

# Références

## Aspects psychosociaux

- Affonso, D. C.** Missing pieces. A Study of post-partum feelings. *Birth and the family journal*, **4**: 159-164 (1977)
- Arms, S.** *Immaculate deception*. New York, Bantam Books, 1975
- Beattie, J.** Observations on post-natal depression and a suggestion for its prevention. *International journal of social psychiatry*, **24**: 4 (1981)
- Beck, N. C. & Siegel, L. J.** Preparation for childbirth and contemporary research on pain, anxiety and stress reduction – a review and critique. *Psychosomatic medicine*, **42**: 429 (1980)
- Bradley, C. F. et al.** A prospective study of mothers' attitudes and feelings following caesarean and vaginal births. *Birth*, **10**: 79-83 (1983)
- Brant, H. A.** Childbirth with preparation and support in labour: an assessment. *New Zealand medical journal*, **61**: 211-219 (1962)
- Brown, I.** Attitudes of men towards labour and delivery. *Midwife, health visitor and community nurse*, **16**: 278 (1980)
- Burns, P. et al.** Short-term effects of caretaker environment of the first 10 days. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, **11**: 427 (1972)
- Chamberlain, M.** *Old wives' tales*. New York, Virago, 1981
- Chapalain, M.T.** Perinatalité: French cost-benefit studies and decisions on handicap and prevention. In: *Major mental handicap: methods and costs of prevention*. Amsterdam, Elsevier, 1978 (Ciba Foundation Symposium 59)
- Cohen, N. W.** Minimizing emotional sequelae of caesarean childbirth. *Birth*, **4**: 114-119 (1977)
- Conner Shearer, E.** How do parents really feel after caesarean birth? *Birth*, **10**: 91-92 (1983)
- Davenport, B. et al.** Psychological correlates of childbirth pain. *Psychosomatic medicine*, **36**: 215 (1974)
- DeChateau, P.** The first hour after delivery – its impact on synchrony of the parent-infant relationship. *Pediatrician*, **9**: 151 (1980)
- DeVries, R. G.** Humanizing childbirth: the discovery and implementation of bonding theory. *International journal of health services*, **14**: 89-104 (1984)
- Donovan, B.** *The caesarean birth experience*. Boston, Beacon Press, 1977.

- Erickson, M. T.** The relationship between psychological variables and specific complications of pregnancy, labour and delivery. *Journal of psychosomatic research*, **20**: 207–210 (1976)
- Fischer, W. A. et al.** The efficacy of the psychoprophylactic method of prepared childbirth. In: Morris, N., ed. *Psychosomatic medicine in obstetrics and gynaecology. 3rd International Congress, London, 1971*. Bâle, Karger, 1972
- Friedmann, D. D.** Motivation for natural childbirth. In: Morris, N., ed. *Psychosomatic medicine in obstetrics and gynaecology. 3rd International Congress, London, 1971*. Bâle, Karger, 1972
- Garcia, J. et al.** Mothers' views of continuous electronic fetal heart monitoring and intermittent auscultation. In: Dennerstein, L. & de Senarclens, M., ed. *The young woman. Psychosomatic aspects of obstetrics and gynaecology*. Amsterdam, Excerpta Medica, 1983 (International Congress Series, No. 618)
- Graham, H.** Smoking in pregnancy. The attitude of expectant mothers. *Social science and medicine*, **10**: 300–405 (1976)
- Graham, H. & Oakley, A.** Competing ideologies of reproduction. In: Roberts, H., ed. *Women, health and reproduction*. Londres, Routledge & Kegan Paul, 1981
- Greenberg, M. & Morris, N.** Engrossment – the newborn impact upon the father. *American journal of orthopsychiatry*, **44**: 520 (1974)
- Grieve, J. F. K. et al.** Dieting in pregnancy: a study of the effect of a high protein, low carbohydrate diet on birthweight in an obstetric population. In: Sutherland, M. W. & Stoners, J. M., ed. *Carbohydrate metabolism in pregnancy and the newborn*. Berlin, Springer Verlag, 1978
- Humenick, S. S.** Assessing the quality of childbirth education: can teachers change? *Birth and the family journal*, **7**(2): 82 (1980)
- Hurst, M. & Summey, P. S.** Childbirth and social class: the case of cesarean delivery. *Social science and medicine*, **18**(8): 621–631 (1984)
- Ive-Kropf, V. et al.** Influence of mother-infant separation in the neonatal period on the development of maternal attitudes (maternal attachment). *Rivista italiana di pediatria*, **2**: 299 (1976)
- Kitzinger, S.** *The good birth guide*. Londres, Fontana, 1979
- Kitzinger, S.** *Pregnancy and childbirth*. Londres, Michael Joseph, 1981
- Klaus, M. & Kennell, J.** *Maternal-infant bonding*. St Louis, MO, C. V. Mosby Co., 1976
- Leboyer, F.** *Birth without violence*. New York, Knopf, 1975
- Leifer, A. et al.** Effects of mother-infant separation on maternal attachment behaviour. *Child development*, **43**: 1203 (1972)
- Leonard, L.** The fathers' side – a different perspective on childbirth. *Canadian nurse*, **73**: 16 (1977)
- Lipson, J. G.** Caesarean support groups: mutual help and education. *Women and health*, **6**: 27–39 (1982)
- Lumley, J. & Astbury, J.** *Birth rites birth rights. Childbirth alternatives for Australian parents*. Melbourne, Thomas Nelson, 1980
- Lynch, M. & Roberts, J.** Predicting child abuse: signs of bonding failure in the maternity hospital. *British medical journal*, **1**: 624–626 (1977)

- Macfarlane, A.** *The psychology of childbirth*. Londres, Fontana, 1977
- Maratos, O. et al.** Effects of age and rearing condition on Brazelton Neonatal Behaviour scale performance. In: Lipsitt, L. P. & Field, T. M., ed. *Infant behaviour and development: perinatal risk and newborn behaviour*. Norwood, N. J., Ablex Publishing Corp., 1982
- McClain, C. S.** Perceived risk and choice of childbirth service. *Social science and medicine*, **17**: 1857-1865 (1983)
- McDonald, R.** The role of emotional factors in obstetric complications; a review. *Psychosomatic medicine*, **30**: 222 (1968)
- McKinlay, J. B.** From "promising report" to "standard procedure": seven stages in the career of a medical innovation. *Milbank Memorial Fund quarterly*, **59**: 374-411 (1981)
- Meyer, M. B. et al.** The interrelationship of maternal smoking and increased perinatal mortality with other risk factors. Further analysis of the Ontario Perinatal Mortality Study. 1960-61. *American journal of epidemiology*, **100**: 443 (1974)
- Newton, R. et al.** Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of premature labour. *British medical journal*. **2**: 411-413 (1979)
- Nuckolls, K. B. et al.** Psychosocial assets, life crisis, and the prognosis of pregnancy. *American journal of epidemiology*, **95**(5): 431-441 (1972)
- Oakley, A.** *Becoming a mother*. Oxford, Martin Robertson & Co., 1979
- Oakley, A.** *From here to maternity*. Harmondsworth, Penguin, 1981
- Oakley, A.** Social consequences of obstetric technology: the importance of measuring "soft" outcomes. *Birth*, **10**: 99-108 (1983)
- Oakley, A.** *Social support and perinatal outcome*. Washington, DC, Organisation panaméricaine de la santé/Bureau régional OMS des Amériques, 1984 (document non publié)
- O'Brien, M. & Smith, C.** Women's views and experiences of antenatal care. *Practitioner*, **225**: 123 (1981)
- Odent, M.** *Birth reborn*. New York, Pantheon Books, 1984
- Phillips, A. & Rakausen, J.** *Our bodies, our selves*. Harmondsworth, Penguin, 1984
- Reading, A. E. et al.** Health beliefs and health care behaviour. *Psychological medicine*, **12**(2): 379-383 (1982)
- Richman, J. & Goldthorp, W. O.** Fatherhood: the social construction of pregnancy and birth. In: Kitzinger, S. & Davis, J. A., ed. *The place of birth*. Oxford, Oxford University Press, 1978
- Ruzek, S. B.** Ethical issues in childbirth technology. In: Holmes, H. B. et al., ed. *Birth control and controlling birth, women-centered perspectives*. Clifton, NJ, The Humana Press, 1980
- Silverman, W. A. et al.** Parents, physicians, and the death of newborns. *Hastings Center report*, **11**: 12-16 (1981)
- Sokol, R. J. et al.** Risk, antepartum care and outcome: impact of a maternity and infant care project. *Obstetrics & gynecology*, **56**(2): 150-156 (1980)
- Spira, N. et al.** Surveillance à domicile des grossesses pathologiques par les sages-femmes. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, **10**: 534-548 (1981)

- Stern, G. & Kruckman, L.** Multi-disciplinary perspectives of post-partum depression: an anthropological critique. *Social science and medicine*, **17**, 1027-1041 (1983)
- Stewart, L. & Stewart, D.** *21st century obstetrics now*. Chapel Hill, NC, NAPSAC, 1978, Vol. 1. & vol. 2

## Soins prénatals

- Bakketeig, L. S. et al.** Randomised controlled trial of ultrasonographic screening in pregnancy. *Lancet*, **II**: 207-211 (1984)
- Bakketeig, L. S. & Hoffmann, H. J.** The tendency to repeat gestational age and birthweight in successive births related to perinatal survival. *Acta obstetrica et gynecologica scandinavica*, **62**: 385-392 (1983)
- Bartholomeyczik, E. & Rasper, B.** Berufstätigkeit und Schwangerschaft. *Gynäkologe*, **12**: 151-156 (1979)
- Basler, H.-D.** Modelle zur Erklärung präventiven Verhaltens. In: Oeter, K. & Wilken, M., ed. *Frau und Medizin*. Stuttgart, Hippokrates Verlag, 1979
- Beck, L.** Aufstellung eines Risikokatalogs der Schwangerschaft. Aufstellung eines Risikokatalogs von zusätzlichen Maßnahmen und Empfehlungen. Maßnahmen zur weiteren Senkung der perinatalen Mortalität und Morbidität. In: Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, ed. *Mütter- und Säuglingssterblichkeit*. Stuttgart, Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, 1978, Bd. 67
- Bennett, M. J.** Women's attitudes to screening for neural tube defects. *British journal of obstetrics and gynaecology*, **87**: 370 (1980)
- Blondel, B. et al.** Antenatal care and maternal demographic and social characteristics. Evolution in France between 1972 and 1976. *Journal of epidemiology and community health*, **34**: 157-163 (1980)
- Blondel, B. et al.** Les inégalités sociales de la surveillance prénatale. Influence des filières médicales et de l'opinion des femmes. *Inserm*, **104**: 509-520 (1981)
- Blondel, B. et al.** Surveillance prénatale et filières médicales pendant la grossesse. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, **30**: 21-23 (1982)
- Blondel, B. et al.** Impact of the French system of statutory visits on antenatal care. *Journal of epidemiology and community health*, **36**: 183-186 (1982)
- Chalmers, I. et al.** Perinatal health services: an immodest proposal. *British medical journal*, **1**: 842-845 (1980)
- Chamberlain, G.** When do pregnant women attend for antenatal care? *British medical journal*, **1**: 515 (1980)
- Chng, P. K. et al.** An audit of antenatal care: the value of the first antenatal visit. *British medical journal*, **281**: 1184-1186 (1980)
- Cnattingius, S.** Screening for intrauterine growth retardation. *Acta universitatis upsaliensis*, **503**: 1-12 (1984)
- Collatz, J.** Inanspruchnahme und Auswirkungen der medizinischen Versorgung in der Schwangerschaft. In: Collatz, J. et al. ed. *Perinatalstudie Niedersachsen und Bremen*. Munich, Urban & Schwarzenberg, 1983, Vol.7

