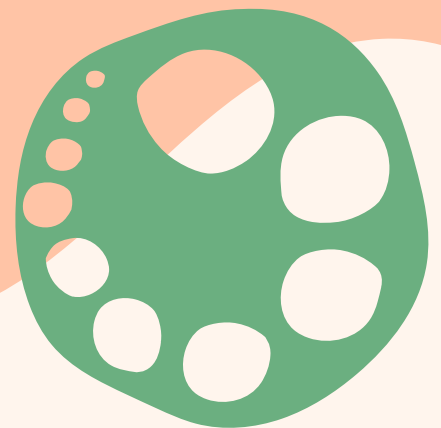
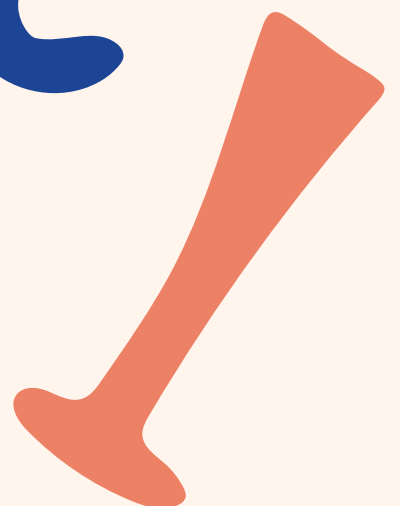


Document de base

Code de déontologie international pour les sages-femmes

2026



© 2026 Confédération internationale des sages-femmes

Certains droits sont réservés. Cette œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Partage dans les mêmes conditions 4.0 (CC BY-NC-SA 4.0) ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.fr>).

Selon les termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous.

Citation suggérée

Code de déontologie international pour les sages-femmes. La Haye : Confédération internationale des sages-femmes ; 2026. Licence : CC BY-NC-SA 4.0.

Traductions

L'ICM autorise la traduction de ce document dans des langues autres que l'anglais, le français et l'espagnol.

Les versions traduites doivent comporter la mention suivante : Cette traduction n'a pas été effectuée par la Confédération internationale des sages-femmes (ICM). L'ICM n'est pas responsable de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est intitulée : *International Code of Ethics for Midwives*. La Haye : Confédération internationale des sages-femmes ; 2026. Licence : CC BY-NC-SA 4.0 est l'édition contraignante et authentique.

Les versions traduites de ce document doivent être envoyées à communications@internationalmidwives.org pour diffusion sur le site de l'ICM.

Si vous souhaitez faire une traduction dans des langues autres que l'anglais, le français et l'espagnol, l'ICM peut vous fournir des modèles graphiques. Veuillez contacter communications@internationalmidwives.org pour plus d'informations.

Ventes, droits et licences

Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou si vous avez des questions concernant les droits et licences, veuillez contacter communications@internationalmidwives.org.

Cause générale de non-responsabilité

L'ICM a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas l'ICM ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation

Remerciements

Le Code de déontologie international pour les sages-femmes est le fruit du travail de nombreux experts et collaborateurs qui ont mis à disposition leur temps et leur expertise afin de garantir son exhaustivité et sa pertinence à l'échelle mondiale. L'ICM dispose d'un Code international de déontologie depuis 1993, et nous tenons à remercier le Dr Joyce Thompson, ses collègues et les nombreux contributeurs de l'époque, ainsi que tous ceux qui ont participé aux révisions successives depuis lors, qui ont permis à ce Code de rester d'actualité.

À l'occasion de cette mise à jour, l'ICM tient à remercier les coprésidentes du groupe de travail d'experts, le Dr Kate Buchanan et Stephanie Marriott, ainsi que tous les membres de ce groupe de travail : la professeure adjointe Sareh Dashti, la professeure associée Maria Ekelin, Tahlia Johnson, la Dre Michele Megregian, la Dre Elizabeth Newnham, Ardelia Bertha Prastika, Nakachew Sewnet Amare et Tita Stanek Zidarič pour leur expertise et leurs contributions.

