

# THE LANCET

Juin, 2014

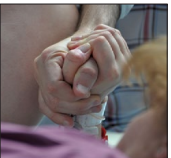
[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)

## Maïeutique

Résumé analytique de la série du *Lancet*



« La maïeutique est une solution vitale aux défis de l'apport de soins maternels et néonataux de haute qualité à toutes les femmes et tous les nouveau-nés dans tous les pays »



## La maieutique

### La maieutique, plus importante que jamais

Les besoins essentiels des femmes enceintes, de leurs nouveau-nés et de leur famille, dans le monde entier, sont au cœur de cette série d'études internationales, qui a pour objet de nourrir le débat sur la maieutique. Nombre de ces besoins ne sont toujours pas satisfaits, plusieurs décennies

#### Messages clés

- Ces résultats plaident en faveur d'un changement systémique délaissant les soins maternels et néonataux fragmentés, exclusivement consacrés à l'identification et au traitement des pathologies, au profit de soins qualifiés pour tous, assortis d'une prise en charge préventive et d'un soutien, et si nécessaire d'un traitement des pathologies par une équipe interdisciplinaire et l'intégration des secteurs hospitaliers et communautaires. Dans cette perspective, la maieutique est cruciale.
- La planification future des systèmes de soins maternels et néonataux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a tout à gagner de l'intégration de ce cadre d'analyse de la qualité dans le développement des compétences et l'affectation des ressources.
- Les points de vue et expériences des femmes elles-mêmes, ainsi que ceux de leurs familles et communautés, sont essentiels pour la planification des services de santé, dans tous les pays.
- La maieutique est associée à une utilisation plus efficace des ressources et produit de meilleurs résultats lorsqu'elle est pratiquée par des sages-femmes éduquées, formées, agréées et régulées. Les sages-femmes sont le plus efficace lorsqu'elles sont intégrées au système de santé dans le cadre d'un travail d'équipe et de mécanismes d'orientation performants, et qu'elles disposent de ressources suffisantes.
- Promouvoir la santé des bébés à travers de la maieutique suppose de soutenir, respecter et protéger la mère tout au long de sa vie féconde, par des soins de la plus grande qualité. Renforcer les capacités des mères est également essentiel pour la survie et le bien-être à long terme du nourrisson.
- Le renforcement des systèmes de santé, notamment des personnels, détermine à lui seul la réussite ou l'échec de la santé maternelle et néonatale. Depuis 1990, les 21 pays qui ont obtenu le meilleur résultat en matière de réduction des taux de mortalité maternelle (d'au moins 3,5 % par an), ont également accru sensiblement le nombre des naissances en établissement, notamment pour la plupart d'entre eux, en déployant des sages-femmes.
- La couverture efficace des soins de santé de reproduction, maternels et néonataux suppose trois actions : faciliter l'utilisation par les femmes des services de maieutique, faire davantage pour répondre à leurs besoins et attentes et améliorer la qualité des soins que ces femmes et leurs nouveau-nés reçoivent.
- Si des données de autres pays sont indisponibles, celles dont on dispose actuellement montrent que les soins de maieutique prodigués par les sages-femmes sont avantageux sur le plan du rapport coût/efficacité, abordables et durables. Le retour sur investissement de la formation et du déploiement de sages-femmes communautaires est similaire au coût par décès évité par la vaccination.
- Des améliorations de la qualité de la santé reproductive, maternelle et néonatale et une meilleure couverture de santé sont tout aussi importantes si l'on veut obtenir de meilleurs résultats de santé pour les femmes et les nouveau-nés. L'investissement dans les sages-femmes, leur environnement de travail, formation, réglementation et gestion peut améliorer la qualité des soins dans tous les pays.

- Les efforts de renforcement des soins maternels et néonataux de qualité doivent s'attacher à éliminer les obstacles systémiques à une maieutique de haute qualité, inférieure de la femme, les réalités interprofessionnelles et la commercialisation déréglée des accouchements.

après qu'ils ont été recensés. De nouvelles solutions sont donc nécessaires.

La série propose un cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité (SMNQ) qui place résolument les besoins des femmes et des nouveau-nés au centre des préoccupations.

Ce cadre s'appuie sur une définition de la maieutique qui tient compte des compétences, attitudes et comportements plutôt que sur des rôles professionnels spécifiques. Les conclusions de cette série plaident en faveur d'un changement délaissant les soins maternels et néonataux consacrés à l'identification et au traitement des pathologies, au profit d'une approche systémique qui met à disposition de tous des soins qualifiés. Ce changement suppose un travail d'équipe multidisciplinaire efficace et une intégration entre la prise en charge communautaire et en milieu hospitalier. Les données probantes examinées dans la série indiquent que la maieutique joue un rôle crucial dans cette approche.

La série comprend quatre articles<sup>1-4</sup> rédigés de manière collaborative par un groupe multidisciplinaire composé d'universitaires, de chercheurs, de membres d'association de défense des femmes et des enfants, de cliniciens et de décideurs. Ensemble, ces articles abordent les principales problématiques de la contribution de la maieutique, et remettent en cause pour une grande part les idées et attitudes courantes parmi les professionnels de la santé, les décideurs et le grand public. Ils fournissent aux professionnels et décideurs de santé des stratégies réalistes, applicables, durables et fondées sur des données probantes. L'idée d'une maieutique destinée à chaque femme et chaque nouveau-né est au cœur de ces stratégies.

La maieutique est d'ores et déjà largement reconnue dans nombre de pays comme apportant une contribution vitale et économique aux soins maternels et néonataux de haute qualité. Pourtant, ses bénéfices potentiels sociaux, économiques et sanitaires sont loin de se concrétiser à l'échelle mondiale. La série, s'appuyant sur une base de données probantes, démontre l'ampleur de l'impact positif qu'offre la maieutique lorsqu'elle mise en œuvre notamment dans le cadre de systèmes de santé efficaces.

Les recommandations issues de ce travail peuvent être adaptées à chaque communauté et pays, tous niveaux de revenu confondus. Lorsqu'elles sont mises en œuvre, elles peuvent potentiellement changer la vie des mères et des bébés, qu'il s'agisse de la majorité en bonne santé ou de la minorité qui nécessite des soins et des services supplémentaires pour éviter des conséquences négatives.

Les stratégies présentées dans cette série contribuent à atteindre l'objectif de la couverture universelle et seront essentielles pour le programme de développement de l'après-2015 élaboré par les Nations Unies, mais également les

initiatives de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant, et le plan d'action. Chaque nouveau-né.

#### Le défi

Chaque année, on estime à 139 millions le nombre de naissances. Toujours selon les estimations, 289 000 femmes meurent pendant la grossesse, l'accouchement ou peu après, 2,6 millions de femmes accouchent d'un bébé mort-né et 2,9 millions de nouveau-nés décèdent au cours de leur premier mois de vie. Des soins maternels et néonataux de mauvaise qualité sont un facteur déterminant dans ces décès, et une réduction de la mortalité maternelle ne s'obtiendra que par une amélioration globale de la qualité du continuum de soins et des services d'urgence.

Le problème de qualité des soins ne tient pas uniquement à la faible disponibilité des services et des prestations de santé. Alors que de nombreuses femmes et nouveau-nés ne disposent pas d'accès correct à une quelconque forme de soins, le recours excessif aux interventions conçues pour traiter les complications soulève des inquiétudes croissantes. De fait, de nombreuses femmes et de nombreux nouveau-nés dans les pays à revenu faible, intermédiaire ou élevé s'exposent de plus en plus aux effets indésirables des interventions inutiles pratiquées de manière systématique, notamment une mobilité limitée pendant le travail, l'épisiotomie et la césarienne. Selon les estimations, le recours insuffisant ou excessif aux interventions contribue à une mortalité clinique et psychologique aiguë pour 20 millions de femmes enceintes, affectant de manière durable la santé physique et psychosociale, le bien-être des mères et des nouveau-nés, engendrant des frais de soins de santé supplémentaires permanents, et leur capacité plus limitée à échapper à la pauvreté. Les soins maternels et néonataux de mauvaise qualité peuvent également avoir une incidence économique sur les communautés et les pays, et sapent les efforts entrepris pour combler les inégalités intergénérationnelles en matière de santé.

La qualité des soins n'est pas directement liée aux ressources disponibles d'un système de santé donné. Malgré leur richesse relative, certains pays à revenu élevé, tels que les États-Unis, sont moins bien classés que d'autres pays bien moins riches, comme la Pologne ou l'Espagne, pour les indicateurs de santé de l'Indice des mères 2013. Bien que le niveau et le type de risque associés à la grossesse, l'accouchement, la période postnatale et les premières semaines de la vie diffèrent d'un pays et d'un milieu à un autre, la nécessité d'améliorer efficacement, durablement et à moindre coût la qualité des soins est commune à tous les pays et milieux. Dans cette perspective, la maieutique est cruciale.

### Cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité

Composante essentielle de la présente série, un cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité a été

#### Définition de la maieutique

Dans certains pays, l'ensemble des soins susceptibles d'être prodigués par des sages-femmes qualifiées est limité par le système de santé, et les barrières culturelles, et les rôles et responsabilité des différents professionnels de santé se chevauchent quelque peu. Dans de nombreux pays, certains soins relevant de la maieutique sont dispensés par des obstétriciens, des médecins de famille, des infirmières, des sages-femmes auxiliaires, des travailleurs de santé communautaires ou des accoucheuses traditionnelles, ou par des sages-femmes insuffisamment formées, mais également par des sages-femmes compétentes, formées aux normes internationales et par des infirmières-sages-femmes qui ont reçu une formation à la fois d'infirmière et de sage-femme. Or, il est essentiel de définir la maieutique comme recouvrant un ensemble de soins, afin d'identifier les aspects importants de ces soins, quel que soit le soignant, et proposer une structure d'examen de la qualité des soins relevant de la maieutique.

Dans la présente série, nous définissons la maieutique comme « les soins spécialisés, basés sur la connaissance et attentivement pour les femmes enceintes, les nouveau-nés et leurs familles pendant la période précédant et durant la grossesse, l'accouchement, les suites des couches et les premières semaines de vie. Cette pratique consiste essentiellement à optimiser les processus physiologiques, biologiques, psychologiques, sociaux et culturels de la reproduction et de la petite enfance, mais également à prévenir et à prendre en charge rapidement les complications, à consulter et orienter les femmes vers d'autres services, à respecter la situation et les points de vue individuels des femmes, et à travailler en partenariat avec elles pour renforcer leurs capacités à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs familles ».

L'Organisation internationale du travail (OIT) décrit les sages-femmes comme le principal groupe de professionnels à exercer la maieutique. La catégorisation internationale des sages-femmes définit le travail des sages-femmes ainsi que les compétences et normes essentielles de leur formation et pratique.

« Une sage-femme est une personne qui a réussi un programme de formation des sages-femmes dûment reconnu dans le pays où il est enseigné et qui est basé sur les compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme de l'ICM et le cadre des Normes globales pour la formation des sages-femmes de l'ICM, qui a obtenu les diplômes requis pour être enregistrée et/ou avoir le droit d'exercer (également la profession de sage-femme et d'utiliser le titre de 'sage-femme', et démontre la maîtrise des compétences du métier de sage-femme ».

développé à partir d'analyses de revues des points de vue et des expériences de femmes, de praticiennes et d'interventions, de contributions des personnels, associées à l'observation et à l'expérience des auteurs de la série. Ce cadre détaille ce dont les femmes, les nouveau-nés et les familles ont besoin, avant et pendant la grossesse, pendant la naissance, la période postnatale et les premières semaines de la vie. Le cadre (figure 1) élargit la notion de qualité de soins des aspects techniques des interventions pratiquées aux modes d'intervention et aux prestataires réels des soins, dans un contexte donné. Il démontre l'équilibre indispensable entre les soins qualifiés, de soutien et de prévention dont ont besoin toutes les femmes et tous les nouveau-nés, quel que soit leur niveau d'éducation, leur revenu ou état de santé, et la promotion des processus physiologiques de reproduction, la gestion de premier niveau des complications et les soins d'urgence qualifiés, dans le contexte de soins respectueux.



Save the Children Liberia/Johnathan Hyams

personnalisés et capable de renforcer les capacités propres des femmes. Plus important encore, le cadre montre la nécessité d'associer les soins et la prestation de services dans la communauté comme dans les établissements, par une continuité des soins et des intervenants de santé, et inscrit la maieutique dans le contexte plus large de l'action du système de santé.

Ce cadre factuel est à la base de tous les articles de la série et permet d'évaluer les besoins des femmes et des nouveau-nés au regard des services maternels et néonataux, de définir l'éventail des pratiques relevant de la maieutique et d'identifier les composantes de soins de qualité qui doivent être renforcées dans les exemples nationaux. Le cadre peut également servir à évaluer la qualité des soins, planifier le développement du personnel, l'affectation des ressources ou un programme de formation ou identifier les insuffisances en vue de travaux de recherche futurs. Il est conçu pour s'appliquer dans tous les milieux, et à tous ceux qui nécessitent ou produisent des soins et services maternels et néonataux. Le travail d'équipe et la collaboration interdisciplinaires sont inhérents à la mise en œuvre du cadre.

### Ce qu'attendent les femmes des services maternels et néonataux

Le cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité a servi à évaluer les données probantes relatives aux besoins des femmes et des nouveau-nés en matière de services maternels et néonataux. Cette évaluation a montré que l'information et l'éducation sont essentielles pour permettre aux femmes d'apprendre par elles-mêmes, de valoriser leurs propres atouts et d'accéder aux services rapidement. Elle a également montré que les femmes recherchaient des soins prodigués de manière respectueuse par un personnel digne de confiance, empathique et bienveillant. En particulier, les

femmes souhaitaient rencontrer des professionnels de santé sachant allier des connaissances et un savoir-faire cliniques à des compétences interpersonnelles et culturelles.

### Efficacité des pratiques de soins maternels et néonataux

Selon les études examinées dans le cadre de cette série, la maieutique est particulièrement bien placée pour contribuer au cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité et pour apporter cette ensemble de compétences et de qualités humaines approprié à chaque contexte et à chaque situation, tout au long des soins.

Dans la continuité de l'analyse des points de vue et expériences des femmes, une évaluation de 461 revues Cochrane systématiques a été entreprise pour développer le cadre et mettre en lumière les composantes importantes des

### Objectif qualité pour les soins maternels et néonataux

Depuis dix ans, le mouvement des soins primaires a pleinement reconnu l'importance des soins centrés sur la personne et sur les populations. Malgré plusieurs décennies d'un combat mené par les organisations féministes, les sages-femmes et les universitaires, les services maternels et néonataux s'intéressaient jusqu'à présent essentiellement aux interventions vitales et à l'amélioration de la couverture de santé. Dans ce contexte, l'objectif de qualité de la santé maternelle et néonatale commence à peine à émerger. Dans les pays à revenu élevé, le débat sur la qualité des soins s'est souvent polarisé sur un choix éditorial, délaissant les autres aspects des soins maternels et néonataux de qualité. Cette situation a conduit à l'adoption de solutions techniques relativement irréflexives, sans aucun regard pour la construction, plus difficile et à plus long terme, de systèmes intégrant les soins de prévention et de soutien, et tenant compte des valeurs et des comportements que devrait avoir le soignant dans sa pratique.

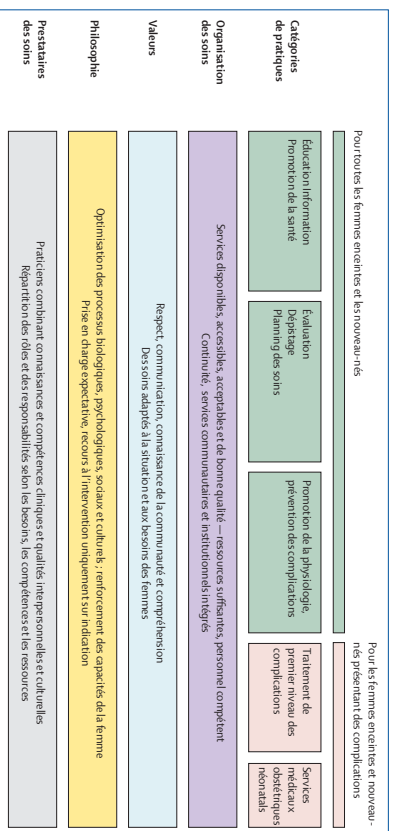


Figure 1 : Le cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité  
Composantes maternelles et néonatales d'un système de santé requis par les femmes enceintes et les nouveau-nés (tiré de Renfrew et al.).

soins de qualité. 122 pratiques efficaces ont ainsi été jugées pertinentes pour toutes les femmes enceintes et les nouveau-nés. Parmi elles, 72 pratiques efficaces ont été considérées comme relevant de la maieutique et ont été soumise à une analyse complémentaire pour déterminer les améliorations apportées. On a ainsi observé que 56 résultats pouvaient être renforcés. L'ampleur de l'incidence de ces résultats varie d'un milieu à un autre et dépend de l'organisation des services et des compétences du personnel. D'après une analyse plus fine, 44 (61 %) des 72 pratiques efficaces recensées démontrent la nécessité d'optimiser les processus physiologiques de la reproduction et de la petite enfance, mais également de renforcer la capacité des femmes à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs familles.

### Étendue de la maieutique

Les sages-femmes, lorsqu'elles sont éduquées, formées, agréées et régulées, peuvent proposer l'éventail complet de la maieutique, telle que définie dans cette série. Si de nombreux prestataires pratiquent la maieutique, les bénéfices sont faibles lorsqu'il est fait appel exclusivement à des travailleurs de santé moins qualifiés. Dans les pays à revenu élevé où les sages-femmes éduquées, agréées, régulées et intégrées dans le système de santé et travaillant au sein d'équipes interdisciplinaires, ont un effet positif sur la santé maternelle et périnatale, pour toutes les composantes du cadre, même lorsqu'ils sont comparés aux soins dont l'organisation relève de la responsabilité d'autres professionnels de santé, en plus des sages-femmes. Dans les pays à revenu élevé où l'affectation des ressources a été examinée, il semble que les soins prodigués par des sages-femmes constituent une solution plus avantageuse sur le plan économique que les soins prodigués par une équipe médicale. Lorsque les sages-femmes travaillent au sein d'équipes interdisciplinaires qui assurent un suivi global, dans la communauté comme à l'hôpital, elles sont également efficaces dans la prise en charge des femmes et des nouveau-nés qui développent des complications.

### L'effet projeté de l'accès universel à la maieutique

La série démontre les bénéfices substantiels sur le plan de la santé et du bien-être pour les femmes, les mères et leurs nouveau-nés, mais également pour les familles, lorsque des soins de maieutique de haute qualité sont dispensés par des sages-femmes et d'autres professionnels compétents. L'outil des vies sauvées (LIVS) a été utilisé pour modéliser l'effet potentiel des interventions essentielles sur la santé reproductive, maternelle et néonatale qui relèvent de la maieutique. La modélisation a montré que le renforcement de la maieutique pouvait contribuer à réduire la mortalité, même dans un contexte où les ressources sont soumises à de fortes contraintes. La maieutique peut donner d'excellents résultats, quel que soit le stade de transition auquel est parvenu un pays, dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. La couverture universelle des interventions spécifiques, essentielles en matière de santé reproductive, maternelle et néonatale, qui relèvent de la maieutique permettra de réduire les décès maternels, les bébés morts et les décès néonataux dans les 78 pays examinés dans le cadre du rapport Compte à rebours 2015 et classés selon l'indice de développement humain (IDH).

Dans les pays à faible revenu, le modèle prévoit, par rapport aux estimations de référence actuelles et sur une période de 15 ans, que la mortalité maternelle et néonatale et la mortalité pourraient être réduites de 27 à 82 %.

Par exemple, une augmentation de l'accès (tous les cinq ans) de 10 % de la couverture des interventions (y compris la planification familiale) pratiquées par les sages-femmes pourrait conduire à une diminution de 27 % de la mortalité maternelle. Une augmentation de 25 % par rapport aux estimations de référence actuelles entraînerait une diminution de 50 % de la mortalité maternelle, tandis qu'une couverture de 95 % éviterait 82 % des décès maternels. L'effet sur la baisse de la mortalité et des décès néonataux serait similaire.

La série a également estimé la valeur de l'impact incrémentiel des soins spécialisés à la maieutique sur les vies maternelles, foetales et néonatales sauvées. L'impact de l'apport de services spécialisés à l'ensemble des soins relevant de la maieutique est quant à lui bien moindre que celui observé lorsque seules les activités réputées relever de la maieutique (en matière de décès néonataux) serait similaire.

### L'impact de la maieutique sur les résultats de santé et psychosociaux, et sur l'utilisation des ressources

Les analyses ont montré que les résultats améliorés par les soins de maieutique permettent notamment de diminuer la mortalité maternelle et néonatale, la mortalité, les traumatismes du périnée, les naissances instrumentales, l'analgésie ou l'anesthésie en cours de travail, la gravité des hémorragies, le nombre de naissances prénatales, le nombre de nouveau-nés présentant un faible poids à la naissance et les hypothermies. Les analyses ont également conduit à une augmentation des cas de déclenchement spontané du travail, du nombre de naissances par voie basse sans assistance, des taux de déclenchement et de durée de l'allaitement. L'augmentation des orientations pour cause de complications, la diminution des admissions en unités néonatales de soins intensifs et la réduction des séjours dans ces unités, illustrent à la fois une amélioration des soins et de l'utilisation des ressources. Surtout, les femmes ont fait état d'un taux de satisfaction supérieur en ce qui concerne les soins en général, et la prise en charge de la douleur en particulier, de même qu'une meilleure interaction entre la mère et le bébé à également été relevée.

### Interventions essentielles et efficaces

Les interventions spécifiques examinées sont celles du rapport Interventions essentielles, produits et lignes directrices en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile considérées comme relevant des services de maieutique, et pouvant être pratiquées par des sages-femmes formées aux normes internationales et intégrées au système de santé.



Gaby Jeffs



santé maternelle et infantile, mais également de planification familiale) étaient mises en œuvre.

Le renforcement de la maternité dans les pays à revenu élevé aura probablement plus d'impact sur la mortalité que sur la mortalité, compte tenu des très faibles taux de mortalité observés dans ces pays. Si le recours excessif aux interventions techniques constitue un problème dans tous les pays, quel que soit leur niveau de revenu, la contribution négative relative de la sur-utilisation, par rapport à la sous-utilisation, devrait être plus importante dans les pays à revenu élevé. Différentes méthodes doivent par conséquent être développées pour modéliser l'impact des soins de sages-femmes dans les pays présentant des niveaux hétérogènes de revenu.

### Renforcement des systèmes de santé et déploiement des sages-femmes dans les pays présentant une mortalité maternelle élevée

#### Les leçons de l'expérience

La série présentée des études de cas réalisées dans quatre pays qui ont cherché à améliorer la survie et la santé maternelle et néonatale au cours des trois dernières décennies, en investissant dans les sages-femmes et en renforçant d'autres aspects de leur système de santé. Au Burkina Faso, au Cambodge, en Indonésie et au Maroc, les modifications apportées au système, combinées à diverses actions en matière d'affectation des personnels et de prestation de santé, ont permis de réduire sensiblement la mortalité maternelle et néonatale. Ces quatre pays ont opté, avec succès, pour un renforcement rapide de leurs effectifs

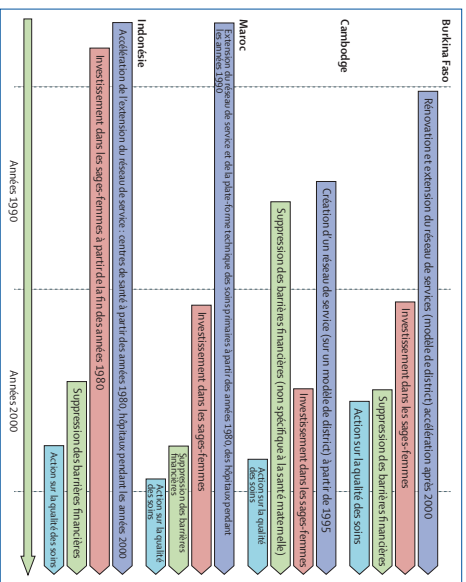


Figure 2: Séquence d'interventions pour le renforcement du système de santé et la santé maternelle et néonatale en Burkina Faso, Cambodge, Maroc, et Indonésie, de 1990 à présent

de sages-femmes. Leur expérience met en évidence deux éléments importants.

Premièrement, elle indique qu'une stratégie d'amélioration de la santé maternelle et néonatale ne saurait se réduire au simple choix de la catégorie professionnelle à renforcer, mais dépend fondamentalement de la conception et des investissements consacrés à l'ensemble du réseau de prestation de soins.

Le déploiement du personnel à l'intérieur de ce réseau est une question de gestion du temps, des coûts et de la qualité. Deuxièmement, elle confirme que lorsque les systèmes sont renforcés de manière cohérente sur une longue période, l'investissement dans les sages-femmes est une stratégie réaliste et efficace pour réduire la mortalité maternelle, notamment dans un contexte où les ressources sont soumises à de fortes contraintes. Créer de toutes pièces un réseau d'établissements, comme cela a été le cas au Burkina Faso et au Cambodge, prend du temps. Néanmoins, dès lors qu'un tel système est en place, le déploiement du personnel peut être réalisé très rapidement.

Dans trois de ces pays (Burkina Faso, Maroc et Cambodge), un temps considérable s'est écoulé entre l'extension de l'infrastructure et le déploiement d'un personnel compétent en maternité. En Indonésie, le nouveau personnel n'était pas uniquement destiné aux établissements, mais a également été affecté aux services de santé maternelle dans les villages. Toutefois, leur activité se limitant aux seules femmes enceintes du village et ces personnels pratiquant de manière isolée, l'essentiel des bénéfices, en matière de réduction de la mortalité maternelle, est à mettre au profit d'un meilleur accès aux établissements institutionnels ou davantage de sages-femmes ont été déployés (figure 2).

#### Le défi de la qualité

Dans les quatre pays décrits, les préoccupations en matière de qualité des soins sont apparues bien après le développement des réseaux et des personnels et la réduction des barrières financières. Plus récemment, ces quatre pays ont compris la nécessité d'améliorer les normes techniques, les compétences et l'équipement. Les enquêtes sur les décès et les échappés-belles ont largement contribué à mettre en lumière les points à améliorer.

Dans ces quatre pays, les autorités sanitaires ont affiché leur volonté d'améliorer l'accès, tout en identifiant les problèmes et les obstacles au fur et à mesure. Si la conception et la mise en œuvre des solutions ont pu donner lieu à des retards et à des revers, globalement, nous avons observé une sophistication progressive de la gestion des programmes de santé maternelle dans toutes les études de cas. Cette sophistication crée une situation dans laquelle l'augmentation significative du nombre de sages-femmes s'est imposée comme un élément stratégique de la contribution à la survie maternelle et néonatale.

### Implication, sur le plan des politiques, de l'amélioration de la santé maternelle et néonatale par la maternité

Les éléments mis en avant dans le cadre de la série montrent que l'extension de la couverture des services ne garantit pas à elle-seule des soins de haute qualité ni la réduction de la mortalité et de la mortalité maternelle et néonatale. Dès lors, les politiques doivent améliorer en même temps la couverture et la qualité, car tous deux sont d'égale importance. Cet équilibre fonde la notion de couverture efficace, le pourcentage de la population qui nécessite une intervention et qui en bénéficie, avec une qualité suffisante pour la rendre efficace et pour en tirer parti. L'utilisation par les femmes des services relevant de la maternité doit être prise en compte pour répondre aux besoins des femmes et des améliorations devraient être apportées à la qualité des soins reçus par les femmes et les nouveau-nés.