- Culliton, B. J. & Waterfall, W. K.** Consensus development – amniocentesis. *British medical journal*, **2**: 723–724 (1979)
- Diagnostic ultrasound imaging in pregnancy.** Report of a Consensus Development Conference, Bethesda, Maryland, 6–8 February 1984, Washington, DC, Department of Health and Human Services, 1984 (NIH Publication No. 84–667)
- Diagnostic ultrasound in pregnancy.** *Lancet*, **II**: 201–202 (1984)
- Drugs in pregnancy and delivery:** report on the Thirteenth European Symposium on Clinical Pharmacological Evaluation in Drug Control. Copenhagen, OMS, Bureau régional de l'Europe, 1984 (document non publié ICP/DSE 105/m01)
- Elser, H. et al.** Das zeitliche Gefüge der Schwangerschafts- und Geburtsrisiken. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatalogie*, **184**: 317–328 (1980)
- Enkin, M. & Chalmers I., ed.** *Effectiveness and satisfaction in antenatal care.* Londres, Spastics International Medical Publications, 1982 (Clinics in Development Medicine, No. 81/82).
- Ferster, G. & Jenkins, D. M.** Patterns of antenatal care, perinatal mortality and birthweight in three consultant obstetric units. *Lancet*, **II**: 727 (1983)
- Fraser, C. M.** Selected perinatal procedures. *Acta obstetrica et gynecologica scandinavica*, Suppl. 117 (1983)
- Fréquence de l'insuffisance pondérale à la naissance. Etude critique des données.** *Rapport trimestriel de Statistiques sanitaires nationales*, **33**(3): 197–224 (1980)
- Goodlin, R. C.** Low risk obstetric care for low risk mothers. *Lancet*, **I**: 1017 (1980)
- Gorsuch, R. L. & Key, M. K.** Abnormalities of pregnancy as a function of anxiety and life stress. *Psychosomatic medicine*, **36**: 352–372 (1974)
- Hagard, S. et al.** Screening for spina bifida cystica: a cost-benefit analysis. *British journal of preventive and social medicine*, **30**: 40–53 (1976)
- Hall, J. H. et al.** Is routine antenatal care worthwhile? *Lancet*, **II**: 78 (1980)
- Hall, M. et al.** *Antenatal care assessed.* Aberdeen, Aberdeen University Press (sous presse)
- Heward, J. A. & Clarke, M.** Communication to an antenatal clinic. *British medical journal*, **1**: 1202 (1976)
- Hibbard, B. M. et al.** The effectiveness of antenatal education. *Health education journal*, **38**(2): 39–46 (1979)
- Hoffman, H. J. et al.** Methodological considerations in the analysis of perinatal mortality rates. In: Bracken, M. B., ed. *Perinatal epidemiology.* Oxford, Oxford University Press, 1984
- Illsley, R. & Mitchell R. G., ed.** *Low birth weight: a medical, psychological and social study.* Chichester, John Wiley & Sons, 1984
- Kaliszer, M. & Kidd, M.** Some factors affecting attendance at antenatal clinics. *Social science and medicine*, **15D**: 421–424 (1981)
- Kaminski, M. & Blondel, B.** Les immigrés dans leur champ social et de santé. *Prévenir*, **7**: 33–43 (1983)
- Katona, C. L. E.** Approaches to antenatal education. *Social science and medicine*, **15**: 25 (1981)

- McIntosh, I. D. Smoking and pregnancy: I. Maternal and placental risks. *Public health review*, **12**: 1–28 (1984)
- McIntosh, I. D. Smoking and pregnancy: II. Offspring risks. *Public health review*, **12**: 29–63 (1984)
- McKinley, J. B. & McKinley, S. M. Some social characteristics of lower working class utilizers and underutilizers of maternity care services. *Journal of health and social behavior*, **13**: 369 (1972)
- Møller, J. et al. *Risiko-tænkning i fødselshjælpen. Kritik og alternativ skitse* [L'approche des risques dans les soins pendant l'accouchement. Critique et propositions]. Copenhagen, Den Almindelige Danske Jordemoderforening, 1984
- Neilson, J. P. et al. Screening for small for dates fetuses: a controlled trial. *British medical journal*, **289**: 1179–1184 (1984)
- Neldam, S. Fosterbevægelse [Mouvements du fœtus]. *Ugeskrift for læger*, **142**(10): 623 (1980)
- Oakley, A. *Becoming a mother*. Oxford, Martin Robertson, 1979
- Oakley, A. & Graham, H. Competing ideologies of reproduction: medical and maternal perspectives of pregnancy and birth. In: Roberts, E., ed. *Women, health and reproduction*. Londres, Routledge & Kegan Paul, 1981
- Oakley, A. *The captured womb. History of medical care of pregnant women*. Oxford, Blackwell, 1984
- O'Brien, M. & Smith, C. Women's views and experiences of antenatal care. *Practitioner*, **225**: 123–125 (1981)
- O'Brien, W. D., Jr. Ultrasonic bioeffects: a view of experimental studies. *Birth*, **11**(3) (1984)
- Oeter, K. et al. Werden die präventiven Möglichkeiten der Schwangerenvorsorge ausreichend genutzt? *Gynäkologe*, **12**: 164–174 (1979)
- Petitti, D. B. Effects of *in utero* ultrasound exposure in humans. *Birth*, **11**(3) (1984)
- Reid, M. E. & McIlwaine, G. M. Consumer opinion of a hospital antenatal clinic. *Social science and medicine*, **14A**: 363–368 (1980)
- Rumeau-Rouquette, C. et al. *Naître en France. 10 ans d'évolution*. Paris, INSERM, 1984
- Shear, C. L. et al. Provider continuity and quality of medical care. *Medical care*, **21**: 1204–1211 (1983)
- Shearer, M. H. Revelations: a summary and analysis of the NIH Consensus Development Conference on Ultrasound Imaging in Pregnancy. *Birth*, **11**: 1 (1984)
- The Sighthill Maternity Team. Community ante-natal care – the way forward. *Scottish medicine* (April 1982)
- Simpson, H. & Walker, G. When do pregnant women attend for antenatal care? *British medical journal*, **2**: 104–107 (1980)
- Slome, C. et al. Effectiveness of certified nurse – midwives. *American journal of obstetrics and gynecology*, **124**: 177 (1976)
- Stark, C. et al. Short- and long-term risks after exposure to diagnostic ultrasound in utero. *Obstetrics and gynecology*, **63**: 194–200 (1984)
- Stratmeyer, M. E. & Christman, C. Biological effects of ultrasound. *Women and health*, **7**: 65–81 (1982)

**Vinocur, B.** The ultrasound debate: safe or subtly harmful? *Diagnostic imaging*: 74–78 (Septembre 1984)  
**Zander, L., ed.** *Pregnancy in the 80s*. Londres, Tavistock Publications, 1981

## Accouchement

- Affonso, D., ed.** *Impact of caesarean childbirth*. Philadelphie, Davis, 1981
- Affonso, D. & Stichler, J.** Exploratory study of women's reactions to having a caesarean birth. *Birth and the family journal*, **5**: 88–94 (1978)
- Albrecht, H.** Kritische Analyse einer höheren Kaiserschnittfrequenz unter besonderer Berücksichtigung der kindlichen Morbidität. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatologie*, **179**: 206 (1975)
- Amirikia, H. et al.** Cesarean section: a 15-year review of changing incidence, indications, and risks. *American journal of obstetrics and gynecology*, **140**: 81–90 (1981)
- Banta, H. d. & Thacker, S. B.** Assessing the costs and benefits of electronic fetal monitoring. *Obstetrical and gynecological survey*, **34**: 627–642 (1979)
- Baruffi, G. et al.** A study of pregnancy outcomes in a maternity center and a tertiary care hospital. *American journal of public health*, **74**: 793–978 (1984)
- Baskett, T. F. & McMillen, R. M.** Cesarean section: trends and morbidity. *Canadian Medical Association journal*, **125**: 723–726 (1981)
- Bergsjö, P. et al.** Differences in the reported frequencies of some obstetrical interventions in Europe. *British journal of obstetrics and gynaecology*, **90**: 628 (1983)
- Black, N. & Macfarlane, A.** Methodological kit: monitoring perinatal mortality statistics in a health district. *Community medicine*, **4**: 25–33 (1982)
- Bottoms, S. F. et al.** The increase in the cesarean birth rate. *New England journal of medicine*, **304**: 559–563 (1980)
- Boyd, et al.** *One birth in nine. Caesarean section trends since 1978*. Londres, The Maternity Alliance, 1983
- Breart, G. & Darchy, P.** Evolution de la fréquence des césariennes en France (1972–1981). *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, **31**: 483–485 (1983)
- Brown, I. et al.** Standard national perinatal data: a suggested minimum data set. *Community medicine*, **3**: 298–306 (1981)
- Caldeyro-Barcia, R. et al.** Adverse perinatal effects of early amniotomy during labor. In: Gluck, L., et. *Modern perinatal medicine*. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1974
- Caldeyro-Barcia, R. et al.** Physiological and psychological bases for the modern and humanised management of normal labor. In: *Recent progress in perinatal medicine and prevention of congenital anomaly*, Ministry of Health and Welfare, Tokio, 21–22 October 1979. Tokio, Medical Information Services, 1980
- Cartwright, A.** *The dignity of labour (a study of childbearing and induction)*. Londres, Tavistock Publications, 1979

- Chalmers, I. et al.** Perinatal health services: an immodest proposal. *British medical journal*, **1**: 842-845 (1980)
- Chalmers, I. & Macfarlane, A.** Towards defensive obstetrics. *Lancet*, **I**: 53 (1979)
- Chalmers, I. & Richards, M.** Intervention and causal inference in obstetric practice. In: Chard, T. & Richards, M., ed. *Benefits and hazards of the new obstetrics*. Londres, Spastics International Medical Publications, 1977 (Clinics in Developmental Medicine, No. 64)
- Cheyrier, J. M. & Cheyrier-Auget, C.** Evolution des indications des césariennes à la Maternité Fernand Lamaze. *Revue française de gynécologie et obstétrique*, **77**: 551 (1982)
- Collea, J. V. et al.** The randomized management of term frank breech presentation: vaginal delivery vs. cesarean section. *American journal of obstetrics and gynecology*, **131**: 235 (1978)
- Conner, Shearer, E.** How do parents really feel after caesarean birth? *Birth*, **10**: 91-92 (1983)
- Crowley, P. & Hawkins, D. F.** Premature breech delivery - the caesarean section debate. *Journal of obstetrics and gynaecology*, **1**: 2 (1980)
- Damstra-Wijmenga, S. M. I.** Home confinement: the positive results in Holland. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, **34**: 425-430 (1984)
- Dulock, H. L. & Herron, M.** Women's response to fetal monitoring. *JOGN Nursing*, **5**: 68 (1976)
- Dunn, P. M.** Obstetric delivery today. For better or for worse? *Lancet*, **I**: 790-793 (1976)
- Farrell, S. J. et al.** Cesarean section: indications and postoperative morbidity. *Obstetrics and gynecology*, **56**: 696-700 (1980)
- Flynn, A. M. et al.** Ambulation in labour. *British medical journal*, **2**: 591-593 (1978)
- Frankenberg, H. W.** Die Wandlung der Kaiserschnitt-Indikationen. *Geburts-hilfe und Frauenheilkunde*, **35**: 265 (1975)
- Frigoletto, F. J. et al.** Maternal mortality rate associated with cesarean section: an appraisal. *American journal of obstetrics and gynecology*, **136**: 969 (1980)
- Galba Araujo, J.** The Ceara experience. Traditional birth attendants and spiritual healers as partners in primary health care. *Contact*, **79**: 1-10 (1984)
- Gaskin, J. M.** *Spiritual midwifery*. Summertown, TN, The Book Publishing Company, 1980
- Gibbs, C. E.** Planned vaginal delivery following cesarean section. *Clinical obstetrics and gynecology*, **23**: 507 (1980)
- Goodlin, R. C.** Low-risk obstetric care for low-risk mothers. *Lancet*, **I**: 1017-1019 (1980)
- Harrison, R. F. et al.** Is routine episiotomy necessary? *British medical journal*, **288**: 1971-1975 (1984)
- Haverkamp, A. D. et al.** The evaluation of fetal heart rate monitoring in high risk pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*, **125**: 310 (1976)