Nos remerciements s'adressent également aux membres du siège de l'ICM : Anna af Ugglas, la professeure Jacqueline Dunkley-Bent, Daniela Drandic, Kate Stringer et Liselotte Kweekel pour leurs relectures. Nous remercions tout particulièrement la graphiste Inma Nuñez.

Inclusion dans une perspective de genre

Dans le cadre de son travail, l'ICM se concentre sur les expériences vécues par les femmes et les filles tout en sachant que les personnes de la diversité sexuelle et de genre, y compris les personnes transsexuelles et non binaires, ont également besoin d'avoir accès aux soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né et de l'adolescent dispensés par des sages-femmes.

Table des matières

Code de déontologie international pour les sages-femmes	1
Table des matières	4
Introduction	5
Élaboration du Code	5
Utilisation du Code	6
Structure du Code	7
Domaine 1 : Relations établies dans le cadre de la pratique sage-femme	8
Domaine 2 : Exercice de la pratique sage-femme	9
Domaine 3 : Connaissances de la pratique sage-femme	11
Domaine 4 : Leadership de la pratique sage-femme	13
Références	14

Introduction

Ce code définit les fondements éthiques qui guident la profession de sage-femme et les sages-femmes dans tous les domaines de pratique décrits dans le [Cadre professionnel de l'ICM](#). Il est conçu pour être utilisé parallèlement à la [Charte des droits fondamentaux des femmes et des sages-femmes de l'ICM](#).

Ce Code s'applique à toutes les sages-femmes dans le monde et fournit des conseils éthiques pertinents dans des contextes, des cultures et des systèmes de santé différents. Il est fondé sur la [Philosophie et modèle de soins de pratique sage-femme](#) et soutient les sages-femmes dans leur pratique autonome, indépendante et, conformément à la [Définition et champ de compétences de la sage-femme de l'ICM](#).

Ce Code guide les sages-femmes, les sages-femmes leaders et les associations de sages-femmes dans leur pratique, en les aidant à gérer les situations complexes, à défendre la justice en matière de procréation et à faire progresser la profession de sage-femme. Ce Code aide les sages-femmes à agir selon des méthodes fondées sur les droits, en veillant à ce que la pratique sage-femme tout au long du parcours de vie de la santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né et de l'adolescent (SSRMNA) contribue à la santé, à la dignité et à l'émancipation des femmes, des filles, des personnes de la diversité sexuelle et de genre, de leurs nouveau-nés et de leurs communautés.

Élaboration du Code

Ce Code a été mis à jour en 2025-2026 par un groupe de travail de l'ICM composé d'experts internationaux en éthique de la pratique sage-femme, de formateurs, de chercheurs et de sages-femmes particulièrement intéressées par l'éthique. À l'issue de plusieurs séries de consultations à l'échelle mondiale, les commentaires reçus ont été pris en compte et intégrés, et le Code définitif a été approuvé par le Conseil de l'ICM en juin 2026.

Utilisation du Code

Les sages-femmes peuvent utiliser ou adapter ce Code de déontologie au niveau national ou local et il sert de base éthique pour l'élaboration du Code de conduite. Des conseils supplémentaires sur l'élaboration et la mise en œuvre des Codes de déontologie et des Codes de conduite sont disponibles dans le document [Normes mondiales pour la réglementation de la pratique sage-femme de l'ICM – Recommandations complémentaires..](#)

Code de conduite : un document qui définit les normes et les règles spécifiques et applicables auxquelles le comportement professionnel doit se conformer. Tout comportement qui ne respecte pas un code de conduite est considéré comme un manque de professionnalisme et, dans les cas les plus graves, comme une faute professionnelle (1).

Code de déontologie : un document qui énonce les principes et les valeurs qui guident le comportement professionnel. Il constitue le fondement moral et professionnel sur lequel s'appuie le code de conduite (1).

