

Énoncé de position

Interventions non justifiées et risques de préjudices pour les femmes et les nouveau-nés

RÉVISÉ EN 2026

Contexte

Les interventions médicales et chirurgicales pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale (ci-après la période périnatale) sont des éléments essentiels de soins de qualité lorsqu'elles sont réalisées de manière appropriée, qu'il existe des indications cliniques bien établies et des preuves solides de leur efficacité (1). Lorsque ces interventions sont accessibles au bon moment, elles peuvent sauver des vies et améliorer les résultats pour les femmes et les nouveau-nés (2). Malgré les progrès réalisés à l'échelle mondiale en matière de survie maternelle et néonatale (3), l'accès en temps voulu à des soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né et de l'adolescent (SSRMNA) de qualité n'est pas garanti dans tous les pays du monde ; cette lacune persistante est fréquemment décrite comme « trop peu, trop tard » (4).

Dans le même temps, des interventions sont souvent utilisées sans justification clinique, en contradiction avec les recommandations fondées sur des données

probantes, une tendance décrite comme « trop, trop tôt » (4). Il s'agit notamment des échographies sans justification médicale, de la surveillance électronique continue du fœtus, du déclenchement du travail, des césariennes, de la prise d'antibiotiques, du clampage précoce du cordon et de l'utilisation de préparations pour nourrissons. Cette surmédicalisation est associée à des résultats moins bons en matière de santé au niveau de la population (5). Par exemple, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) indique que, si les césariennes peuvent sauver des vies lorsqu'elles sont justifiées sur le plan clinique, au-delà d'environ 10-15 % de la population, cette intervention n'est pas associée à une réduction supplémentaire de la mortalité et est liée à une augmentation des morbidités maternelles et néonatales à court et à long terme (5,6). Le déclenchement systématique de l'accouchement est un exemple d'intervention qui ne présente qu'un avantage minime au niveau de la population pour un seul résultat, sans que les effets à long terme, y compris l'impact sur le vécu des femmes, soient pleinement pris en compte (7). Ces tendances ne sont pas sans conséquences.

Une intervention inutile peut perturber la physiologie normale, augmenter la probabilité d'autres interventions et contribuer à des dommages physiques et psychologiques à court et à long terme. Entre autres, des taux accrus d'accouchements opératoires inutiles, d'infections, d'hémorragies, de complications respiratoires néonatales, d'une mauvaise initiation à l'allaitement et d'expériences négatives lors de l'accouchement. Ces pratiques imposent également des charges financières et opérationnelles considérables aux systèmes de santé et aux individus (5-8).

Parmi les justifications de ces types d'intervention figurent : la crainte de poursuites judiciaires, la commodité pour les professionnels de santé, ainsi que des incitations financières et organisationnelles. Elles s'expliquent également par des pressions systémiques plus larges, notamment les préoccupations médico-légales, les normes culturelles et les représentations sociales du risque et de la sécurité, qui tendent à privilégier la rapidité et le volume par rapport à des processus physiologiques sûrs (8).

La normalisation des interventions de routine sans bénéfice démontré, ainsi que l'accès limité aux modèles de soins assurés par des sages-femmes et une éducation prénatale inadéquate, peuvent réduire la confiance des femmes et des familles au cours de la période périnatale normale. Elle peut également limiter les possibilités pour les sages-

femmes et les autres professionnels de la santé de développer et de maintenir des compétences d'accompagnement des processus physiologiques (9).

Ces tendances préoccupantes reflètent une érosion plus générale de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes (SDSR). Lorsque les interventions inutiles deviennent routinières, l'autonomie corporelle des femmes se trouve réduite, de même que la capacité des sages-femmes à fournir des soins sûrs, individualisés et fondés sur des données probantes (10).

Ces tendances « trop, trop tôt » et « trop peu, trop tard » reflètent une polarisation croissante en matière de SSRMNA, qui mettent en exergue les inégalités et l'incapacité des systèmes de santé à fournir des soins appropriés, fondés sur des données probantes, basés sur les droits et centrés sur la femme (4).

Position

La Confédération internationale des sages-femmes (ICM) soutient que, lorsqu'elles sont justifiées sur le plan clinique, les interventions médicales pendant la période périnatale doivent être facilement accessibles à toutes, et évitées lorsqu'elles ne le sont pas.

Toutes les femmes ont besoin de soins centrés sur la femme et fondés sur les droits, qui respectent leur autonomie corporelle en facilitant la prise de décisions fondées sur des données probantes, y compris en ce qui concerne les interventions médicales.

Les sages-femmes jouent un rôle essentiel pour maintenir un équilibre entre une intervention nécessaire et la protection du bien-être physiologique et psychologique des femmes en dispensant des soins qualifiés et continus conformément à la [Philosophie et au modèle de soins de pratique sage-femme](#).

Les systèmes de santé doivent permettre aux sages-femmes de travailler de manière autonome en partenariat avec les femmes. À savoir, soutenir les processus physiologiques, assurer la continuité des soins, faciliter la prise de décision fondée sur des données probantes et assurer un accès rapide à une intervention appropriée et à une orientation en cas de complications.