- Hemminki, E.** Obstetric practice in Finland, 1950–1980. Changes in technology and its relation to health. *Medical care*, **21**: 1131–1143 (1983)
- Henson, G. L. et al.** Antenatal fetal heart-rate variability in relation to fetal acid-base status at caesarean section. *British journal of obstetrics and gynaecology*, **90**: 516–521 (1983)
- Hibbard, L. T.** Changing trends in cesarean section. *American journal of obstetrics and gynecology*, **125**: 798 (1976)
- Hoogendoorn, D.** Cesarean section in the Netherlands: frequency, maternal and perinatal mortality. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, **77**: 119 (1975)
- Ingemarsson, I. et al.** Long-term follow-up of preterm infants in breech presentation delivered by caesarean section. *Lancet*, **II**: 172–175 (1978)
- Janowitz, B. et al.** Cesarean section in Brazil. *Social science and medicine*, **16**: 19–25 (1982)
- Johnell, H. E. et al.** Increasing caesarean section rate. *Acta obstetrica et gynecologica scandinavica*, **55**: 95 (1976)
- Jordan, B.** External cephalic version as an alternative to breech delivery and cesarean section. *Social science and medicine*, **18**: 637–651 (1984)
- Kelso, I. M. et al.** An assessment of continuous fetal heart rate of monitoring in labor. A randomized trial. *American journal of obstetrics and gynecology*, **131**: 526 (1978)
- Kitzinger, S. & Davis, J.** *The place of birth*. Oxford, Oxford University Press, 1978
- Kitzinger, S. & Simkin, P.** *Episiotomy and the second stage of labor*. Seattle, WA Pennypress, 1984
- Kitzinger, S. & Walters, R.** *Some women's experiences of episiotomy*. Londres, National Childbirth Trust, 1981
- Lipson, J. G. & Tilden, V. P.** Psychological integration of the caesarean birth experience. *American journal of orthopsychiatry*, **50**: 598–609 (1980)
- Mann, L. & Gallant, J.** Modern indications for cesarean section. *American journal of obstetrics and gynecology*, **135**: 437 (1979)
- Marieskind, H. I.** *An evaluation of caesarean section in the United States*. Washington, DC, Department of Health, Education and Welfare, 1979
- Marieskind, H. I.** Cesarean section. *Women and health*, **7**: 179–198 (1982)
- McDonough, M. et al.** Parents' responses to fetal monitoring. *American journal of maternal child nursing*, **6**: 32 (1981)
- Mehl, L. E. et al.** Evaluation of outcomes of non-nurse midwives: matched comparisons with physicians. *Women and health*, **5**: 17–29 (1980)
- Mehl, L. E. et al.** Outcomes of elective home births: a series of 1,146 cases. *Journal of reproductive medicine*, **19**: 281–290 (1977)
- Meizner, I. et al.** Cesarean section – a review of two annual periods separated by a ten-year interval. *European journal of obstetrics, gynaecology and reproductive biology*, **12**: 339 (1981)
- Minkoff, H. & Schwarz, R.** The rising cesarean section rate: can it safely be reversed? *Obstetrics and gynecology*, **56**: 135 (1980)
- Moldin, G. & Nielsen, T. F.** Cesarean section and maternal mortality in Sweden, 1973–1979. (Abstract No. 1372). In: *Dixième congrès mondial de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, 17–22 octobre 1982, San Francisco*. Paris, FIGO, 1982

- Mugford, M.** A comparison of reported differences in definitions of vital events and statistics. *World health statistics quarterly*, **36**: 202–212 (1983)
- Mutch, L. & Elbourne, D.** Standard national perinatal data: a suggested common core of tabulations. *Community medicine*, **5**: 251–259 (1983)
- Nielsen, T. F. & Hökegard, K.-H.** Postoperative cesarean section morbidity: a prospective study. *American journal of obstetrics and gynecology*, **146**: 911 (1983)
- Oakley, A.** *Women confined*. Oxford, Martin Robertson, 1980.
- Placed, P. J. et al.** Cesarean section delivery rates: USA 1981. *American journal of public health*, **73**: 861 (1983)
- Pluta, M. et al.** External version of fetus from breech presentation following abdominal cesarean section. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatalogie*, **183**: 121 (1981)
- Rabe, K.** *Psychosoziale Aspekte bei der perinatalen Versorgung*. Diss. Universitätsklinik Düsseldorf, 1982
- Richards, M. P. M.** A place of safety? In: Kitzinger, S. & Davis, J. A., ed. *The place of birth*. Oxford, Oxford University Press, 1978
- Richard, M. & Bernal, J.** Effects of obstetric medication on mother-infant interaction and infant development. In: Morris, N., ed. *Psychosomatic medicine in obstetrics and gynaecology*. 3rd International Congress, London, 1971. Bâle, Karger, 1971
- Richman, J. & Goldthorp, W. O.** Fatherhood: the social construction of pregnancy and birth. In: Kitzinger S. & Davis, J. A., ed. *The place of birth*. Oxford, Oxford University Press, 1978
- Rindfuss, R. R. et al.** Convenience and the occurrence of births. Induction of Labour in U.S. and Canada. *International journal of health services*, **9**: 439 (1979)
- Roberts, J. E. et al.** The effects of maternal position on uterine contractility and efficiency. *Birth*, **10**(4): 243–249 (1983)
- Romney, M. L. & Gordon, H.** Is your enema really necessary? *British medical journal*, **282**: 1269 (1981)
- Rosenblatt, D. et al.** The influence of maternal analgesia on neonatal behaviour: II. Epidural Bupivacaine. *British journal of obstetrics and gynaecology*, **88**: 407–414 (1981)
- Rumeau-Rouquette, C.** *Naitre en France en 1981*. Paris, INSERM, 1983.
- Ruzek, S. B.** How critically do we examine obstetrical technologies? *Möbius*, **3**(3): 90–96 (1983)
- Ruzek, S. B.** Reflections on reproductive technology. *Möbius*, **1**: 74–78 (1981)
- Should childbirth be a cutting experience? *Lancet*, **I**: 406 (1980)
- Sosa, R. et al.** The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *New England journal of medicine*, **303**: 597–600 (1980)
- Taffel, S. M. & Placek, P. J.** One-fifth of 1983 US births by cesarean section. Letters to the editor. *American journal of public health*, **75**(2): 190 (1985)
- Task force on caesarean childbirth*. Report of a Consensus Development Conference on Caesarean Childbirth, Bethesda, Maryland, September 1980. Washington, DC, Department of Health and Human Services, 1980

- Tew, M.** The case against hospital delivery: the statistical evidence. In: Kitzinger, S. & Davis, J. A., ed. *The place of birth*. Oxford, Oxford University Press, 1978
- Tew, M.** Their lives in whose hands? *Health and social service journal*, 1284-1285 (27 octobre 1983)
- Thacker, S. & Banta, D.** Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature 1860-1980. *Obstetrical and gynecological survey*, **38**: 322-338 (1983)
- Weitz, R. & Sullivan, D.** Licensed lay midwifery and the medical model of childbirth. *Sociology of health and illness*, **7**: 36-54 (1985)
- Wood, C. et al.** A controlled trial of fetal heart rate monitoring in a low-risk obstetric population. *American journal of obstetrics and gynecology*, **141**: 527-534 (1981)

### Soins postnatals

- Alberman, E. et al.** Arrangements for special and intensive care of the newborn. *British medical journal*, **2**: 1045-1047 (1977)
- Ashby, S. et al.** Is intensive care justified for infants weighing less than 801 gr at birth? *Journal of pediatrics*, **99**: 937-943 (1981)
- Auld, P. A. M.** Training and staffing in the neonatal intensive care unit. *Clinical perinatology*, **7**: 155-158 (1980)
- Boyle, M. H. et al.** Economic evaluation of neonatal intensive care of very-low-birth-weight infants. *New England journal of medicine*, **308**: 1330-1337 (1983)
- Brimblecombe, F. S. W. et al.** *Separation and special care baby units*. Londres, Spastics International Medical Publications, 1978 (Clinics in Developmental Medicine, No. 68)
- Budetti, P. et al.** *The costs and effectiveness of neonatal intensive care*. Washington, DC, Congressional Office of Technology Assessment, US Government Printing Office, 1981
- Campbell, D. M.** Why do physicians in neonatal care units differ in their admission thresholds? *Social science and medicine*, **18**(5): 365-374 (1984)
- Hagberg, B. et al.** The changing panorama of cerebral palsy in Sweden. *Acta paediatrica scandinavica*, **73**: 433-440 (1984)
- Jones, R. A. et al.** Infants of very low birthweight. A 15-year analysis. *Lancet*, **I**: 1332-1335 (1979)
- Kitchen, W. H. et al.** A longitudinal study of very low-birthweight infants. I: Study design and mortality rates. *Developmental medicine and child neurology*, **20**: 605-618 (1978)
- Klaus, M. & Kennell, J. H.** *Maternal-infant bonding*. St Louis, MO, C. V. Mosby Co., 1976
- Lynch, M. A. et al.** Child abuse; early warning in the maternity hospital. *Developmental medicine and child neurology*, **18**: 759 (1976)
- Macfarlane, A.** Perinatal mortality surveys. *British medical journal*, **289**: 1273-1474 (1984)

- Macfarlane, A. et al.** The relationship between mother and neonate. *In*: Kitzinger, S. & Davis, J. A., ed. *The place of birth*. Oxford, Oxford University Press, 1978
- O'Connor, S. et al.** Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. *Pediatrics*, **66**(2): 176-182 (1980)
- Paludetto, R. et al.** Reactions of sixty parents allowed unrestricted contact with infants in a neonatal intensive care unit. *Human development*, **5**: 1 (1981)
- Phibbs, C. S. et al.** Newborn risk factors and costs of neonatal intensive care. *Pediatrics*, **68**: 313-321 (1981)
- Silverman, W.** *Retrolental fibroplasia: a modern parable*. New York, Grune & Stratton, 1980
- Sinclair, J. C. et al.** Evaluation of neonatal-intensive-care programmes. *New England journal of medicine*, **305**: 489-494 (1981)
- Sinclair, J. C. et al.** Evaluating neonatal intensive care. *Lancet*, **II**: 1052 (1981)
- Yardley, J. et al.** Postperinatal mortality among infants discharged from special care units. *British medical journal*, **288**: 366-367 (1984)

# Questionnaire général du groupe d'études périnatales de l'OMS<sup>a</sup>

## 1. Informations sur les services de santé

### 1.1 Soins primaires, en particulier pendant la grossesse et la période néonatale

*Remarque* : La grande diversité de l'organisation des services de santé ne peut être appréhendée par un petit nombre de questions. Les questions posées ci-dessous ne permettent d'identifier que quelques catégories à l'intérieur de cette diversité.