Extrait du glossaire de l'ICM sur la réglementation de la pratique sage-femme

Structure du Code

Le Code est réparti en quatre domaines, les Relations établies dans le cadre de la pratique sage-femme étant intentionnellement placées en premier pour refléter l'importance fondamentale des relations, en particulier celles qu'entretiennent les femmes et les personnes de la diversité sexuelle et de genre avec leurs sages-femmes, dans l'élaboration des fondements éthiques de la profession :

1 Relations établies dans le cadre de la pratique sage-femme

Énoncés décrivant les relations des sages-femmes avec les autres, y compris les femmes et leurs nouveau-nés, ainsi que leurs collègues sages-femmes, les autres professionnels de la santé, les élèves et elles-mêmes.

2 Exercice de la pratique sage-femme

Énoncés décrivant les responsabilités des sages-femmes en matière de maintien des compétences et de protection des droits humains.

3 Connaissances de la pratique de sage-femme :

Énoncés décrivant comment les sages-femmes génèrent, maintiennent, contribuent et partagent les connaissances dans le domaine de la pratique sage-femme.

4 Leadership de la pratique sage-femme

Énoncés décrivant les responsabilités des sages-femmes à tous les niveaux de direction pour représenter et faire progresser la profession, et pour défendre les droits des femmes et des communautés marginalisées.

Domaine 1 :

Relations établies dans le cadre de la pratique sage-femme

- a. Les relations des sages-femmes avec les femmes, les filles, les personnes de la diversité sexuelle et de genre et les familles sont des partenariats respectueux et fondés sur la confiance. Ces relations privilégient les liens durables et la continuité, qui favorisent la sécurité, la dignité et l'autonomisation (1-19).
- b. Les sages-femmes dispensent des soins holistiques en offrant des soins réactifs, exempts de jugement, respectueux des traumatismes, compatissants et inclusifs qui s'alignent sur les valeurs et le contexte de chaque femme (1-3,9,14-18,20-22).
- c. Les sages-femmes soutiennent le pouvoir d'action, l'autonomie et le droit des femmes à disposer de leur propre corps et défendent leur droit à prendre des décisions éclairées. Cela implique notamment de cocréer des plans de soins dynamiques et individualisés et d'aider les femmes à assumer la responsabilité de leurs décisions (1,2,3,9,14,15,16,17,21-33).
- d. Les sages-femmes ont conscience de l'interdépendance entre les êtres humains, reconnaissent les différences de pouvoir inhérentes et cherchent à résoudre les conflits de manière à favoriser la sécurité des soins (1-4,6,9,13,14,16,21,23,25,30,32,34-36).
- e. Les sages-femmes entretiennent des relations de collaboration et de respect avec d'autres sages-femmes et avec les élèves sages-femmes, apportant à leurs collègues un soutien dans leur rôle professionnel et les aidant à gérer la souffrance morale (1,4-6,14,22,25,27,29,35-42).
- f. Les sages-femmes pratiquent une collaboration interprofessionnelle fondée sur le respect mutuel et soutiennent la consultation et l'orientation en temps utile, lorsque les soins requis dépassent le champ de compétences de la sage-femme (1,4,12,27,36).
- g. Les sages-femmes ont la responsabilité de préserver leur propre intégrité et leur bien-être, en s'engageant dans une démarche d'auto-réflexion et en examinant leurs propres capacités et limites, leurs valeurs et leurs préjugés afin de maintenir des soins sûrs, éthiques et compatissants (13,22, 25,28,41).