Le renforcement de la contribution des sages-femmes à l'extension des soins de santé reproductive, maternelle et néonatale, disponibles est une option stratégique qui séduit vivement les décideurs actuels. L'efficacité des sages-femmes ressort clairement des cas nationaux décrits précédemment et de la modélisation de l'effet potentiel des interventions techniques relevant de la maternité. Il est probable que l'impact sanitaire et social du renforcement de la contribution des sages-femmes serait plus important encore si une plus grande attention était accordée aux autres facettes du cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité à savoir, l'optimisation des processus physiologiques de la reproduction, l'intégration de la maternité dans un système de santé plus général, la continuité des soins, les interventions de prestataires de soins compétents, empathiques et dignes de confiance.

Il sera difficile de mettre en œuvre le cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où les taux de mortalité maternelle et néonatale restent élevés, les réseaux de délivrance des soins sont insuffisamment développés, et les ressources humaines font défaut (voir le panneau pour l'exemple de l'Afrique subsaharienne). Par ailleurs, des problèmes d'efficacité peuvent subsister dans l'affectation des ressources, lorsque les sages-femmes et d'autres cadres de santé n'ont pas la possibilité de faire valoir pleinement toute l'étendue de leurs compétences.

Pour offrir des soins de haute qualité dans ces pays, les professionnels et responsables de la santé doivent créer un environnement dans lequel les 72 interventions efficaces relevant de la maternité et recensées dans la présente série peuvent être réalisées systématiquement en appliquant les valeurs et la philosophie centrées sur les femmes décrites par le cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité. Cette évolution aura probablement d'importantes

**La planification familiale, un maillon essentiel de l'ensemble des soins de maternité**

L'intégration de la planification familiale dans l'ensemble complet des soins de maternité permettrait d'éviter 50 à 75 % des morts fœtales et des décès néonataux. Une réduction supplémentaire de 10 à 20 % de tous les décès pourrait être obtenue si ces soins sont associés à ceux d'un spécialiste. À elle seule, la planification familiale permettrait d'éviter 57 % de tous les décès en raison de la baisse des taux de fécondité et du nombre de grossesses. La maternité appliquée à la fois à la planification familiale et aux interventions de santé maternelle et néonatale permettrait d'éviter au total 83 % de tous les décès maternels, mort-nés et décès néonataux.

#### Les sages-femmes, le lien essentiel dans le continuum des soins

Si la gamme complète des soins, y compris les interventions de soins spécialisés, permet d'éviter la plupart des décès, la sage-femme assure le continuum des soins depuis le centre communautaire jusqu'à la prise en charge clinique complexe, ce que ne peut probablement pas faire le spécialiste. Les sages-femmes agissent en véritable facilitateurs de santé, elles constituent le lien essentiel permettant d'animer les femmes dans le système de santé, au niveau et au moment le plus efficace et le plus pratique. Une orientation efficace est souvent entravée par des considérations pratiques, telles que le manque de moyens financiers et la piètre qualité des services de transport, et l'accès difficile aux soins spécialisés dans les établissements de niveau supérieur. A nouveau, cette situation souligne la nécessité d'une intégration de la maternité, et plus particulièrement des sages-femmes, dans une équipe évoluant dans un système de santé opérationnel et performant, dont le personnel qualifié dispose des compétences nécessaires pour intervenir dans les établissements communautaires, les hôpitaux ou les établissements de soins. C'est là une étape essentielle pour permettre aux femmes d'avoir accès aux soins de maternité de qualité, aux interventions de santé maternelle et néonatale, ainsi qu'aux stratégies de prévention.

#### Augmenter les effectifs de la maternité, investir dans la maternité

La situation de l'Afrique subsaharienne, où le nombre annuel de grossesses et de naissances continuera d'augmenter dans un avenir prévisible, est particulièrement préoccupante, compte tenu des prévisions de déficit d'effectifs par rapport à une demande croissante. Selon les données disponibles pour 14 pays de la région présentant une mortalité maternelle élevée, en 2009 et 2010, 71 243 sages-femmes et infirmières-sages-femmes ont accompagné dans ces pays en moyenne 42 naissances par an (soit 3 millions au total), soit une couverture de 27 %. Bien que ce chiffre témoigne d'une augmentation de la prestation de soins, il est loin d'être suffisant pour couvrir les prévisions de croissance démographique. Les améliorations de l'efficacité de la couverture, dans un contexte où cette charge de travail supplémentaire devra être absorbée, nécessiteront non seulement une accélération de l'augmentation des effectifs de sages-femmes en équivalent temps plein, mais également une hausse significative de leur productivité.

Aux niveaux de productivité actuels, un doublement du nombre de sages-femmes d'ici à 2035 (soit une augmentation nette de près de 3 % par an) ne permettrait de couvrir que 35,7 % des naissances. Une couverture de 75 % des naissances en 2035 supposerait une augmentation du stock de sages-femmes en équivalent temps plein à 299 661 personnes, soit une croissance nette de 6 % par an. Sans augmentation des effectifs de sages-femmes, la productivité devra atteindre en moyenne 17,5 naissances par sage-femme et par an (norme de référence actuelle de l'OMS) si l'on veut obtenir une couverture de 75 %. Or ce chiffre pourrait dépasser les capacités horaires de travail que les sages-femmes consacrent aux activités de soins de santé, restreindre les soins de prise en charge effective du travail et de l'accouchement, et compromettre les soins de qualité centrés sur les femmes.

*The Lancet Series on Midwifery*  
Executive Summary writing team  
Mary J Renfrew,  
Caroline S E Homer, Soo Downe,  
Alison McFadden, Natalie Muir,  
Thomson Prentice,  
Petra ten Hoope-Bender

*The Lancet Series on Midwifery*  
Executive Group Jim Campbell,  
Luc deBernis, Soo Downe,  
Helga Fogstadt,  
Caroline S E Homer,  
Holly Kennedy, Zoe Matthews,  
Alison McFadden (Secretariat),  
Mary J Renfrew (Chair),  
Petra ten Hoope-Bender (Series  
Coordinator)

Design and layout: *The Lancet*  
Funding for this publication was  
provided by The Bill & Melinda  
Gates Foundation  
(OPP1042500).

More information on what you  
can do is available from:

Twitter: @midwiferyaction  
Cover copyright © UNFPA Brazil/  
Fernando Ribeiro

répercussions économiques, qui peuvent réduire les dépenses de santé et améliorer à plus long terme la durabilité des systèmes de soins maternels.

## Conclusion

La contribution de la maïeutique à la survie, la santé et le bien-être des femmes enceintes et des nouveau-nés est démontrée par l'analyse de revues systématiques, d'études de cas, et par la modélisation des décès évités, réalisée dans le cadre de cette série. La maïeutique est une solution vitale aux défis de l'apport de soins maternels et néonataux de haute qualité à toutes les femmes et tous les nouveau-nés dans tous les pays.

La série est présentée à partir des besoins des femmes enceintes et de leurs souhaits pour elles-mêmes et leurs nouveau-nés, à savoir être en bonne santé, en sécurité, se sentir soutenue et respectée, et donner naissance à un bébé en bonne santé qui pourra se développer normalement, après une grossesse et un accouchement réussi et enrichissant, quelles que soient les complications éventuelles. Une telle expérience est également de nature à promouvoir le lien affectif, la survie et le bien-être à plus long terme du nouveau-né. La satisfaction de ces aspirations et besoins est un élément essentiel du droit de toute personne à jouir du meilleur état de santé possible. La série recense les valeurs, la philosophie et les fonctions nécessaires pour que le système de santé produise des soins maternels et néonataux de qualité.

Les données de cette série montrent qu'il existe un potentiel encore inexploité pour améliorer les résultats de santé des femmes et des nouveau-nés, par une pratique collaborative des professionnels de santé, à tous les stades du continuum des soins. Les sages-femmes, à condition d'être bien formées, agréées et soutenues, y compris les infirmières-sages-femmes formées aux normes internationales de la maïeutique, possèdent les compétences nécessaires pour assurer la continuité des soins de reproduction, maternels et néonataux, et peuvent jouer à la fois le rôle de lien et de moteur de cette continuité des soins. Si de nombreux pays sont confrontés à des ressources limitées, plusieurs exemples démontrent qu'il est possible de promouvoir, à l'échelle nationale, la mise en œuvre et le renforcement de la maïeutique, même si cela reste difficile. Une telle action exige une vision de la planification des soins de maternité optimaux, dont nous avons démontré qu'elle constituait une stratégie hautement efficace, et une réelle volonté politique.

La série est l'étude de la maïeutique la plus importante et la plus complète réalisée à ce jour, abordant un large éventail de facteurs cliniques, politique et de santé. Les résultats auxquels elle parvient doivent être analysés avec soin et être soumis à un large débat. L'expérimentation pratique du cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité, fondé sur des données probantes, pourrait permettre de recenser les résultats (cliniques, psychosociaux et économiques) à court et long termes dans les pays à revenu faible, intermédiaire et élevé.

## Réintroduction de la maïeutique et des sages-femmes dans les systèmes de santé

Les études de cas menées au Brésil, en Chine et en Inde montrent que les systèmes de santé qui se développent rapidement ont tendance à adopter un modèle reposant sur le recours systématique aux interventions médicales, sans l'équilibre apporté par la maïeutique.

L'Inde, la Chine et le Brésil se classent respectivement aux première, deuxième et huitième places pour le nombre annuel de naissances, représentant ensemble 35 % de toutes les naissances dans le monde. Néanmoins, sans l'effet équilibrant du champ complet de l'activité maïeutique, cette stratégie a également abouti à un nombre croissant d'interventions inutiles, coûteuses et potentiellement iatrogènes, ainsi qu'à des inégalités de disponibilité de prise en charge et de résultats.

La Chine et le Brésil ont, ces dernières années, pris des mesures pour réintroduire les sages-femmes, dans le cadre d'une stratégie de réduction de la mortalité, de la morbidité et des interventions inutiles.

## References

- 1 Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* 2014; published online June 23. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3).
- 2 Homer CSE, Friberg IK, Bastos Dias MA, et al. The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet* 2014; published online June 23. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60790-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60790-X).
- 3 Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *Lancet* 2014; published online June 23. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60919-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60919-3).
- 4 ten Hoope-Bender P, de Bernis L, Campbell J, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet* 2014; published online June 23. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2).





## Maïeutique 1

# Maïeutique et soins de qualité : conclusions d'un nouveau cadre d'analyse des soins maternels et néonataux fondé sur données probantes

Mary J Renfrew, Alison McFadden, Maria Helena Bastos, James Campbell, Andrew Amos Channon, Ngai Fen Cheung, Deborah Rachel Audebert Delage Silva, Soo Downe, Holly Powell Kennedy, Address Malata, Felicia McCormick, Laura Wick, Eugene Declercq

Dans ce premier article d'une série de quatre consacrés à la maïeutique, nous avons cherché à examiner de manière complète et systématique ce que peut apporter la maïeutique à la qualité des soins maternels et néonataux dans le monde entier, ainsi que le rôle des sages-femmes et autres prestataires des soins associés à cette pratique. En nous appuyant sur des définitions internationales et sur la pratique actuelle, nous avons défini les éléments de la maïeutique. Nous avons ensuite développé un cadre d'analyse de la qualité des soins maternels et néonataux par une approche multiméthode qui a inclus une synthèse des résultats de revues systématiques sur les pratiques efficaces, les points de vue et expériences des femmes et les prestataires de soins maternels et néonataux. Le cadre établit une distinction entre les types de soins et la manière dont ils sont prodigués et les personnes habilitées à les dispenser ; il décrit aussi les soins et services requis par les femmes enceintes et les nouveau-nés dans tous les systèmes de santé. Nous avons recensé plus de 50 résultats à court, moyen et long terme, qui pourraient être améliorés par la pratique de sage-femme : réduction de la mortalité et morbidité maternelle et néonatale, réduction de la mortalité et prématurité, réduction du nombre d'interventions inutiles et amélioration de la santé psychosociale et de la santé publique. La pratique de sage-femme est plus économique et est associée à de meilleurs résultats lorsqu'elle est exercée par des sages-femmes diplômées, formées, agréées et régulées. Nos résultats plaident en faveur d'un changement d'organisation des services de santé qui ne seraient pas centrés principalement sur l'identification et le traitement des pathologies d'une minorité, mais sur des soins de qualité pour tous. Ce changement comprend une approche de prévention et de soutien capable de renforcer les capacités des femmes, dans le cadre de relations respectueuses, aussi adaptée à leurs besoins et soucieuse de promouvoir la physiologie, ainsi que la prise en charge de complications au niveau des systèmes de santé primaire et l'accès aux traitements d'urgence, si nécessaire. La pratique de sage femme est ici cruciale et implique une collaboration interdisciplinaire efficace et une intégration des soins institutionnels et communautaires. Le développement futur des systèmes de soins maternels et néonataux aura tout à gagner de l'application d'un tel cadre de qualité dans la préparation des personnels de santé et l'affectation des ressources.

Publié en ligne le 23 juin 2014  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)

Cet article est le premier d'une Série de quatre articles sur la maïeutique

Mother and Infant Research Unit, School of Nursing and Midwifery, College of Medicine, Dentistry and Nursing, Université de Dundee, Dundee, Royaume-Uni (Prof M J Renfrew PhD, A. McFadden PhD) ; Organisation panaméricaine de la santé, Brasília, Brésil (M H Bastos PhD) ; Instituto de Cooperación Social Integrare, Barcelone, Espagne (J Campbell MPH) ; Division of Social Statistics and Demography, Faculty of Social and Human Sciences, Université de Southampton, Southampton, RU (A A Channon PhD) ; Midwifery Expert Committee of the Maternal and Child Health Association of China, Beijing, Chine (N F Cheung PhD) ; Parto do Princípio-Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, São Caetano do Sul, Brésil (D R A D Silva PhD) ; School of Health, University of Central Lancashire, Preston, Lancashire, RU (Prof S Downe PhD) ; Yale School of Nursing, New Haven, CT, États-Unis (Prof H P Kennedy PhD) ; Kamuzu College of Nursing University of Malawi, Lilongwe, Malawi (Prof A Malata PhD) ; Department of Health Sciences, University of York, Heslington West, York, RU (F McCormick RM) ; Institute of Community and Public Health, Université de Birzeit, Birzeit, Palestine (L Wick RM) ; et Community Health Sciences, Boston University School of Public Health, Boston, MD, États-Unis (Prof E Declercq, PhD)

## Introduction

Chaque année, on estime à 139 millions le nombre de naissances<sup>1</sup>. Toujours selon les estimations, 289 000 femmes meurent pendant la grossesse, l'accouchement ou peu après<sup>2</sup> ; 2,6 millions de femmes accouchent d'un bébé mort-né<sup>3</sup> et 2,9 millions de nouveau-nés décèdent au cours de leur premier mois de vie<sup>4</sup>. Des soins maternels et néonataux de mauvaise qualité sont un facteur déterminant dans ces décès, et une réduction de la mortalité maternelle ne s'obtiendra que par une amélioration globale de la qualité du continuum de soins et des services d'urgence<sup>5-7</sup>. Mais la piètre qualité des soins ne se reflète pas uniquement dans la mortalité. Elle contribue à une morbidité clinique et psychologique aiguë et chronique pour les quelques 20 millions de femmes qui survivent<sup>8</sup>, affectant de manière durable la santé physique et psychosociale, le bien-être des mères et des nouveau-nés, engendrant des frais de soins de santé supplémentaires permanents<sup>9</sup>, et leur capacité plus limitée à échapper à la pauvreté<sup>6</sup>. Les soins maternels et néonataux de mauvaise qualité ont une incidence économique sur les communautés et les pays<sup>10</sup>, et sapent les efforts entrepris pour combler les inégalités intergénérationnelles en matière de santé<sup>11</sup>. Ces problèmes de qualité ne sont pas nécessairement liés aux ressources disponibles au système de santé. Certains pays à revenu élevé (par exemple, les États-Unis) ont un moins bon classement que d'autres pays bien moins riches (tels que la Pologne ou l'Estonie) pour les indicateurs de santé de l'Indice

des mères 2013<sup>12</sup>. Des soins de qualité médiocre ne sont pas uniquement dus à une absence de services de santé. L'utilisation excessive d'interventions conçues initialement pour traiter des complications soulève des inquiétudes croissantes<sup>13</sup>. Les interventions inutiles pendant la grossesse, l'accouchement et les premières semaines de vie augmentent dans les pays à revenu élevé, intermédiaire et même dans certains pays à faible revenu<sup>14-16</sup>, créant un risque iatrogène pour les femmes et les nouveau-nés<sup>17,18</sup>, sans compter le coût économique particulièrement élevé de ces interventions inutiles<sup>9</sup>.

Bien que le niveau et le type de risque associés à la grossesse, l'accouchement, la période postnatale et les premières semaines de vie diffèrent d'un pays et d'un système de soins à un autre, l'amélioration de l'efficacité, durabilité et abordabilité de soins de qualité est commune à tous. Des connaissances nouvelles sont nécessaires pour éliminer la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale évitables, mais également pour éclairer les décisions à prendre pour garantir l'universalité des soins de santé et le succès du programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015<sup>7</sup>, mais également pour déterminer les actions les plus efficaces pour la Stratégie Mondiale pour la Santé de la Femme et de l'Enfant<sup>21</sup> et le Plan d'Action Chaque Nouveau-né<sup>22</sup>.

Il existe un consensus croissant parmi les professionnels de santé publique selon lequel la maïeutique peut contribuer de manière essentielle aux services de santé maternelle et néonatale de haute qualité<sup>5,21,23-28</sup>. Ce consensus résulte des

Correspondence: Prof. Mary Reimov, Mother and Infant Research Unit, School of Nursing and Midwifery, College of Medicine, Dentistry and Nursing, University of Dundee, Dundee, DD1 4HJ, UK. m.reimov@dundee.ac.uk

domnées probantes tirées d'essais randomisés contrôlés réalisées dans les endroits à revenus élevés<sup>38</sup>. Ainsi que de l'expérience pratique de pays à revenu faible, intermédiaire et élevé<sup>3,11,38,39</sup>. Si d'autres formes de soins ont démontré une réduction de la mortalité maternelle et néonatale<sup>40</sup>, ces expériences nationales démontrent que l'intervention de sages-femmes éduquées, formées, motivées, respectées et agréées, travaillant efficacement avec des médecins et des collègues de santé publique, s'est accompagnée d'une diminution rapide et durable de la mortalité maternelle et néonatale, et d'une amélioration de la qualité des soins. Dans ces pays et dans le langage courant, le terme «soins de sage-femme» décrit soit une activité collaborative à laquelle participent différents prestataires de soins, soit le travail des sages-femmes, ce qui crée une ambiguïté<sup>41</sup>. Celle-ci est levée en français par l'usage du terme «maieutique». Dans ce premier article d'une série de quatre consacrés à la maieutique, nous définissons les termes «maieutique» et «sage-femme», en précisant celui auquel renvoient les données présentées. Nous avons cherché à évaluer, de manière complète et systématique, la contribution que la maieutique, telle qu'elle est exercée par des sages-femmes et autres prestataires de santé, peut apporter

**Messages clés**

- Il existe un consensus croissant selon lequel la maieutique a une contribution importante à apporter au développement de soins maternels et néonataux de haute qualité. Cependant, la compréhension de ce qu'est la maieutique est limitée par un manque d'application cohérent des définitions de cette pratique, ce qui entraîne une mixité d'emplois de personnels professionnels et non professionnels, dont bon nombre ne propose que certaines composantes de la maieutique.
- Après avoir arrêté une définition de la maieutique, nous avons eu recours à une approche multi méthode pour élaborer et évaluer un cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité, qui décrit les caractéristiques des soins dont les femmes enceintes, les nouveau-nés et les familles, ont besoin dans le monde entier.
- L'analyse de 461 revues systématiques montre que 56 résultats, notamment la survie, la santé, le bien-être des femmes et des nouveau-nés, et l'utilisation efficace des ressources peuvent être améliorés par des activités qui relèvent de la maieutique.
- 62 % des 72 pratiques efficaces qui relèvent du champ d'activité de la sage-femme soulignent l'importance de renforcer la physiologie de la grossesse et de la périnatalité, et la nécessité de renforcer les capacités des femmes à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs familles.
- Les résultats d'études consacrées à divers prestataires engagés dans la maieutique n'ont identifié que de faibles bénéfices lorsqu'il était exclusivement fait appel à des travailleurs de santé peu qualifiés. La maieutique allie de pair avec une utilisation plus efficace des ressources et des meilleurs résultats lorsqu'elle était assurée par des sages-femmes éduquées, formées, agréées et régulières, et leur efficacité était la plus meilleure lorsqu'elles étaient intégrées dans le système de santé basé sur un travail d'équipe performant, de filières d'orientation faibles, et des ressources suffisantes.
- Des études de cas menées au Brésil, en Chine et en Inde montrent que les systèmes de santé qui se développent rapidement ont tendance à adopter un modèle reposant sur les recours systématiques aux interventions médicales, sans l'équilibre apporté par la maieutique.
- Ces résultats plaident en faveur d'un changement systémique réévaluant les soins maternels et néonataux fragmentés exclusivement consacrés à l'identification et au traitement des pathologies, au profit de soins qualifiés pour nous, assés d'une prise en charge préventive et d'un soutien, et si nécessaire d'un traitement des pathologies communautaires. Dans cette perspective, la maieutique est cruciale.

à la qualité des soins auxquels les femmes et les nouveau-nés ont accès dans le monde entier. Certaines composantes de la qualité des soins ne pouvant être appréciées que par des essais randomisés<sup>40,41</sup>, nous avons adopté une approche multiméthode pour évaluer les concepts clés de qualité des soins maternels et néonataux, notamment la sécurité, l'efficacité, l'accessibilité, l'éducation, l'accessibilité financière, l'égalité, l'efficacité des soins et services centrés sur les femmes<sup>42</sup>.

Nous avons conçu et évalué un cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité dans tous les secteurs, à l'aide des meilleures données probantes disponibles au regard de l'efficacité des pratiques de soins et des besoins des femmes et des nouveau-nés. Nous avons ensuite utilisé ces informations pour évaluer l'impact potentiel de la maieutique et les professionnels les plus aptes à la pratiquer.

**Définition d'une sage-femme et de la maieutique**

La définition de la sage-femme a été établie par la Confédération internationale des sages-femmes<sup>43</sup> tout comme l'ont été ses compétences<sup>44</sup> (panneau 1).

Dans certains pays, l'ensemble des soins susceptibles d'être prodigués par des sages-femmes diplômées est limité par le système de santé et les barrières culturelles<sup>45-48</sup> et les rôles et responsabilités des différents professionnels de santé se chevauchent parfois inévitablement. Dans de nombreux pays, certains soins relevant de la maieutique sont dispensés par des obstétriciens, des médecins généralistes, des infirmières, des auxiliaires sages-femmes, des travailleurs de santé communautaires ou des acoucheuses traditionnelles, ou par des sages-femmes qui manquent du soutien ou de la formation dont elles ont besoin, et aussi par des sages-femmes compétentes, formées aux normes internationales (et par des infirmières-sages-femmes, qui ont reçu une formation à la fois d'infirmière et de sage-femme)<sup>49,50</sup>. Une définition de la maieutique comme une approche globale est indispensable pour identifier les aspects importants de cette pratique et proposer une structure d'évaluation de la qualité de la maieutique.

Dans cette série, nous définissons la maieutique comme «les soins spécialisés, éclairés et attentifs pour les femmes enceintes, nouveau-nés et familles pendant la période avant et

**Panneau 1: Définition internationale de la sage-femme**

L'Organisation internationale du travail (OIT) décrit les sages-femmes comme le principal groupe professionnel à exercer la maieutique<sup>43</sup>. La Confédération internationale des sages-femmes définit le travail des sages-femmes<sup>44</sup>, ainsi que les compétences et normes essentielles de leur éducation et pratique.<sup>44</sup>

«Une sage-femme est une personne qui a réussi un programme de formation des sages-femmes dûment reconnu dans le pays où il est enseigné et qui est basé sur les compétences essentielles de la pratique de base du métier de sage-femme de l'ICM et le cadre des Normes globales pour la formation des sages-femmes de l'ICM, qui a obtenu les qualifications requises pour être enregistrée et/ou avoir le droit d'exercer légalement la profession de sage-femme et d'utiliser le titre de 'sage-femme', et démontrer la maîtrise des compétences de la maieutique.»

pendant la grossesse, l'accouchement, la suite des couches et les premières semaines de vie. Les éléments clés comprennent l'optimisation des processus physiologiques, psychologiques, sociaux et culturels de la reproduction et du début de la vie ; la prévention précoce et la prise en charge des complications ; la consultation et l'orientation des femmes vers d'autres services spécialisés ; le respect de l'individualité et du point de vue des femmes ; travailler en partenariat avec elles pour renforcer leur capacité de prendre soin d'elles-mêmes et de leurs familles.

**Un cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de haute qualité : développement et évaluation**

Nous avons développé un cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité afin de décrire les caractéristiques de la prise en charge dont les femmes, les nouveau-nés et les familles ont besoin avant et pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale<sup>1</sup>.

Le cadre précise à la fois les éléments nécessaires pour qu'un système de santé soit en mesure de dispenser des soins de haute qualité et la manière dont il assure ses fonctions et atteint ses objectifs dans un contexte donné<sup>51</sup>. Pour ce faire, les éléments essentiels pris en compte ont été les pratiques efficaces, l'organisation des soins, la philosophie et les valeurs des soignants travaillant dans le système de santé, et les caractéristiques des prestataires. Ces éléments sont étroitement liés entre eux.

Notre approche multiméthode (figure 1) a eu recours à certains processus des méthodes classiques de revue systématique et tire parti des progrès des méthodes de la synthèse interprétative<sup>52</sup>, ce qui nous a permis d'intégrer un

éventail de sources pertinentes de données probantes et d'en synthétiser les résultats. Lors de l'avis expert des 35 co-auteurs de la série issus de pays à faible revenu mais également à revenu intermédiaire et élevé, nous avons élaboré un cadre général qui a ensuite été affiné à la lumière des analyses des données issues de trois revues systématiques. Nous avons également mis à profit les enseignements tirés des changements récents dans trois pays en transition à revenu intermédiaire, à savoir le Brésil, la Chine et l'Inde. On trouvera en annexe le nombre et le type de sources de données qui ont alimenté chaque composante du cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité. Le cadre final est illustré par la figure 2. Le cadre est conçu pour s'appliquer dans tous les milieux, et à tous ceux qui utilisent, ou prodiguent, des soins et services maternels et néonataux. Le travail d'équipe et la collaboration interdisciplinaires sont inhérents à la mise en œuvre de ce cadre pour structurer les analyses de données et délimiter le champ de la maieutique.

Le deuxième article<sup>2</sup> de la série utilise le cadre pour définir l'éventail des interventions qui relèvent de la maieutique. Le troisième article<sup>3</sup> utilise le cadre pour recenser les composantes de soins de qualité qui doivent être renforcées, par des exemples nationaux. Ce cadre peut servir à évaluer la qualité des soins, planifier le développement du personnel, affecter les ressources, mettre en œuvre un programme d'éducation, ou identifier des aspects encore incertains qui pourraient être le sujet d'études de recherche futures. Le cadre peut être individualisé pour répondre aux exigences spécifiques d'une population en matière de démographique et de santé, tenant compte des ressources disponibles, du contexte politique, social et culturel dans lequel s'inscrit chaque système de santé.