Veillez donner une description détaillée des services de santé relatifs aux soins pendant la grossesse et la période néonatale dans votre pays, et assurez-vous que vous répondez au moins aux questions 1.1.1 à 1.1.4.

#### 1.1.1 Les soins préventifs pendant la grossesse et la période néonatale sont-ils assurés surtout :

- par des docteurs en médecine en clientèle privée ?
  - dans des centres de santé ?
  - autrement (c'est-à-dire consultations externes de maternité, etc.) ?
- .....
- .....

---

<sup>a</sup> Ce questionnaire général OMS a été envoyé à 31 des 33 Etats Membres de la Région européenne; 23 pays ont répondu : la République fédérale d'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, le Danemark, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, la Pologne, la République démocratique allemande, le Royaume-Uni (Angleterre et Pays de Galles, Ecosse), la Suède, la Suisse, la Tchécoslovaquie, la Turquie, l'Union des Républiques socialistes soviétiques et la Yougoslavie.

1.1.2 Les médecins assurant ces *soins préventifs* sont-ils rémunérés par :

- l'Etat ?
- des organismes d'assurance ?
- les patients ?

Veillez indiquer la principale source de revenu. ....  
.....

1.1.3 Quel pourcentage de femmes enceintes, ou de femmes ayant des nourrissons, sont soignées :

- dans des centres de santé ?
- par des médecins payés par l'Etat ?
- par des médecins privés ?
- dans des consultations externes de maternité ?
- autrement ? .....

1.1.4 Quel personnel assure, dans un *centre de santé*, les soins pendant la grossesse et les soins au nouveau-né :

- dans les zones urbaines ?
- dans les zones rurales ?

Veillez préciser, si possible .....

1.1.5 Existe-t-il un *système de visites à domicile* :

- pour les soins pendant la grossesse ?
- pour les soins postnatals ?

Dans l'affirmative, veuillez le décrire .....

1.1.6 Indiquez les qualifications et les tâches des visiteuses à domicile.

Qualification :

- sage-femme ?
- infirmière ?
- autre ? .....

Tâches dans les *soins prénatals* :

- visites uniquement aux femmes qui ne viennent pas aux consultations ?
- visites aux femmes ayant une grossesse à risque ?
- autres tâches ? .....

Tâches dans les *soins postnatals* ?

- visite après chaque accouchement ?
- visite aux patients à risque ?
  - i) tâches médicales ?
  - ii) tâches sociales ?
- autres tâches ? .....

1.1.7 Quelles sont les tâches des sages-femmes dans les soins pendant la grossesse et la période néonatale ?

- dans les centres de santé ?
- en dehors des centres de santé ?

Veuillez préciser .....

1.1.8 Types d'organisme. Prière de cocher la réponse qui convient.

Fonctions de l'organisme	Administration centrale	Non gouvernemental	Régional ou local
Soutien financier	.....	.....	.....
Publications de directives légales	.....	.....	.....
Publications de recommandations générales et mise en place d'activités sociales	.....	.....	.....
Education du personnel	.....	.....	.....
Planification des activités	.....	.....	.....
Supervision des activités	.....	.....	.....

## 1.2 Personnel de santé

1.2.1 Combien y a-t-il de médecins inscrits travaillant dans votre pays ? .....

1.2.2 Combien d'entre eux sont employés dans des hôpitaux ? .....

- à plein temps ? .....
- à temps partiel ? .....

1.2.3 Combien d'entre eux sont employés dans des établissements de santé publique ou comme médecins de la santé publique dans les soins préventifs ? .....

1.2.4 Combien d'entre eux exercent en pratique libérale ? .....

1.2.5 Comment la population de votre pays est-elle desservie ? par : *Habitants*

- les généralistes 1 pour .....
- les pédiatres 1 pour .....
- les obstétriciens 1 pour .....

- 1.2.6 Ces médecins (question 1.2.5) sont-ils répartis inégalement dans les zones urbaines et rurales ?  
 — Données disponibles ? .....
- 1.2.7 Combien y a-t-il de sages-femmes travaillant dans votre pays ? .....
- dans les services obstétricaux ? .....
- en soins préventifs (centres de santé)? .....
- en pratique libérale? .....
- 1.2.8 Combien y a-t-il d'infirmières de santé publique (y compris les visiteuses à domicile) travaillant dans votre pays ? .....
- infirmières de santé publique ? .....
- visiteuses à domicile ? .....

### 1.3 Hôpitaux

- 1.3.1 Indiquez le nombre d'hôpitaux :                      Nombre      Nombre de lits
- publics .....
- indépendants (à but lucratif, par exemple confessionnels) .....
- privés .....

- 1.3.2 Indiquez le nombre de services obstétricaux et de services de pédiatrie dans les catégories mentionnées à la question 1.3.1.

	Obstétrique		Pédiatrie	
	Nbre	Nbre de lits	Nbre	Nbre de lits
— Hôpitaux publics	.....	.....	.....	.....
— Hôpitaux indépendants	.....	.....	.....	.....
— Hôpitaux privés	.....	.....	.....	.....

### 1.4 Coûts des services médicaux

- 1.4.1 Indiquez le pourcentage du produit national brut allant aux services de santé de votre pays. ....

## 2. Dispositions légales

Les *dispositions légales*, dans les systèmes de santé, fournissent des *données solides*. Nous avons signalé ci-dessous un certain nombre d'aspects des soins de santé qui peuvent avoir une base légale dans votre pays. Si un de ces aspects n'est *pas régi par la loi*, veuillez l'indiquer. Si vos dispositions légales couvrent des aspects non mentionnés ci-dessous, veuillez ajouter ces derniers.

Veillez préciser l'origine et la date des dispositions concernées.

Si quelques aspects sont réglementés *seulement par des recommandations scientifiques*, veillez l'indiquer clairement et donner la référence. Des copies seraient appréciées.

Veillez résumer le contenu de chaque disposition légale. Ajoutez des pages supplémentaires si nécessaire.

## 2.1 Services de santé de la mère et de l'enfant

2.1.1 Existe-t-il une *législation quelconque concernant la période précédant la grossesse* (c'est-à-dire excluant certains porteurs avant le mariage)?

2.1.2 Législation concernant *la grossesse et la maternité*

Protection des femmes enceintes et des mères :

*Droits*

- congé de maternité normal ?
  - prénatal ?
  - postnatal ?
- congé de maladie ?
- travail de nuit ?
- paiement du temps passé aux consultations ?
- avantages financiers ?
- autres avantages sociaux ?
- dispositions particulières pour les mères célibataires ?
- autres ? .....

2.1.3 *Soins de santé primaires*

- nombre de consultations prénatales ?
  - grossesses normales ?
  - grossesses à risque ?
- examens réalisés au cours des soins prénatals ?
- méthodes de dépistage ?
  - groupe sanguin
  - toxoplasmose
  - rubéole
  - tétanos
  - échographie (dans l'affirmative, avec quelle fréquence ?)
  - amniocentèse
  - autres .....
- nombre de consultations postnatales pour la mère ?
- examens pratiqués ?

2.1.4 Législation sur l'approche des risques ?

Législation concernant les femmes qui ne fréquentent pas les consultations ?

Législation concernant l'évaluation des soins prénatals ?

### 2.1.5 Dispositions relatives à l'accouchement

- Existe-t-il des dispositions relatives au choix du lieu de l'accouchement ?
- Qui est responsable de l'accouchement ?

## 2.2 Soins préventifs néonataux

### 2.2.1 Dépistage pendant la période néonatale ?

- biochimique
- phénylcétonurie
- hypothyroïdie
- mucoviscidose
- autres .....

### 2.2.2 Usage de :

- collyres ?
- vitamine K ?
- autres .....

### 2.2.3 Identification du nouveau-né par :

- un bracelet ?
- l'empreinte du pied ?
- autres .....

### 2.2.4 Nombre de consultations du nourrisson pendant les six premières semaines :

- examens pratiqués ?
- qui pratique l'examen général ?

### 2.2.5 Législation concernant le défaut de présentation du nourrisson aux consultations ?

### 2.2.6 Législation sur l'approche des risques ?

### 2.2.7 Législation pour les prématurés ?

### 2.2.8 Législation pour les nourrissons malades ?

## 2.3 Hôpitaux

### 2.3.1 Législation concernant :

- les unités obstétricales ?
- les unités pédiatriques ?

C'est-à-dire dimension, personnel, équipement (par exemple équipement standard minimum d'une salle d'accouchement).

### 2.3.2 Législation sur le *transport* des mères et des nourrissons à risque.

### **3. Enregistrement des événements de l'état civil**

Nous vous demandons ci-dessous les définitions utilisées dans votre pays. Veuillez les citer *in extenso* si possible. Des pages supplémentaires pourront être ajoutées si nécessaire.

#### **3.1 Définitions utilisées dans votre pays**

Veuillez donner les définitions :

- de la mortinatalité
- de la naissance vivante
- de la mortalité néonatale
- de la mortalité périnatale
- des enfants de poids faible à la naissance
- de la prématurité
- de l'avortement

*Veuillez indiquer la source des définitions.*

#### **3.2 Enregistrement des événements de l'état civil**

- 3.2.1 Y a-t-il un certificat de naissance type ? Dans l'affirmative, veuillez en envoyer un exemplaire.
- 3.2.2 Y a-t-il un certificat type de décès et/ou un certificat type de décès d'enfant de moins d'un an ? Dans l'affirmative, veuillez en joindre un exemplaire.
- 3.2.3 Y a-t-il un certificat type de mortinatalité ? Dans l'affirmative, veuillez en joindre un exemplaire.
- 3.2.4 Quelles sont les dispositions et/ou les lois régissant l'enregistrement des événements de l'état civil ? Veuillez indiquer par un diagramme, si possible, les étapes de l'enregistrement d'un tel événement.
- 3.2.5 Les certificats de naissance sont-ils centralisés ? Dans l'affirmative, indiquez où.
- 3.2.6 Le dépouillement des certificats de naissance est-il centralisé ? Dans l'affirmative, indiquez par qui.
- 3.2.7 Etablit-on un lien entre les certificats de naissance et les certificats de décès des nouveau-nés ?

#### **3.3 Poids à la naissance**

- 3.3.1 Le poids à la naissance est-il mesuré ?
- Où ?
  - Quand ?
  - Par qui ?
  - Comment ?