Domaine 2 :

Exercice de la pratique sage-femme

- a. Les sages-femmes sont responsables de leur pratique et il leur incombe de rester compétentes (1,6,11,18,23,24,37,38).
- b. Les sages-femmes doivent donner la priorité au droit des femmes à l'autodétermination en garantissant un accès rapide aux soins essentiels de SSRMNA, y compris à des services d'avortement complets. Lorsqu'un État autorise l'objection de conscience, celle-ci ne doit pas constituer un obstacle à l'accès des femmes à des soins d'avortement complets (11,19,23,30,33,40,43-45).
- c. Les sages-femmes intègrent une démarche d'autoréflexion dans leur travail, en reconnaissant leurs valeurs et leurs préjugés, et s'engagent à réduire l'impact de ceux-ci sur leur pratique (1,7,10,25,28,29,44).
- d. Les sages-femmes défendent les principes fondamentaux de la sécurité et de la dignité dans les soins de santé et de la justice en matière de procréation : (1,2,6,9,10,12,13,17,19,24,25,32,33,35,44-47).
 - i. Défendre les droits humains et veiller activement à ce qu'aucune personne recherchant des soins de SSRMNA ne subisse de préjudice par ces soins ou par le fait qu'elle ne peut y accéder (47)
 - ii. Plaider et agir pour l'élimination de toutes les pratiques néfastes (telles que les mutilations génitales féminines) qui mettent en danger la santé ou violent les droits humains (47).
 - iii. S'opposer activement et prendre des mesures pour protéger les individus contre les inégalités systémiques, y compris la discrimination institutionnelle, le racisme et toutes les formes de violence fondée sur le sexe, y compris les violences obstétricales (1,6-8, 11,13,37,41,46,47).

- e. Les sages-femmes plaident en faveur de politiques relatives au personnel qui protègent contre la souffrance morale, la violence au travail et les conditions de travail injustes ou dangereuses. Cela inclut d'assurer une protection contre les persécutions ou les actions punitives liées à la fourniture légale et éthique de services de santé (6,24,25,31,39,40,44).
- f. Les sages-femmes sauvegardent les informations des femmes et défendent leur droit à la vie privée, en protégeant activement les données personnelles et l'intégrité de ces données ; en plaidant pour une utilisation éthique des technologies de communication et de santé numérique existantes et émergentes, telles que l'intelligence artificielle (5,28,31).
- g. Les sages-femmes prennent en compte l'impact environnemental de leur pratique, en promouvant des modèles de soins assurés par des sages-femmes qui soutiennent la santé de la planète (37).

Domaine 3 :

Connaissances de la pratique sage-femme

- a. Les sages-femmes génèrent, font progresser, révisent et diffusent ouvertement leur propre corpus de connaissances par le biais de la recherche, de la pratique et de la formation, tout en valorisant et en intégrant des formes de savoir issues de l'expérience (1,5,18,21,34,35,47,48).
- b. Les sages-femmes soutiennent l'autodétermination et le pouvoir d'action des femmes en partageant ces connaissances et en fournissant des informations honnêtes, impartiales et fondées sur des données probantes qui permettent une prise de décision et un consentement éclairés (1,2,3,11,18, 19,21,22,26,30,34,38,42,49).
- c. Les sages-femmes contribuent à la santé et au bien-être des communautés par le biais de l'éducation et de la recherche participative, en soutenant le plaidoyer communautaire qui reflète les besoins et les contextes locaux (1,17,18,47).
- d. Les sages-femmes examinent de manière critique l'éthique et les impacts de la recherche, en reconnaissant les préjudices historiques et actuels subis par les femmes, en particulier celles issues de communautés marginalisées, et s'engagent à adopter des pratiques de savoirs attentives au traumatismes, féministes, antiracistes et inclusives (3,16,30,44,49).
- e. Les sages-femmes s'engagent à suivre un apprentissage tout au long de la vie et un développement professionnel, en utilisant la pratique réflexive pour intégrer de nouvelles connaissances et compétences, renforçant ainsi leur capacité à fournir des soins éthiques, sûrs et de qualité (1,13,18,25,48).
- f. Le partage des connaissances, le mentorat et l'incarnation des comportements des sages-femmes contribuent à la formation des élèves sages-femmes et au développement professionnel continu des sages-femmes au niveau local, y compris par le biais de réseaux d'apprentissage nationaux et mondiaux plus larges (5,18,29,34-36,38,48,50).