Recommandations

L'ICM demande instamment aux autorités sanitaires et aux décideurs politiques ce qui suit :

1. Investir dans la formation, le recrutement, la réglementation et le maintien des sages-femmes dans la profession, en reconnaissant qu'elles sont les professionnelles de santé les plus aptes à prendre en charge les femmes tout au long de la période périnatale physiologique, en l'absence de complications.
2. Élaborer, mettre en œuvre et assurer le suivi des politiques et des lignes directrices qui favorisent l'utilisation appropriée et fondée sur des données probantes des interventions médicales.
3. Collecter et analyser systématiquement les données sur les taux d'intervention et les résultats pour la mère et le nouveau-né afin d'éclairer l'élaboration des politiques et la planification stratégique du système de santé fondées sur des données probantes.
4. S'attaquer aux facteurs structurels à l'origine d'interventions inutiles, notamment les incitations financières et organisationnelles, et les pressions exercées par les systèmes de santé qui privilégient la rapidité et le volume des soins par rapport aux processus physiologiques.
5. Garantir un accès universel aux modèles de soins assurés par les sages-femmes, y compris la continuité des soins assurés par les sages-femmes, afin de réduire les interventions inutiles et de soutenir les processus physiologiques.
6. Renforcer les systèmes d'orientation et la collaboration interprofessionnelle afin que les femmes et les nouveau-nés souffrant de complications reçoivent des soins sûrs, en temps utile et conformes aux besoins.

L'ICM encourage vivement les associations de sages-femmes à :

1. Plaider en faveur de réglementations, de politiques et de financements pour améliorer l'accès aux interventions appropriées et permettre un accès universel aux modèles de soins assurés par les sages-femmes.

2. Promouvoir la production et la diffusion de recherches, en particulier par des chercheurs en pratique sage-femme, sur les taux d'intervention, les résultats et les facteurs déterminants.
3. Plaider en faveur d'une formation initiale et continue qui permette aux sages-femmes d'acquérir les connaissances, les capacités techniques et les comportements professionnels nécessaires pour favoriser une période périnatale physiologique sûre, prendre ou suggérer des décisions fondées sur des données probantes concernant les interventions et identifier, prendre en charge et orienter rapidement les femmes et les nouveau-nés présentant des complications.
4. Favoriser la collaboration avec d'autres associations professionnelles afin de promouvoir des modèles de soins interprofessionnels, sachant que la réduction des interventions inutiles dépend du respect mutuel, de la communication et de mécanismes d'orientation efficaces dans l'ensemble du système de santé.

L'ICM encourage vivement les sages-femmes à :

1. Défendre l'autonomie corporelle des femmes et les aider, grâce à des soins personnalisés, à prendre des décisions éclairées, notamment en ce qui concerne les interventions pendant la période périnatale.
2. En partenariat avec les femmes, soutenir les processus physiologiques, en recommandant des interventions uniquement lorsqu'elles sont justifiées sur le plan clinique et en assurant la prise en charge et une orientation rapide vers une équipe interprofessionnelle en cas de complications pendant la période périnatale.
3. Faire connaître, notamment grâce à l'éducation prénatale, l'utilisation appropriée des interventions et les droits des femmes pendant la période périnatale.
4. S'engager à collaborer avec d'autres professions, sachant qu'une intervention appropriée repose sur une consultation en temps utile, une prise de décision coordonnée et une orientation efficace.
5. Maintenir les compétences par l'apprentissage tout au long de la vie, la pratique réflexive et le respect des normes professionnelles.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé (2025). *WHO Recommendations on Maternal Health: Guidelines*. Deuxième édition. Genève : OMS.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240080591>
2. Organisation mondiale de la Santé (2024). *Évoluer vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes*. Genève : OMS.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e9cf3be4-60b7-4ff3-bc4e-568bf7e2057f/content>
3. Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (2025). *Rapport 2025 sur les objectifs de développement durable*. New York : UN-DESA.
<https://unstats.un.org/sdgs/report/2025/>
4. Miller, S., et al. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*. 388(10056):p2176–192.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31472-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31472-6/fulltext)
5. Sandall, J., et al. (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet*. 392(10155):p1349–57.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30322585/>
6. Organisation mondiale de la Santé (2015). *Déclaration de l’OMS sur les taux de césarienne*. Genève : OMS. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
7. Haavaldsen, C., Morken, NH., Didrik Saugstad, O., Eskild, A. (2022). Is the increasing prevalence of labour induction accompanied by changes in pregnancy outcomes? An observational study of all singleton births at gestational weeks 37–42 in Norway during 1999–2019. *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica*. 102(2) :p158-73. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.14489>
8. Visser, GHA., et al. (2023). FIGO Opinion Paper: Drivers and solutions to the caesarean delivery epidemic with emphasis on the increasing rates in Africa and Southeastern Europe. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 163(S2):p5-9. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.15111>

9. Wood, J., et al. (2025). A five-country comparison of midwifery students' confidence in facilitating normal labour and birth. *European Journal of Midwifery*. 17(9). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12532045/>
10. Starrs, A., Ezeh, A., Sedgh, G., Singh, S. To achieve development goals, advance sexual and reproductive health and rights. *The Lancet*. 403(10429):p787-9. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)02360-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)02360-7/fulltext)