3.3.2 Les enfants mort-nés sont-ils pesés et/ou mesurés ?

### **3.4 Système de collecte des données sur le poids à la naissance**

3.4.1 Le poids à la naissance est-il inscrit sur le certificat de naissance ?

3.4.2 Le poids à la naissance est-il inscrit dans le registre de la salle d'accouchement ?

3.4.3 Le poids à la naissance est-il noté par l'accoucheur en cas d'accouchement à domicile ?

3.4.4 Le poids à la naissance est-il noté dans un autre système d'enregistrement ?

3.4.5 L'enregistrement des poids à la naissance est-il centralisé ? Dans l'affirmative, indiquez par qui.

3.4.6 Le système de collecte des données a-t-il changé au cours des cinq dernières années ? Dans l'affirmative, indiquez pourquoi, quand et comment.

### **3.5 Analyse des données sur le poids à la naissance**

3.5.1 Quelles tabulations sont effectuées — par exemple, poids à la naissance et âge de la mère, etc. ?

3.5.2 Les données sont-elles analysées, c'est-à-dire y a-t-il des interprétations officielles des tabulations ? Dans l'affirmative, indiquez par qui et à quelle fréquence.

3.5.3 Comment est utilisée l'analyse des données ?

3.5.4 Comment cette information est-elle diffusée — par exemple, publications, réunions, rapports de surveillance ?

3.5.5 Existe-t-il une publication officielle des actes de l'état civil ? Dans l'affirmative, veuillez en joindre un exemplaire.

3.5.6 Y a-t-il au sein de l'administration un service responsable de la surveillance et de l'analyse des événements périnataux ?

### **3.6 Statistiques périnatales**

Indiquez celles des statistiques ci-dessous qui sont disponibles pour une région géographique définie. Veuillez alors préciser l'année et fournir les données les plus récentes. Indiquez la source et la région géographique.

1. Taux de mortalité périnatale
2. Mortinatalité (taux de mortalité fœtale tardive)
3. Taux de mortalité néonatale
  - taux de mortalité néonatale précoce
  - taux de mortalité néonatale tardive
4. Taux de mortalité postnéonatale
5. Taux de mortalité infantile
6. Mortalité maternelle
7. Taux de natalité. Nombre de naissances vivantes
8. Pourcentage de poids faibles à la naissance
9. Taux de mortalité en fonction du poids à la naissance
10. Distribution du poids à la naissance
11. Taux de mortalité périnatale par cause
12. Taux de mortalité périnatale corrigé :
  - des anomalies congénitales mortelles
  - des nouveau-nés pesant moins de 1000 grammes
13. Taux de prématurité
14. Taux de malformations congénitales

#### 4. Soins prénatals

##### 4.1 Lieu où ces soins sont dispensés

	Pourcentage de l'ensemble des femmes recevant des soins; s'il n'est pas connu, cochez les options
Hôpital général public .....	
Maternité publique .....	
Centres de santé locaux — en zone urbaine .....	
Centres de santé locaux — en zone rurale .....	
Centres annexes de village .....	
Maternités privées .....	
Hôpitaux généraux privés .....	
Cabinet privé d'obstétricien .....	
Cabinet de sage-femme .....	
Cabinet de généraliste .....	
Domicile de la mère .....	
Lieu de travail de la mère .....	

Indiquez si ces données sont des données nationales, régionales, locales, ou s'il s'agit d'estimations. Indiquez la source de l'information.

##### 4.2 Consultations

- 4.2.1 Y a-t-il un nombre minimal et/ou optimal recommandé de consultations prénatales par femme enceinte :
- pour les grossesses normales ?
  - pour les grossesses à haut risque ?

- 4.2.2 Quel est le nombre moyen de consultations prénatales effectives ?
- 4.2.3 Quelles sont, le cas échéant, les recommandations pour la personne qui doit examiner la femme enceinte et à quelle consultation ?

	Consultations	
	Grossesse normale	Grossesse à haut risque
Sage-femme	.....	.....
Généraliste	.....	.....
Obstétricien	.....	.....
Accoucheuse traditionnelle	.....	.....
Autres (précisez)	.....	.....

Indiquez la source de ces recommandations.

- 4.2.4 Y a-t-il des directives ou des instructions imprimées pour les procédures de soins prénatals à l'intention du personnel de santé ? (par exemple, examens au cours de chaque consultation, etc.). Dans l'affirmative, veuillez en envoyer un exemplaire ou donner des précisions, en indiquant la source.

#### 4.3 Coordination des soins

- 4.3.1 Des réunions d'équipes interdisciplinaires pour les soins prénatals dans les cas à haut risque sont-elles recommandées ? dans l'affirmative, indiquez par qui. Préciser la source.
- a) à l'échelon national ?
  - b) à l'échelon régional ?
  - c) à l'échelon local ?

#### 4.4 Préparation à l'accouchement

- 4.4.1 Y a-t-il une politique nationale de préparation à l'accouchement comprenant l'éducation et la psychoprophylaxie obstétricales des femmes enceintes ? Décrivez-la. Avez-vous des données ? Dans l'affirmative, veuillez en indiquer la source.
- 4.4.2 Par qui cette préparation est-elle habituellement organisée ?
- a) les centres de santé ?
  - b) les hôpitaux ?
  - c) le secteur privé (précisez, par exemple, établissement confessionnel, organisme privé, sage-femme, etc.) ?
  - d) d'autres (précisez) ?
- 4.4.3 Cette préparation est-elle gratuite ?
- 4.4.4 Avez-vous des données sur le pourcentage de participation ou d'autres données utiles (par exemple, participation en fonction de la classe sociale, etc.) ? Dans l'affirmative, veuillez indiquer la source.

4.4.5 Y a-t-il des tentatives d'éducation des femmes sur la grossesse par les médias (télévision, presse, etc.) ? Veuillez les décrire.

#### **4.5 Politique de prévention des risques**

4.5.1 Y a-t-il une stratégie des risques dans les soins prénatals ?

4.5.2 Y a-t-il un système national uniformisé de classement des risques ? Dans l'affirmative, donnez des détails.

4.5.3 Quelle est la première personne qui juge que la grossesse est ou n'est pas à risque ?

4.5.4 De quelle manière les soins dispensés à une femme enceinte à haut risque diffèrent-ils des soins dispensés en cas de grossesse normale, par exemple, consultations supplémentaires chez un spécialiste, inscription d'office à l'hôpital pour l'accouchement, etc. ?

4.5.5 Y a-t-il des centres spéciaux pour s'occuper des grossesses à haut risque ? Dans l'affirmative, quel est le mécanisme d'orientation des patientes vers ces centres ?

#### **4.6 Dossiers**

4.6.1 Existe-t-il un dossier prénatal uniforme pour tout le pays ? Dans l'affirmative, veuillez en joindre un exemplaire.

4.6.2 Qui conserve ce dossier et où ?

- la mère ?
- le centre de santé ou l'hôpital ?
- le médecin ?
- autres (précisez) ?

Le dossier de la mère est-il identique à celui qui est conservé par le personnel ou par l'établissement de santé ? S'il ne l'est pas, quelles informations contient-il ?

4.6.3 Ces dossiers sont-ils disponibles au moment de l'accouchement et ultérieurement ? Comment sont-ils transférés (par exemple, par la poste, par ordinateur, etc.) ?

#### **4.7 Non-fréquentation des consultations**

4.7.1 Existe-t-il une politique nationale envers les femmes qui ne reviennent pas aux consultations prénatales ? Veuillez la décrire.

4.7.2 Quel est le pourcentage approximatif des femmes enceintes qui ne reçoivent pas de soins prénatals ? Est-il connu par région du pays ? Dans l'affirmative, donnez des précisions et indiquez la source.

## **4.8 Evaluation**

- 4.8.1 Y a-t-il, sous une forme quelconque, une évaluation ou un contrôle de la qualité des soins prénatals ? Est-ce à l'échelon national, régional ou local, par exemple dans des études faites par différents organismes ? Dans l'affirmative, veuillez en donner une description détaillée et préciser qui peut avoir accès à cette information. Précisez la source des données.
- 4.8.2 Les dossiers prénatals sont-ils utilisés de quelque façon dans cette évaluation et/ou la collecte de données statistiques ?
- 4.8.3 A-t-on des renseignements sur la fiabilité de ces données recueillies sur les soins prénatals ?

## **5. Caractéristiques de l'accouchement**

Veuillez compléter le tableau 1 pour les points 5.1 à 5.6.

- 5.1 Indiquez le niveau de soins donnés suivant l'établissement.
- 5.2 Indiquez aussi le pourcentage d'établissements où ont lieu moins de 500 et plus de 5000 accouchements par an.
- 5.3 Indiquez le pourcentage du total des naissances ayant lieu dans chaque établissement.
- Les données sur le pourcentage des accouchements par établissement sont-elles des données nationales ? Si elles ne sont pas disponibles, veuillez fournir des données régionales ou locales, en indiquant leur source.
- 5.4 La mortalité périnatale est-elle connue pour chaque groupe d'établissements ? Si elle est connue en fonction de la taille de l'établissement, veuillez aussi l'indiquer.
- 5.5 Veuillez indiquer le pourcentage d'établissements qui ont a) un pédiatre, b) un anesthésiste en permanence.
- 5.6 Veuillez indiquer l'utilisation de la surveillance électronique foetale par cas de grossesse normale et par cas de grossesse à haut risque pour chaque établissement. Ces données sur la surveillance foetale sont-elles des données nationales ? Y a-t-il des enquêtes disponibles ? Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions et indiquer la source. S'il n'y a pas de données disponibles, veuillez donner une estimation.
- 5.7 Décrivez, s'il existe, le système de régionalisation des accouchements à risque dans des centres de soins secondaires ou tertiaires. Des données exactes sont-elles disponibles ? Dans l'affirmative, indiquez-en la source.

Tableau 1. Caractéristiques de l'accouchement

Lieu de l'accouchement	5.1 Types de soins donnés		5.2 Pourcentage d'établissements où les accouchements par an sont <sup>a</sup>		5.3 Pourcentage de toutes les naissances établisement	5.4 Mortalité périnatale par établissement	5.5 Pourcentage d'établissements où sont disponibles en permanence <sup>a</sup>		5.6 Recours à la surveillance électronique foetale par cas Normal A risque
	Accouchements simples sans complications (soins primaires)	Accouchements avec complications (soins secondaires)	< 500	> 5000			P	A	
Hôpital général public	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Maternité publique	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Centres de santé locaux urbains	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Centres de santé locaux ruraux	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Centres annexes de village	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Maternités privées	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Hôpitaux généraux privés	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Domicile	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Autres (précisez)	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

<sup>a</sup> P : pédiatre; A : anesthésiste

## 5.8 Conduite de l'accouchement

Indiquez la personne responsable de l'accouchement dans *a*) les accouchements normaux, *b*) les accouchements avec complications.

	Pourcentage d'accouchements	
	normaux	avec complications
Sage-femme .....	.....	.....
Obstétricien .....	.....	.....
Généraliste .....	.....	.....
Etudiant en médecine .....	.....	.....
Accoucheuse traditionnelle .....	.....	.....
Autres (précisez) .....	.....	.....
Pas d'assistance .....	.....	.....

Si vous n'avez pas de données nationales, donnez des chiffres représentatifs régionaux ou locaux et indiquez leur source.

## 5.9 Présence du père

	Travail	Accouchement normal	Accouchement nécessitant une intervention
Présence encouragée .....	.....	.....	.....
— seulement sur demande .....	.....	.....	.....
— seulement dans des circonstances particulières .....	.....	.....	.....
Présence interdite .....	.....	.....	.....