- g. Les sages-femmes reconnaissent, respectent et tirent des enseignements des connaissances, des cultures et des pratiques traditionnelles sûres des communautés autochtones et marginalisées, tout en reconnaissant l'impact des structures coloniales et patriarcales. Les sages-femmes s'engagent à fournir des soins appropriés sur le plan culturel, respectueux et collaboratifs qui soutiennent l'autodétermination et renforcent la santé communautaire (20).

Domaine 4 :

Leadership de la pratique sage-femme

- a. Les sages-femmes soutiennent activement une philosophie professionnelle, des valeurs et des principes éthiques communs dans tous les domaines du leadership, y compris la pratique, l'enseignement et la recherche, et dans toutes les interactions avec les parties prenantes (1,2,3,7,8,11,13,23,39,49,50).
- b. Les sages-femmes font preuve de leadership en défendant des normes éthiques dans le domaine des soins cliniques, de la formation, de la réglementation, de la recherche et de la culture du lieu de travail, afin de garantir la redevabilité et l'intégrité dans l'ensemble de la profession (1,5,16,29,31,50).
- c. Les sages-femmes s'engagent à identifier et à démanteler les systèmes et les pratiques préjudiciables et contraires à l'éthique, et à promouvoir l'équité et la justice dans tous les aspects des soins (1,2,16,19,21,25,30,32,44,46).
- d. Les sages-femmes leaders défendent la profession et les conditions qui permettent aux sages-femmes de travailler de manière autonome dans l'ensemble de leur champ de compétences, en favorisant un accès équitable à la continuité des modèles de soins assurés par les sages-femmes (1,3,12,13,16,18,23).
- e. Les sages-femmes et les associations de sages-femmes plaident pour une représentation digne de ce nom dans tous les domaines de l'élaboration des politiques de SSRMNA, en menant des initiatives locales, régionales et mondiales qui reconnaissent les sages-femmes comme des contributrices essentielles à la réalisation des agendas mondiaux de développement durable (13).
- f. Les sages-femmes défendent la justice climatique et promeuvent la durabilité environnementale et la santé planétaire, en reconnaissant l'importance des soins prodigués par les sages-femmes aux femmes et aux communautés dans les zones rurales, isolées ou touchées par une crise (51).
- g. Les sages-femmes sont conscientes des implications du parrainage et des intérêts commerciaux dans la pratique et la recherche et veillent à ce que la santé des femmes et des nouveau-nés soit toujours prioritaire (52).

Références

1. Buchanan, K., Bayes, S., Newnham, E., Kirkham, M., & Nieuwenhuijze, M. (2025). Global perspectives of midwifery ethics: Crucial features for practice via an international Delphi study. *Midwifery*, 149, 104582. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104582>
2. Buchanan, K., Bygraves, D., Ritchie, E., Toneycliffe, K., Bayes, S., & Seedhouse, D. (2025). Woman-centred ethical grid for midwifery education: A content analysis. *Nurse Education Today*, 153, 106825.
3. Buchanan, K., Newnham, E., Ireson, D., Davison, C., & Bayes, S. (2022b). Does midwifery-led care demonstrate care ethics: A template analysis. *Nursing Ethics*, 29(1), 245-257. <https://doi.org/10.1177/09697330211008638>
4. Hazal, T., & Çalım, S. İ. (2022). Ethical dilemmas experienced by midwives working in the delivery room. *Nursing Ethics*, 29(5), 1231-1243. <https://doi.org/10.1177/09697330221081952>
5. Honkavuo, L. (2022). Midwifery students' experiences of support for ethical competence. *Nursing Ethics*, 29(1), 145-156. <https://doi.org/10.1177/0969733021999773>
6. Kiani, Z., Simbar, M., Ebadi, A., & Nazarpour, S. (2025). Design and psychometric properties of a tool to assess Adherence to the Code of Ethics in Midwifery. *BMC Medical Ethics*, 26(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12910-025-01246-w>
7. MacLellan, J. (2014). Claiming an Ethic of Care for midwifery. *Nursing Ethics*, 21(7), 803-811. <https://doi.org/10.1177/0969733014534878>
8. Marsh, W., Robinson, A., Shawe, J., & Gallagher, A. (2020). Removal of babies at birth and the moral distress of midwives. *Nursing Ethics*, 27(4), 1103-1114. <https://doi.org/10.1177/0969733019874503>
9. Martín-Badia, J., Obregón-Gutiérrez, N., & Goberna-Tricas, J. (2021). Obstetric Violence as an Infringement on Basic Bioethical Principles. *Reflections Inspired by Focus Groups with Midwives*. 18(23).
10. Newnham, E., & Kirkham, M. (2019). Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanization of birth. *Nursing Ethics*, 26(7-8), 2147-2157. <https://doi.org/10.1177/0969733018819119>

