

Introduction

En soutien à notre vision et à notre mission, EngenderHealth renforce, d'une part les soins maternels et obstétricaux centrés sur la patiente, et d'autre part, les soins complets de la fistule, dans le cadre d'un continuum de soins qui part de la préconception jusqu'à la période postnatale. Le langage d'EngenderHealth au titre des soins maternels et obstétricaux devrait refléter non seulement cette vision, mais aussi nos **principes de langage** (1) actualisé ainsi que médicalement et techniquement **précis**, (2) consciemment **impartial** et **non-stigmatisant**, et (3) expressément et explicitement **inclusif** pour la diversité de nos partenaires et des populations concernées.

Principes fondamentaux

Nos principes fondamentaux relatifs aux soins maternels et obstétriques sont axés sur les **droits** et la **sécurité des patients** et comprennent les éléments suivants:

- Toute personne a le droit de prendre des décisions concernant son propre corps.
- Toute personne a le droit de déterminer si, quand et avec qui elle veut avoir des enfants.
- Toute personne doit être traitée avec dignité et respect lorsqu'elle accède à des soins maternels et obstétricaux.
- Toute personne a droit à des soins maternels et obstétricaux sûrs, efficaces, abordables et respectueux.
- Personne ne doit être contraint de subir une intervention médicale ou une procédure chirurgicale sans son consentement total, libre et éclairé.
- Toutes les personnes ont le droit de faire des choix complets, libres et éclairés en matière de planification familiale — y compris la planification familiale post-partum—indépendamment de leur parité ou de tout autre statut obstétrique.

Termes clés

Le tableau ci-dessous explique certains termes couramment utilisés en matière de soins maternels et obstétricaux. **Note:** Pour toutes les explications données dans ce document, une personne enceinte ou une mère peut être une femme, une fille ou une personne non binaire ou transgenre.

Explications des termes courants

Les **soins maternels et obstétricaux** ont des soins de santé dispensés avant la conception, pendant la grossesse, l'accouchement et pendant la période post-partum afin de garantir la santé de la personne enceinte et de son (ses) fœtus/nouveau-né(s).

Les risques critiques associés à la grossesse comprennent la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales. La **mortalité maternelle** désigne un décès résultant de complications liées à la grossesse, à l'accouchement ou à la période postnatale. Les **morbidités maternelles** sont des conditions de santé attribuées à et/ou aggravées par la grossesse ou l'accouchement qui ont un impact négatif sur la santé et le bien-être de la personne enceinte. La **mortalité néonatale** désigne un décès dans les 28 jours suivant une naissance vivante. Les **morbidités néonatales** sont des conditions de santé survenant dans les 28 jours suivant la naissance et mettant en danger la vie et/ou le bien-être d'un nouveau-né.

Les **soins prénatals ou consultations prénatales (CPN)** sont les soins de routine dispensés à une personne enceinte dans le but d'optimiser les résultats de santé et de prévenir les décès et les morbidités. Il s'agit notamment de promouvoir des comportements sains et d'identifier les signes d'affections susceptibles de compliquer ou de compromettre la santé de la personne enceinte ou de son fœtus.

La **grossesse** désigne l'état d'une personne qui porte un embryon ou un fœtus en développement dans son corps.

L'**accouchement**, également connu sous le nom de **travail et d'accouchement**, désigne la période pendant laquelle un fœtus quitte le corps d'une parturiente. Le travail est le processus de contractions continues et progressives qui permet au fœtus de sortir de l'utérus par le canal vaginal dans le cadre d'un accouchement par voie basse. Lorsqu'une accoucheuse qualifiée facilite ce processus à l'aide de forceps, d'une ventouse ou d'un autre dispositif, on parle d'**accouchement vaginal assisté**. L'**accouchement par césarienne**, désigne l'accouchement d'un fœtus par intervention chirurgicale (c'est-à-dire par une incision de l'abdomen et de l'utérus).



Explications des termes courants (a continué)

Les **soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)** cocomprennent un ensemble d'interventions critiques visant à prendre en charge les complications obstétricales pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale immédiate, qui pourraient autrement entraîner des morbidités et des mortalités maternelles et néonatales. Les fonctions SONU sont classées en **soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)** et **soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC)**.*

Les **soins postnatals ou consultations post natales (CPoN)** désignent les soins fournis pendant la période postnatale. La période postnatale est définie comme les six semaines qui suivent l'accouchement et constitue une période critique pour la santé de la mère et du nouveau-né, puisque plus de la moitié des décès maternels surviennent pendant cette période. **Note:** Bien que les termes "postnatal" et "post-partum" soient souvent utilisés de manière interchangeable, "**post-partum**" se rapporte à l'état de la mère après la naissance et "**post-natal**" se rapporte à l'état de la mère et du bébé.

Le **travail prolongé/obstrué (TP/O)** est une cause majeure de morbidité et de mortalité maternelles ainsi que d'issues défavorables pour les nouveau-nés. L'**obstruction du travail** désigne l'incapacité du fœtus à descendre complètement par le canal de naissance en raison d'un blocage physique, malgré des contractions utérines adéquates. Un travail est défini comme **prolongé** lorsqu'il dure environ 20 heures ou plus pour les mères qui accouchent pour la première fois ou 14 heures ou plus pour celles qui ont déjà accouché.

Une **mortinaissance** désigne le décès d'un fœtus après au moins 20 semaines de gestation et avant l'accouchement. Une **mortinaissance fraîche** est définie comme le décès d'un fœtus pendant le travail ou l'accouchement. Une **mortinaissance macérée** est définie comme le décès d'un fœtus avant le début du travail.