## 5.10 Type d'accouchement

	Pourcentage d'accouchements
Accouchement normal : début spontané .....	.....
Accouchement normal : début provoqué .....	.....
Accouchement nécessitant une intervention .....	.....
— forceps .....	.....
— ventouse .....	.....
— césarienne .....	.....

Ces données sont-elles nationales ou constituent-elles un échantillon représentatif des naissances dans une région donnée ? Indiquez les sources des données, la zone et, s'il y a lieu, la taille de l'échantillon.

## 5.11 Analgésie et anesthésie

	Pourcentage d'accouchements normaux	Pourcentage d'accouchements nécessitant une intervention
Anesthésie péridurale .....	.....	.....
Analgésie (par exemple, protoxyde d'azote) .....	.....	.....
Anesthésie générale .....	.....	.....

Ces données sont-elles des données nationales ou proviennent-elles d'une enquête ou bien d'une estimation ? Veuillez préciser, et indiquez les sources si possible.

## **5.12 Soins d'urgence pour les accouchements à domicile**

Pour les accouchements à domicile, existe-t-il un mécanisme spécial pour le traitement des complications au cours de l'accouchement ? Dans l'affirmative, veuillez les décrire.

5.12.1 Y a-t-il des données concernant le transfert des femmes de leur domicile à l'hôpital en cas de complications au cours du travail ? Dans l'affirmative, veuillez préciser et indiquer la source.

## **5.13 Le contact mère-enfant dans la salle de travail**

Est-il courant de proposer :

- de placer l'enfant sur le ventre de la mère immédiatement après la naissance ?
- de mettre l'enfant au sein ?
- de laisser la mère et l'enfant ensemble pendant quelque temps ?

Existe-t-il des enquêtes sur ce sujet ? Dans l'affirmative, citez-les et donnez des références.

## **5.14 Choix de l'utilisatrice**

Quelles possibilités de choix a la mère en ce qui concerne :

- le rasage périnéal ?
- la méthode de l'accouchement, par exemple par les voies naturelles ou par césarienne ?
- la position pendant l'accouchement ?
- l'anesthésie et l'analgésie ?
- les personnes présentes à l'accouchement ?
- la présence de médecins et/ou de sages-femmes particuliers ?
- voir et tenir dans ses bras un enfant mort-né ou un enfant mal formé ?
- la surveillance électronique ?
- l'épisiotomie ?

Existe-t-il des enquêtes d'utilisatrices sur ce sujet ? Dans l'affirmative, donnez brièvement des précisions et indiquez les références.

# **6. Le nouveau-né**

## **6.1 Réanimation**

6.1.1 Indiquez qui pratique habituellement la réanimation.

	Soins primaires (centres ou domicile)				Soins secondaires (maternités)				Soins tertiaires (maternités)			
	SF	O	P	A	SF	O	P	A	SF	O	P	A
	Mesure de l'indice d'Apgar	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Désobstruction des voies respiratoires	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Ventilation au masque	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Intubation VPPI	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Massage cardiaque	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Prescription de médicaments	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

(Abréviations : SF, sage-femme; O, obstétricien; P, pédiatre; A, anesthésiste)

**6.1.2 Mettez une croix en face de l'équipement de réanimation disponible dans la salle d'accouchement de chaque établissement.**

	Aspiration	Ventilation au masque	Intubation endo-trachéale	Médicaments	Oxygène
Hôpital général public	.....	.....	.....	.....	.....
Maternité publique	.....	.....	.....	.....	.....
Centres de santé locaux					
— urbains	.....	.....	.....	.....	.....
— ruraux	.....	.....	.....	.....	.....
Centres annexes de village	.....	.....	.....	.....	.....
Maternités privées	.....	.....	.....	.....	.....
Hôpitaux généraux privés	.....	.....	.....	.....	.....
Domicile	.....	.....	.....	.....	.....

**6.2 Procédures de routine**

**6.2.1 Utilise-t-on des gouttes oculaires ?**

— lesquelles ?

— à quel moment sont-elles instillées dans les yeux ?

6.2.2 Y a-t-il des dispositions officielles concernant la personne qui examine le nouveau-né :

- immédiatement après la naissance ?
- dans les 24 heures ?
- dans un délai déterminé ?

La pratique varie-t-elle suivant les maternités ? Dans l'affirmative, indiquez en quoi.

### 6.3 Maintien auprès de la mère

Décrivez les modalités de cette pratique. Quand elle existe, quelle forme prend-elle de préférence :

- 24 heures sur 24 ?
- le jour seulement ?
- durée au choix de la mère ?
- différences entre secteur public et secteur privé ?

Y a-t-il des recommandations pour cette pratique ? Dans l'affirmative, veuillez en indiquer les sources, et préciser si elles sont rédigées par les services officiels ou une société scientifique. Y a-t-il des enquêtes disponibles ? Dans l'affirmative, veuillez en indiquer les références.

### 6.4 La pouponnière

6.4.1 Y a-t-il une politique acceptée concernant l'accès de la mère à une pouponnière de nouveau-nés ? Y a-t-il des recommandations concernant le libre accès à tout moment : a) de la mère, b) du père à leur enfant dans les pouponnières ? Dans l'affirmative, précisez-le et indiquez la source.

6.4.2 Dans le cas contraire, quelle est à peu près la situation à cet égard ?

### 6.5 Dépistage

6.5.1 Quels sont les tests de dépistage faits systématiquement (par exemple, test de Guthrie, hypothyroïdie, mucoviscidose, galactosémie) ? Précisez.

6.5.2 Sur quel pourcentage du nombre total des naissances ces tests sont-ils effectués ?

6.5.3 Le nouveau-né est-il soumis à un autre examen clinique avant sa sortie ? Dans l'affirmative, par qui :

- obstétricien ?
- pédiatre ?
- généraliste ?
- autre (précisez) ?

## **6.6 Dossiers**

- 6.6.1 Y a-t-il un dossier médical pour les nourrissons distinct de celui de la mère ? Dans l'affirmative, contient-il une copie ou tous les détails pertinents du dossier de sa mère ?
- 6.6.2 La communication entre l'obstétricien et le pédiatre est-elle facilitée par le système des dossiers ou non ?
- 6.6.3 Y a-t-il des registres des nouveau-nés «à risque» ?
  - à l'échelon national ?
  - à l'échelon régional ?
  - à l'échelon local ?

Ce registre inclut-il les facteurs de risque sociaux ?
- 6.6.4 Veuillez décrire brièvement comment ce registre est utilisé pour le suivi du nourrisson.
- 6.6.5 Les renseignements hospitaliers sur l'enfant sont-ils communiqués aux dispensateurs de soins ultérieurs ? Dans l'affirmative, décrivez comment.

## **Soins postnatals**

### **7.1 Durée du séjour**

- 7.1.1 Quelle est la durée moyenne du séjour de la mère et de l'enfant à l'hôpital ?
- 7.1.2 Le séjour de la mère peut-il être prolongé si l'enfant présente des complications ?

### **7.2 Visites**

- 7.2.1 Les visites à la mère sont-elles libres ou seulement autorisées à certaines heures ?
- 7.2.2 Les autres enfants peuvent-ils rendre visite à la mère ?

### **7.3 Planification familiale**

- 7.3.1 La mère reçoit-elle des conseils de planification familiale au cours de la période postnatale ? Dans l'affirmative, quand ?

### **7.4 Accouchements à domicile**

- 7.4.1 Y a-t-il des services particuliers pour les accouchements à domicile et/ou les sorties précoces de l'hôpital, par exemple aide ménagère, visites de sages-femmes, etc. ?

7.4.2 Dans quelles circonstances y a-t-il continuité des soins (par exemple, même sage-femme) pour la grossesse, l'accouchement et la période postnatale ?

## **7.5 Visites de santé à domicile**

7.5.1 Quelle est la politique en ce qui concerne la visite d'une sage-femme ou d'une infirmière de santé publique pendant la période périnatale ? Veuillez la décrire, si cela n'a pas été fait en réponse à la question 7.4.1.

# **8. Soins intensifs néonataux**

## **8.1 Organisation des soins intensifs**

8.1.1 Y a-t-il dans votre pays une définition acceptée des soins intensifs néonataux ? Dans l'affirmative, donnez-la et indiquez la source.

8.1.2 Y a-t-il des critères émanant des services officiels ou de sociétés scientifiques pour la désignation des unités de soins intensifs néonataux ? Dans l'affirmative, citez-les et donnez la source.

8.1.3 Est-il nécessaire qu'un hôpital réponde à ces critères avant d'être reconnu apte à assurer des soins intensifs ?

8.1.4 Quel est le nombre effectif de lits de soins intensifs disponibles pour 1000 naissances (nombre total de lits/nombre annuel de naissances vivantes) ?

8.1.5 Que considère-t-on comme le nombre optimal de lits de soins intensifs par unité ?

8.1.6 Y a-t-il des recommandations pour la composition du personnel de ces unités, par exemple nombre de néonatalogistes, d'autres médecins, d'infirmières ?

8.1.7 Quel est le pourcentage approximatif d'infirmières et de médecins par nombre de lits ?

## **8.2 Matériel et équipement**

8.2.1 Y a-t-il des recommandations officielles en ce qui concerne le matériel et l'équipement d'une unité de soins intensifs (si elles ne sont pas couvertes par la question 8.1.1), par exemple le fonctionnement 24 heures sur 24 des services de biochimie, de radiographie, d'analyse des gaz du sang, de l'équipement de réanimation ?

8.2.2 Dans l'affirmative, y a-t-il des informations sur la manière dont ces critères sont respectés ?

- 8.2.3 Combien y a-t-il d'unités de soins intensifs néonataux dans votre pays ?
- 8.2.4 Y a-t-il des tentatives visant à systématiser les soins néonataux, à différencier les niveaux de soins, à répartir les unités, à régionaliser, etc. ? Donnez des précisions.
- 8.2.5 Chaque établissement d'accouchement a-t-il un système bien établi d'orientation vers un établissement tertiaire d'unités de soins intensifs néonataux ?

### **8.3 Formation**

- 8.3.1 Indiquez le nombre de néonatalogistes ou de pédiatres travaillant à plein temps en néonatalogie.
- 8.3.2 La néonatalogie est-elle une spécialisation particulière ?
- 8.3.3 Y a-t-il des cours spéciaux de formation pour le personnel des unités de soins intensifs néonataux ?

### **8.4 Lactariums**

- 8.4.1 Avez-vous un système de lactariums pour les unités de soins intensifs néonataux ?

### **8.5 Autopsies**

- 8.5.1 Pour quel pourcentage de décès périnataux pratique-t-on des autopsies ?
- 8.5.2 Quel pourcentage de ces autopsies sont pratiquées par un anatomo-pathologiste pédiatrique ?

### **8.6 Les visites**

- 8.6.1 Existe-t-il des politiques officielles ou des recommandations en ce qui concerne les visites et les possibilités de contact *a)* de la mère, *b)* du père avec le nouveau-né ?
- 8.6.2 Y a-t-il des informations ou des enquêtes sur la pratique effective ? Dans l'affirmative, donnez des détails.

### **8.7 Système de transport néonatal**

- 8.7.1 Un tel système existe-t-il ?
- 8.7.2 Dans l'affirmative, qui en est responsable ?
- 8.7.3 Fonctionne-t-il à l'échelon local, régional ou national ?
- 8.7.4 Y a-t-il des ambulances spécialement équipées ?