11. Oelhafen, S., Monteverde, S., & Cignacco, E. (2019). Exploring moral problems and moral competences in midwifery: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 26(5), 1373-1386. <https://doi.org/10.1177/0969733018761174>
12. Ramsayer, B., & Fleming, V. (2020). Conscience and conscientious objection: The midwife's role in abortion services. *Nursing Ethics*, 969733020928416. <https://doi.org/10.1177/0969733020928416>
13. Rost, M., Montagnoli, C., & Eichinger, J. (2024). Causes of moral distress among midwives: A scoping review. *Nursing Ethics*, 32(5), 1382-1405. <https://doi.org/10.1177/09697330241281498>
14. Thompson, F. E. (2002). Moving from Codes of Ethics to Ethical Relationships for Midwifery Practice. *Nursing Ethics*, 9(5), 522-536. <https://doi.org/10.1191/0969733002ne542oa>
15. Thompson, F. E. (2003). The Practice Setting: site of ethical conflict for some mothers and midwives. *Nursing Ethics*, 10(6), 588-601. <https://doi.org/10.1191/0969733003ne649oa>
16. Tömmel, T. N. (2024). From a phenomenology of birth towards an ethics of obstetric care. *Clinical Ethics*, 19(2), 189-203. <https://doi.org/10.1177/14777509241233155>
17. van der Waal, R., van Nistelrooij, I., & Leget, C. (2025). The Undercommons of Childbirth and Their Abolitionist Ethic of Care. A Study into Obstetric Violence Among Mothers, Midwives (in Training), and Doulas. *Violence Against Women*, 31(1), 155-181. <https://doi.org/10.1177/10778012231205591>
18. Vincifori, E., & Min, M. M. (2014). Ethical Code and Professional Identity: A Survey on Italian Midwives. *International Journal of Childbirth*, 4(1), 55-64. <https://doi.org/10.1891/2156-5287.4.1.55>
19. Zolala, S., Almasi-Hashiani, A., & Akrami, F. (2019). Severity and frequency of moral distress among midwives working in birth centers. *Nursing Ethics*, 26(7-8), 2364-2372. <https://doi.org/10.1177/0969733018796680>
20. Berkiten Ergin, A., Özcan, M., Ersoy, N., & Acar, Z. (2013). Definition of the Ethical Values and Ethics Codes for Turkish Midwifery: A Focused Group Study in Kocaeli. *Nursing and Midwifery Studies*, 2(3), 21-27.
21. Buchanan, K., Geraghty, S., Whitehead, L., & Newnham, E. (2023). Woman-centred ethics: Feminist participatory action research. *Midwifery*, 117, 103577. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103577>