Voir l'annexe en ligne

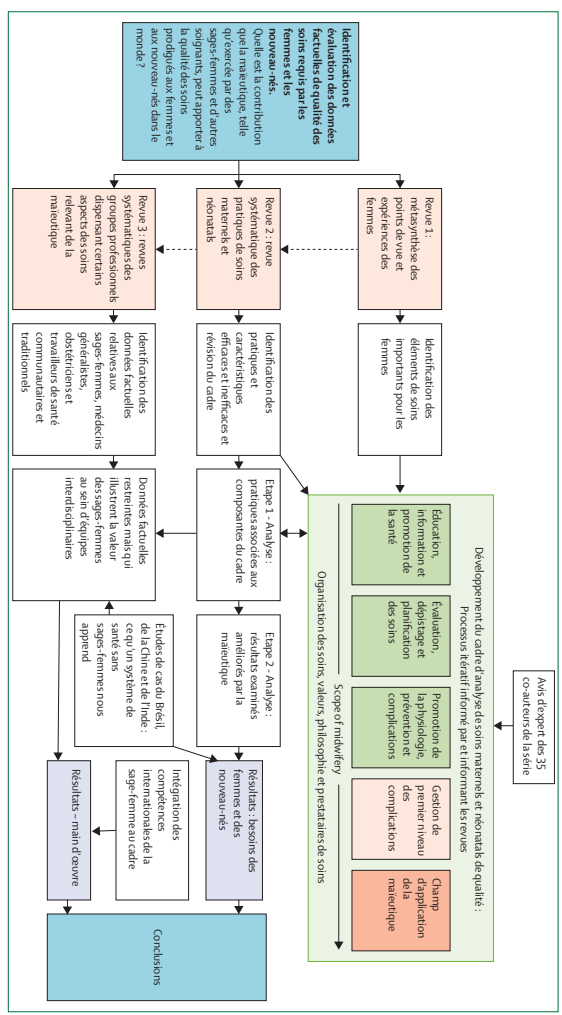
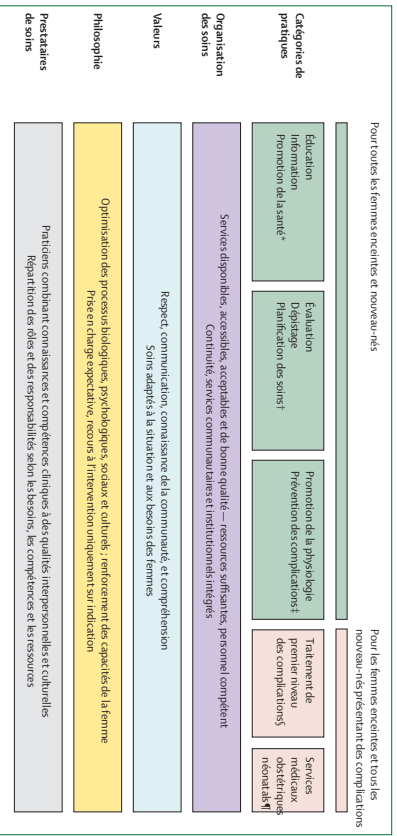


Figure 1. Schéma de l'approche multi-méthode utilisée dans la présente étude



**Figure 2 : Le cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité : composants d'un système de santé maternelle et néonatale nécessaires pour les femmes enceintes et les nouveau-nés**

Exemples d'éducation, d'information et de promotion de la santé : nutrition maternelle, planification familiale et promotion de l'allaitement maternel, l'Exemples d'évaluation, de dépistage et de planification des soins : planification pour les transferts vers d'autres services si nécessaire, dépistage des maladies sexuellement transmissibles, du diabète, du VIH, de la pré-éclampsie, des problèmes de santé mentale, et évaluation du progrès du travail. Exemples de maladies sexuellement transmissibles et de planification des soins : prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, incitation à la mobilité pendant le travail, soins cliniques, éducation et psychologiques en cas de travail et de naissance sans complication, prise en charge immédiate du nouveau-né, contact peau à peau et soutien à l'allaitement maternel. Exemples de prise en charge de premier niveau des complications : traitement des infections lors de la grossesse, administration d'antibiotiques. D au cours de la grossesse pour les femmes Rhésus négatif, version céphalique externe en cas de présentation par le siège, et soins obstétricaux de base et d'urgence pour les femmes et les nouveau-nés. (Surveillance des soins obstétricaux d'urgence, OMS 2009). Ici, quel que soit le traitement de la pré-éclampsie, de l'artérite temporelle post-partum et de l'hémorragie post-partum. Exemples de prise en charge de complications graves : céphalèmes planifiés ou en urgence, transfusions sanguines, soins aux femmes avec grossesse multiple et présentant des complications médicales tels que le VIH ou le diabète, et soins aux nouveau-nés, aux nourrissons de faible poids pour leur agissement et aux nouveau-nés malades.

**Évaluation des composantes des soins maternels et néonataux de qualité : méthodes de revue et résultats**

**Revue 2 : points de vue et expériences de soins maternels et néonataux des femmes**

Pour évaluer les données relatives aux besoins des femmes et des nouveau-nés en matière de service maternels et néonataux, nous avons examiné les métasynthèses d'études qualitatives consacrées aux points de vue et expériences des femmes (Revue 1). On trouvera en annexe les méthodes et résultats détaillés des 13 métasynthèses recensées, ainsi que les études revenues et la méthode d'évaluation de leur qualité. Si les données proviennent principalement de pays à revenu élevé, 20 des 229 études ont été réalisées dans des pays à revenu faible et intermédiaire.

En résumé, les points de vue et expériences des femmes rapportés dans ces métasynthèses révèlent des interactions entre les différentes composantes des soins de qualité repris dans la figure 2. Les femmes ont indiqué que l'information et l'éducation étaient essentielles pour leur permettre de s'auto-informer, qu'elles devaient connaître et comprendre l'organisation des services afin de pouvoir y accéder en temps opportun, que les soins devaient être prodigués par un personnel respectueux, digne de confiance, réprouvant tout geste de maltraitance ou de crainte, et que la prise en charge devait être personnalisée et assurée par des prestataires entraînés et bienveillants. En particulier, les femmes souhaitaient rencontrer des professionnels de santé sachant aller de leurs connaissances et un savoir-faire clinique à des compétences interpersonnelles et culturelles. Ces résultats

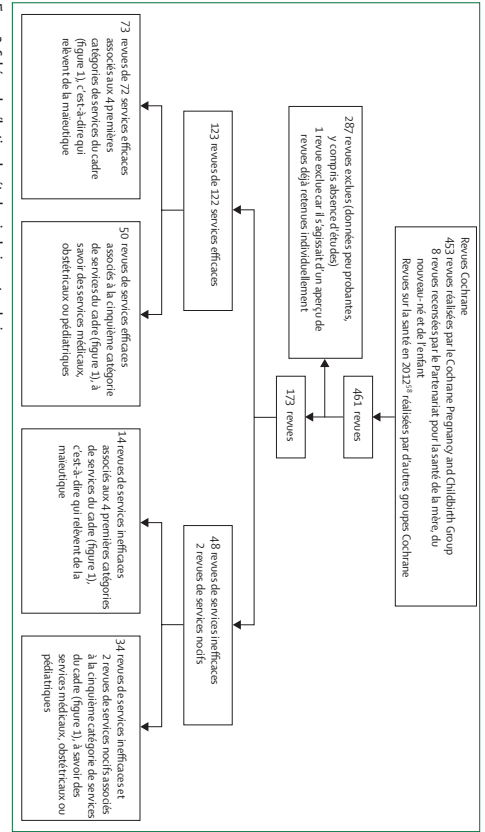
sont cruciaux pour identifier les composantes de soins maternels et néonataux de qualité.

**Revue 2 : efficacité des pratiques de soins maternels et néonataux**

Pour recenser les données probantes d'excellente qualité et actualisées sur l'efficacité des pratiques spécifiques aux soins maternels et néonataux, nous avons utilisé deux sources : les 453 revues systématiques réalisées par le Cochrane Pregnancy and Childbirth Group au profit de la Bibliothèque Cochrane<sup>28</sup> et le Partenariat pour la santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant<sup>29</sup> qui a produit huit autres revues dont les données proviennent de quatre groupes Cochrane (au total, 461 revues ont été analysées).

À titre d'exemple, vérification avant publication, nous avons examiné les revues du Cochrane Pregnancy and Childbirth Group publiées entre mai et décembre 2013 ; on trouvera en annexe les références de 20 nouvelles revues et de 15 revues actualisées qui montrent une évolution de leurs conclusions. L'une de ces revues actualisées<sup>30</sup> ayant occupé une place primordiale dans notre travail, nous l'avons intégrée dans nos analyses. La rigueur des méthodes utilisées dans les revues Cochrane est fondamentalement reconnue comme la norme de référence des soins de santé fondés sur des données probantes, et pour cette raison aucune évaluation complémentaire de leur qualité n'a été entreprise.

La figure 3 illustre le processus de recensement et classement des revues utilisées. Nous avons passé au crible les 461 revues pour déterminer l'étendue sur les résultats en fonction de l'objectif principal de chacune d'elles. Toutes les revues concernaient les pratiques de



**Figure 3 : Schéma de sélection des études - Inclusions et exclusions**

pratiques (ligne supérieure du cadre). Certaines portaient également sur quelques composantes transversales de l'organisation des soins, valeurs, philosophie et prestataires de soins. L'annexe 1 en donne une typologie en fonction des composantes du cadre.

**Étape 1 de l'analyse : parallèle entre les revues et le cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité**

Nous avons classifié la pratique examinée dans chaque revue comme étant efficace, susceptible d'être efficace, susceptible d'être inefficace ou nœve, ou sans résultats probants, selon son effet (y compris l'absence d'études). Nous avons ensuite établi un lien entre les 173 revues dont les données étaient suffisantes pour évaluer leur efficacité (c'est-à-dire excluant les revues dont les résultats étaient peu concluants, voir figure 3) aux catégories de pratiques pertinentes de la ligne supérieure du cadre. Tous les chiffres et pourcentages renvoient au nombre de pratiques plutôt qu'au nombre de revues.

**Pratiques efficaces associées aux catégories du cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité**

On trouvera en annexe la répartition par catégorie de pratiques. Le panneau 2 illustre le détail de pratiques spécifiques, 46 des 122 (38 %) pratiques efficaces<sup>28,30-32,33</sup> sont pertinentes pour toutes les femmes enceintes et tous les nouveau-nés, et 26 (21 %) d'entre elles<sup>30,31,32,33,34,35,36,37,38</sup> concernent une prise en charge de premier niveau des femmes et des nouveau-nés présentant des complications, 50 (41 %) pratiques nécessitant l'intervention d'un praticien possédant des compétences pointues en obstétrique, en néonatalogie ou en médecine, pour prendre en charge les complications graves.

**Étape 2 de l'analyse : évaluation de l'effet de la matériovigilance**

Nous nous sommes ensuite attachés à déterminer comment la matériovigilance au cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité et ce que les données probantes nous disent sur ses effets et sa contribution. Nous avons identifié les quatre premières catégories de pratiques (éducation, information,

promotion de la santé ; évaluation, planification des services de dépistage ; promotion de la physiologie et prévention des complications ; et prise en charge de premier niveau des complications) en fonction de la pratique matériovigilante telle que nous l'avons définie. 72 des 122 (59 %) pratiques efficaces recensées à l'étape 1 relevant de cette pratique (voir figure 3 et tableau pour le détail des pratiques).

**Résultats améliorés par les pratiques efficaces relevant de la matériovigilance**

Ces revues des 72 pratiques efficaces relevant de la matériovigilance ont été soumises à une analyse complémentaire pour identifier les améliorations observées. Plusieurs réserves ont été imprimées, telles que des interrogations sur la qualité ou le nombre d'études expérimentales, ou la publication exclusive de résultats qui semblaient ne bénéficier qu'à certains sous-groupes de participants. Deux de ces revues portaient sur des pratiques jugées efficaces au regard du résultat principal mais, en cas de compromis entre bénéfices et risques, ces derniers sont présentés dans un tableau distinct.

La combinaison de pratique qui relevait de la matériovigilance a permis d'améliorer 56 résultats (tableau). Ils concernent une réduction de la mortalité maternelle et néonatale, et des pertes fœtales, une réduction de la morbidité maternelle et néonatale, y compris des naissances prématurées, une diminution des interventions, une amélioration des résultats psychosociaux, et meilleurs résultats en matière de santé publique et d'organisation des services de santé. L'importance de l'effet de ces résultats varie selon les contextes et dépend de l'organisation de services, et des aptitudes et compétences du personnel.

**Pratiques efficaces liées aux composantes transversales de l'organisation des soins et de leur philosophie**

Nous avons analysé ces 72 pratiques efficaces relevant de la matériovigilance afin de vérifier si elles démontraient les composantes transversales du cadre. Nous avons pu évaluer trois aspects de deux composantes du cadre : leur contribution à la continuité



**Panneau 2: Pratiques efficaces et inefficaces présentées par catégories, dans le cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité relevant de la maternelle, telle qu'elle est définie dans cet article**

<ul style="list-style-type: none"> <li>Pratiques efficaces pour les femmes enceintes et les nouveau-nés</li> <li>Organisation des soins (n=7)<sup>5*</sup></li> <li>Comparaison des établissements conventionnels et alternatifs pour le travail et l'accouchement<sup>29</sup></li> <li>Programmes et évaluation du travail visant à retarder l'admission en salle d'accouchement avant la phase active<sup>60</sup></li> <li>Allaitement exclusif pendant au moins 6 mois pour un bénéfice de santé optimal<sup>61</sup></li> <li>Paquets d'interventions communautaires pour la prévention de la mortalité et morbidité maternelle et néonatale et l'amélioration de la santé des nouveau-nés<sup>56</sup></li> <li>Comparaison de modèles de surveillance globale assurée par la sage-femme et autres modèles de prise en charge des femmes enceintes<sup>5*</sup></li> <li>Non réduction du nombre de consultations prénatales lorsque leur nombre est déjà faible (c'est-à-dire inférieur à 5)<sup>19</sup></li> <li>Agents de santé maternelle et infantile non qualifiés dans les secteurs de soins primaires et communautaires et prise en charge des maladies infectieuses<sup>64</sup></li> <li>Éducation, information, promotion de la santé et santé publique (n=11)<sup>*</sup></li> <li>Moustrages imprimés d'insecticide pour la prévention du paludisme pendant la grossesse<sup>52</sup></li> <li>Conseils spécifiques sur une augmentation de l'apport en énergie et en protéines et supplément protéiné pendant la grossesse<sup>66</sup></li> <li>Interventions pour promouvoir l'arrêt du tabac pendant la grossesse<sup>62</sup></li> <li>Éducation à la santé et soutien par les pairs pour promouvoir l'initiation de l'allaitement<sup>68</sup></li> <li>Supplémentation en acide folique pour les femmes enceintes de moins de 12 semaines ou avant la grossesse, pour la prévention des anomalies du tube neural<sup>69</sup></li> <li>Supplémentation en zinc pour améliorer les résultats de la grossesse et la condition du nouveau-né<sup>70</sup></li> <li>Supplémentation orale universelle quotidienne en fer ou en fer et acide folique, pendant la grossesse pour améliorer la santé maternelle et les résultats sur l'issue de la grossesse<sup>71</sup></li> <li>Supplémentation orale intermittente en fer, ou en fer et acide folique, ou en fer et vitamines, ou en fer et sels minéraux pendant la grossesse pour améliorer la santé maternelle et les résultats sur l'issue de la grossesse<sup>62</sup></li> <li>Supplémentation en calcium pendant la grossesse pour la prévention des troubles hypertensifs et problèmes connexes<sup>72</sup></li> <li>La supplémentation en micronutriments multiples pendant la grossesse<sup>73</sup></li> <li>Éducation sur l'utilisation de moyens contraceptifs par les femmes après l'accouchement<sup>5</sup></li> <li>Évaluation, légitimité et planification des soins (n=1)<sup>*</sup></li> <li>Dépistage et traitement des infections des voies génitales basses pendant la grossesse afin de prévenir les accouchements prématurés<sup>5*</sup></li> <li>Promotion de la physiologie et prévention des complications (n=5)<sup>*</sup></li> <li>Antiviraux visant à réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH<sup>74</sup></li> <li>Médicaments pour la prévention du paludisme chez la femme enceinte<sup>5*</sup></li> <li>Thérapie antirétrovirale pour le traitement de l'infection par VIH chez les femmes enceintes pouvant en bénéficier<sup>75</sup></li> <li>Massage digital du périmètre pendant la grossesse pour prévenir les troubles musculo-squelettiques<sup>76</sup></li> <li>Stimulation des seins pour la maturation ovariale et le déclenchement du travail<sup>68</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soutien continu pendant le travail<sup>63</sup></li> <li>Positions verticales pendant la phase de dilatation<sup>63</sup></li> <li>Techniques de relaxation pour la gestion de la douleur pendant le travail<sup>64</sup></li> <li>Analysée par inhalation pour soulager la douleur pendant le travail<sup>65</sup></li> <li>Immersion dans l'eau pendant les phases de dilatation et d'expulsion<sup>66</sup></li> <li>Techniques péridurales pendant la phase d'expulsion<sup>67</sup></li> <li>Pratique restrictive de l'épisiotomie<sup>68</sup></li> <li>Dépistage de cordon ombilical précédemment clampé et divisé permettant le drainage libre du cordon ombilical<sup>69</sup></li> <li>Délivrance dirigée<sup>70</sup></li> <li>Ergonomie ou oxygène prophylactique pendant la délivrance<sup>71</sup></li> <li>Carbone pour la prévention de l'hémorragie du post-partum<sup>72</sup></li> <li>Oxygène prophylactique pour la prévention de l'hémorragie du post-partum<sup>73</sup></li> <li>Prostaglandine (misoprostol) dans la prévention de l'hémorragie du post-partum<sup>74</sup></li> <li>Contact peau à peau entre mère et nouveau-né dans les premières 24 heures<sup>75</sup></li> <li>Paracétamol (dose unique) pour les douleurs du post-partum immédiat<sup>76</sup></li> <li>Tout type d'analyse que approuvé pour le traitement des douleurs après l'accouchement par voie basse<sup>77</sup></li> <li>Analysée rectale pour le traitement de la douleur après suture du périnée<sup>78</sup></li> <li>Soutien pour les mères qui allaitent<sup>79</sup></li> <li>Antioxydant rétinol pour les femmes enceintes, en prévention du tétraoedème néonatal<sup>80</sup></li> <li>Interventions pour le traitement de la constipation pendant la grossesse<sup>81</sup></li> <li>Traitement topique de la candidose vaginale pendant la grossesse<sup>82</sup></li> <li>Traitement de l'infection génitale à Chlamydia trachomatis pendant la grossesse<sup>83</sup></li> <li>Interventions contre la trichomonose pendant la grossesse<sup>84</sup></li> <li>Antibiotiques pour traiter la vaginose bactérienne pendant la grossesse<sup>85</sup></li> <li>Antibiotiques pour traiter la bactériurie asymptomatique pendant la grossesse<sup>86</sup></li> <li>Traitement des infections urinaires symptomatiques pendant la grossesse<sup>87</sup></li> <li>Administration d'anti-Rhésus D pendant la grossesse pour prévenir l'allo-immunisation anti-Rhésus D<sup>88</sup></li> <li>Interventions pour la prévention et le traitement des douleurs pelviennes pendant la grossesse<sup>89</sup></li> <li>Hydratation maternelle orale pour augmenter le volume du liquide amniotique dans les cas d'oligohydramnios<sup>90</sup></li> <li>Vision épilaire externe en cas de présentation du siège à terme<sup>91</sup></li> <li>Antispasmodiques à faible dose (gastro à faible dose) pour éviter la pré-éclampsie et ses complications<sup>92</sup></li> <li>Accouchement planifié immédiat versus expectative en cas de rupture prématurée des membranes à terme<sup>93</sup></li> <li>Interventions pharmacologiques et mécaniques pour déclencher le travail en ambulatoire<sup>94</sup></li> <li>Massage, réflexologie et autres méthodes manuelles pour gérer la douleur pendant le travail<sup>95</sup></li> </ul>
--	---

(Suite à la page suivante)

(Suite de la page précédente)

<ul style="list-style-type: none"> <li>Acupuncture ou acupression pour la gestion de la douleur pendant le travail<sup>96</sup></li> <li>Application d'une pression négative rapide ou par étapes pour l'accouchement par ventouse<sup>97</sup></li> <li>Comparaison de suture continue et interrompue pour la réparation de l'épisiotomie ou des déchirures du second degré<sup>98</sup></li> <li>Administration d'anti-Rhésus D après la naissance pour prévenir l'allo-immunisation Rhésus D<sup>99</sup></li> <li>Traitement des femmes souffrant d'anémie ferriprive du post-partum<sup>100</sup></li> <li>Antibiothérapie de l'endométrite du post-partum<sup>101</sup></li> <li>Soins maternels la nuit ou pour réduire la morbidité et la mortalité chez les nourrissons de faible poids à la naissance<sup>102</sup></li> <li>Interventions non pharmacologiques, psychosociales ou psychologiques pour la prévention de la dépression du post-partum<sup>103</sup></li> <li>Photothérapie par fibre optique pour le traitement de l'ictère néonatal<sup>104</sup></li> <li>Interventions d'urgence</li> <li>Sulfate de magnésium pour les femmes présentant une pré-éclampsie<sup>105</sup></li> <li>Sulfate de magnésium pour le traitement de l'éclampsie<sup>106</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sulfate de magnésium pour le traitement de l'éclampsie<sup>107</sup></li> <li>mais présentant un compromis entre avantages et inconvénients</li> <li>Promotion de la physiologie et prévention des complications (n=26)<sup>*</sup></li> <li>Traitement prophylactique des alcaloïdes de l'ergot de seigle pendant la délivrance (réduction significative de la perte sanguine moyenne et des hémorragies post-partum) de au moins 500 ml et de l'administration thérapie de l'utérus toniques, mais augmentation de la tension artérielle est un des effets indésirables<sup>108</sup></li> <li>Prise en charge de premier niveau des complications (n=25 interventions, en 26 revues)<sup>1</sup></li> <li>Balnéage des membranes pour déclencher le travail (séparation digitale des membranes du segment utérin inférieur pendant l'examen vaginal, intervention efficace pour réduire la durée de la grossesse et du nombre de grossesses au-delà de 41 et 42 semaines)<sup>109</sup></li> </ul>
--	--

semaines, mais comportant des effets indésirables [douleur, saignements, contractions irrégulières]<sup>109</sup>

**Pratiques inefficaces pour les femmes enceintes et les nouveau-nés**

<ul style="list-style-type: none"> <li>Éducation, information, promotion de la santé et santé publique (n=11)<sup>*</sup></li> <li>Supplémentation en vitamine A pour les femmes pendant le post-partum<sup>110</sup></li> <li>Supplémentation en calcium (seul pour la prévention et le traitement de l'hypertension artérielle)<sup>111</sup></li> <li>Cardiotocographie continue comme méthode de monitoring fœtal pendant le travail (associée à une réduction des convulsions néonatales, mais accrue différence significative sur l'indicateur de la paralysie cérébrale, de la mortalité infantile ou d'autres mesures du bien-être néonatal. En revanche, la cardiocographie a été associée à une augmentation des césariennes et des accouchements instrumentaux par voie basse)<sup>112</sup></li> <li>Promotion de la physiologie et prévention des complications (n=26)<sup>*</sup></li> <li>Ravage systématique du périnée lors de l'admission en salle de travail<sup>113</sup></li> <li>Position à quatre pattes en fin de grossesse ou durant le travail pour la malposition fœtale (latérale ou postérieure)<sup>114</sup></li> <li>Usage restreint de la sucette pendant l'allaitement maternel des nourrissons à terme afin de prolonger la durée de l'allaitement maternel<sup>115</sup></li> <li>Injection veineuse ombilicale systématique pour la délivrance<sup>116</sup></li> <li>Lavements pendant le travail<sup>117</sup></li> <li>Amniotomie pour raccourcir la longueur du travail spontané<sup>118</sup></li> <li>Administration prophylactique de tétracyclines (avant et après l'expulsion du placenta) après un accouchement par voie basse<sup>119</sup></li> <li>Prise en charge de premier niveau des complications (n=25 interventions, 26 revues)<sup>1</sup></li> <li>Hospitalisation et allègement en cas de grossesse multiple<sup>120</sup></li> <li>Soutien pendant la grossesse pour les femmes présentant un risque accru d'accouchement de bébés de faible poids de naissance<sup>121</sup></li> <li>Injection veineuse ombilicale pour le traitement de la rétention placentaire<sup>122</sup></li> <li>Supplémentation en vitamines pour la prévention des fausses couches<sup>123</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quatorze revues<sup>124-141</sup> ont identifié des activités relevant de la maternelle qui étaient inefficaces (panneau 2). Neuf (64 %) des pratiques inefficaces<sup>124-130</sup> concernaient des interventions qui ne devraient pas être utilisées de façon routinière (par exemple l'amniotomie en phase de travail). Ces neuf pratiques apparaissent en italiques dans la partie du panneau 2 consacrée aux pratiques inefficaces, et ces résultats corroborent l'approche consistant à ne pas perturber normalement les processus physiologiques de la reproduction et de la petite enfance (philosophie) ce qui porte à 53 (62 %) du total des pratiques efficaces et inefficaces le nombre de revues qui encourageaient une optimisation de la physiologie.</li> </ul>
--	---

les soins prodigués à la femme ou au fœtus, ou aux deux ; cinq d'entre elles concernaient la mère et le nouveau-né, et une seule concernait les soins prodigués au nouveau-né.

**Pratiques inefficaces**

Quatorze revues<sup>124-141</sup> ont identifié des activités relevant de la maternelle qui étaient inefficaces (panneau 2). Neuf (64 %) des pratiques inefficaces<sup>124-130</sup> concernaient des interventions qui ne devraient pas être utilisées de façon routinière (par exemple l'amniotomie en phase de travail). Ces neuf pratiques apparaissent en italiques dans la partie du panneau 2 consacrée aux pratiques inefficaces, et ces résultats corroborent l'approche consistant à ne pas perturber normalement les processus physiologiques de la reproduction et de la petite enfance (philosophie) ce qui porte à 53 (62 %) du total des pratiques efficaces et inefficaces le nombre de revues qui encourageaient une optimisation de la physiologie.

**Revue 3: caractéristiques et effet des sages-femmes et autres groupes professionnels dispensant certains ou la totalité des composantes de soins relevant de la maternelle**

Pour analyser les caractéristiques et les contributions relatives des sages-femmes et d'autres groupes professionnels assurant



la continuité des soins que celles du groupe témoin. Sandali et ses collègues<sup>99</sup> ont relevé une diminution des coûts dans les modèles de continuité des soins dispensés par les sages-femmes, par rapport aux autres modèles.

#### Composantes de la main-d'œuvre assurées par des travailleurs communautaires et des accoucheuses traditionnelles

Nous avons recensé cinq revues portant sur un total de 109 études. Quatre revues<sup>94,100,101</sup> concernaient des études réalisées dans des pays à revenu faible et intermédiaire, et une revue<sup>102</sup> portait sur des études réalisées dans des pays à revenu moyen, faible, intermédiaire et élevé. Deux revues<sup>98,103</sup> portaient sur la formation de accoucheuses traditionnelles, tandis que trois<sup>94,104</sup> s'intéressaient aux interventions réalisées par d'autres travailleurs de santé communautaires dont les niveaux de formation et capacités de soutien étaient variables. Il s'agissait notamment de travailleurs de santé de village ou d'auxiliaires de santé rémunérés et de bénévoles non rémunérés<sup>98</sup> de travailleuses de santé ou de visiteuses, de travailleurs de santé de communauté ou de village et animateurs<sup>94</sup>, ou encore de travailleurs de santé non professionnels, ne disposant d'aucune formation professionnelle ou para-professionnelle<sup>94</sup>. La formation et le soutien incluaient généralement des pratiques et des ressources telles que des trousseaux d'accouchement et matériel de réanimation propres, un soutien de référence en cas de besoin, et des contacts avec d'autres travailleurs de santé. Les résultats de ces revues des travailleurs communautaires et traditionnels sont très limités en ce qui concerne la contribution de la main-d'œuvre à la qualité des soins. Outre l'hétérogénéité des interventions, on relève que la majeure partie des études a eu lieu dans des milieux très défavorisés, dans lesquels les femmes du groupe témoin auraient pu ne recevoir aucun soin, ou uniquement des soins de base de la part de travailleurs communautaires moins formés. Aucune des revues n'a effectué de comparaison entre les cadres formés, ni entre les soins dispensés par les travailleurs de santé communautaires et traditionnels et les groupes professionnels.