Une **fistule génitale féminine** est une ouverture anormale dans les voies génitales supérieures ou inférieures qui provoque une fuite incontrôlable et constante d'urine et/ou de matières fécales. Les causes les plus courantes de la fistule génitale féminine sont obstétricales, iatrogènes ou traumatiques. La **fistule obstétricale** est généralement causée par un travail obstrué de plusieurs jours sans intervention médicale opportune. La **fistule iatrogène** est causée par une erreur chirurgicale, le plus souvent lors d'une césarienne. La **fistule traumatique** est causée par une blessure—par exemple, par des violences sexuelles, des mutilations génitales féminines ou des accidents.

La **planification familiale du post-partum (PFPP)** est une intervention essentielle qui vise à prévenir les grossesses non désirées et rapprochées dès le post-partum et au cours des 12 premiers mois suivant l'accouchement en fournissant des conseils et des services de planification familiale pendant et après la grossesse.

* Pour en savoir plus sur les différences entre SONUB et SONUC veuillez-vous référer au *Implementation Manual for Developing a National Network of Maternity Units—Improving Emergency Obstetric and Newborn Care (EmONC)*.

Considérations pour un langage inclusif et respectueux

Veillez tenir compte de votre audience et choisissez soigneusement un langage qui soit respectueux tout en restant précis. Par exemple, lors de l'élaboration des documents destinés aux patients ou de ressources de conseil pour orienter les conversations avec les patients, l'utilisation d'un langage simple et la formulation de conseils sous forme de suggestions peuvent contribuer à une communication efficace des informations. De même, lorsque vous documentez des histoires sur les expériences des patients, évitez le jargon médical et utilisez un langage qui respecte les droits des patients et leur rôle de décideurs. Consultez les conseils ci-dessous pour obtenir des exemples de termes et d'expressions suggérés qui peuvent être utilisés pour garantir et refléter des soins centrés sur le patient.

- **Respectez le rôle et l'autonomie du patient en le considérant comme le principal décideur et le prestataire comme un facilitateur.** Par exemple, adressez-vous à la patiente en l'appelant par son nom, et utilisez un langage tel que "lorsqu'elle donne/a donné naissance" plutôt que "lorsque le prestataire délivre/a délivré le bébé."
- **Utilisez un langage suggestif plutôt que dictatorial ou paternaliste, tel que "nous recommandons" ou "voudriez-vous envisager" plutôt que "vous devez" lorsque vous discutez et donnez des conseils aux patients.** Par exemple, envisager d'expliquer que "le prestataire a recommandé une césarienne à la patiente pour qu'elle l'envisage..." plutôt que "la patiente a été obligée de subir une césarienne" ou dire à une patiente que "nous comprenons que vous souffrez, envisageriez-vous une péridurale pour vous aider" plutôt que "nous vous donnons une péridurale parce que vous vous plaignez tellement."



Considérations pour un langage inclusif et respectueux (a continué)

- **Réduisez au minimum l'utilisation d'abréviations ou de terminologie médicale codifiée que le patient ou le grand public pourrait ne pas connaître et envisagez d'utiliser un langage neutre pour éviter de contribuer à l'anxiété du patient.** Par exemple, expliquez à une patiente en période intra-partum “nous observons des changements dans le rythme cardiaque du bébé” plutôt que “votre bébé est en détresse” ou “voyons si nous pouvons vous aider, vous et votre bébé, en utilisant des forceps” plutôt que “nous allons commencer l'essai des forceps.” Expliquez à une patiente en post-partum “vous avez un saignement excessif” plutôt que “vous souffrez d'HPP (hémorragie du post-partum).”
- **Évitez d'utiliser un langage condescendant ou de faire honte aux patients.** Par exemple, dites “comment-nous pouvons-vous aider à avoir un accouchement sans danger” au lieu de “vous ne voulez pas risquer la santé de votre bébé, n'est-ce pas?”
- **Reconnaissez que toutes les personnes enceintes et en âge de procréer ne s'identifient pas comme des femmes.** Envisagez d'utiliser des termes tels que patiente enceinte ou accouchée, cliente ou parent plutôt que future mère ou mère. De même, envisagez d'utiliser des termes neutres tels que partenaire, autre personne significative, conjoint ou co-parent plutôt que père ou mari afin de respecter la diversité des identités sexuelles et des relations.

Resources

- Astrup, J. 2018. “The Language of Labour.” *Midwives Magazine* (opinion), The Royal College of Midwives. September 3, 2018. <https://www.rcm.org.uk/news-views/rcm-opinion/the-language-of/labour/>.
- Highsmith, S. 2016. “Changing the Language of Childbirth.” *Midwifery Today*, no. 118 (Summer). <https://midwiferytoday.com/mt-articles/changing-the-language-of-childbirth/>.
- Brun, M., Monet, J.P., Agbigbi, Y., Lysias, J., Schaaf, M., and Ray, N. 2020. *Implementation Manual for Developing a National Network of Maternity Units—Improving Emergency Obstetric and Newborn Care (EmONC)*. New York City: United Nations Population Fund (UNFPA). https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Implementation_Manual_for_EmONC_facility_network_Sept_2020_web.pdf.
- Mobbs, N., Williams, C., and Weeks, A.D. 2018. “Humanising Birth: Does the Language We Use Matter?” *BMJ* (blog). February 8, 2018. <https://blogs.bmj.com/bmj/2018/02/08/humanising-birth-does-the-language-we-use-matter/>.
- Vilmalesvaran, S., Ireland, J., and Khashu, M. 2021. “Mind Your Language: Respectful Language within Maternity Services.” *The Lancet* 397, no. 10277 (March): 859–861. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00031-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00031-3).
- World Health Organization (WHO). 2010. *WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care*. Geneva: WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70432/WHO_MPS_10.03_eng.pdf;jsession-id=1350A4BF299536D1D600BB66D45E5723?sequence=1.