- 8.7.5 Utilise-t-on des hélicoptères ?
- 8.7.6 Y a-t-il un médecin ou une infirmière en service ?
- 8.7.7 Est-il possible pour la mère d'accompagner l'enfant ?
- 8.7.8 Y a-t-il des critères établis pour le motif du transport ?
- 8.7.9 Si un tel système n'existe pas, comment le nouveau-né est-il transporté ?

## **8.8 Evaluation des soins intensifs néonataux**

- 8.8.1 Quelles sont les statistiques disponibles sur ces services ?
- 8.8.2 Essaie-t-on de déterminer les coûts, par exemple le coût par lit et par jour, ou le coût par enfant ?
- 8.8.3 Y a-t-il un système de suivi des enfants qui ont été en unité de soins intensifs néonataux ? Dans l'affirmative, décrivez-le.
- 8.8.4 Procède-t-on à une analyse des causes des décès périnataux ? Des obstétriciens sont-ils présents ? Fournissez toutes les données possibles sur le système d'analyse. Donnez les références.
- 8.8.5 Décrivez les changements éventuellement survenus récemment dans votre pays dans les services périnataux et indiquez si ces changements ont été ou vont être évalués.

## **Questions complémentaires<sup>a</sup>**

1. Pour lesquelles des statistiques suivantes y a-t-il des informations disponibles sur les corrélations avec la situation socio-économique ou socio-démographique ? (Indiquez si possible l'année et les données les plus récentes).

- A. Taux de mortalité périnatale
- B. Mortinatalité (taux de mortalité fœtale tardive)
- C. Taux de mortalité néonatale
  - taux de mortalité néonatale précoce
  - taux de mortalité néonatale tardive
- D. Taux de mortalité infantile
- E. Taux de mortalité postnéonatale
- F. Taux de mortalité maternelle
- G. Taux de natalité. Nombre de naissances vivantes

---

<sup>a</sup> La question complémentaire 1 se rapporte uniquement à la question 3.7, et la question 2 à la question 4.2.2.

- H. Proportion de poids faibles à la naissance
  - I. Taux de mortalité en fonction du poids à la naissance
  - J. Distribution des poids à la naissance
2. A-t-on des données sur la fréquentation des consultations prénatales en fonction de la situation socio-économique ou socio-démographique ? Dans l'affirmative, veuillez fournir ces données.

## Questionnaire psychosocial du groupe d'études périnatales de l'OMS<sup>a</sup>

Nom de la maternité ..... Pays .....

Les questions suivantes concernent les procédés habituels utilisés pour les accouchements normaux, non instrumentaux et les nouveau-nés normaux.  
*Veuillez cocher la réponse qui convient.*

1. Qui est autorisé à être présent ?

	Pendant le travail	Pendant un accouchement spontané	Pendant les 30 minutes qui suivent la naissance
Personne	.....	.....	.....
Le père	.....	.....	.....
Autres personnes parentes	.....	.....	.....
Les enfants	.....	.....	.....
Autres (veuillez préciser)	.....	.....	.....

2. L'enfant est-il mis dans les bras de la mère dans la salle d'accouchement ?

Oui  Non

Autres dispositions (veuillez préciser) .....

3. Lorsque l'allaitement au sein a été prévu, l'enfant est-il mis au sein dans la salle d'accouchement ?

Oui  Non

Autres dispositions (veuillez préciser) .....

<sup>a</sup> Ce questionnaire a été rempli par des hôpitaux choisis dans dix pays : République fédérale d'Allemagne, Danemark, Finlande, France, Grèce, Italie, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni et Tchécoslovaquie.

4. Le séjour auprès de la mère est-il possible ?  
 Pas du tout  Pendant la journée  24 heures sur 24   
 Autres dispositions (veuillez préciser) .....
5. L'enfant est-il nourri
- |            |              |                |
|------------|--------------|----------------|
|            | A la demande | A heures fixes |
| Au sein    | .....        | .....          |
| Au biberon | .....        | .....          |
- Autres (veuillez préciser) .....

# Proposition pour la création d'unités nationales de surveillance périnatale dans la Région européenne de l'OMS

### **Problème**

Un taux de mortalité et de morbidité périnatales d'un niveau inacceptable dans les pays de la Région européenne.

### **Objectif**

Créer une unité de surveillance périnatale dans chacun des pays de la Région européenne, afin de définir les problèmes périnataux en termes de temps, de lieu et de caractéristiques des individus.

### **Généralités**

L'épidémiologie de la santé de la mère et de l'enfant est l'étude des facteurs qui influencent la santé de la mère et de l'enfant dans la collectivité. La partie essentielle de cette étude est la surveillance. La surveillance est un processus dynamique visant à recueillir, mettre en tableau, analyser et diffuser des données sur la survenue et la distribution d'événements touchant la santé de la mère et de l'enfant dans des populations définies. Son objectif est de définir les facteurs sociaux, médicaux et économiques liés aux problèmes de santé de la mère et de l'enfant, de formuler et de tester des hypothèses, d'élaborer des stratégies d'intervention et de les évaluer. Le système de surveillance représente la première étape d'un processus circulaire qui consiste à définir le problème de santé, à identifier les carences du système de soins de santé pour ce qui est de ses ressources et de ses réalisations, à concevoir et mettre en place une stratégie d'intervention, et à suivre et évaluer l'intervention de façon à permettre une redéfinition du problème de santé. Ce processus de gestion a pour but d'utiliser les ressources existantes d'une façon souple et rationnelle grâce à l'identification des individus et des collectivités qui ont une plus grande probabilité d'avoir le problème de santé. Le système mesure l'efficacité, le rendement économique et l'acceptabilité sociale des stratégies d'intervention en vue de fournir à tous des soins de santé primaires et secondaires.

Dans la proposition qui est faite ici, la surveillance périnatale est définie comme couvrant la période qui s'étend de la conception au 28ème jour de vie. Elle représente une partie de la surveillance globale de tous les événements de santé affectant la mère et l'enfant.

Les objectifs d'une unité de surveillance périnatale sont les suivants :

- établir des statistiques périnatales comparables entre les régions et les pays;
- mesurer l'incidence des malformations congénitales diagnostiquées pendant la période périnatale;
- analyser les tendances de la mortalité, de la morbidité et de la pratique pendant la période périnatale;
- pouvoir être consultée pour les études périnatales;
- donner des avis aux administrations nationales sur la législation concernant la santé périnatale, par exemple le tabagisme, l'usage des médicaments, etc.;
- effectuer des recherches épidémiologiques où et quand elles sont nécessaires;
- identifier les sous-groupes de population qui ont un risque accru d'avoir des problèmes au cours de la période périnatale.

### **Types de données recueillies**

Les données recueillies par le système de surveillance pour essayer de résoudre les problèmes de santé peuvent être groupées en quatre catégories : 1) description épidémiologique du problème de santé; 2) estimation et évaluation du système de soins de santé en termes de ses ressources et de son aptitude à mener à bien les tâches qui ont été définies; 3) informations nécessaires à l'organisation et à la conduite de la stratégie d'intervention; et 4) estimation de son acceptabilité sociale.

### **Description épidémiologique**

Pour une surveillance efficace des services de la période périnatale, de la naissance et de la période postnatale, il est nécessaire de rapporter les événements aux populations concernées. Sauf lorsqu'il s'agit uniquement des caractéristiques de la pratique clinique dans un hôpital donné ou un autre établissement, il importe de décrire les caractéristiques de la population vivant dans une zone géographique déterminée et non celles des seuls malades hospitalisés. Une description épidémiologique a deux objectifs :

1. Le premier est de décrire les caractéristiques de la population en termes de temps, de lieu et d'individus :

- en termes de temps, on étudiera les taux de mortalité périnatale (les tendances brutes et standardisées des naissances multiples, des anomalies congénitales et du poids faible à la naissance), les taux de morbidité périnatale et les données sur l'incidence des affections qui entraînent des complications de la grossesse;
- en termes de lieu, on pourra identifier les localités ou les sous-groupes de population ayant des besoins ou des caractéristiques particuliers;

- en termes d'individus, il s'agira des caractéristiques biologiques (par exemple, la taille de la mère, son âge, sa parité et l'incidence du poids faible à la naissance), culturelles et comportementales (par exemple, la consommation de tabac, les habitudes alimentaires, l'incidence des grossesses chez les adolescentes, les attitudes à l'égard de l'allaitement au sein et la date de la première consultation prénatale).

2. Le deuxième objectif est d'estimer l'adéquation du service fourni de façon que les niveaux des ressources puissent être reliés aux besoins de soins maternels et néonataux.

Pour atteindre ces objectifs, il faudrait recueillir les renseignements de base suivants pour toutes les femmes enceintes et l'issue de leur grossesse :

- données d'identification appropriées (nom, initiales, domicile habituel, numéro de référence du dossier, éventuellement nom de jeune fille, et date de naissance);
- renseignements de base sur la patiente : âge, taille, situation matrimoniale, profession (et celle du partenaire) et, le cas échéant, date du mariage;
- renseignements de base relatifs aux grossesses précédentes (nombre total, nombre d'avortements thérapeutiques, d'avortements spontanés, décès périnataux, nombre d'enfants vivants et césariennes);
- éventuellement renseignements sur d'autres variables : ethnie, religion, consommation de tabac et d'alcool, type d'habitation, fréquence des déménagements et autres facteurs «sociaux»;
- données relatives à la grossesse en cours (y compris la date des dernières règles et son degré de fiabilité, l'âge gestationnel au moment de la première consultation, l'inscription au lieu de l'accouchement, le type de soins prénataux, le groupe sanguin);
- renseignements sur toutes les admissions à l'hôpital au cours de la grossesse (y compris le diagnostic, la durée du séjour et, en particulier, détails sur les complications éventuelles et leur traitement);
- circonstances du travail, par exemple s'il a été déclenché et par quelle méthode, présentation de l'enfant, mode d'accouchement, durée du travail et lieu de l'accouchement.

Pour atteindre ces objectifs, les tâches fondamentales suivantes devraient être effectuées :

- recueil et études des données provenant des registres de l'état civil, des rapports cliniques et de laboratoire, des chercheurs et des établissements de santé;
- organisation des données en regroupements appropriés, en calculant des taux et des ratios, en préparant des tableaux, des graphiques et des diagrammes;

- analyse et interprétation des données pour définir les groupes à haut risque et les différences dans les taux de mortalité et de morbidité par rapport aux analyses faites précédemment à l'échelon du district et au niveau national;
- formulation d'hypothèses concernant les facteurs affectant la mortalité et la morbidité en utilisant les analyses et les interprétations ci-dessus;
- tester les hypothèses en identifiant, en recueillant et en analysant les données nécessaires, et en décidant pour chaque hypothèse si elle est vraie ou fausse;
- élaboration de recommandations pour la solution du problème de santé;
- préparation et distribution de comptes rendus à toutes les personnes et organismes ayant besoin de connaître les résultats.