Dans toutes les revues et études consacrées aux travailleurs de santé, les mécanismes sous-tendant l'efficacité des soins prodigués étaient définis brièvement et de manière inconsistante.

#### Champ de pratique des sages-femmes

Nous avons utilisé le cadre pour définir le champ de pratique des sages-femmes formées, agréées et régularisées, d'après les compétences des sages-femmes définies par la Confédération internationale des sages-femmes<sup>105</sup> (annexe). Toutes les compétences ont été associées à une ou plusieurs composantes du cadre, et relevaient toutes des quatre premières catégories, que nous avons définies comme constituant le champ de pratique des sages-femmes, ce qui montre que les sages-femmes qui respectent ces normes s'inscrivent pleinement dans la main-d'œuvre. Une compétence, comprenant la collaboration avec d'autres collègues, a également été évaluée en fonction du niveau de charge de complications sévères et de la disponibilité du personnel.

#### Études de cas : le développement du système de santé dans les sages-femmes

Pour parachever notre approche multiméthode, nous avons examiné trois études de cas de pays dans lesquelles la sage-femme a été absente du système de santé. Ces études sont décrites dans le panneau 3.

L'Inde, la Chine et le Brésil se classent respectivement aux premiers, deuxième et huitième places pour le nombre annuel de naissances, représentant ensemble 33 % de toutes les naissances dans le monde<sup>60</sup>. Nous avons délibérément choisi ces pays car ils sont représentatifs des pays en transition (ces trois pays englobent la plus forte croissance économique depuis la fin du 20<sup>e</sup> siècle) et des pays où la contribution des sages-femmes était absente ou avait été abolie.

Malgré leur diversité et les situations disparates, qu'il s'agisse de connaissances au sein même de leurs frontières, ces pays présentent des traits communs qui illustrent les conséquences du développement économique dans des pays où les sages-femmes ont été marginalisées ou exclues du système de santé. Les études de cas indiquent que privilégier les soins hospitaliers et les soins d'urgence peut entraîner une réduction de la mortalité maternelle et périnatale. Néanmoins, sans l'effet équilibrant du champ complet de l'activité médicale, cette stratégie a également abouti à un nombre croissant d'interventions inutiles, coûteuses et potentiellement dangereuses, ainsi qu'à des inégalités de disponibilité de prise en charge et de résultats. Comme le montrent les études de cas, la prévalence de la césarienne au Brésil et en Chine compte parmi les plus élevées au monde. L'Inde, malgré son développement économique récent, enregistre un taux de mortalité maternelle élevé, ainsi que de fortes inégalités liées à la pauvreté. Les pourcentages élevés des césariennes itératives, sans indication médicale, sont associés à de piètres résultats périnataux<sup>70-72</sup>, et mobilisent inutilement les maigres ressources des centres communautaires de santé primaire et de prévention. Une étude<sup>68</sup> de l'OMS a conduit que 3,1 millions de césariennes supplémentaires seraient nécessaires chaque année dans les pays à faible revenu, alors que dans le même temps, environ 6,2 millions de césariennes inutiles sont pratiquées dans les pays à revenu intermédiaire et élevé.

Comme le montrent les études de cas, ces dernières années, la Chine et le Brésil ont pris des mesures pour redéployer des sages-femmes afin de réduire la mortalité, la morbidité et les interventions inutiles.

#### Discussion

Nous avons utilisé les analyses présentées dans cet article pour élaborer un nouveau cadre factuel qui décrit un système de soins matériels et non matériels de haute qualité destiné à améliorer la santé des mères et des nouveau-nés. Notre analyse a débité non pas par les besoins des professionnels ou du système de santé, mais par ceux décrits par les femmes enceintes et les nouvelles mères. Les perceptions de leurs expériences par les femmes ont une importance intrinsèque<sup>106</sup>, mais lorsque les systèmes ne répondent pas à leurs besoins, les femmes ont tendance à moins les utiliser, et peuvent même les rejeter en bloc<sup>69</sup> pour les femmes, des soins cliniques de qualité, une communication, éducation et information améliorées, et le respect des prestations à leur égard sont des aspects essentiels. La combinaison de ces facteurs est indispensable pour assurer leur bonne santé et celle de leurs nouveau-nés. Au contraire, des services de piètre qualité ou l'absence de respect dans les soins compromettent la santé et le bien-être des femmes et des enfants, et sont susceptibles d'entraîner la réduction globale de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale<sup>69</sup>.

Nous avons élaboré et évalué le cadre par le biais d'un large éventail de sources de données probantes. Ce cadre indique la nécessité de trouver un juste équilibre entre les connaissances de prévention et de soutien pour toutes les

### Panneau 3 : Études de cas

de la confirmation de la grossesse aux deux premières années de l'enfant, par la création d'un réseau de services de soins primaires pour les femmes et les enfants, qui comprend notamment 250 maisons de naissance dirigées par des sages-femmes. Le Ministère de la Santé a lancé le programme national d'internet pour informer et éduquer la femme, une initiative du gouvernement fédéral visant à encourager les établissements d'enseignement supérieurs à promouvoir la formation de professionnels qualifiés en médecine et soins infirmiers, dans le cadre du service de santé publique. Cette initiative a pour but de renforcer la capacité des sages-femmes et des infirmières à proposer une prise en charge globale des femmes et des enfants, allant de la confirmation de la grossesse à l'accouchement, à la période postnatale et jusqu'à la deuxième année de la vie de l'enfant.

Ainsi, deux des pays parmi les plus peuplés du monde ont enregistré au cours de deux dernières décennies une forte croissance et nombre de césariennes pratiquées sans indication médicale, avant de commencer à prendre, en toute indépendance, des mesures visant à corriger leur trop grande dépendance aux soins obstétricaux, par le renforcement des services de médecine. La Chine et le Brésil offrent une mise en garde importante pour les pays en voie de développement qui cherchent actuellement à développer leur modèle de soins maternels et néonataux d'après ceux des pays industrialisés qui s'appuient fortement sur des interventions médicales coûteuses pour améliorer leurs résultats en matière de santé maternelle et néonatale.

**Inde**

L'Inde est le pays qui a le plus grand nombre de professionnels de santé conjugué à la fois une sous-exploitation et une sur-exploitation des interventions. L'Inde enregistre chaque année 27 millions de naissances, soit une naissance sur cinq dans le monde. Si les pays comptent un nombre relativement élevé de sages-femmes, celles-ci ne sont pas toujours déployées selon les normes internationales et prennent en charge moins d'une naissance sur six<sup>107</sup>. La majorité des naissances en zones urbaines et d'un quart des naissances en zones rurales étant suivies par des médecins. Selon l'enquête d'évaluation de la couverture vaccinale réalisée par l'UNICEF en 2009<sup>108</sup>, le taux de césariennes en Inde s'élevait à 15,1 %, un taux presque conforme à la fourchette recommandée par l'OMS. Néanmoins, ce taux global masque d'énormes disparités dans le pays. Les données d'une précédente étude démographique et sanitaire (2005-2006)<sup>109</sup> indiquent qu'à l'échelle d'un État, le taux global de 8,5 % est monté que le taux de césariennes était de 15 % dans les zones urbaines (les plus pauvres et de 32,1 % dans les zones urbaines les plus riches. Au niveau régional, près d'un tiers des mères de Kerala (31 %) accouchaient par césarienne, contre 23 % des mères de Madhrajard<sup>110</sup>. L'enquête d'évaluation de la couverture vaccinale<sup>108</sup> a relevé un taux de césariennes de 34,6 % dans les hôpitaux privés contre 12,4 % dans les hôpitaux publics.

En Chine, l'augmentation des césariennes serait le fruit de l'adoption et de l'interprétation au niveau national de la politique de l'OMS en matière de maternité sans risque et des objectifs du Millénaire pour le développement, qui auraient conduit à une politique nationale d'hyperhospitalisation pour toutes les naissances<sup>68</sup>. Au Brésil, la hausse s'est poursuivie, malgré un réajustement du Ministère de la Santé adopté en 2000 pour réduire le nombre croissant de césariennes<sup>68</sup>. Ce phénomène est en partie dû aux inégalités sociales et reflète la volonté des femmes de bénéficier d'une césarienne afin de ne pas s'exposer à des soins de qualité inférieure lors de l'accouchement<sup>68</sup>. Par ailleurs, la tendance est à l'augmentation des césariennes itératives sans indication médicale, pratiquées avant le travail. En Chine, dans certains hôpitaux, les taux de césariennes sans indication médicale sont passés de 5 %<sup>69</sup> en 1990 à 65,6 % en 2010<sup>68,111</sup>. La Chine a ceci de particulier que sa politique de l'enfant unique, réduite la probabilité pour les femmes d'avoir plusieurs césariennes et donc les problèmes placentaires associés à long terme. Comme en Chine, les données du Brésil reflètent une multiplication par dix des cas de césariennes avant le travail entre 1990 et 2010<sup>68</sup>.

Le discours actuel reconnaît désormais dans les deux pays que la poursuite des tendances actuelles n'est pas soutenable et ne répond pas aux besoins des femmes. Un centre de médecine dirigé par des sages-femmes, créé en Chine en 2008, a permis de réduire considérablement le nombre de césariennes et d'autres formes d'interventions médicales<sup>96-98</sup>. Ce succès a conduit à l'adoption d'écrans de santé visant à réintroduire la sage-femme, par la création d'un réseau mettant en valeur leur pratique dans dix hôpitaux répartis sur l'ensemble du territoire. La Chine établit également l'importance du rôle de la sage-femme et s'efforce d'augmenter les effectifs diplômés de cette profession<sup>68</sup>. Au Brésil, une initiative du ministre de la Santé, adoptée en mars 2011, a créé le réseau des « Rêde Cegonha<sup>112</sup> ». Ce réseau déploie un éventail de mesures pour garantir à toutes les Brésiliennes prises en charge par le système de santé public, de tous les appropriés, sécurisés et humains,









n'ont aucun mécanisme biologique connu. LIST se limite à la modélisation des effets sur la mortalité et ne modélise pas les effets sur l'expérience perçue des soins, la mobilité, ni sur d'autres bénéfices potentiels tels que le bien-être, l'autonomie, la confiance en soi ou encore les problèmes intergénérationnels. Il n'existe à notre connaissance aucune autre méthode permettant une analyse quantitative similaire des effets de non mortalité.

**Interventions efficaces et estimation de leur taux de couverture de référence**

Les interventions de santé maternelle et néonatale efficaces ont été recensées dans le rapport « Intervention essentielles, produits et lignes directrices en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile »<sup>7</sup>, ainsi que dans l'étude de Renfrew et de ses collègues comme pouvant être réalisées dans le cadre de la médecine, notamment par des sages-femmes formées selon les normes internationales et intégrées dans le système de santé. Les interventions médicales spécialisées sont celles qui nécessitent une assistance médicale, telles que les transfusions sanguines et les césariennes (relevant des SONU complets)<sup>8</sup>.

Les données associées à la couverture de référence des interventions maternelles et néonatales sont tirées des Enquêtes démographiques et de santé (EDS), et des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) les plus récentes. Lorsqu'une donnée n'était disponible pour un indicateur, nous avons utilisé la moyenne pour les pays présentant un IDH similaire. Nous avons recensé les hypothèses ou indicateurs utilisés dans le module LIST de la série du *Lancet* consacré à la néonatalité (Neonatal Series<sup>9</sup>) qui sont également décrits dans le manuel du module LIST<sup>10</sup>. Parmi ces hypothèses figurent entre autres (1) l'association entre un minimum de quatre visites et les activités antenatales, telles que l'accès au dépistage et au traitement de la syphilis; (2) l'association entre une assistance qualifiée pendant l'accouchement, la prise en charge en milieu hospitalier et l'accès aux soins obstétricaux d'urgence et les fonctions de signal (y compris la réanimation néonatale), et (3) l'association entre les soins de naissance et les soins hospitaliers prodigués aux nouveau-nés atteints d'infections graves<sup>11</sup> (tableau 1). Pour de nombreux indicateurs, aucune donnée LIST de référence n'était disponible, raison pour laquelle nous avons retenu des données uniques pour la présente analyse, par souci de cohérence avec les données de référence types.

**Gestion active de la troisième phase du travail**

Nous avons modélisé l'effet d'une couverture croissante en interventions maternelles et néonatales en calculant l'ampleur des effets de chaque intervention et les liens associés (voir l'annexe pour la liste complète des estimations utilisées). Chaque fois que l'ampleur de l'effet n'a pu être établie, nous avons distingué les interventions spécifiques du cadre général et les avons utilisées de manière distincte dans le modèle. Par exemple, nous avons estimé l'ampleur individuelle des effets des interventions, telles que l'administration de sulfate de magnésium pour le traitement de la pré-éclampsie sévère ou de l'éclampsie, la prise en charge active de la troisième phase du travail et la réanimation néonatale à partir de la revue des données probantes, et les avons intégrés sous la forme d'effets individuels. Lorsque l'ampleur de l'effet des interventions individuelles n'était pas connue, nous l'avons intégrée aux soins prodigués au cours du travail et de la naissance par un prestataire qualifié. Lors de la modélisation de cette intervention dans le cadre de services SONU complets pertinents, nous avons

pris pour hypothèse qu'elle incluait les césariennes et les transfusions sanguines. Lorsque nous avons modélisé l'intervention d'un prestataire qualifié lors de l'accouchement dans le cadre des SONU de base, nous avons exclu les césariennes, les transfusions sanguines et toute autre intervention qui nécessiterait ces deux activités relevant des SONU complets, mais nous avons intégré d'autres interventions susceptibles de relever de services SONU de base (par exemple, un accouchement réalisé dans de bonnes conditions d'hygiène et le traitement de l'hémorragie et de la septicémie postnatales). Pour la présente analyse, nous avons utilisé toutes les amplitudes d'effet types offertes par LIST, sauf dans de rares cas pour lesquels aucune amplitude d'effet n'était disponible, par exemple le traitement de la septicémie maternelle. Nous avons par conséquent estimé que 80 % de tous les décès dus à des septicémies maternelles pourraient être évités avec une gestion appropriée de chaque cas, notamment par une antibiothérapie par voie parentérale, sur la base d'une analyse de Delpierre<sup>12</sup> et de données d'antécédents complémentaires<sup>13</sup>.

**Construction de populations types**

Nous avons retenu 78 countries, dont la totalité des 58 pays examinés dans le cadre du rapport État de la maternité dans le monde 2011<sup>14</sup>, ainsi que tous les autres pays étudiés par le rapport « Countdown to 2015 for maternal and child survival »<sup>15</sup>.

Ces 78 pays sont durement frappés par la mortalité, ont un revenu faible ou intermédiaire et concentrent 97 % de la mortalité maternelle et 94 % de la mortalité néonatale<sup>16</sup>.

Nous avons classé les pays selon l'IDH<sup>17</sup>, un indicateur composite des indices de prospérité de vie, d'éducation et de revenu. Nous avons retenu cet indicateur après avoir examiné plusieurs autres bases de données qui concernaient des indicateurs plus spécifiques aux femmes, notamment l'Indice « Institutions sociales et Égalité homme-femme<sup>18</sup> » et l'Indice dirigé par genre<sup>19</sup>. Ces bases de données ne contenant pas de données complètes pour les pays qui nous intéressent, nous les avons par conséquent écartés. Nous avons également examiné d'autres déterminants sociaux possibles, notamment le statut des femmes, l'Inégalité de l'eau et l'assainissement, et la proportion de population urbaine. Ces recherches ont donné lieu à des regroupements par pays similaires à ceux obtenus sur la base de l'IDH. Nous avons utilisé l'indicateur IDG pour répartir les 78 pays en trois groupes (groupes de 26 pays (tableau 2). Ce classement nous a permis de produire des estimations des décès évités pour chaque groupe. Le groupe A comprend les pays au plus faible IDH, le groupe B les pays à IDH faible à modéré et le groupe C les pays à IDH modéré à élevé. Dans chaque tertrile (groupes A, B et C), nous avons généré les taux et ratios de mortalité moyens, les valeurs de couverture des interventions de santé, la prévalence du VIH, le taux de prévalence des contraceptifs et les taux globaux de fécondité. À titre de référence pour chaque groupe, nous avons appliqué la couverture de interventions efficaces dans une population hypothétique type de 1 million de personnes pour l'année 2010, sur la base des projections démographiques des Nations Unies pour l'année 2010<sup>19a</sup> intégrées dans le logiciel de modélisation (annexe).

**Modélisation du renforcement des interventions pour les populations types**

Sur la base des populations de référence types, nous avons élaboré plusieurs scénarios pour la période 2010 - 2025. Le premier scénario montre le nombre de décès susceptibles d'être observés en 2025 si aucune évolution de la couverture des interventions ni variation des taux actuels de fécondité ne sont constatés, ignorant les tendances à long terme des projections

Avant la conception (planification familiale)	Indicateur ou indicateur de substitution et formule de conversion si aucun indicateur type n'est disponible
Taux de prévalence des contraceptifs	Pourcentage de femmes présentant un risque de grossesse lors de l'utilisation de toute méthode contraceptive
<b>Autour de la conception</b>	
Supplémentation en acide folique	Substitut : 7 ANYS+, formule : 5 % des femmes qui ont eu 0/US4+ requiert de l'acide folique (célésipropes que 5 % des femmes qui bénéficient de quatre visites antenatales reçoivent une supplémentation en acide folique)
Gestion des grossesses extra-utérines	Substitut : accès aux SONU ; formule : si les accouchements en établissement >50 % 0,75 x accouchement en établissement ; si les accouchements en établissement <30-50 % 0,50 x accouchement en établissement ; si les accouchements en établissement <30 % 0,10 x accouchement en établissement
Services d'avortement médicalisés	Substitut : accès aux SONU ; formule : si les accouchements en établissement >50% 0,75 x accouchement en établissement ; si les accouchements en établissement <30-50 % 0,50 x accouchement en établissement ; si les accouchements en établissement <30 % 0,10 x accouchement en établissement
Soins après avortement	
<b>Après la conception (soins antenataux)</b>	
Tétranus toxoïde	Protected by tetanus toxoid at birth
IPP	Percentage of pregnant women protected against malaria with two or more doses of sulfadoxine-pyrimethamine (treatment option)
Multiple micronutrient supplementation	Percentage receiving iron-folate during pregnancy for >90 days
Calcium supplementation	Proxy ANCA+ ; formule : 5% of women who have ANCA+ receive calcium supplementation
Balanced energy supplementation	Proxy ANC 4+ ; formule ANCA+ + the proportion of children aged 6-23 months appropriately fed (included as effects on perinatal mortality and neonatal death)
Syphilis detection and treatment if needed	Proxy ANCA+ ; formule if ANCA+ is >75 : 0.70 x ANCA+ ; if ANC is 40-75% : 0.5 x ANCA+ ; if ANCA+ is <40% : 0.2 x ANCA+
Diabetes case management	Proxy ANC 4+ ; formule : 5% of women who have ANC 4+ have diabetes requiring and receiving management
Screening for and management of pre-eclampsia with MgSO <sub>4</sub>	Proxy ANC 4+ ; formule : 5% of women who have ANCA+ are screened for pre-eclampsia and managed with MgSO <sub>4</sub>
Case management of malaria in pregnancy	Proxy ANCA+ ; formule : 5% of women who have ANCA+ are managed for malaria in pregnancy
Screening and management of fetal growth restriction	Proxy ANC 4+ ; formule : 5% women who have ANCA+ are screened and managed for fetal growth restriction
PNICT	Percentage of pregnant women who are HIV positive receiving option A
<b>During labour and birth</b>	
Clean birth practices	Formula : 50% skilled birth attendance at home ; 60% essential care ; 85% BEMONC ; 95% CEMONC
Immediate assessment and stimulation	Formula : 25% skilled birth attendance at home ; 50% essential care ; 60% BEMONC ; 90% CEMONC
Skilled birth attendant at birth	Formula : 100% of skilled birth attendance
Neonatal resuscitation	Formula : 20% BEMONC ; 70% CEMONC
Anesthetized corticosteroids for preterm labour	Formula : 20% essential care ; 85% BEMONC ; 95% CEMONC
Antibiotics for preterm	Formula : 20% essential care ; 85% BEMONC ; 95% CEMONC
MgSO <sub>4</sub> for eclampsia	Formula : 20% essential care ; 85% BEMONC ; 95% CEMONC
Active management of the third stage of labour	Formula : 20% essential care ; 85% BEMONC ; 95% CEMONC
Induction of post-term labour	Formula : 20% CEMONC
<b>Post-partum and newborn care</b>	
Thermal care and clean postnatal practices	Proxy : 100% of postnatal visit within 48 h of birth
Kangaroo mother care	Proxy : facility delivery ; formula : 5% of facility delivery
Maternal sepsis case management	Proxy : facility delivery ; formula : if facility delivery is >50% : 0.5 x facility delivery ; if facility delivery is between 30-50% : 0.2 x facility delivery ; if facility delivery is <30% : 0.1 x facility delivery
Breastfeeding promotion	Proxy : Percentage of newborn infants being breastfed exclusively, predominantly, partly, and not at all
Hospital based care for severe newborn infections	Proxy : facility delivery ; formula : if facility delivery is >50% : 0.5 x facility delivery ; if facility delivery is between 30% and 50% : 0.2 x facility delivery ; if facility delivery is <30% : 0.1 x facility delivery

**Tableau 1 : Indicateurs de santé modélisés et de substitution utilisés pour estimer la couverture de base des interventions de santé**

494a-4+ nous nous quatre visites de soins antenatales, SONU+soins obstétricaux et néonatale d'urgence (THP) ; l'abonnement préventif (infirmier) pendant la grossesse contre le paludisme ; SP+salafaxone-pyriméthamine ; PTM+prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH ; SONU de base+soins obstétricaux et néonataux d'urgence, de base, de base SONU complets+soins obstétricaux et néonataux d'urgence et complètes ; RPPM+enquête pré-natale des membres pel-tarème ; En l'absence de données, nous avons utilisé des formules pour estimer la proportion des cas observés traités. Par exemple, nous avons estimé la proportion des grossesses extra-utérines traitées en pourcentage des femmes qui accouchent en établissement dépassent 50 %, 75 % des femmes qui accouchent en établissement qui nécessitent l'intervention bénéficient d'une prise en charge des grossesses extra-utérines ou de soins post-avortement, si nécessaire.



Pays concernés*	
Groupes A:	Afghanistan, Béni, Burkina Faso, Burundi, Tchad, Congoles, Côte d'Ivoire, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Zambie, Zimbabwe
Groupes B:	Angola, Bangladesh, Bhoutan, Cameroun, Congo (Brazzaville), Haiti, Les Salomon, Kenya, Laos, Lesoto, Madagascar, Malawi, Myanmar, Népal, Nigeria, Ouzbékistan, Pakistan, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Zambie, Zimbabwe
IDH faible à élevé	Kenya, Laos, Lesoto, Madagascar, Malawi, Myanmar, Népal, Nigeria, Ouzbékistan, Pakistan, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Zambie, Zimbabwe
Groupes C:	Afrique du Sud, Azerbaïdjan, Bolivie, Botswana, Brésil, Chine, Côte du Nord, Égypte, Gabon, Ghana, Guatemala, Guinée équatoriale, Guyana, Inde, Indonésie, Irak, Kirghizistan, Mexique, Maroc, Nicaragua, Rwanda, Philippines, Tadjikistan, Tchécoslovaquie, Ouzbékistan, Viet Nam

Description	Variation
0 Avenir décalé par rapport à la situation actuelle	Aucune variation des taux de couverture actuels
1 Léger renforcement de la couverture	10 % de hausse tous les 3 à 5 ans
2 Renforcement important de la couverture	25 % de hausse tous les 3 à 5 ans
3 Couverture universelle de toutes les interventions	95 % de couverture de chaque intervention
4 Recul par rapport à la situation actuelle	2 % de réduction tous les 3 à 5 ans

Tableau 2 : Pays classés en trois catégories de populations types (par million de personnes), selon l'IDH

Le DHI (indice de développement humain), 78 pays figurant dans les rapports. Compte à rebours 2015 et l'état de la maternelle dans le monde 2014-21. Les labels « faible », « modéré » à « élevé » correspondent à une catégorie d'indice de développement humain. La Somalie est passée de « modéré » à « faible » et le Congo, le Tchad, le Soudan, avant sa partition en Soudan du Sud et Soudan. \* Le Congo, le Soudan et le Soudan du Sud sont classés dans une autre catégorie à la catégorie des pays à IDH modéré à élevé.

**Tableau 3 : Scénarios utilisés dans la modélisation de l'impact de la maternelle**

de la Division de la population des Nations Unies pour les taux de fécondité et de mortalité (scénario 0, tableau 3).

Les autres scénarios ont estimé l'effet de différentes extensions de la couverture. Le premier a conclu à une augmentation modeste de chacune des interventions de santé (scénario 1). Nous avons défini le terme « modeste » comme une hausse relative de 10 % par rapport aux taux de couverture de référence de chaque intervention, tous les cinq ans entre 2010 et 2025. Le scénario suivant (scénario 2) prévoit un renforcement significatif défini comme une hausse relative de 25 % par rapport au taux de couverture de base pour chaque intervention, tous les cinq ans entre 2010 et 2025. Dans le troisième scénario, nous avons pris l'hypothèse d'une couverture universelle égale à 95 % de toutes les interventions au plus tard en 2025 (scénario 3, voir annexe).

Pour souligner les risques d'un système qui se détériore (qui enregistre une croissance démographique mais ne reçoit aucune ressource, accessible ou personnel supplémentaire), nous avons estimé les décès évités avec une réduction de 2 % en dessous de la couverture de référence pour les interventions, tous les cinq ans entre 2010 et 2025 (scénario 4). Nous avons analysé les quatre scénarios de trois manières différentes. La première analyse concernait toutes les interventions de santé maternelle et infantile, et la planification familiale (renforcement de la planification familiale) (tableau 4), tandis que la deuxième ne portait que sur les interventions de santé maternelle et infantile, sans modification du taux de prévalence des contraceptifs. La troisième analyse n'a porté que sur les évolutions de la planification familiale observées après le renforcement du taux de prévalence des contraceptifs (les données ne figurent pas pour toutes les analyses).

La qualité des soins ne peut pas être modélisée pour être directement intégrée dans LIST. En revanche, LIST a été conçu pour tenir compte du postulat selon lequel l'extension des services de maternelle va de pair avec une amélioration de la qualité.<sup>14</sup> Autrement dit, le modèle part du principe que plus la couverture augmente, plus les services deviennent complets, passant d'un accès minimal à des soins qualifiés, puis de SONU de base à des SONU complets, un éventail complet de soins qui comprend la référence vers un spécialiste. Dans le modèle, la qualité augmente beaucoup plus rapidement lorsque l'accès s'établit et dépasse 95 % que lorsqu'il varie entre 50 % et 95 %. De même, la qualité augmente plus rapidement entre 30 % et 50 % qu'entre 0 % et 30 %.