22. Megregian, M., Low, L. K., Emeis, C., de Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. (2020). "I'm sure we talked about it": Midwives experiences of ethics education and ethical dilemmas, a qualitative study. *Women and Birth*, 33(6), e519-e526. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.12.005>
23. Carvajal, B., White, H., Brooks, J., Thomson, A. M., & Cooke, A. (2024). Navigating a maze: Midwives' identity response to the enactment of an abortion law in Chile. *Midwifery*, 131, 103938. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103938>
24. Getu, T., Tega, A., Aragaw, G. M., Menesho, M. D., Demelash, R., Wale, H., & Addis, Z. (2025). Ethical dilemmas experienced by midwives in their professional practice in Northwestern Ethiopia: a phenomenological interview study. *BMC Medical Ethics*, 26(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12910-025-01266-6>
25. Khatoon, S., Chananeh, M., Kamali, F., & Bagherzadeh, R. (2025). Effect of moral case deliberation on midwives' knowledge and practice regarding respectful maternity care. *Nursing Ethics*, 32(1), 222-235. <https://doi.org/10.1177/09697330241248736>
26. Megregian, M. (2016). Ethics Education in Midwifery Education Programs in the United States. *Journal of midwifery & women's health*, 61(5), 586-592. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12462>
27. Megregian, M., Low, L. K., Emeis, C., de Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. (2021b). Midwifery students' expectations of and experiences with ethics education: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 105, 105035. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105035>
28. Mizuno, M. (2011). Confusion and ethical issues surrounding the role of Japanese midwives in childbirth and abortion: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 13(4), 502-506. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00647.x>
29. Simbar, M., Kiani, Z., Nazarpour, S., & Babaei, F. (2023). Development and validation of the code of ethics for midwives in Iran. *BMC Medical Ethics*, 24(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s12910-023-00963-4>
30. Thachuk, A. (2007). Midwifery, Informed Choice, and Reproductive Autonomy: A Relational Approach. *Feminism & Psychology*, 17(1), 39-56. <https://doi.org/10.1177/0959353507072911>
31. Thompson, A. (2004). Bridging the gap: teaching ethics in midwifery practice. *Journal of midwifery & women's health*, 49(3), 188-193.
32. van der Waal, R., & van Nistelrooij, I. (2022). Reimagining relationality for reproductive care: Understanding obstetric violence as "separation". *Nursing Ethics*, 29(5), 1186-1197. <https://doi.org/10.1177/09697330211051000>

33. Yanow, S. (2021). The Critical Role of Midwives in Safe Self-Managed Abortion. *Journal of midwifery & women's health*, 66(6), 795-800. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13289>
34. Hallgren, A., Kihlgren, M., & Olsson, P. (2005). Ways of Relating During Childbirth: An ethical responsibility and challenge for midwives. *Nursing Ethics*, 12(6), 606-621. <https://doi.org/10.1191/0969733005ne831oa>
35. Haseli, A., Khosravi, S., Hajimirzaie, S. S., Rozhin, F., & Rasoal, D. (2024). Midwifery students' experiences: Violations of dignity during childbirth. *Nursing Ethics*, 31(2-3), 296-310. <https://doi.org/10.1177/09697330231197703>
36. Khajepour, M., Keramat, A., Balouchi Mahani, M., & Shahinfar, S. (2024). Ethical Climate in the Delivery Wards of Educational Hospitals in Southeast Iran. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 25(1), 29-35. <https://doi.org/10.1177/15271544231214527>
37. Ergin, A., Özcan, M., Acar, Z., Ersoy, N., & Karahan, N. (2013). Determination of national midwifery ethical values and ethical codes: In Turkey. *Nursing Ethics*, 20(7), 808-818. <https://doi.org/10.1177/0969733012474289>
38. Firoozehchian, F., Zareiyan, A., Geranmayeh, M., & Behboodi Moghadam, Z. (2022). Domains of competence in midwifery students: a basis for developing a competence assessment tool for iranian undergraduate midwifery students. *BMC Medical Education*, 22(1), 704. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1186/s12909-022-03759-z>
39. Foster, W., McKellar, L., Fleet, J.-A., & Sweet, L. (2022a). Exploring moral distress in Australian midwifery practice. *Women and Birth*, 35(4), 349-359. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.09.006>
40. Oelhafen, S., & Cignacco, E. (2020). Moral distress and moral competences in midwifery: A latent variable approach. *Journal of Health Psychology*, 25(13-14), 2340-2351. <https://doi.org/10.1177/1359105318794842>
41. Schorn, M. N. (2007). Midwives' Practices and Beliefs About Discharging Clients from Their Practice. *Journal of midwifery & women's health*, 52(5), 465. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2007.03.012>
42. Tuming, N. e. E., & Zolkefli, Y. (2024). Learning Ethics as Viewed by Bruneian Midwifery Students: A Thematic Analysis. *INTERNATIONAL JOURNAL OF CARE SCHOLARS*, 7(1), 45-53. <https://doi.org/10.31436/ijcs.v7i1.329>
43. Lignes directrices de l'OMS sur les soins liés à l'avortement. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/90aa880d-4ead-4cae-aa48-7878bb5a861e/content>
44. Fontein-Kuipers, Y., den Hartog-van Veen, H., Klop, L., & Zondag, L. (2018). Conflicting Values experienced by Dutch Midwives-Dilemmas of Loyalty, Responsibility and Selfhood.