#### *Estimation et évaluation du système de prestation de soins de santé*

Il sera important de vérifier les compétences, les connaissances, les attitudes et les ressources dont disposent les individus, les collectivités et les professionnels de santé pour résoudre les problèmes de santé. On peut retenir au moins cinq grands domaines :

- contrôle des pratiques périnatales des individus, des collectivités et des professionnels de santé dans le traitement de certaines affections (par exemple, hémorragies prénatales ou souffrance fœtale), ou dans l'utilisation de certaines procédures (par exemple, indications de césarienne, utilisation du dosage séquentiel d'œstrogènes pour l'évaluation de la fonction placentaire);
- évaluation des nouvelles méthodes et de leurs indications (par exemple, ultrasonographie et cardiocographie);
- identification des individus à haut risque et supervision de la façon dont ils sont traités; il est nécessaire de passer en revue la prise en charge des patientes dans différentes catégories de risques, en particulier pendant la période prénatale;
- examen clinique de l'issue de la grossesse, par exemple en facilitant les conférences sur les soins périnataux et activités similaires;
- fourniture des données de base ou de plans d'échantillonnage pour faciliter les recherches ou les protocoles d'essais randomisés contrôlés.

Il est important de faire une distinction entre la supervision de politiques existantes et l'évaluation de politiques et de procédures nouvelles et existantes. On ne peut atteindre ce dernier objectif par la collecte systématique de données. Il est cependant important de suivre de près certains aspects des pratiques existantes et de donner rapidement une rétro-information.

On peut citer par exemple les croyances de la communauté en matière de nutrition, les taux de césariennes et de déclenchement du travail. Il peut être utile de superviser ces activités une fois par mois, en les analysant sur la base d'une unité ou d'un consultant individuel, de façon que des changements imprévus (par exemple par de jeunes et nouveaux arrivants dans le personnel) soient rapidement décelés, bien qu'un authentique changement dans les besoins des patientes soit une cause plus fréquente. Il faut insister cependant sur le fait que, même dans un grand centre, les données portant sur un seul mois seraient tout à fait insuffisantes pour l'évaluation d'une politique clinique; il faudrait des données couvrant au moins une année, et probablement plus.

La conception et la mise au point d'une intervention dépendront des descriptions épidémiologiques ainsi que de l'estimation et de l'évaluation du système de soins.

#### *Informations pour l'organisation et la gestion*

L'acquisition de ressources supplémentaires est de plus en plus tributaire de l'aptitude à présenter un dossier solide, étayé par des données précises. Le type d'informations requises dépendra du problème de santé particulier. Il ne devrait pas être nécessaire de recueillir systématiquement toutes les informations de ce type.

*Ressources.* Des exemples de ce type de données comprennent la disponibilité des lits (par exemple nombre d'accouchements par lit de maternité équipé par année), les statistiques sur l'utilisation des lits (occupation, durée de séjour, rotation et débit), le nombre de médecins et de sages-femmes pour 100 000 habitants, l'adéquation du nombre de dispensaires prénatals et des services obstétricaux non hospitaliers, les installations d'échographie, etc. Certaines de ces informations (par exemple les statistiques sur les lits) sont en général systématiquement disponibles. Si elles ne le sont pas, les données sont habituellement recherchées spécifiquement si l'on pense qu'il est nécessaire de justifier l'amélioration de certains aspects du service. Il faudra parfois entreprendre une enquête spéciale, pour savoir par exemple pourquoi les sages-femmes quittent le service si souvent, ou pour étudier la fréquence des maladies ou des absences des infirmières ou du personnel administratif.

*Aspects organisationnels.* Ils sont trop nombreux eux aussi pour être énumérés, et ne donneront lieu à une enquête que si l'on soupçonne un problème. On peut prendre quelques exemples : calendrier des soins prénatals et organisation des dispensaires (partage des responsabilités, système de communication, efficacité), organisation des soins néonataux (par exemple, critères pour l'admission dans un service de soins spécialisés, proportion de nouveau-nés ainsi admis, dispositions pour que les mères puissent voir leurs enfants et s'en occuper) ou l'organisation de la salle de travail.

Bien que les informations soient ici de nature très diverse et ne puissent être analysées systématiquement, il est important que tous ces aspects fassent l'objet d'une forme ou une autre de surveillance régulière.

*Evaluation de l'acceptabilité sociale.* Le statut fonctionnel de la famille et le bien-être de la collectivité doivent tous deux être pris en considération. Dans certaines circonstances, des efforts héroïques pour sauver un nouveau-né peuvent être déplacés; par exemple, si l'enfant est anormal et que le ou les parents ne veulent pas le sauver. La poursuite à tout prix de ce seul objectif risque fort d'aboutir à des sacrifices inacceptables pour la mère et pour la collectivité. Cependant, la mesure du rôle que devrait jouer le malade ou la famille du malade dans les décisions concernant les soins pose de graves problèmes méthodologiques; il est important et urgent d'améliorer la communication pour que les patients et la collectivité aient au moins quelque idée des pratiques obstétricales et pédiatriques, et pour que ceux qui dispensent les soins comprennent bien les besoins de ceux qu'ils essaient d'aider. Ces besoins ne devraient pas être exprimés exclusivement, ni même principalement, en termes de morbidité et de mortalité, mais comporter des éléments tels que la satisfaction des patients, ce qui leur en coûte (en moyens financiers et en temps), les besoins de soutien social et des considérations affectives.

### **Interprétation de l'information**

Le public et les cliniciens ne sont pas formés à l'usage de l'information comme outil de gestion, et cet aspect important devrait recevoir beaucoup plus d'attention au cours de la formation post-universitaire (et même universitaire) des professionnels de santé. Il est peu probable, cependant, que l'interprétation et l'évaluation des données par des statisticiens ou des épidémiologistes désintéressés soient acceptées par les cliniciens. Ce qu'il faut, c'est quelqu'un ayant des connaissances en statistique et en épidémiologie et acceptant de travailler en étroite collaboration avec ceux qui sont responsables de la gestion et du bon fonctionnement du service périnatal. La méthode de présentation de l'information est aussi importante. Il faut que celle-ci puisse être interprétée sans outillage statistique trop complexe; qu'elle soit considérée comme utile et pertinente, eu égard aux problèmes courants; et qu'elle soit retransmise à celui qui l'a recueillie en temps voulu et sous une forme utilisable dans la pratique clinique quotidienne.

### **Personnel proposé**

Le personnel proposé, situé dans une unité définie, avec un budget déterminé, comprendrait :

- un directeur (obstétricien et/ou pédiatre avec des connaissances en épidémiologie ou *vice versa*);
- un fonctionnaire responsable de l'informatique;
- un statisticien;
- un administrateur;
- une secrétaire.

## Membres du groupe d'études périnatales de l'OMS, 1979-1984<sup>a</sup>

Per Bergsjø, obstétricien, Maternité de l'hôpital d'Haukeland, Bergen (Norvège)

Munnever Bertan<sup>b</sup>, pédiatre, école de médecine de l'Université d'Hacettepe, Ankara (Turquie)

Béatrice Blondel<sup>b</sup>, économiste, Unité de recherches épidémiologiques sur la mère et l'enfant, INSERM, Villejuif (France)

Iain Chalmers<sup>b</sup>, épidémiologiste, National Perinatal Epidemiology Unit, Radcliffe Infirmary, Oxford (Royaume-Uni)

Marie-Thérèse Chapalain<sup>b</sup>, économiste, Direction des hôpitaux, Ministère de la santé et de la sécurité sociale, Paris (France)

Norman Glass<sup>b</sup>, économiste, Treasury Chambers, Parliament Street, Londres (Royaume-Uni)

Eleanor Ierodiconou, pédiatre, 65 Thisseos, Halandri, Athènes (Grèce)

Miranda Mugford<sup>b</sup>, économiste, National Perinatal Epidemiology Unit, Radcliffe Infirmary, Oxford (Royaume-Uni)

Sally Macintyre<sup>b</sup>, sociologue, MRC Medical Sociology Unit, Aberdeen (Royaume-Uni)

Olga Maratos, psychologue, 9 Angelou Pyrri, Ampelokipi, Athènes (Grèce)

---

<sup>a</sup> L'Institut de la santé infantile d'Athènes a accueilli les réunions du groupe pendant trois ans, et la *National Perinatal Epidemiology Unit* d'Oxford (Royaume-Uni), pendant un an.

<sup>b</sup> Membre du groupe pendant une partie du temps seulement.

Brian McCarthy, épidémiologiste, Centers for Disease Control, Atlanta, Géorgie (Etats-Unis d'Amérique)

Sergio Nordio, pédiatre, Institut de pédiatrie, Université de Trieste (Italie)

Ann Oakley<sup>a</sup>, sociologue, 28 Woodville Gardens, Londres W5 (Royaume-Uni)

J.M.L. Phaff, administrateur de santé, Leeuwerikenlaan 1, 2215 NS Voorhout (Pays-Bas)

Eberhardt Schmidt, pédiatre, directeur de la clinique pédiatrique de l'Université II, Düsseldorf (République fédérale d'Allemagne)

Zdanek Stembera, obstétricien, Institut de recherche sur les soins à la mère et à l'enfant, Prague (Tchécoslovaquie)

Göran Sterky<sup>a</sup>, pédiatre, Institut Karolinska, département de pédiatrie, Hôpital des enfants de St Göran, Stockholm (Suède)

Leena Valvanne<sup>a</sup>, sage-femme, Parksvaengen 1G 25, 00200 Helsinki 20 (Finlande)

Jenny Vogelius, infirmière, Rugvej 31A, 2760 Maaløv (Danemark)

#### *Experts<sup>a</sup>*

Chrissa Bakula, clinique universitaire de l'Hôpital des enfants Aghia Sophia, Athènes (Grèce)

Elena Dimou, Institut de la santé infantile, Athènes (Grèce)

Spyros Doxiadis, président de la Fondation sur la recherche pour l'enfance, Athènes (Grèce)

Cynthia Fraser, MRC Medical Sociology Unit, Aberdeen (Royaume-Uni)

Jo Garcia, National Perinatal Epidemiology Unit, Radcliffe Infirmary, Oxford (Royaume-Uni)

Adrian Grant, Department of Epidemiology, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres (Royaume-Uni)

Iannis M. Ifantopoulos, Ministère de la santé et la protection sociale, Service de la planification sanitaire, Athènes (Grèce)

Alison Macfarlane, National Perinatal Epidemiology Unit, Radcliffe Infirmary, Oxford (Royaume-Uni)

V. Maouni, Institut de la santé infantile, Hôpital des enfants Aghia Sophia, Athènes (Grèce)

---

<sup>a</sup> Membre du groupe pour une partie du temps seulement.

Stefanos Pantelakis, directeur de l'Institut de la santé infantile, Athènes (Grèce)

Ditlev Pusch<sup>a</sup>, Université de Düsseldorf, République fédérale d'Allemagne

Laurie Stangos, Institut de la santé infantile, Athènes (Grèce)

Stella Tsitoura, chef de clinique, Hôpital des enfants Aghia Sophia, Athènes (Grèce)

Deanna Trakas, Institut de la santé infantile, Hôpital des enfants Aghia Sophia, Athènes (Grèce)

### *Organisation mondiale de la santé*

#### *Siège*

Jane Cole, responsable technique, santé maternelle et infantile

Richard Guidotti, responsable scientifique, santé maternelle et infantile

Eilif Liisberg, fonctionnaire médical, Division de la santé et de la famille

### *Bureau régional de l'Europe*

Susanne Houd<sup>b</sup>, sage-femme, consultante, santé maternelle et infantile

P. Owe Petersson<sup>b</sup>, directeur, Développement de services de santé complets

Marsden Wagner, Fonctionnaire régional pour la santé maternelle et infantile

---

<sup>a</sup> Ditlev Pusch a largement contribué à l'analyse et au traitement des données.

<sup>b</sup> Membre du groupe pour une partie du temps seulement.