**Décès évités en fonction des scénarios d'extension de couverture**

Une modeste augmentation de la couverture de la maternelle, y compris de la planification familiale, de 10 % tous les cinq ans (scénario 1) pourrait permettre de réduire de 27,4 % les décès maternels dans les pays du groupe A de 35,9 % dans les pays du groupe B et de 62,7 % dans les pays du groupe C (tableau 4). Compte tenu du faible nombre de décès maternels dans les pays du groupe C, par rapport aux autres groupes, une réduction, en chiffres absolus, des décès maternels entraîne un effet proportionnel plus important dans les pays du groupe C que dans ceux du groupe A. Des réductions similaires sont constatées pour les mort-nés et les décès néonataux. Appliquée à nos tailles de population types, la baisse est la plus forte dans les pays du groupe A, moindre dans ceux du groupe B et la plus faible dans les pays du groupe C (tableau 4). Dans les niveaux les plus faibles (groupe A), les services de maternelle les plus essentiels sont améliorés, notamment les soins d'urgence, mais de manière minimale. Au niveau le plus élevé (groupe C), les services essentiels sont accessibles à tous, de sorte que le renforcement entraîne une amélioration significative de la qualité. Nous observons des résultats similaires en ce qui concerne les taux et les ratios de mortalité (annexe). De fait, la qualité, en fonction du niveau disponible (SONU complets ou SONU de base), augmente plus rapidement lorsque les niveaux de couverture sont plus élevés.

Une augmentation significative de la couverture tous les cinq ans (scénario 2) a donné lieu à une tendance similaire, la plus forte baisse du nombre de décès maternels, des décès néonataux et des mort-nés en 2025 étant observée dans les pays du groupe A (tableau 4). En revanche, la plus forte baisse de mortalité des décès maternels, égal à 75,4 %, est observée dans les pays du groupe B (tableau 4, figure 1).

Dans les pays du groupe A, la mortalité diminue de 26,3 % (95 % scénario 3), la réduction atteint 75 %, contrairement au scénario 4 (recul), où la mortalité augmente. Cette augmentation marginale. Nous observons des diminutions similaires des décès néonataux (tableau 4). Les analyses de la figure 1 intègrent la planification familiale dans l'éventail des soins relevant de la maternelle car elle permet de réduire la fécondité, ce qui réduit le nombre de femmes présentant un risque de décès maternel, de mort-né ou de décès néonatal.

Pour évaluer l'effet de la maternelle sur la santé maternelle, foetale et néonatale, nous avons estimé la réduction du nombre

	Scénario 0 : Aucune variation (décès (n))		Scénario 1 : renforcement modeste (décès (n))		Scénario 2 : renforcement significatif (décès (n))		Scénario 3 : couverture universelle (décès (n))		Scénario 4 : recul (décès (n))	
	Décès (n)	Baisse (%)	Décès (n)	Baisse (%)	Décès (n)	Baisse (%)	Décès (n)	Baisse (%)	Décès (n)	Baisse (%)
<b>Groupes A : IDH faible¹</b>										
Décès maternels	300	27,4 %	200	49,7 %	150	68,0 %	15	69,8 %	50	-11,1 %
Mort-nés	1850	26,3 %	1350	49,7 %	900	67,2 %	400	52,9 %	900	-9,9 %
Décès néonataux	2000	26,8 %	1450	59,5 %	950	69,5 %	200	77,4 %	600	-12,7 %
<b>Groupes B : IDH faible à modéré¹</b>										
Décès maternels	150	35,9 %	100	62,7 %	40	68,0 %	15	69,8 %	50	-11,1 %
Mort-nés	1200	32,1 %	800	50,1 %	400	51,0 %	400	52,9 %	900	-9,9 %
Décès néonataux	1300	34,9 %	850	50,1 %	350	65,6 %	200	77,4 %	600	-12,7 %
<b>Groupes C : modérateur-co-high IDH¹</b>										
Décès maternels	501	20	400	62,7 %	15	68,0 %	15	69,8 %	50	-11,1 %
Mort-nés	800	20	400	62,7 %	15	68,0 %	15	69,8 %	50	-11,1 %
Décès néonataux	550	20	400	62,7 %	15	68,0 %	15	69,8 %	50	-11,1 %

Tableau 4 : Baisse des décès maternels, foetaux et néonataux d'ici à 2025, selon quatre scénarios de renforcement des soins de maternelle et selon trois catégories d'IDH, par million de personnes

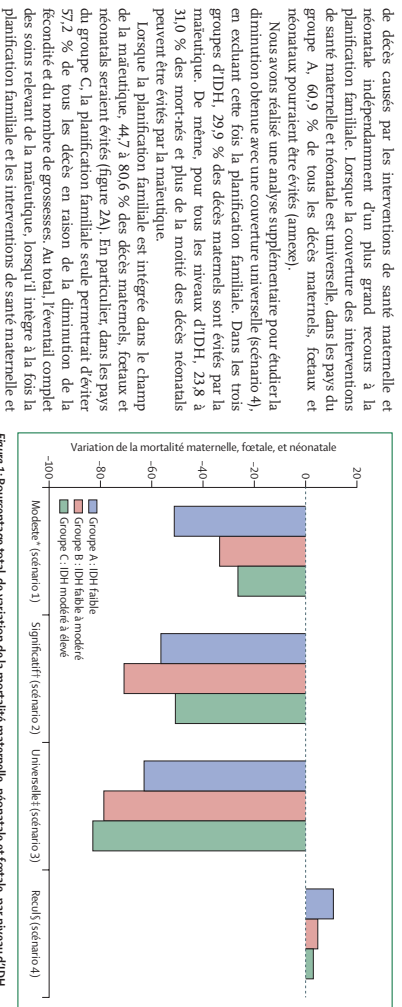
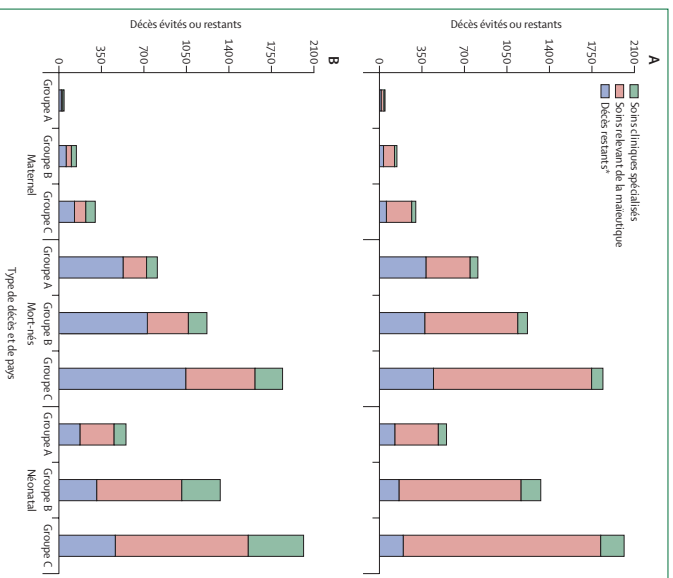


Figure 1 : Pourcentage total de variation de la mortalité maternelle, néonatale et foetale, par niveau d'IDH, selon un scénario d'intervention différents, par million de personnes. IDH=Indice de développement humain. ¹Hauts des 10 % de couverture tous les 5 ans (2010-25). ²Hausse de 25 % de la couverture tous les 5 ans (2010-25). ³95 % de couverture d'ici à 2025. ⁴Diminution de 2 % de la couverture tous les 5 ans (2010-25).

Le deuxième objectif de la présente étude est d'évaluer la valeur de l'apport de soins de spécialiste (obstétricien) à la maternelle, au regard du nombre de vies sauvées parmi les mères, les foetus et les nouveau-nés. Pour ce faire, nous avons pris en compte toutes les actes qui pourraient raisonnablement être réalisés par une sage-femme et relevant de sa pratique<sup>15</sup>, des activités communautaires à la prise en charge de type SONU de base. Ces interventions sont reprises dans les quatre premières cases du cadre d'analyse des soins maternels et néonataux développé pour la présente série.

Nous avons intégré les interventions supplémentaires requises pour des services de SONU complets ou qui requièrent une prise en charge médicale, notamment spécialisée. Ces activités couvrent les services d'avortement sans danger, la prise en charge des grossesses extra-utérines, le travail et l'accouchement relevant des SONU complets (y compris les césariennes et les transfusions sanguines), le traitement pérennal par corticoïdostéroïde en cas de travail prématuré, le déclenchement du travail par dépassement de terme et la prise



**Figure 2. Nombre de décès maternels, fautes et non-rapports évités par les soins de maternité et par des soins spécialisés, qui auraient eu lieu en 2025 en l'absence d'un renforcement, par million de personnes**  
(A) Planification familiale incluse. (B) Planification familiale exclue. \*Décès qui n'auraient pas nécessairement été évités si la couverture des interventions spécifiques prévues dans le modèle avait été atteinte.

en charge en milieu hospitalier des infections graves du nouveau-né. Nous avons considéré que le traitement périal par corticostéroïdes en cas de travail prématuré et le déclenchement du travail pour terme dépassé relevaient des soins spécialisés car ils nécessitent une prise en charge obstétricale et néonatale. Cette analyse nous a permis d'examiner l'effet de la maternelle en tant qu'ensemble de soins, avec l'effet cumulé d'un lien avec les soins spécialisés.

Nous avons observé un effet supplémentaire sur le nombre des décès évités lorsque les soins spécialisés sont intégrés au modèle du scénario 3 (couverture universelle). Néanmoins, cet effet est beaucoup moins prononcé que celui des soins de maternelle (intervention de santé maternelle et infantile, et planification familiale), avec ou sans planification familiale (figure 2).

### Interprétation

#### Même une augmentation modeste de la couverture peut sauver des vies

Même avec le plus faible niveau de renforcement, soit 10 % tous les 5 ans par rapport à la valeur de référence, nous avons observé

une réduction sensible du nombre de décès maternels et néonataux, la réduction la plus importante, en valeur absolue, étant observée dans les pays présentant un faible IDH. En pourcentage, la diminution la plus importante a été relevée dans la catégorie des pays à IDH modéré à élevé, en raison probablement d'une couverture déjà élevée (75 % des naissances en établissement), de sorte que la qualité est plus susceptible d'être améliorée.

Les analyses et les rapports, ces vingt dernières années<sup>16,64,65</sup> ont souligné la nécessité d'un passage à l'échelle des interventions de santé maternelle et néonatale. Or dans de nombreux pays, cette extension de couverture n'a pas eu lieu en raison de contraintes politiques, sociales, culturelles et financières. Le défi qui se pose aux décideurs et aux planificateurs dans le domaine de la santé tient à la manière dont il convient de renforcer des services de maternelle de haute qualité, tout en tenant compte de la complexité des enjeux sous-jacents<sup>66</sup>. Pour l'essentiel, le renforcement relève d'une décision politique qui comprend l'affectation de ressources, mais également la contribution des groupes professionnels et la prise en compte des besoins et des exigences de la population<sup>67</sup>. Dans cette optique, les pays doivent s'efforcer de prendre les décisions qui produisent les meilleurs résultats, au plus faible coût.

Nous recommandons que le scénario idéal (celui d'une couverture universelle à l'horizon 2025) part du principe que des interventions efficaces et de qualité sont effectivement réalisées au sein d'un système de santé opérationnel, par une équipe de professionnels pleinement qualifiés sur le plan de la maternelle et des soins médicaux spécialisés, pour une prise en charge dans un centre communautaire ou un établissement de soins primaires, secondaires ou tertiaires. Compte tenu des défis mondiaux actuels associés aux compétences et à la qualité des soins, et de l'attention insuffisamment accordée par de nombreux programmes de formation des sages-femmes aux fonctions vitales, il s'agit probablement d'une surévaluation de l'effet. Le scénario idéal sera difficile à mettre en place pour de nombreux pays, mais illustre toutefois les effets possibles si la volonté politique, une planification et des ressources significatives étaient mises en œuvre. Certains pays sont parvenus à améliorer de manière notable leur mortalité maternelle avec un renforcement considérable de l'accès aux interventions efficaces<sup>68,69</sup>. Par exemple, l'Érythrie, le Bangladesh et l'Égypte sont des pays aux ressources limitées dont on estime qu'ils sont sur la voie des OMD, avec une réduction annuelle des taux de mortalité maternelle de plus de 5,5 % depuis 1990.<sup>69</sup>

#### Contribution de la planification familiale

La maternelle recouvre des interventions à base communautaire telles que la planification familiale. Dans un modèle de soins combiné comprenant les interventions de santé maternelle et néonatale et la planification familiale, cette dernière a l'effet le plus significatif sur le nombre de décès évités, en raison d'une diminution du nombre de grossesses présentant un risque potentiel pour la mère, le fœtus et le nouveau-né. L'importance de la planification familiale, dans la prévention des décès, est pratiquement documentée<sup>70</sup>. La série du *Lancet*<sup>71,72</sup> sur la planification familiale rappelle l'importance de cette dernière si l'on veut améliorer la santé des populations. On estime qu'une augmentation de l'utilisation de contraceptifs dans les pays en développement a réduit le nombre de décès maternels de 40 % ces vingt dernières années, en raison de la diminution du nombre de grossesses non désirées.<sup>72,73</sup>

L'éventail complet de la maternelle comprend la planification

familiale, montrant que les sages-femmes peuvent contribuer sensiblement à la prévention des décès par un meilleur accès à la planification familiale. Une autre analyse de modification<sup>74</sup> appliquant le logiciel Spectrum dans deux petits pays insulaires du Pacifique suda a montré que la satisfaction des besoins en matière de planification familiale permettrait de réduire considérablement le nombre de grossesses non désirées, les naissances à haut risque et les décès maternels et néonataux. Par ailleurs, élever les grossesses non désirées présenterait des avantages économiques considérables pour les secteurs de la santé et de l'éducation.<sup>75</sup>

Dans la pratique, le renforcement des interventions maternelles et néonatales, et la planification familiale, dans le cadre d'un programme de soins relevant de la maternelle, doivent être menés de front, car tous deux s'appuient sur un service de santé et un personnel opérationnel. La planification familiale fait partie intégrante de la maternelle<sup>69</sup> et cette dernière pourrait également être un moyen d'accéder à la première. Les pays qui ont accru la couverture de la planification familiale ont enregistré une diminution de la mortalité maternelle.<sup>76</sup> Par exemple, le taux de fécondité total au Bangladesh a chuté de 6,3 à 2,7 % entre 1975 et 2007. Le taux de prévalence des contraceptifs a augmenté de 8 % à 56 % entre 1975 et 2007, et le ratio de mortalité maternelle a diminué de 800 en 1990 à 240 en 2010.<sup>76</sup>

#### Effet des soins spécialisés

Dans notre deuxième analyse, nous avons estimé le nombre de vies sauvées sur la base d'un complément des services relevant de la maternelle que des soins spécialisés. Avec ou sans la planification familiale, l'effet des services spécialisés est moins prononcé que l'effet initial observé pour les activités répétées relevant de la maternelle. Dans notre analyse, nous avons observé que les bénéficiaires des soins médicaux spécialisés sont les plus à risque pour la mortalité maternelle, puisque jusqu'à 20 % des décès maternels peuvent être évités par des interventions relevant des SONU complets. Nous recommandons, que, tout comme les soins médicaux et chirurgicaux, la maternelle doit s'inscrire dans un système de santé opérationnel, doté d'une filière d'orientation efficace, notamment d'équipements de communication et de transport, et d'établissements de santé d'accès aisé, équipés et suffisamment dotés en personnel pour prodiguer des soins médicaux spécialisés. Dans cette analyse, nous avons également pris comme point de départ que les compétences médicales spécialisées sont disponibles dans un système de santé opérationnel. Dans les pays qui ne disposent pas suffisamment d'obstétriciens et de gynécologues, la capacité à fournir des soins spécialisés sera moindre et par conséquent les bénéfices potentiels moins importants.

#### Investir dans un dispositif futur pour une meilleure mesure des résultats

Nous avons utilisé les résultats sur la mortalité maternelle, fœtale et néonatale comme résultats essentiels de notre analyse car ce sont les indicateurs les plus disponibles. La plupart des résultats cliniques en matière de santé maternelle et néonatale reposent sur une approche négative plutôt que positive, telle que la mesure de la mortalité ou de l'invalidité. Les futures analyses devraient porter sur des résultats plus larges, notamment la morbidité, la santé mentale et la qualité de vie, tant ces paramètres peuvent également être influencés par la maternelle.<sup>77</sup> Des investissements importants doivent être consentis dans l'évaluation de méthodes standardisées et dans la mise en

œuvre de stratégies de recuil et de d'analyse de données. Les stratégies de mesure de la mortalité et de la morbidité doivent être adaptées aux besoins et aux ressources de chacun des pays, et doivent également renforcer leur capacité technique à produire et exploiter des estimations crédibles.<sup>78,79</sup> La mesure plus large des résultats en santé maternelle produira de meilleures données sur la qualité des services, qui pourront ensuite être utilisées pour déterminer les responsabilités et les actions à mener pour renforcer la maternelle et améliorer ainsi les services maternels et néonataux, et s'assurer que les soins répondent davantage aux besoins des femmes.<sup>69,80</sup>

Dans les pays à revenu élevé, où la qualité des soins et d'autres paramètres de santé peuvent revêtir une priorité différente par rapport aux décès supplémentaires évités, les résultats doivent être examinés différemment. Néanmoins, la qualité des soins et le vécu des femmes sont essentiels dans les secteurs à revenu élevé, intermédiaire et faible et devraient influencer les comportements favorables à la santé. Le panneau explique de quelle manière les soins et les équipes de sages-femmes contribuent dans les pays à revenu élevé à améliorer les résultats, notamment positifs, mais que l'allaitement et la prise en compte des points de vue et vécu des femmes. Dans les pays à revenu élevé, les interventions inopportunes, telles que les césariennes ou le déclenchement du travail inutiles, peuvent également contribuer à la morbidité et à la mortalité.<sup>81</sup>

#### S'assurer que les sages-femmes peuvent être les prestataires des soins

Nous avons utilisé cette modélisation pour examiner la contribution des interventions relevant de la maternelle et la contribution des sages-femmes elles-mêmes en tant que prestataires des soins de santé. La sage-femme, en tant que travailleur de santé, peut mettre en œuvre de manière efficace et efficace l'éventail des interventions soulignées par Benfante et ses collègues.<sup>82</sup> Si la gamme complète des soins, y compris les interventions de soins spécialisés, permet d'éviter la plupart des décès, la sage-femme assure le continuum des soins depuis la communauté jusqu'à la prise en charge clinique complexe<sup>83</sup>, ce que ne peuvent probablement pas faire les spécialistes. Les sages-femmes peuvent potentiellement ancrer les femmes à intégrer le système de santé au niveau et au moment le plus efficace et le plus efficient. Une orientation efficace est souvent entravée par des considérations pratiques, telles que le manque de moyens financiers et la piètre qualité des services de transport, et l'accès difficile aux soins spécialisés dans les établissements de niveau supérieur. À nouveau, cette situation souligne la nécessité d'une intégration de la maternelle, et plus particulièrement des sages-femmes, dans une équipe évoluant dans un système de santé opérationnel et performant, dont le personnel qualifié dispose des compétences nécessaires et est déployé au niveau communautaire, dans les hôpitaux ou les établissements de soins. C'est là une étape essentielle pour permettre aux femmes d'avoir accès aux soins de maternelle de qualité, aux interventions de santé maternelle et néonatale, ainsi qu'aux stratégies de prévention.

#### Limites

Le module LIST permet, par une méthode conviviale, de







Si la modélisation systématique peut permettre d'obtenir des estimations plus fiables de tendances cumulées et de comparaisons entre les pays, l'analyse des trajectoires individuelles sur la durée peut s'avérer problématique. Par exemple, l'accélération spectaculaire enregistrée par le Cambodge dans la diminution de sa mortalité maternelle après 2005, illustrée par les données directes de l'enquête, est listée dans les estimations modélisées. En Indonésie, les chiffres récents sont supérieurs aux estimations modélisées et listées, tandis qu'au Maroc, une grande enquête récente a inclus des multiples à produit des chiffres faibles qui sont inférieurs aux estimations modélisées.

Lorsque des données sur l'évolution de la mortalité neonatale sont disponibles, bien souvent celles-ci sur la mortalité sont incomplètes. Les informations relatives à la mortalité sont au mieux anecdotiques, tout comme le sont les données relatives aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, qui sont une cause importante de mortalité maternelle. Les résultats sociaux qu'une amélioration des soins de santé prodigés aux mères et aux nouveau-nés devrait contribuer à obtenir (intégration sociale, égalité homme/femme, autonomie et participation des femmes) sont faiblement documentés et difficile à attribuer à l'efficacité du programme, comme le sont les éléments contextuels qui influencent le processus décisionnel dans le domaine de la santé et le recours aux soins. À savoir la capacité des femmes, dans une société en phase de modernisation, à exploiter les possibilités offertes par l'amélioration des transports, la téléphonie mobile, les informations audiovisuelles et l'éducation.

La reconstruction des tendances issues des résultats de programmes est toute aussi incertaine. Comment définir le « assis-tance qualifiée », et comment définir les catégories « infirmière-sages-femmes » ou « sage-femme auxiliaire », utilisées dans les questionnaires des enquêtes démographiques et de santé, dont le contenu varie d'un pays à un autre et dans le temps, tout comme l'efficacité et la qualité des services rendus<sup>111</sup>. Par souci de normalisation des enquêtes démographiques et de santé, les « naissances en établissement » couvrent différentes réalités, du domicile d'une sage-femme dans un village isolé aux hôpitaux spécialisés et correctement équipés. Contrairement aux soins antenatals, les critères de qualité des soins de naissance ou des soins de haut niveau ne sont pas aisément disponibles, pour permettre une comparaison entre les pays et dans le temps. Les critères d'évaluation sur la durée des tendances en matière de respect et d'attention n'existent pas actuellement. Les initiatives politiques et du système sont rarement documentées de manière systématique, et peu d'indicateurs de référence peuvent garantir leur objectivité et la continuité de leur mémoire pour l'intégrité de la période. Des événements passés peuvent avoir été rationalisés de manière sélective, et sous-estimé le facteur chance. Les affirmations associées à la contribution relative des efforts consentis par les systèmes de santé sont des fois au mieux incertaines, et nécessitent d'être recoupées avec le plus grand soin.

### Points communs et enseignements Création d'un cercle vertueux d'accès, d'utilisation et de couverture efficace

Malgré ces limites, nous sommes parvenus à reconstruire la manière dont les pays ont déployé un système d'infrastructures et de mesures en partie liées pour s'adapter et progresser dans un environnement en mutation, dans lequel des stratégies ont émergé et se sont organisées d'elles-mêmes dans le temps, par opposition à la mise en œuvre d'un plan global prédefini. L'an-

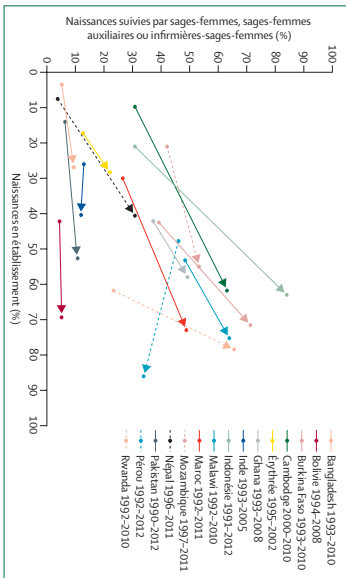


Figure 2 : Tendance des naissances en établissement et pourcentage de naissances suivies par des sages-femmes auxiliaires ou infirmières-sages-femmes (%). Source de données pour les naissances en établissement : enquêtes démographiques et sanitaires. Données relatives à la mortalité maternelle au cours des deux dernières décennies : source de données pour les naissances en établissement : OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale 2014<sup>112</sup>. Ce graphique illustre les données de 15 pays. Les données de série chronologique n'étaient pas disponibles pour six autres pays (Éthiopie, Laos, Myanmar, République démocratique du Congo, République centrafricaine, République du Soudan) ayant enregistré une diminution durable de la mortalité maternelle au cours de deux dernières décennies.

ne détaille les multiples mesures qui ont contribué à rendre la couverture plus efficace, l'accès et l'utilisation plus universels, et le pliage et la mobilisation des ressources plus ciblés. Plutôt que de faire appel à une formule magique, chacun des quatre pays examinés est intervenu à différents niveaux du système de santé, créant ou adaptant des politiques, des procédures et des réponses aux obstacles rencontrés. L'annexe détaille les mesures de renforcement du système de santé adoptées au cours des 25 dernières années pour améliorer la santé maternelle et neonatale dans chacun des pays. La situation individuelle de chaque pays, qui pour des raisons de place, a été placée en annexe (p. 1-14)<sup>113-116,119</sup>, propose des documents, des données et des informations complémentaires sur les liens étroits entre les différents résultats qui ont été obtenus (figure 4 et 5).

Une tendance commune émerge des différentes interventions visant à renforcer le système de santé est présentée à la figure 4 et dans l'annexe (p. 1-14). Quatre lignes d'actions chronologiques ont permis ensemble d'améliorer les résultats en matière de santé maternelle et neonatale : (1) l'extension d'un réseau d'établissements de santé proches du patient, qui a permis un accès amélioré à ceux-ci pour les mères, et la prise en charge en milieu hospitalier des complications; (2) l'augmentation des effectifs de personnels assurant des soins de naissance professionnels, répondant à une demande croissante; (3) la diminution des barrières financières ouvrant à un meilleur accès aux soins; et (4) les tentatives d'amélioration de la qualité des soins. La figure 6 illustre la chronologie globale de ces efforts systémiques, en partant de dates quelque peu arbitraires, compte tenu du renforcement progressif des mesures au fil des années.

Dans les quatre pays, l'amélioration de l'accès des patientes aux établissements de naissance a été la pierre angulaire du renforcement de la couverture. Dans les pays soumis à l'étude, l'amélioration des naissances en établissement s'inscrivait dans une tendance plus large des pays à revenir faible et inter-

médiaire, engagé dans les années 1990<sup>118</sup>. Elle résultait d'une combinaison d'une plus grande offre et d'utilisation des services, cette dernière étant facilitée par la modernisation, la hausse des revenus, l'amélioration des infrastructures routières et du transport, une meilleure communication et une plus grande disposition à utiliser ces services<sup>119</sup>. L'évolution plus lente de cette tendance enregistrée en Afrique peut s'expliquer en partie par la difficulté à développer l'offre au rythme de la croissance annuelle du nombre des naissances, comme l'illustre efficacement l'exemple du Burkina Faso (pp 5-6). L'extension du réseau des établissements de santé, et l'augmentation corrélative de ses effectifs caractérisent d'emblée les quatre pays. Au Maroc, l'extension du réseau d'établissements de santé a débuté dans les années 1980, dans un premier temps avec le développement des centres de soins primaires, et dans les années 1990 avec d'importants investissements dans les centres hospitaliers, centres non spécifiques à la santé maternelle.