45. Meddings, F., & Haith-Cooper, M. (2008). Culture and Communication in Ethically Appropriate Care. *Nursing Ethics*, 15(1), 52-61. <https://doi.org/10.1177/0969733007083934>
46. Foster, W., McKellar, L., Fleet, J., & Sweet, L. (2022b). Moral distress in midwifery practice: A concept analysis. *Nursing Ethics*, 29(2), 364-383. <https://doi.org/10.1177/09697330211023983>
47. Pezaro, S., Pendleton, J., van der Waal, R., LaChance Adams, S., Santos, M. J. D. S., Bainbridge, A., Isha, K., Maeder, Z., Gilmore, J., Webster, J., Lai-Boyd, B., Brennan, A. M., & Newnham, E. (2025). Gender-inclusive language in midwifery and perinatal services: A guide and argument for justice. *Birth*, 52(3), 435-447. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/birt.12844>
48. Oelhafen, S., Hölzli, U., Häsänen, M., Kärema, A., Kasemets, M.-T., Bartels, I., Leberecht, A. M., Kauppila, M., Järvillehto-Impivaara, I., & Berglund, M. (2017). Increasing midwives' ethical competence: a European educational and practice development project. *International Journal of Ethics Education*, 2(2), 147-160. <https://doi.org/10.1007/s40889-017-0033-3>
49. Buchanan, K., Newnham, E., Ireson, D., & Davison, C. (2022a). Care ethics framework for midwifery practice: A scoping review. *Nursing Ethics*, 29(5), 1107-1133. <https://doi.org/10.1177/09697330221073996>
50. Megregian, M., Low, L. K., Emeis, C., de Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. (2021a). Essential components of midwifery ethics education: results of a Delphi study. *Midwifery*, 96, 102946. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102946>
51. Streater, M., and Walton, A. (2025) The role of midwives in advancing planetary health: A contemporary issue in education and practice. *Nurse Education Today*, 155, 106880. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106880>.
52. Baker, P., Smith, J., Garde, A., & Grummer-Strawn et al. (2023). The political economy of infant and young child feeding: confronting corporate power, overcoming structural barriers, and accelerating progress. *The Lancet*, Volume 401, Issue 10375, 503 – 52. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01933-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01933-X/fulltext)

Adopté lors de la réunion du Conseil de Vancouver, 1993

Révisé et adopté lors de la réunion du Conseil international de Glasgow, 2008

Révisé et adopté à la réunion du Conseil de Prague, 2014

Révisé et adopté à la réunion du Conseil de Lisbonne, 2026

Prochaine révision prévue en 2031