochard E.L. et Leridon H. (2008). Patient ou acteur d'une reproduction médicalisée. In de La Rochebrochard E. (dir.) *De la pilule au bébé éprouvette*, chapitre 1, Les cahiers de l'Ined, No 161.
- [25] Davis-Floyd R. (2001). The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol 75, supplement No 1, pp S5-S23.
- [26] Mead M. (2008). Midwives' practices in 11 UK maternity units. In: Downe S. (2008) *Normal childbirh. Evidence and Debate* (2nd edition), chapter 5, pp81-95, Churchill Livingstone-Elsevier, Edinburgh
- [27] Maury-Pasquier L. (2010). *Césariennes inutiles: le monde politique prend responsabilité et regarde de plus près*. Accès 22 mars 2011. http://www.hebamme.ch/x_data/allgdnl/MM_Postulat_Maury_Kaiserschnitte_f.pdf
- [28] OCDE et OMS (2006). Examen de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse. <http://browse.oecdbookshop.org/oecd/pdfs/browse-seit/8106082E.PDF> full text http://www.oecd.org/document/23/0,3746,fr_2649_37407_37562367_1_1_1_37407,00.html résumé online
- [29] Künzi & Detzel (2007) Rapport de l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) complet – étude et résumé. [Page Web]. Accès: <http://www.obsan.admin.ch>

Campagne pour la naissance physiologique



Dix points clés

Royaume-Uni

«Ensemble, nous pouvons changer la naissance»

Sur la base de cette conviction, le Collège royal des sages-femmes (RCM) a lancé en 2008 une campagne pour encourager et soutenir la naissance normale. A cette occasion, il a été rappelé qu'une expérience de naissance positive est possible malgré certains défis et que médicalisation et césarienne doivent être utilisés avec discernement.

Une brochure résume habilement les «Dix points clés» à retenir:

1. Patience et longueur de temps
2. Construisons-lui un nid
3. Surtout pas au lit
4. Justifiez toute intervention
5. Ecoutez-la
6. Tenir un journal personnel
7. Faites confiance à votre intuition
8. Soyez un modèle à suivre
9. Rassurez-la constamment – soyez positive
10. Contact peau à peau

Il existe une version française de cette brochure à télécharger sur:

www.rcmnormalbirth.org.uk/practice > TEN TOP TIPS > French