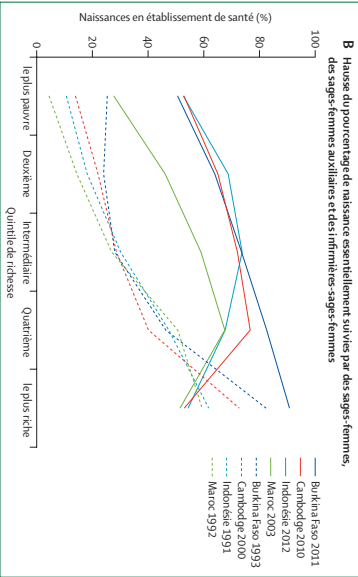
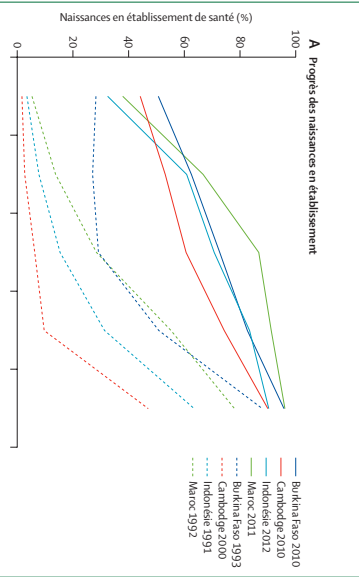


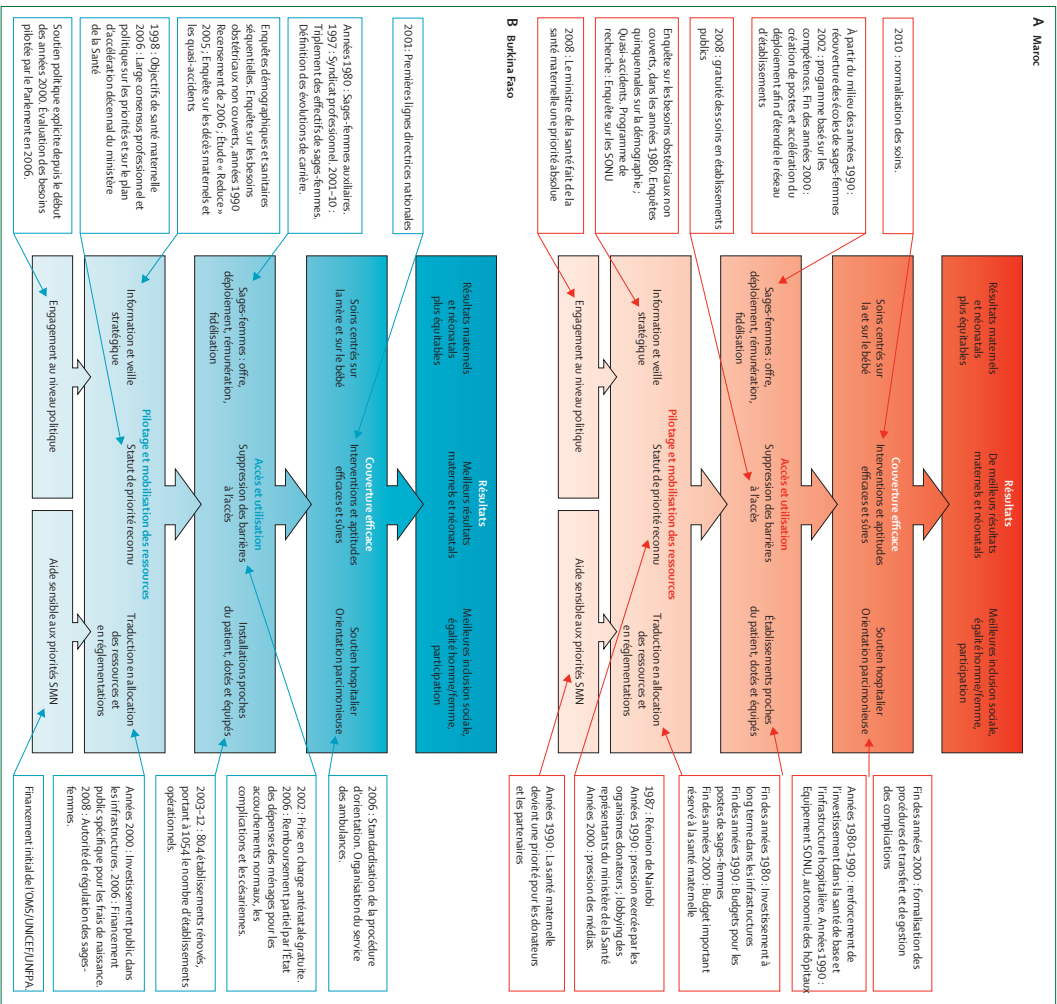
Figure 3 : Hausse des naissances en établissement et pourcentage de naissances essentiellement suivies par des sages-femmes, des sages-femmes auxiliaires ou des infirmières-sages-femmes, par quartile de richesse dans les pays examinés. (A) Naissances en établissement. (B) Pourcentage de naissances essentiellement suivies par des sages-femmes, des sages-femmes auxiliaires ou des infirmières-sages-femmes. Source des données : Enquêtes démographiques et sanitaires, Enquêtes Nationales Population Nutrition Santé.

En Indonésie, l'expansion (de manière moins systématique-ment structurée et plus inégale) réparée sur le territoire du réseau des établissements publics et privés a démarré bien avant les années 1990. Au Burkina Faso, l'extension démarre au début des années 1990 et s'est accélérée vers 2000. Au Cambodge, un système de districts a été créé de toutes pièces à partir de 1993-1995. L'investissement dans ces réseaux d'établissements n'a pas été spécifique à la santé maternelle et neonatale, mais résulte plutôt d'une volonté générale d'étendre l'accès aux soins de santé.

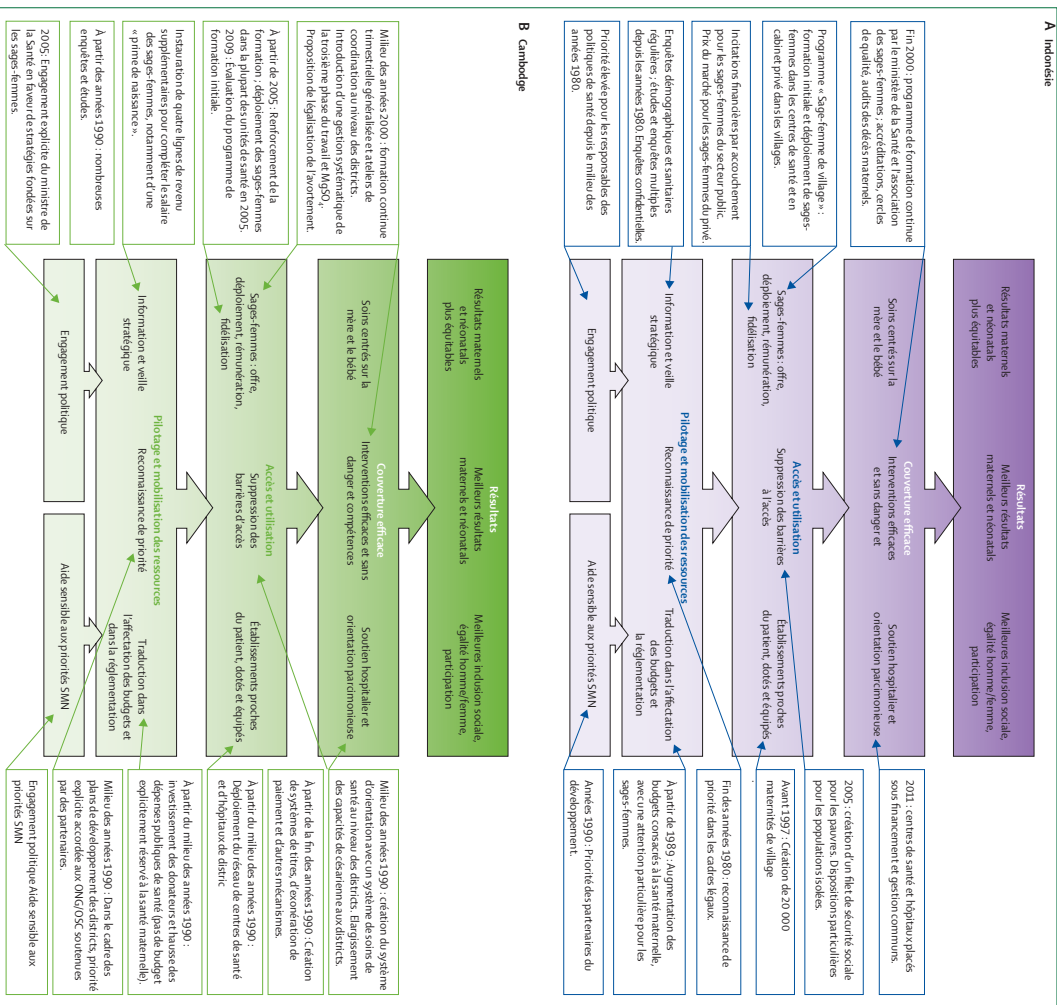
Créer de toutes pièces un réseau de centres de soins, comme dans le cas du Burkina Faso et du Cambodge, prend du temps. Une fois qu'il est en place, le déploiement du personnel peut intervenir très rapidement. Il subsiste néanmoins un écart considérable entre l'extension des infrastructures et le déploiement des sages-femmes au Burkina Faso, au Cambodge et au Maroc. L'indonésien se démarque de cette tendance en ce sens que dans ce pays, les nouveaux personnels étaient non seulement destinés à accompagner le développement des infrastructures de soins, mais également à jouer un rôle déterminant dans la création, dans les villages, de centres de soins spécifiques à la prise en charge des mères. Néanmoins, la faible productivité des sages-femmes des villages indonésiens, qui travaillent de manière isolée, suggère que les principaux bénéfices d'un tel système ont été accrus par l'amélioration de l'accès aux centres institutionnels, dans lesquels l'essentiel des sages-femmes étaient déployées.

Les femmes sont promptes à exploiter les possibilités offertes par un réseau de services plus dense, notamment lorsque les moyens de transport et de communication facilitent davantage encore leur accès. Dans de nombreux pays, l'extension du réseau a engendré un cercle vertueux d'une offre élargie, d'un accès amélioré, d'une utilisation et d'une demande plus forte de services et d'une augmentation des effectifs de sages-femmes. Dans des pays tels que l'Égypte ou l'Inde, une offre importante de médecins a permis de répondre à une demande croissante, parallèlement à la pression sociale et au lobbying professionnel. En revanche, les autorités sanitaires des pays examinés dans le cadre de la présente étude, ainsi que l'Afghanistan, le Malawi et le Népal, ou le Chili, il y a quelques temps, ont opté pour la formation et le déploiement de cohortes importantes de sages-femmes pour absorber la charge de travail. Pour ce faire, ils ont redoublé d'efforts et multiplié les initiatives de formation initiale. Ce renforcement semble essentiellement être une réponse administrative au défi que posait la prestation de services consécutive à l'expansion de l'infrastructure de santé plutôt qu'une préférence idéologique en faveur des sages-femmes et au détriment des médecins. À cet égard, la réactivité et les considérations de coût semblent avoir été les facteurs déterminants<sup>120</sup> (annexe, p. 3, 6).

Suite à la densification du réseau de service et au renforcement des effectifs, tous les pays ont été confrontés à la nécessité de diminuer les barrières financières qui continuaient à nuire l'accès aux soins. Le Cambodge fait exception, en ce qu'il est le seul pays où les préoccupations d'accessibilité financière, bien qu'elles ne soient pas spécifiques à la santé maternelle, ont primé le renforcement de la formation et du déploiement des sages-femmes (figure 5). Dans les autres pays, ces efforts ont été entrepris plus tard. Les techniques mises en œuvre sont multiples : fonds d'équité, exonérations, mécanismes d'assurance, remboursements publics, systèmes de soins, allocations sous conditions, voire retour à des services de santé gratuits (annexe, p. 3, 7). C'était pour l'essentiel



**Figure 4. Mesures de renforcement des systèmes de santé destinées à améliorer la santé maternelle et néonatale au Maroc et au Burkina Faso depuis la fin des années 1980**  
 (A) Maroc. (B) Burkina Faso. L'analyse des documents et les entretiens avec les experts permettent d'identifier les mesures de renforcement des systèmes de santé qui peuvent donner lieu à une amélioration des résultats. Nous avons cartographié ces mesures selon leur contribution au pilotage et à la mobilisation des ressources, à améliorer l'accès et le recours aux soins et la couverture efficace, en tenant compte des aspects clés de la qualité. Cette illustration représente uniquement une petite partie de l'analyse disponible en annexe, qui détaille précédemment chaque cas (en résumant les données probantes disponibles et en précisant les liens complexes entre les différentes mesures, leur chronologie et leur pertinence par rapport aux résultats). Ces informations sont disponibles en annexe (p. 1-14) pour des raisons éditoriales et par manque de place. SNUU = soins obstétricaux et néonataux ; OMS = Organisation mondiale de la Santé.



**Figure 5. Mesures de renforcement des systèmes de santé destinées à améliorer la santé maternelle et néonatale en Indonésie et au Cambodge depuis la fin des années 1980**  
 (A) Indonésie. (B) Cambodge. L'analyse des documents et les entretiens avec les experts permettent d'identifier les mesures de renforcement des systèmes de santé qui peuvent donner lieu à une amélioration des résultats. Nous avons cartographié ces mesures selon leur contribution au pilotage et à la mobilisation des ressources, à améliorer l'accès et le recours aux soins et la couverture efficace, en tenant compte des aspects clés de la qualité. Cette illustration représente uniquement une petite partie de l'analyse disponible en annexe, qui détaille précédemment chaque cas (en résumant les données probantes disponibles et en précisant les liens complexes entre les différentes mesures, leur chronologie et leur pertinence par rapport aux résultats). Ces informations sont disponibles en annexe (p. 1-14) pour des raisons éditoriales et par manque de place. SMN = santé maternelle et néonatale ; ONG = Organisation non gouvernementale ; OSC = Organisation de la société civile.





AC a fourni l'analyse de données et enquête sur l'égalité et la projection des naissances dans les pays africains. L'IBI a participé à l'organisation initiale des réunions, contribué aux études de cas et à la reconstruction et à l'impression de l'article. VDB a contribué à la reconstruction et à l'impression de l'article de la documentation grise et publiée pertinente. VI a participé à l'organisation initiale des réunions, contribué aux études de cas du Camerode et du Maroc, et apporté son concours tout au long du projet. HF a participé à la conceptualisation initiale de l'article, à l'écriture de sa première version, et aux discussions sur le gouvernement et la qualité des données dans la version finale. MC a participé à l'organisation initiale des réunions, contribué à l'étude de cas de l'Indonésie, et à la conception et à la rédaction de la version finale. IL a élaboré les études de cas et contribué à la rédaction générale ainsi qu'aux révisions.

AM a contribué à la conception globale de la deuxième version de l'article, à l'identification des publications pertinentes, de la documentation grise et aux documents relatifs à l'étude de cas du Maroc. SM a participé à l'organisation initiale des réunions, et a développé une étude de cas qui a été à l'origine de l'étude de cas du Maroc. SV a participé à l'organisation initiale des réunions, et a développé une étude de cas qui a été à l'origine de l'étude de cas du Maroc. Les auteurs ont également participé à l'élaboration de l'article et à l'écriture de sa première version. FR a contribué à l'élaboration de l'étude de cas du Burkina Faso et a commenté les révisions générales. TR a contribué à l'élaboration des études de cas et a commenté les commentaires sur les révisions globales. PH a participé à la restructuration de l'article après la première ébauche et à la finalisation de l'article. ST a participé à la création d'études de cas qui ont par la suite été abandonnées et a commenté les révisions générales.

**Declaration of interests**  
Nous déclarons n'avoir aucun intérêt concurrent.

**Acknowledgements**  
La présente étude a été en partie soutenue par une subvention accordée par la Fondation Bill et Melinda Gates (référence GPR1042900), et a bénéficié du soutien complémentaire de l'ICS Integrateur de l'Université de York et de l'Université de Dundee.

Julie Gamble du York Health Economics Consortium a contribué à la recherche documentaire et la Médiocris Information and Resource Service (MIDIRS) a soutenu le travail de recherche. Les travaux de PH-B ont été soutenus par l'Institut de Cooperación Social Integrateur. Ces organisations n'ont joué aucun rôle dans la rédaction de l'article et de la synthèse des résultats du présent rapport. Les résultats et conclusions du présent rapport appartiennent à leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position officielle de leurs employeurs. Le projet a bénéficié de l'appui administratif de Emily Brown et de Tracy Shery, et du soutien de Natalie Muir. Nous remercions les collègues et collègues-attributés pour leur aide continuelle : Hamid Ashraf, Hilda Bonilla, Mickey Chopra, Bernardine Dabinhaus, Frances Day-Shik, Dagnie Declercq, Françoise Doramy, Susi Downie, Elizabeth Goodman, Jeremy Graham, Isaline Grenfell, Caroline Horner, Louise Hudson, Peter Johnson, Fran McCoville, Brian Maloff, Liz Mason, Matthews Mahari, Rene Michel, Nestor Moyor, Mary Rortweg, Arnd Saharoun, Katie Stevens, Kate Trench et Veronica Waldorf. Cet article a été traduit par M. Dariusz Chelido avec l'assistance de Dr. Luc de Bernis.

**References**

1. Rossich C, Wiegman T. Maternal mortality at the end of a decade: Signs of progress? *Bull World Health Organ*. 2011; 79: 563-68.
2. Bailey P, Paxson A, Loah S, Fry D. Measuring progress towards the MDG 5 for maternal health: including a measure of the health inequity. *Bull World Health Organ*. 2013; 91: 254-61.
3. Countdown to 2015. WHO, UNICEF, Health Metrics Network, Population Council, Newborn and Child Health Foundation, Malaria Consortium, Switzerland. *World Health Organization*; 2011.
4. De-Silva, A. I. *Investing in the World's Women: Maternal Health in Malawi and Sri Lanka*. Washington DC, USA: The World Bank; 2002.
5. Goodman E, Campbell O. Reducing maternal mortality in the developing world: sector-wide approaches may be the key. *BMJ*. 2010; 322: 97-20.

6. Kobinsky MA. Reducing maternal mortality—learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe. *Washington DC, USA: The World Bank*; 2003: 1-152.
7. Malqvist M, Lindqvist O, Huy Di N, Burgess C, Phingsoo Hoa DT. Maternal health care utilization in Viet Nam: increasing ethnic inequality. *Bull World Health Organ*. 2013; 91: 254-61.
8. Muddoon KA, Galway LP, Nakajima M, et al. Health system determinants of infant, child and maternal mortality: a cross-sectional study of UN member countries. *Global Health*. 2011; 7: 42.
9. Jain A, De Broovere V. *Behavior in pregnancy and childbirth: concepts and strategies*. In: Van Lerberghe W, De Broovere V, eds. *Safe Motherhood strategies: a review of the evidence studies in health services organization and policy*. Antwerp: TFC press; 2011: 225.
10. McDougall M, Goodman E. Maternal health and health sector reform: opportunities and challenges. In: Van Lerberghe W, De Broovere V, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence studies in health services organization and policy*. Antwerp: TFC press; 2011: 367.
11. Walt G. WHO's World Health Report 2011. *BMJ*. 2011; 343: 6.
12. WHO. *World Health Report 2011: shaping the future*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011.
13. Ergo A, Eicher R, Kobinsky M, Shahi, Washington N. Strengthening health systems to improve maternal, neonatal and child health outcomes: a framework. Washington DC: 2011http://www.nclhp.net/sites/default/files/HSS and MNCH Framework\_final.pdf (accessed Oct 12, 2013).
14. Abouzahr C. Making sense of maternal mortality estimates. 2010. <http://www.unicef.org/hshub/docs/WPI1/HSHUB-WPI1-FULL-WEB-23Oct12.pdf> (accessed Oct 12, 2013).
15. UNFPA, UNICEF, WHO, World Bank. *Trends in Maternal Mortality 1990–2010*. Geneva: World Health Organization; 2012.
16. WHO. *The World Health Report 2010: make every mother and child count*. Geneva: World Health Organization; 2010.
17. Berr M. Maternal mortality or women's health: time for action. *Reprod Health Matters*. 2012; 20: 5–10.
18. Ooms G, Hammmonds R, Richard F, De Broovere V. The global health financing revolution: why maternal health is missing the boat. *Health Affairs*. *Wash Organ*. 2012; 4: 11-12.
19. Lozano R, Wang H, Foreman KJ, et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. *Lancet*. 2011; 378: 1139-65.
20. Van Lerberghe W, De Broovere V. Reducing maternal mortality in a context of poverty. *Stud Heal Serv Organ Policy*. 2011; 7: 1-7.
21. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, Enquête Nationale sur la Population et la Santé Famille* (ENPFS). Rabat; 2012. <http://srsweb.sante.gov.ma/Listes/Actualites/Dispformasp21D-44> (accessed Nov 26, 2013).
22. Dhrimour A. *Indicateur*. Conférence nationale de la santé 1-3 juillet 2013. 2013. <https://www.facebook.com/indicateurs.sante> (accessed Nov 10, 2013).
23. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé et Ministère de la Santé Publique, Division de la Planification et de la Statistique et de l'Informatique Service & Macro International*. DHS, Enquête Nationale sur la Population et la Santé au Maroc. EN-PS-11-1992. Rapport. Rabat, Morocco: SHS; 1992.
24. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, Santé Maroc en Chiffres 2011* (Eln 2012). 2012. <http://srsweb.sante.gov.ma/publications/Documents/publications/SANTE EN CHIFFRES 2011 Edition 2012.pdf> (accessed Nov 5, 2013).
25. UNFPA. *Marocco Country Profile*. In: *The State of the World's Midwifery 2011*. New York: UN Population Fund; 2011.
26. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé et Ministère de la Santé Publique, Division de la Planification et de la Statistique et de l'Informatique Service & Macro International*. DHS, Reduire la Mortalité maternelle au Maroc. *Partager l'expérience et soutenir le progrès*. 2011http://arab.santemagazine.com/Style/StyleInteret/Image/Actualites/arab/santemagazine%3F364.pdf (accessed Nov 28, 2013).
27. *Trends in Maternal Mortality 1990 to 2013, Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division*, 2014. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112682/2/9789246507226\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112682/2/9789246507226_eng.pdf?ua=1).

28. Retniew MJ, McFadden A, Bastos HM, et al. Midwifery and quality care findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014; published online June 23; [http://dx.doi.org/10.1016/S01406736\(14\)60989-3](http://dx.doi.org/10.1016/S01406736(14)60989-3).
29. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé et Ministère de la Santé Publique*. *Enquête Nationale sur la Population et la Santé Famille* (ENPFS). Rabat; 2012. <http://srsweb.sante.gov.ma/Listes/Actualites/Dispformasp21D-44> (accessed Nov 26, 2013).
30. Kasheban M, Bertozzi-Vila A, Coggeshall MS, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014; published online May 7; [http://dx.doi.org/10.1016/S01406736\(14\)60966-6](http://dx.doi.org/10.1016/S01406736(14)60966-6).
31. Adegoke A, Utz B, Muya SE, van den Broek N. Skilled Birth Attendants: Who is Who? A Descriptive Study of Definitions and Roles from Nine Sub-Saharan African Countries. *PLoS One*. 2012; 7: DOI:10.1371/journal.pone.0040220.
32. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, L'ère Blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*. Rabat; 2013.
33. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, Plan national 2008–2012 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile*. *Le développement*. 2010.
34. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, L'ère Blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*. Rabat; 2013.
35. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, Plan national 2008–2012 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile*. *Le développement*. 2010.
36. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, L'ère Blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*. Rabat; 2013.
37. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, Plan national 2008–2012 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile*. *Le développement*. 2010.
38. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, L'ère Blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*. Rabat; 2013.
39. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, Plan national 2008–2012 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile*. *Le développement*. 2010.
40. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, L'ère Blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*. Rabat; 2013.
41. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, Plan national 2008–2012 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile*. *Le développement*. 2010.
42. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, L'ère Blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*. Rabat; 2013.
43. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, Plan national 2008–2012 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile*. *Le développement*. 2010.
44. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, L'ère Blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*. Rabat; 2013.
45. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, Plan national 2008–2012 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile*. *Le développement*. 2010.
46. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, L'ère Blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*. Rabat; 2013.
47. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, Plan national 2008–2012 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile*. *Le développement*. 2010.
48. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, L'ère Blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*. Rabat; 2013.
49. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, Plan national 2008–2012 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile*. *Le développement*. 2010.
50. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, L'ère Blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*. Rabat; 2013.
51. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, Plan national 2008–2012 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile*. *Le développement*. 2010.
52. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, L'ère Blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*. Rabat; 2013.
53. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, Plan national 2008–2012 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile*. *Le développement*. 2010.
54. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, L'ère Blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*. Rabat; 2013.
55. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, Plan national 2008–2012 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile*. *Le développement*. 2010.
56. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, L'ère Blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*. Rabat; 2013.
57. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, Plan national 2008–2012 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile*. *Le développement*. 2010.
58. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, L'ère Blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*. Rabat; 2013.
59. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, Plan national 2008–2012 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile*. *Le développement*. 2010.
60. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, L'ère Blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*. Rabat; 2013.
61. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, Plan national 2008–2012 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile*. *Le développement*. 2010.
62. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, L'ère Blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*. Rabat; 2013.
63. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, Plan national 2008–2012 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile*. *Le développement*. 2010.
64. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, L'ère Blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*. Rabat; 2013.
65. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, Plan national 2008–2012 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile*. *Le développement*. 2010.
66. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, L'ère Blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*. Rabat; 2013.
67. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, Plan national 2008–2012 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile*. *Le développement*. 2010.
68. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, L'ère Blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*. Rabat; 2013.
69. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, Plan national 2008–2012 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile*. *Le développement*. 2010.
70. *Royanne du Maroc, Ministère de la Santé, L'ère Blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé*. Rabat; 2013.

- 71 Burkina Faso Ministère de la Santé Publique. Annuaire Statistique 2003. Ouagadougou, Burkina Faso, 2004. [http://www.sante.gov.bf/phocadownload/Publications\\_statistiques/Annuaire/annuaire\\_statistique\\_2003.pdf](http://www.sante.gov.bf/phocadownload/Publications_statistiques/Annuaire/annuaire_statistique_2003.pdf) (accessed Nov 23, 2013).
- 72 Burkina Faso. Ministère de la Santé Publique. Annuaire Statistique 2012. Ouagadougou, Burkina Faso, 2013. <http://www.sante.gov.bf/index.php/publications-statistiques/file/338-annuaire-statistique-2012> (accessed Nov 23, 2013).
- 73 Secrétariat General-Direction Général de la Santé. Plan de mise en œuvre de la stratégie nationale de subventions des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso. Ouagadougou, 2006. [http://www.sante.gov.bf/phocadownload/Textes\\_fondamentaux/Autres/2.pdf](http://www.sante.gov.bf/phocadownload/Textes_fondamentaux/Autres/2.pdf) (accessed Nov 23, 2013).
- 74 Ridde V, Morestin F. A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa. *Health Policy Plan* 2011; **26**: 1–11.
- 75 Richard F, Ouédraogo C, Compaoré J, Dubourg D, De Brouwere V. Reducing financial barriers to emergency obstetric care: experience of cost-sharing mechanism in a district hospital in Burkina Faso. *Trop Med Int Health* 2007; **12**: 972–81.
- 76 Burkina Faso Ministère de la Santé. Politiques, normes et protocoles de services de la Santé de la reproduction. Ouagadougou, Burkina Faso, 2001.
- 77 Hounton S, Newlands D, Meda N, De Brouwere V. A cost-effectiveness study of caesarean-section deliveries by clinical officers, general practitioners and obstetricians in Burkina Faso. *Hum Resour Health* 2009; **7**: 34.
- 78 Richard F, De Brouwere V, Ouédraogo C. Programme d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les pays en développement Burkina Faso. Rapport Annuel d'Activités 1er Septembre 2002–31 Décembre 2003. Antwerp, Belgium, 2003.
- 79 Filippi V, Ganaba R, Bagaley R. Health of women after severe obstetric complications in Burkina Faso: a longitudinal study. *Lancet* 2007; **370**: 1329–37.
- 80 World Bank. World Bank data profile: Cambodia. Data pages. 2014. <http://data.worldbank.org/country/cambodia> (accessed Jan 1, 2014).
- 81 National Institute of Statistics Directorate General for Health [Cambodia] and ORC Macro. Cambodia Demographic and Health Survey 2000. Calverton, MD USA: ORC Macro, 2001.
- 82 National Institute of Statistics Directorate General for Health [Cambodia] and ORC Macro. Cambodia Demographic and Health Survey 2005. Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2006. <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR185/FR185%5BApril-27-2011%5D.pdf> (accessed Dec 2, 2013).
- 83 National Institute of Statistics Directorate General for Health [Cambodia] and ORC Macro. Cambodia Demographic and Health Survey 2010. Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2011. <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR249/FR249.pdf> (accessed Dec 8, 2013).
- 84 The Kingdom of Cambodia's Health Coverage Plan, Ministry of Health, Phnom Penh, 1996; and: Cambodia Ministry of Health; Health Strategic Plan 2008–2015. Phnom Penh, Cambodia, 2008. [http://www.wpro.who.int/health\\_services/cambodia\\_nationalhealthplan.pdf](http://www.wpro.who.int/health_services/cambodia_nationalhealthplan.pdf) (accessed Dec 17, 2013).
- 85 Walford V, Ghandhi D, Greaves M, Chhi-Vun M, Pigott W, Steen SH. Mid term review of the health sector reform phase III project Cambodia. London, 1999. [erc.undp.org/evaluationadmin/downloaddocument.html?docid=311](http://erc.undp.org/evaluationadmin/downloaddocument.html?docid=311) (accessed Dec 13, 2013).
- 86 Van Lerberghe W. Safer motherhood component of the World Bank, DFID and ADB Health sector support programme. London, UK: DFID Centre for Sexual and Reproductive Health, 2001.
- 87 Von Schreeb S. A survey of essential obstetrical needs, Siem Reap Province, Cambodia. Phnom Penh, Cambodia, 2000.
- 88 Ministry of Health Cambodia. Mid-term review report 2003–June 2006: Health Sector Support Project. Phnom Penh, Cambodia, 2006.
- 89 Ministry of Health Cambodia. Joint annual performance review. Phnom Penh, Cambodia, 2007. [http://www.moh.gov.kh/files/dphi/japr/JAPR2007\\_EN\\_Rn.pdf](http://www.moh.gov.kh/files/dphi/japr/JAPR2007_EN_Rn.pdf) (accessed Dec 22, 2013).
- 90 Ministry of Health Cambodia. Health Strategic Plan 2008–2015. Phnom Penh, Cambodia, 2008. [http://www.wpro.who.int/health\\_services/cambodia\\_nationalhealthplan.pdf](http://www.wpro.who.int/health_services/cambodia_nationalhealthplan.pdf) (accessed Dec 22, 2013).
- 91 Ministry of Health Kingdom of Cambodia. Implementation of the Health Equity Funds Guideline. Phnom Penh, Cambodia, 2009. <http://www.moh.gov.kh/files/hssp2/hefim/HEF Implementation Guidelines-Eng.pdf> (accessed Dec 6, 2013).
- 92 Barber S, Bonnet F, Bekedam H. Formalizing under-the-table payments to control out-of-pocket hospital expenditures in Cambodia. *Health Policy Plan* 2004; **19**: 199–208.
- 93 Bhushan I, Keller S, Schwartz B. Achieving the twin objectives of efficiency and equity: contracting health services in Cambodia. *Asian Dev Bank ERD Policy Briefs* 2002. <http://www.adb.org/publications/achieving-twin-objectives-efficiency-and-equity-contracting-health-services-cambodia> (accessed Dec 2, 2013).
- 94 Soeters R, Griffiths F. Improving government health services through contract management: a case from Cambodia. *Health Policy Plan* 2003; **18**: 74–83.
- 95 Annear P, Bigdeli M, Eang R, Jacobs B. Providing access to health services for the poor: health equity in Cambodia. In: Health and social protection: experiences from Cambodia. China and Lao PDR. Antwerp, Belgium: ITG Press, 2008: 189–226.
- 96 Kremer M, Bloom E, King E, et al. Contracting for health: evidence from Cambodia. *Brookings Res Pap Washingt DC* 2006. <http://www.brookings.edu/research/papers/2006/07/healthcare-kremer> (accessed Dec 3, 2013).
- 97 Wilkinson D, Holloway J, Fallavier P. The impact of user fees on access, equity and health provider practices in Cambodia (WHO Health Sector Reform Phase III Project Report). Geneva: World Health Organization, 2001.
- 98 Fort C, Ravenholt B, Stanley H. Private sector assessment report. Phnom Penh, Cambodia: Reproductive and Child Health Alliance Studies, number 1.
- 99 RACHA. Training, employment and activity level of Cambodia Midwife Association members. Phnom Penh, Cambodia: Reproductive and Child Health Alliance Studies, number 5. 1999.
- 100 Fujita N, Abe K, Rotem A, et al. Addressing the human resources crisis: a case study of Cambodia's efforts to reduce maternal mortality (1980–2012). *BMJ Open* 2013; **3**: e002685.
- 101 RACHA. A Trailer Study of the Cambodian Midwives Association's Continuing Education Program (Reproductive and Child Health Alliance Studies: Number 7). Phnom Penh, Cambodia, 1999. <http://www.racha.org.kh/rc2008/41/CMATra.pdf> (accessed Dec 3, 2013).
- 102 Sherratt DR, White P, Chhuong CK. Final report of the comprehensive midwifery review. Phnom Penh, Cambodia, 2006. [http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R067\\_Sherratt\\_etal\\_2006\\_Cambodia\\_FINAL\\_REPORT\\_COMPREHENSIVE\\_MIDWIFERY\\_REVIEW\\_2006.pdf](http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R067_Sherratt_etal_2006_Cambodia_FINAL_REPORT_COMPREHENSIVE_MIDWIFERY_REVIEW_2006.pdf) (accessed Dec 6, 2013).
- 103 Liljestrand J, Moore J, Tholandi M. Active management of the third stage of labor and eclampsia management as critical components of skilled care during birth in Cambodia. *Int J Gynaecol Obstet* 2010; **111**: 188–89.
- 104 Eng S, Rathavy T, Krasovec K, Liljestrand J. Quality of maternal and newborn health care in Cambodian hospitals in 2011, 2012 and 2013. University Research Corporation, Phnom Penh. In press, 2014.
- 105 Bulatao A, Ross J, Ketsana. C. Ratings of maternal and neonatal health programs across developing countries. Cambodia's ranking (Reproductive and Child Health Alliance Studies: Number 12). Phnom Penh, Cambodia, 2001.
- 106 Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, et al. Going to scale with professional skilled care. *Lancet* 2006; **368**: 1377–86.
- 107 Koblinsky M. Reducing maternal mortality: learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe. Washington DC, USA: The World Bank, 2003.
- 108 Muffler N, El Hassane Trabelssi M, De Brouwere V. Scaling up clinical audits of obstetric cases in Morocco. *Trop Med Int Heal* 2007; **12**: 1248–57.
- 109 Soua Y, Lankoande J, Siho N, Ouedraogo C, Zigani C, Richard F. Rapport de mission atelier régional sur les audits des décès maternels et des cas de morbidités maternelles et néonatales graves. Ouïdah, Burkina Faso, 2005.
- 110 Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth report of a landscape analysis. Washington DC, USA: USAID, 2010.
- 111 Jaffré Y, Olivier de Sardan J. Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest [Inhospital medicine: difficult relations between carers and cared for in five West African capital cities]. Paris, Karlhala, 2003.

## Maïeutique 4



# L'amélioration de la santé maternelle et néonatale par la maïeutique

Petra ten Hoop-Bender, Luc de Bernis, James Campbell, Soo Downe, Vincent Fauveau, Helga Fogstad, Caroline S E Homer, Holly Powell Kennedy, Zoe Matthews, Alison McFadden, Mary J Renfrew, Wim Van Lerberghe

Dans ce dernier article de la série consacrée à la maïeutique, nous analysons les implications, sur le plan des politiques, du cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité, l'effet potentiel des interventions vitales qui relèvent du champ de la pratique des sages-femmes et la chronologie des évolutions des systèmes de santé qui ont permis de réduire la mortalité maternelle dans les pays qui ont accru leurs effectifs de sages-femmes. Il est possible d'améliorer la santé des femmes et des nouveau-nés, à condition d'améliorer également la qualité des soins de santé de la reproduction, maternels et néonataux, et d'accomplir les progrès nécessaires vers la couverture universelle. Dans le présent rapport, nous proposons trois axes prioritaires de recherche et démontrons que l'investissement dans les sages-femmes et leur environnement de travail, formation, réglementation et gestion peut améliorer la qualité des soins. La maïeutique et les sages-femmes sont indispensables si l'on veut atteindre les objectifs nationaux et internationaux dans le domaine de la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, dès à présent et après 2015.

### Introduction

Dans ce dernier article de notre série consacrée à la maïeutique, nous produisons des données probantes (analyses de revues systématiques, études de cas, analyse et modélisation des décès évités) sur la contribution de la maïeutique à la survie, à la santé et au bien-être des femmes enceintes et des nouveau-nés. Nous présentons la série sous l'angle des besoins des femmes enceintes et de leurs souhaits pour elles-mêmes et leurs nouveau-nés, à savoir être en bonne santé, en sécurité, se sentir soutenue et respectée, et donner naissance à un bébé en bonne santé qui pourra se développer normalement. La satisfaction de ces besoins est un élément essentiel du droit de toute personne à jouir du meilleur état de santé possible. Dans la série, nous abordons les valeurs, la philosophie et les fonctions nécessaires pour que le système de santé produise des soins maternels et néonataux de qualité. Les études montrent qu'une hausse de la couverture brute des services offerts à la population ne garantit pas à elle seule des soins de qualité ou une diminution de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale. Dès lors, les politiques doivent améliorer en même temps la couverture et la qualité, car tous deux sont d'égale importance. Cet équilibre fonde la notion de couverture efficace<sup>1-4</sup> (le pourcentage de la population qui nécessite une intervention et qui en bénéficie, avec une qualité suffisante pour la rendre efficace et pour en tirer parti<sup>5</sup>). L'utilisation par les femmes des services relevant de la maïeutique doit être encouragée, des mesures supplémentaires devraient être prises pour répondre aux besoins des femmes et des améliorations devraient être apportées à la qualité des soins reçus par les femmes et les nouveau-nés. Des progrès doivent être réalisés dans ces trois secteurs si l'on vise un bénéfice de santé complet<sup>5</sup>.

Dans cet article, après un bref résumé des trois autres articles de la série<sup>6-8</sup>, nous tirons les enseignements des efforts engagés pour améliorer la couverture et la qualité des soins maternels et néonataux, puis nous recensons les actions nécessaires, urgentes et réalisables pour améliorer la santé et le bien-être des femmes, des nouveau-nés et des enfants. Des changements

actifs et significatifs sont nécessaires pour mettre à disposition les services de santé maternelle et néonatale et veiller à ce qu'ils soient utilisés et de qualité. Nous recensons les pistes de recherche prioritaires pour produire de meilleures données probantes et suggérons plusieurs mesures pratiques que tous les pays pourraient mettre en œuvre pour avancer sur la voie de soins centrés sur les personnes<sup>9</sup> et sur les femmes<sup>10</sup>, qui tiennent compte du bébé, de la famille, du compagnon et de toute autre personne désignée par la femme. Dans la partie finale de l'article, nous analysons pourquoi une couverture universelle, efficace et de qualité des soins occupe une place aussi centrale dans le dispositif de soins primaires et plus généralement de la santé à l'échelle mondiale.

Reconnaissant la diversité des prestataires de santé d'un pays à l'autre, les auteurs des autres rapports de cette série<sup>6-8</sup> étudient à la fois la maïeutique et les personnes qui dispensent les soins relevant de cette pratique (sages-femmes et autres personnels). Cette position a permis l'examen de la base factuelle qui distingue la nature des soins de la manière dont ils sont dispensés et des personnes habilitées à les prodiguer, et renseigne utilement les éducateurs, régulateurs, gestionnaires de systèmes de santé et décideurs (panneau 1).

L'article de Van Lerberghe et de ses collègues<sup>6</sup> présente les efforts consacrés par quatre pays (Burkina Faso, Cambodge, Indonésie et Maroc), au cours des trente dernières années, à l'amélioration de la survie et de la santé maternelles et néonatales par l'investissement dans les sages-femmes et le renforcement d'autres aspects de leurs systèmes de santé. Dans ces quatre pays, diverses modifications des systèmes de santé et initiatives ont été combinées pour réduire durablement la mortalité maternelle et néonatale. L'article illustre la chronologie des événements, commençant par l'expansion des réseaux d'établissements de santé, puis poursuivant par le renforcement de la formation et le déploiement de sages-femmes, ainsi que la réduction des barrières financières, avant de terminer par l'amélioration de la qualité des soins. Dans chaque cas, les questions de l'accès (expansion des réseaux, de l'augmentation

Publié en ligne le 23 juin 2014  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2)

Cet article est le dernier d'une série de quatre articles sur la maïeutique

Instituto de Cooperación Social Integrare, Barcelona, Spain (P ten Hoop-Bender MBA, J Campbell MPH); Fonds des Nations Unies pour la population, Genève, Suisse (L de Bernis MD); School of Health, University of Central Lancashire, Preston, RU (Prof S Downe PhD); Holistic Santé, Montpellier, France

(V Fauveau PhD); Norwegian Agency for Development Cooperation, Oslo, Norvège (H Fogstad MHA); Faculty of Health, University of Technology, Sydney, NSW, Australie

(Prof C S E Homer PhD); Yale School of Nursing, New Haven, CT, États-Unis (Prof H P Kennedy PhD); University of Southampton, Southampton, RU (Z Matthews PhD); Mother and Infant Research Unit, School of Nursing and Midwifery, College of Medicine, Dentistry and Nursing, Université de Dundee, Dundee, RU (A McFadden PhD, Prof M J Renfrew PhD); et Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, Danemark (Prof W Van Lerberghe PhD)

Correspondance :

Petra ten Hoop-Bender, Instituto de Cooperación Social Integrare, Barcelona 08007, Espagne [petra.tenhoop@integrare.es](mailto:petra.tenhoop@integrare.es)

- Messages clés**
- Une offre de services de maternelle, accessible et de qualité, adaptée aux besoins et souhaits des femmes devrait faire partie intégrante de la conception des prestations de soins et devrait nourrir les politiques relatives à la composition, la formation et l'affectation des effectifs de santé dans tous les pays.
  - Les efforts de renforcement de la qualité des soins maternels et néonataux doivent intégrer des mesures efficaces permettant de recenser et de combattre les barrières systémiques à une maternelle de qualité, tel que le statut inférieur des femmes, les réalités interprofessionnelles, la méconnaissance des soins relevant de la maternelle et de ce qu'ils peuvent apporter, un secteur privé de soins de santé maternelle et néonatale non réglementé.
  - Reconnaître et mettre en valeur la contribution importante apportée par la maternelle à l'amélioration de la santé des mères et des nouveau-nés est essentiel pour les programmes, initiatives et établissements nationaux, régionaux et mondiaux de santé.

- La maternelle peut produire des résultats positifs, notamment lorsque les services relevant de cette pratique sont valorisés et respectés, sont proposés au sein de la communauté et intégrés efficacement dans un système de santé fonctionnel.
- L'extension de la couverture équitable et des améliorations qualitatives de la maternelle sera difficile à réaliser dans de nombreux pays, notamment ceux dans lesquels le nombre de naissances annuelles devrait augmenter fortement.
- Les femmes et les communautés devraient être prises en compte dans les processus décisionnels visant à améliorer les services relevant de la maternelle.
- La maternelle peut être examinée sur le plan du rapport coût/efficacité, accessible financièrement et durable. Les gouvernements devraient investir dans le déploiement de sages-femmes et les plans nationaux de santé devraient intégrer une stratégie de renforcement de la maternelle.
- Des investissements plus nombreux devraient être consacrés (par les pays et les partenaires au développement) aux travaux de recherche utiles et à la collecte régulière de données sur la santé maternelle et néonatale, et sur les professionnels de santé reproductrice, maternelle et néonatale.
- La couverture et la qualité de la maternelle devraient faire l'objet d'un suivi régulier et être utilisées pour responsabiliser les parties prenantes, notamment les prestataires et les responsables de programmes.

**Panneau 1 : Définitions utilisées pour la maternelle et la sage-femme**

Dans la présente série, nous définissons la maternelle comme « les soins spécialisés, éclairés et attentionnés prodigués aux femmes enceintes, aux nouveau-nés et aux familles de manière continue avant et pendant la grossesse, pendant l'accouchement, la période postnatale et les premières semaines de vie. Cette pratique consiste essentiellement à optimiser les processus biologiques, psychologiques, sociaux et culturels normaux de la reproduction et de la petite enfance, mais également à prévenir et à prendre en charge rapidement les complications, à consulter et à orienter les femmes vers d'autres services, à respecter la situation et les points de vue individuels des femmes, et à travailler en partenariat avec elles pour renforcer leurs capacités à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs familles ».

L'Organisation internationale du travail<sup>121</sup> décrit les sages-femmes comme le principal groupe de professionnels exerçant la maternelle.

La Confédération internationale des sages-femmes<sup>121</sup> définit le travail des sages-femmes, ainsi que les compétences et normes essentielles de leur formation et pratique de la manière suivante : «Une sage-femme est une personne qui a réussi un programme de formation des sages-femmes dûment reconnu dans le pays où il est enseigné et qui est basé sur les compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme de l'ICM et le cadre des Normes globales pour la formation des sages-femmes de l'ICM ; qui a obtenu ses diplômes requis pour être enregistrée et/ou avoir le droit d'exercer régulièrement la profession de sage-femme et d'utiliser le titre de «sage-femme», et démontre la maîtrise des compétences du métier de sage-femme ».

Nous définissons les soins de santé reproductive, maternelle et néonatale comme les soins dispensés aux filles, aux femmes et aux nouveau-nés avant et pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement, et pendant les premières semaines de la vie.

dernière se limitant aux aspects techniques et aux interventions essentielles, est préoccupant. Dans les pays examinés, mais également dans de nombreux autres pays, il existe un fossé énorme entre les caractéristiques des soins de qualité et la réalité du terrain. De fait, dans certains pays, les décideurs commencent à peine à prendre conscience des multiples facettes de la qualité, à savoir ses dimensions technique (compétences, équipement), interpersonnelle (respect, réactivité, soins inclusifs) et organisationnelle (établissements, filières d'orientation).

En s'appuyant sur des analyses des besoins des femmes et des nouveau-nés, et reconnaissant que les soins de maternelle dont ont besoin les femmes et les nouveau-nés peuvent être dispensés par différents groupes professionnels, composés de sages-femmes et d'autres intervenants, Renfrew et ses collègues définissent les aspects essentiels des soins maternels et néonataux de qualité : l'offre de soins préventifs et de soutien, le traitement efficace des problèmes lorsqu'ils surviennent, le respect des femmes et des nouveau-nés et la réactivité face à leurs besoins, notamment dans les domaines de la sécurité, du respect de la vie privée et de la dignité. Le renforcement de la capacité des femmes à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs nouveau-nés. Les auteurs proposent un cadre d'analyse

de soins maternels et néonataux de qualité fondé sur données probantes, qui élargit la notion de qualité des soins au-delà des dimensions techniques habituelles pour inclure la manière dont ces soins sont dispensés, le lieu où ils le sont et les personnels habilités à les prodiguer. Le cadre d'analyse trouve un équilibre entre soins préventifs et de soutien, entre soins non urgents et soins d'urgence et permet une continuité à la fois des soins et des soignants depuis la prise en charge communautaire jusqu'à celle hospitalière. Le rapport propose de passer d'un système centré sur l'identification et le traitement des pathologies et des troubles à un système de soins qualifiés pour tous (figure 1).

Le rapport de Homer et de ses collègues<sup>9</sup> a recours à l'«Outil des vies sauvées» pour modéliser l'effet potentiel d'un renforcement des interventions essentielles de santé reproductive, maternelle et néonatale<sup>9</sup> qui relève de la compétence de la sage-femme<sup>9</sup>. Les résultats montrent que le renforcement de la maternelle pourrait contribuer à réduire les effets sur la santé indésirables, même dans les contextes de ressources limitées, et pourrait être mis en œuvre avec succès à toutes les étapes de la diminution de la mortalité maternelle et néonatale. Les décideurs politiques pourront utiliser ce rapport pour renforcer l'efficacité et l'efficacité des services de santé reproductive, maternelle et néonatale de leur pays et en mesurer l'impact sur les résultats obtenus.

Le champ de la maternelle couvre à la fois les interventions techniques et la planification familiale, et offre un retour sur investissement significatif, qui peut être encore amélioré par une orientation-référence, en temps opportun, vers des soins spécialisés. Dans les milieux à faible revenu, par exemple, le modèle prédit que, en comparaison avec les données de base actuelles, et sur plus de 15 ans, une hausse de 10 % de la couverture (sous les cinq ans) des interventions (y compris de la planification familiale) réalisées par les sages-femmes entraînerait une baisse de 27 % de la mortalité maternelle. Une augmentation de 25 % par rapport aux données de base

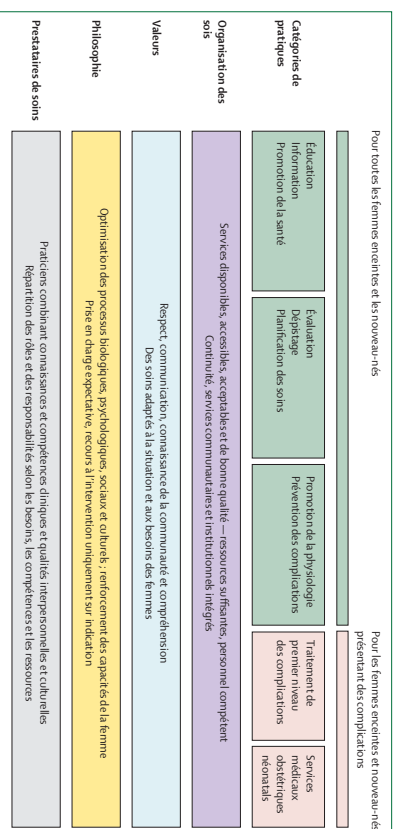
disponibles conduirait à une baisse de 50 % de la mortalité maternelle et une couverture de 95 % permettrait de prévenir 82 % des décès maternels. L'effet de la diminution du nombre de mort-nés et des décès néonataux serait similaire. Au Malawi (qui possède une population d'un peu moins de 15 millions de personnes et un ratio de mortalité maternelle de 460 pour 100 000 naissances vivantes)<sup>6</sup>, une augmentation de 10 % de la couverture, tous les cinq ans, réduirait les décès maternels de 4 500 cas par an en 2010 à 1 200 par an en 2025.

Les cas de mort fœtale diminueraient de 27 500 à 7 200, et les décès néonataux de 30 000 à 8 000. La liste des décès évités issus de la modélisation dans les 78 pays figure dans l'annexe en figure du rapport de Homer et de ses collègues<sup>9</sup>.

Dans ce rapport, les auteurs suggèrent qu'il existe un potentiel encore inexploité pour améliorer les résultats en matière de santé des femmes et des nouveau-nés, par une pratique collaborative<sup>9</sup> des professionnels de santé, à tous les stades du continuum des soins, à condition que les services de santé soient accessibles, de même que les moyens de communication et de transport, et que les barrières financières soient levées.

**Vers une couverture efficace des soins de santé maternelle et néonatale**

Dans de nombreux pays, de multiples professionnels de santé, tels que les médecins, sages-femmes et infirmières, sont engagés dans des services de santé reproductive, maternelle et néonatale, et bénéficieraient du soutien de personnel de santé auxiliaire et de travailleurs de santé communautaires. Pour assurer la continuité et la qualité des soins, leurs compétences et connaissances variées doivent être réunies dans une équipe interprofessionnelle et opérationnelle. Lorsqu'ils travaillent avec des prestataires locaux, les professionnels de santé peuvent améliorer la couverture des systèmes de santé, et combiner ainsi couverture et qualité des soins. Les sages-femmes, à condition d'être bien formées et soutenues, possèdent les compétences



**Figure 1. Le cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité : composantes maternelles et néonatales d'un système de santé requis par les femmes enceintes et les nouveau-nés**  
Titre du premier rapport de la présente série, de Renfrew et ses collègues<sup>9</sup>.

nécessaires pour assurer la continuité des soins de santé reproductive, maternels et néonataux, et peuvent jouer à la fois le rôle de lien et de moteur de cette continuité des soins.<sup>110</sup>

Le renforcement de la contribution des sages-femmes à l'extension des soins de santé reproductive, maternels et néonataux disponibles est une option stratégique qui revêt un intérêt majeur pour les décideurs.

L'efficacité des sages-femmes ressort clairement dans les pays examinés dans le cadre de la présente série d'articles<sup>6</sup> et par la modalisation de l'effet potentiel des interventions techniques relevant de la maternelle,<sup>7</sup> l'effet sanitaire et social du renforcement de la contribution des sages-femmes serait plus important encore si l'on accordait une attention plus complète aux autres facettes du cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité, à savoir l'optimisation des processus physiologiques de la reproduction et du début de la vie, la continuité des soins, l'intervention de prestataires compétents, empathiques et dignes de confiance.

Pourtant, les problèmes de mise en œuvre du cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité sont subsistants dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire qui présentent une mortalité maternelle et néonatale élevée, des réseaux de prestation de soins incomplets et des ressources humaines insuffisantes. Par ailleurs, des problèmes d'efficacité peuvent se poser lorsque les sages-femmes et d'autres cadres de santé n'ont pas la possibilité de déployer toutes leurs compétences. La situation de l'Afrique subsaharienne, où le nombre de grossesses et de naissances continue de progresser<sup>111</sup> chaque année, est particulièrement préoccupante, compte tenu des prévisions de déficit d'effectifs par rapport à une demande croissante<sup>112</sup>. Selon le scénario moyen des projections démographiques des Nations Unies<sup>113</sup>, le nombre de naissances passera de 11 millions en 2010 à 16,6 millions en 2035. L'ampleur du déficit est illustrée par les 14 pays subsahariens présentant une mortalité maternelle élevée et pour lesquels des données de tendance sont disponibles pour l'assistance des sages-femmes à la naissance. En 2009–10, 71 243 sages-femmes et infirmières-sages-femmes ont accompagné dans ces pays en moyenne 42 naissances par an (soit 3 millions au total), soit une couverture de 27%<sup>114</sup>. Bien que ce chiffre soit de près d'un million supérieur aux 2,1 millions de naissances prises en charge par les sages-femmes au début des années 1990 dans les pays d'Afrique subsaharienne<sup>115</sup>, cette hausse de l'offre de service ne suffit pas à absorber la croissance démographique. Les améliorations de l'efficacité de la couverture, dans un contexte où les sages-femmes conserveraient la même charge de travail, nécessiteront non seulement une accélération de l'augmentation des effectifs de sages-femmes en équivalent temps plein (le stock de personnel), mais également une hausse significative de leur productivité. Or, il n'existe aucune règle d'or pour mesurer la productivité du personnel de santé et déterminer les besoins en ressources humaines<sup>116</sup>. Pour contourner cette difficulté, nous avons utilisé le nombre de naissances par an prises en charge par chaque sage-femme (figure 2).

Aux niveaux de productivité actuels, un doublement du nombre de sages-femmes d'ici à 2035 (soit une augmentation nette de près de 3 % par an) ne permettrait de couvrir que 36 % des naissances. Une couverture de 75 % des naissances

en 2035 impliquerait une augmentation du stock de sages-femmes en équivalent temps plein à 299 661 personnes, soit une croissance nette de 6 % par an. Sans augmentation des effectifs de sages-femmes, la productivité devra atteindre en moyenne 175 naissances par sage-femme et par an (norme de référence actuelle de l'OMS)<sup>117</sup> si l'on veut obtenir une couverture de 75 %. Ce chiffre pourrait dépasser les capacités horaires de travail que les sages-femmes consacrent aux activités de soins de santé,<sup>118</sup> restreindre les soins de prise en charge effective du travail et de l'accouchement, et compromettre les soins de qualité centrés sur les femmes.

Dans le rapport *État de la pratique de sage-femme dans le monde 2014<sup>119</sup>, de nouveaux calculs fondés sur les données de nombreux pays permettent d'affiner les besoins en personnel par rapport aux besoins des femmes, dans le cadre de la continuité des soins maternels et néonataux.*

Un investissement dans la seule formation ne suffira pas et devra s'accompagner d'un investissement dans la réglementation, la gestion efficace des ressources humaines et l'environnement de prestation des soins dans lequel travailleront les futures sages-femmes, pour leur permettre non seulement d'absorber la charge supplémentaire de travail, mais également de garantir une qualité de soins cliniques et psychosociaux. D'autres données sont nécessaires pour préciser efficacement les moyens de renforcer le personnel compétent en soins de maternelle, dans les domaines de l'éducation, de la réglementation, de la formation continue, de la progression de carrière, du déploiement, du maintien et de l'amélioration de la qualité, de la pertinence et de la productivité des sages-femmes dans les secteurs public, privé et non lucratif. À cet égard, nous présentons des données complémentaires.

Premièrement, des données complémentaires sont nécessaires sur la mobilité de la main d'œuvre, notamment sur le recrutement, l'affectation et la mutation du personnel vers des régions isolées et insuffisamment dotées. Il s'agira également d'évaluer et d'améliorer le déploiement et la fidélisation du personnel, et de s'assurer que l'augmentation nette des effectifs de sages-femmes correspond à la hausse de la demande dans les régions rurales et urbaines. De nouveaux travaux sur l'affectation et la mutation du personnel apparaissent<sup>120</sup> et les lignes directrices de l'OMS<sup>121</sup> peuvent accompagner le recrutement et la fidélisation des travailleurs de santé dans les zones rurales et isolées. De nouvelles technologies permettent de recenser les différences géographiques sous-nationales dans l'offre et la demande de services de santé maternelle et néonatale. Enfin, il convient de rechercher les informations indispensables pour répertorier et traiter les inégalités d'accès aux services<sup>122</sup>. Des données désagrégées, locales sont également essentielles pour alimenter les stratégies adaptées au regard de la mobilité du personnel et de l'efficacité de la couverture.

Deuxièmement, une meilleure évaluation de la productivité est nécessaire. L'évaluation, la compréhension et les améliorations de la productivité sont un domaine d'intérêt croissant qui repose en partie sur des études du marché du travail de la santé<sup>123,124</sup>. Sur de nouvelles initiatives en matière de financement fondé sur des résultats ou sur la performance. Elles soulignent également l'écart entre les connaissances, les comportements

et les compétences des prestataires de soins (compétence), ce dont ils sont personnellement capables ou non (capacité) et ce qu'ils vont réaliser au final (performance)<sup>125</sup>. Une meilleure compréhension de la productivité des personnels compétents en soins de maternelle, des unités de maternelle et des modèles de pratique est nécessaire, notamment des soins dispensés par les sages-femmes<sup>126</sup> et de la collaboration avec les accoucheuses traditionnelles et les travailleurs de santé communautaires, propice à une plus grande efficacité dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Toutefois, toute initiative dans ce domaine devra veiller à ne pas perdre de vue la nécessité impérieuse de privilégier la qualité des soins par rapport à une approche strictement comptable.

La prise en charge de 175 naissances par sage-femme et par an, valeur de référence adoptée par l'OMS en 2005<sup>127</sup>, est souvent retenue comme une norme de productivité pour les projections. Toutefois, ce chiffre, bien supérieur à la moyenne actuelle de 42 naissances assistées en Afrique subsaharienne, doit être affiné pour tenir davantage compte de la plus grande sensibilité des paramètres et contextes sous-nationaux, de sorte que les futures études proposent une fourchette estimative correspondant aux besoins des femmes avant et pendant la grossesse, avant et après l'accouchement et lors des soins postnataux, dans les régions rurales, péri-urbaines et urbaines. Diverses stratégies de mise en œuvre efficaces doivent également améliorer la productivité et permettre une compatibilité avec le cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité pour les services de santé assurés par des équipes travaillant en milieu hospitalier et au plus près des communautés.

Troisièmement, la demande croissante sur un marché du travail étroit va probablement accélérer la marchandisation des naissances. La forte croissance du secteur privé des services commerciaux de maternelle, l'insuffisance des mécanismes de régulation et la rémunération informelle à l'acte<sup>128</sup> sont des exemples de politiques et de pratiques conduisant à la surmédicalisation. Or, la lutte contre les mécanismes sociaux et économiques sur lesquels repose la marchandisation des naissances n'a pas été, ces trois dernières décennies, une priorité des programmes, des politiques, et de la recherche dans le domaine de la santé maternelle et néonatale. Pour élaborer des stratégies permettant de gérer une marchandisation croissante, une meilleure compréhension des nouvelles tendances et des options possibles, capables de limiter les effets indésirables de la marchandisation et de résoudre les inégalités qu'en résultent, est nécessaire.

### Amélioration de la qualité des soins de santé maternelle et néonatale

Depuis une dizaine d'années, le monde de la santé primaire reconnaît à sa juste valeur l'importance des soins centrés sur les personnes<sup>129</sup>, alors que parallèlement, en matière de santé maternelle et néonatale, l'attention s'est essentiellement polarisée sur les interventions vitales et l'extension de la couverture des soins. Cette dichotomie a conduit à ce paradoxe que la qualité de la santé maternelle et néonatale commence à peine à émerger. Le souci de la qualité des soins est illustré dans la documentation consacrée aux relations parfois difficiles entre les documentaristes et les femmes<sup>130,131</sup>, marquées parfois par le

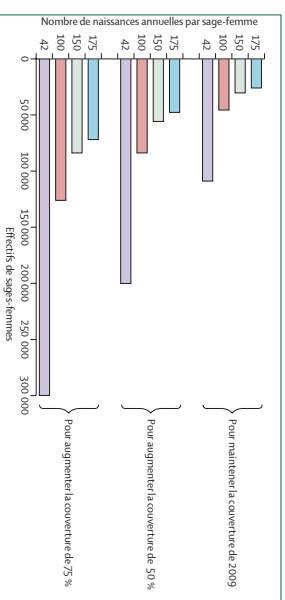


Figure 2 : Projections des effectifs de sages-femmes nécessaires pour atteindre les niveaux de couverture spécifiques d'ici à 2035 dans 14 pays subsahariens, selon plusieurs hypothèses de productivité. Les pays étudiés sont le Bénin, le Côte d'Ivoire, le Ghana, le Kenya, Madagascar, le Malawi, le Mali, le Nigéria, le Nigeria, le Rwanda, le Togo, le Togo, le Zimbabwe. La productivité des sages-femmes se définit comme le nombre de naissances soignées par sage-femme, par an. 19 Actuellement, chaque sage-femme suit en moyenne 42 naissances par an en Afrique subsaharienne.

marque de respect, la maltraitance et l'abandon des soins. Mais ces situations reflètent souvent des problèmes plus profonds des systèmes de santé<sup>132</sup>, d'avantage qu'un simple problème de qualité, et leur reconnaissance n'a pas conduit à l'adoption de mesures correctives cohérentes. Dans les pays à revenu élevé, la qualité des soins privilégiée souvent un choix éclairé, délaissant les autres aspects du cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité, ce qui conduit à l'adoption de solutions techniques irréfléchies, et sans aucun égard pour la construction, plus difficile et à plus long terme, de systèmes intégrant des soins préventifs et tenant compte des valeurs et des comportements que devrait avoir le soignant dans sa pratique.

Même lorsque le système de santé dispose d'établissements, de personnel, d'équipements et de médicaments adaptés et en nombre suffisant, la qualité des soins de santé reproductive, maternelle et néonatale peut laisser à désirer. Les études menées dans les établissements enregistrant au moins 1 000 naissances en Afrique, en Asie, en Amérique latine et au Moyen-Orient montrent qu'une couverture élevée des interventions essentielles n'a pas, à elle seule, permis de réduire la mortalité maternelle<sup>133</sup>. Cette dernière a reculé uniquement dans les établissements qui ont associé les interventions essentielles aux soins d'urgence complets et qui ont amélioré de manière générale la qualité des soins maternels. Les auteurs de l'étude concluent que dans les établissements correctement dotés en personnel et offrant un cadre bienveillant, la mortalité reste élevée lorsque les interventions sont retardées, mal exécutées ou lorsqu'elles ne s'intègrent pas dans une continuité de soins.

Pour dispenser des soins de haut niveau, les professionnels de la santé et les décideurs doivent créer un environnement dans lequel les 72 interventions efficaces relevant de la maternelle et recensées dans la présente série<sup>134</sup> peuvent être réalisées systématiquement en appliquant les valeurs et la philosophie centrées sur les femmes décrites par le cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité<sup>135</sup>. 43 des 72 interventions (soit 60 %) illustrent la nécessité d'optimiser les processus physiologiques de la reproduction et des premières semaines

de la vie, pour éviter les complications et renforcer la propre capacité des femmes à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs familles. Cette évolution aura probablement d'importantes repercussions économiques, qui peuvent potentiellement réduire les dépenses de santé et permettre les systèmes de soins maternels. La formation de professionnels de santé et la réglementation efficace de leur pratique sont essentielles pour rendre cet environnement possible, mais il est également essentiel de créer des partenariats et de susciter le dialogue entre les soignants, les bénéficiaires des soins et les communautés. Le cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité offre un outil factuel permettant d'ajuster la formation et la réglementation aux besoins d'un tel environnement collaboratif.

Tous les pays peuvent à fournir et à mesurer les soins maternels et néonataux de qualité. La médicalisation des

### Panneau 2 : Actions pragmatiques pour améliorer la couverture et la qualité des soins maternels et néonataux par la maternelle.

- Débatte régulièrement de l'ensemble des soins et de la qualité (capacités techniques, qualité des relations interpersonnelles, capacité des systèmes de santé à créer un environnement favorable) disponibles par les équipes de santé reproductive, maternelle et néonatale et les reporter à l'échelle du cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité.
- Faire participer les femmes, les familles et les communautés à la conception et à la fourniture de soins maternels et néonataux de qualité.
- Veiller à ce que la formation couvre tous les éléments du cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité et soit dispensée à tous les prestataires de soins de santé reproductive, maternelle et néonatale. Veiller à un équilibre entre la théorie et la pratique, pour rendre les sages-femmes opérationnelles en toutes circonstances, à l'issue de leur formation. Assurer une formation interdisciplinaire efficace à toutes les étapes (formation initiale et formation continue), qui doit permettre une plus forte intégration de l'équipe de soins maternels et néonataux, réduire les cloisonnements professionnels et améliorer la collaboration tout au long du continuum des soins.
- Appliquer le cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité et sa base factuelle pour recenser, analyser et résoudre les problèmes liés à la prestation des soins et renforcer la réglementation et les cadres légaux utilisés par les équipes de santé reproductive, maternelle et néonatale pour promouvoir et encourager une pratique collaborative et la responsabilité.
- Évaluer régulièrement le personnel compétent dans les soins de maternelle et réorganiser les systèmes de santé pour offrir des services de santé maternelle et néonatale disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité.
- Apporter les modifications nécessaires au système de santé et à la réglementation pour permettre aux sages-femmes de donner leur pleine mesure professionnelle et de réaliser toutes les actes obstétricaux d'urgence de base et les interventions néonatales au plus près des femmes, sans compromettre la qualité des soins. Ces fonctions comprennent le pouvoir de prescription des médicaments essentiels.
- Veiller à ce que les sages-femmes disposent d'un soutien efficace orsque nécessaire et qu'elles soient intégrées à une équipe de professionnels de santé pour assurer la continuité des soins tout au long du cycle de reproduction de la vie et entre le domicile et l'hôpital, les unités gérées par des sages-femmes, qui collaborent étroitement avec les communautés et les travailleurs de santé communautaires, sont un moyen efficace pour rapprocher les systèmes de santé de la population.
- Veiller à un cadre propre, notamment des installateurs et des équipements opérationnels, une communication efficace, des services de transport pour les femmes et les nouveau-nés qui en ont besoin, mais également une politique efficace de recrutement et de fidélisation du personnel, une rémunération suffisante, un encadrement solide, et des possibilités d'évolution professionnelle et de carrière.
- Éprouver et renforcer l'efficacité des services de santé reproductifs, maternels et néonataux à l'aide d'indicateurs tels que le taux de mortalité, la mortalité néonatale précoce et les mécanismes de surveillance et de réponse aux décès maternels, afin d'assurer un suivi de la qualité des soins, guider et mesurer les progrès accomplis.

naissances<sup>68</sup> augmentent dans la plupart des pays. Dans les pays à faible revenu, la grossesse et l'accouchement évoluent progressivement d'un événement de vie normal à une intervention médicalisée.

Comme dans de nombreux pays à revenu élevé, les soins deviennent plus médicalisés, conduisant aux mêmes inconvénients au plan de la qualité. L'expérience dans certains pays à revenu élevé et intermédiaire, comme nous l'avons déjà indiquée dans d'autres articles de la présente série<sup>69</sup>, souligne l'importance d'utiliser un cadre, tel que le cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité, pour renforcer la qualité des services et des prestataires, et s'assurer que tous les aspects des soins de qualité sont suivis et en place.

Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, on observe signes d'une augmentation des attentes des utilisateurs en faveur de soins de haut niveau et sans risques, pendant la grossesse et l'accouchement. Les paramètres individuels et communautaires (tels que l'opinion de la population locale sur les naissances en établissement, l'expérience d'autres membres de la communauté des établissements et la mauvaise réputation des relations interpersonnelles) influencent fortement le choix du centre de naissance, les patients hésitant pas à éviter les établissements les plus proches au profit de ceux, plus lointains, jouissant d'une meilleure réputation. Selon une étude récente, la qualité des soins dans les établissements de santé ainsi qu'ils étaient, effectivement monnaie<sup>70</sup>. Des lors, il semblerait plus efficace d'investir de sorte à élever les services de maternité actuels au niveau requis pour des soins de qualité, plutôt que de maintenir, de manière inconditionnelle, des soins au niveau des communautés.\*

De nombreux pays, très divers sur le plan de la géographie et du revenu, sont parvenus à réduire leur mortalité maternelle et néonatale en améliorant l'efficacité de leurs services. Plusieurs d'entre eux se sont attaqués aux barrières financières et sanitaires qui font obstacle de longue date à la maternelle et ont tenté de mettre fin à la fragmentation du champ de cette pratique entre différents personnel de santé. De nombreux autres pays restent confrontés à un cadre réglementaire inefficace pour les soins maternels et néonataux, au statut inférieur de la femme<sup>69-71</sup> et à la domination de la maternelle par la médecine<sup>72</sup>. On observe une tendance à l'augmentation des actes réalisés par les médecins, ce qui, dans certains pays, a conduit à une diminution importante du nombre de sages-femmes en activité<sup>73</sup> et à une plus forte médicalisation de la grossesse et de l'accouchement.

La formation professionnelle est un élément essentiel de l'amélioration de la qualité et de la couverture de soins maternels et néonataux de qualité<sup>74</sup>. Les lignes directrices de l'OMS<sup>75</sup> en matière d'éducation transformatrice, destinées aux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, soulignent la nécessité pour la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé de renforcer les effets, la qualité et l'efficacité des futurs soignants, afin de leur permettre de répondre aux besoins et aux attentes sanitaires de la population. De nouveaux adèpes et pistes doivent être explorés pour former un personnel adapté aux objectifs poursuivis<sup>76</sup> et soumis à la réglementation, pour que la totalité du champ de leur pratique contribue à des soins maternels et néonataux de qualité.

### Contribution des sages-femmes à une couverture efficace et à une approche centrée sur la femme

Les sages-femmes, lorsqu'elles s'inscrivent dans le cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité et travaillent dans un environnement approprié, ont cette capacité à rapprocher les soins des femmes et des communautés, et à répondre à leurs besoins socio-culturels. Comme le montre la présente série, les sages-femmes peuvent optimiser les processus physiologiques de la reproduction et des premières années de la vie, tout en identifiant et en traitant les complications avant qu'elles ne deviennent une menace vitale, et en orientant si nécessaire les femmes vers des soins spécialisés. Les résultats des analyses de revues systématiques réalisées dans le cadre de la présente série montrent que la maternelle, telle que définie ici, peut entraîner une diminution de la mortalité maternelle et néonatale, de la mortalité, des traumatismes périnataux, des accouchements avec assistance instrumentale, de l'analgésie et de l'anesthésie intrapartum, des hémorragies massives, de la prématurité, des cas de nouveau-nés de faible poids à la naissance, des admissions en unités néonatales de soins intensifs et des cas d'hypothermie néonatale. Les études indiquent également que la maternelle peut permettre d'augmenter le déclenchement spontané du travail, le nombre d'accouchements par voie basse sans assistance, et l'incidence et la prévalence de l'allaitement. Plus important encore, les femmes ont fait état d'une plus grande satisfaction des soins en général, notamment en ce qui

concerne le traitement de la douleur. Le panneau 2 présente quelques actions essentielles dans les domaines de l'éducation, de la réglementation et de la cohésion d'équipe qui peuvent être mises en œuvre dès à présent pour améliorer l'accès des femmes aux services relevant de la maternelle et aux soins maternels et néonataux de qualité.

Il est établi que lorsque les soins sont prodigués au plus près des femmes et des communautés, les bénéfices en matière de qualité sont importants<sup>77</sup>. De nouvelles approches permettant d'identifier des élèves sages-femmes en milieu rural permettra d'atteindre cet objectif, tout comme il sera essentiel pour ces élèves de demeurer dans leur communauté<sup>78</sup>. Evans<sup>79</sup> a ainsi analysé le programme de formation à la maternelle dans les communautés au Bangladesh et montré que le modèle en étoile de cette formation réduisait le coût annuel par étudiant d'un tiers, par rapport aux modèles de formation classiques. Le retour sur investissement prévu dans le cadre du déploiement de centres supplémentaires de sages-femmes dans les communautés rurales où les besoins en santé maternelle et néonatale sont les plus importants devrait permettre d'augmenter le nombre de vies sauvées, de réduire la mortalité et le nombre de césariennes.

Selon cette étude, le retour sur investissement de la formation et du déploiement de sages-femmes au niveau communautaire est similaire au coût par décès évité par la vaccination, répété dans le domaine de la santé publique comme l'un des moyens les plus avantageux, sur le plan du rapport coût/efficacité, de sauver des vies<sup>80</sup>.

Année/cible	Acteurs ou clients
2020	Pour les pays présentant un taux de mortalité supérieur à 5 pour 1 000 naissances, réduire les taux de mortalité de 50 % par rapport à ceux de 2008, pour les pays présentant une mortalité inférieure à 5 pour 1 000 naissances, éliminer la mortalité évitable et réduire les inégalités
Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement (2011)	Réduire la mortalité et la mortalité des adolescentes en diminuant les probabilités d'une grossesse précoce et les mauvais résultats liés en matière de santé : Réduire les grossesses avant l'âge de 20 ans Augmenter l'utilisation de la contraception par les adolescentes présentant un risque de grossesse non désirée Réduire les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité chez les adolescentes Augmenter le recours aux soins qualifiés avant, pendant et après l'accouchement, chez les adolescentes
2015	Réduire les estimations de nouvelles infections par le VIH chez les enfants de moins de 5 ans, dans descriptif des 22 pays prioritaires, réduire le nombre de décès pendant la grossesse associés au VIH de 50 %
2020	Mettre à disposition des informations, des services et des produits abordables de contraception auprès de 120 millions de femmes et filles supplémentaires, dans les pays les plus pauvres du monde, d'ici à 2020
2035	Tous les pays doivent réduire les taux de mortalité infantile à moins de 20 pour 1 000 naissances vivantes d'ici à 2035
2030	Proportion au stade de la consultation : réduire la mortalité néonatale à moins de 10 décès pour 1 000 naissances vivantes et réduire la mortalité à moins de 10 pour 1 000 naissances totales, avant 2035, avec des objectifs intermédiaires pour 2020
2035	Tous les pays doivent réduire les taux de mortalité infantile à moins de 20 pour 1 000 naissances vivantes d'ici à 2035
2035	Proportion au stade de la consultation : réduire la mortalité néonatale à moins de 10 décès pour 1 000 naissances vivantes et réduire la mortalité à moins de 10 pour 1 000 naissances totales, avant 2035, avec des objectifs intermédiaires pour 2030
2035	Le États doivent éliminer les barrières légales, réglementaires et politiques aux services de santé sexuelle et reproductive destinés aux adolescents, et veiller à l'information et à l'accès aux technologies contraceptives, à la prévention, au diagnostic et au traitement des infections sexuellement transmissibles, et au VIH, y compris par le vaccin contre le papilloma virus humain et le signalement et autres problèmes de santé, tels que les troubles mentaux

**Tableau : Lignes directrices, actions mondiales et objectifs mondiaux de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents<sup>81-84</sup>**

## Soins maternels et néonataux de haute qualité : une priorité mondiale de santé publique

La recherche de soins centrés sur les personnes, qui reconnaît leur droit et attentes légitimes en matière de soins de haut niveau, respectueux et prodigués en toute sécurité, devrait être une priorité mondiale de santé publique et être au cœur du mouvement en faveur d'une amplification des soins maternels et néonataux. La maternelle offre une réponse viable aux enjeux de l'accès universel des femmes et des nouveau-nés aux soins maternels et néonataux de qualité dans le monde entier. Des améliorations de la disponibilité, de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la qualité des services relevant de la maternelle, dans un système de santé opérationnel réactif aux besoins et attentes des femmes sont indispensables, non seulement pour accélérer les efforts en vue d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement avant 2015, mais également pour l'élaboration des objectifs et cibles de l'après-2015, qui devraient cibler une diminution de la morbidité maternelle et néonatale plus importante que par le passé.

Les lignes directrices et les initiatives au niveau international dans les domaines de la mortalité<sup>16</sup>, de la planification familiale<sup>16a</sup>, de la santé maternelle<sup>16b</sup>, néonatale<sup>16c</sup>, infantile<sup>16d</sup> et des adolescents<sup>16e</sup>, du VIH/SIDA<sup>16f</sup> et des maladies non transmissibles<sup>16g</sup> devraient permettre de promouvoir la généralisation du cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité proposé dans le cadre de cette série. Cette approche de la maternelle est une solution efficace pour atteindre ces objectifs ambitieux. Les pays doivent de toute urgence adopter des mesures permettant sa mise en œuvre (tableau 1).

Le rôle crucial joué par le personnel de santé dans l'amélioration des résultats de santé est reconnu depuis longtemps<sup>16h</sup>, comme le rappelle le rapport 2013 Une vérité universelle : pas de santé sans ressources humaines<sup>16i</sup>. Malheureusement, la progression des effectifs de personnel compétent en soins de maternelle n'a pas été suffisante, après près de trente années d'actions et de déclarations (initiative pour la maternité sans risque et Pour une grossesse à moindre risque) visant à atteindre les OMD 4 et 5 dans tous les pays à l'horizon 2015.

Pour Horton<sup>16j</sup>, l'absence d'un personnel de santé qualifié fait cruellement défaut aux femmes et ce manque constitue désormais le plus grand obstacle à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants. Pour le Groupe d'experts de revue indépendant sur l'information et la redéfinibilité pour la santé de la femme et de l'enfant<sup>16k</sup>, la qualité des soins doit être un moyen pour les femmes et les enfants d'accéder à l'égalité et à la dignité, et de valoriser l'action des professionnels de santé qui obtiennent de résultats mesurables en matière de santé des femmes et des enfants. Langer et ses collègues<sup>16l</sup>, dans *A Manifesto for Maternal Health: Post 2015*, préconisent « l'accès universel à des personnels de santé correctement formés, notamment des sages-femmes et intervenants dispensant des services relevant de la maternelle ». Par ailleurs, la consultation mondiale pour le plan d'action Chaque nouveau-né<sup>16m</sup> a appelé à plusieurs reprises à renforcer le rôle de la sage-femme.

La Commission de du Lancet sur l'investissement dans la santé<sup>16n</sup> montre que le retour sur investissement dans la santé est considérable et que, avec les capacités techniques et financières

disponibles dans le monde, il est possible de réduire les taux de mortalité au niveau de celle des pays à revenu intermédiaire les plus performants, d'ici à 2035. Cette grande convergence peut être obtenue par une attention particulière accordée aux infections, à la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, aux maladies non transmissibles, qui doivent faire l'objet d'approches ciblées non seulement dans les pays à faible revenu, mais également dans les sous-populations défavorisées et rurales des pays à revenu intermédiaire. De même, l'OMS, la Banque mondiale<sup>16o</sup> et le groupe consultatif de l'OMS sur l'égalité et la couverture universelle en matière de santé<sup>16p</sup> considèrent la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies non transmissibles et les traumatismes comme des secteurs où l'on pourra mesurer les progrès accomplis vers une couverture de santé universelle. Chaque de ces prises de position prospectives met l'accent sur l'égalité et l'amélioration des services de santé reproductive, maternelle et néonatale, notamment pendant la période cruciale de la grossesse, de l'accouchement et des premières semaines de la vie<sup>16q</sup>. Elles confirment ainsi à nouveau que l'investissement dans la maternelle est une solution efficace pour atteindre les OMD 4 et 5, ainsi que les nouveaux objectifs mondiaux. Elles jettent les bases d'une couverture des soins primaires et plus largement d'une couverture universelle en matière de santé, encourageant la grande convergence de la santé mondiale d'ici à 2035 et défendant les droits des femmes à la santé sexuelle et reproductive.

## Conclusion

Alois que l'échéance de 2015 des OMD se profile et que l'attention se porte désormais sur l'agenda du développement durable de l'après-2015<sup>16r</sup>, la présente série d'articles sur la maternelle arrive à point nommé pour soutenir le mouvement vers une couverture universelle des soins maternels et néonataux de haut niveau. Comme le montrent les estimations de vies sauvées par une meilleure couverture de l'ensemble des soins relevant de la maternelle et l'expérience d'une poignée de pays à faible revenu et à revenu intermédiaire qui ont investi dans les sages-femmes<sup>16s</sup>, l'utilisation du cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité est un bon moyen pour mesurer la bonne santé et l'amélioration de la situation sociale des femmes, des hommes et des enfants.

La dynamique et néonatale constitue désormais une priorité mondiale. La croissance économique en Afrique et en Asie du Sud-est ouvre la voie à des changements qui pourraient accroître encore le retour sur investissement dans des soins maternels et néonataux de qualité. Néanmoins, chaque engagement contracté dans le cadre de l'initiative « Chaque femme, chaque enfant » par les pays et les partenaires au développement restent liés aux interventions médicales de traitement des complications présentant un risque mortel. Or, ces interventions essentielles ne concernent qu'une partie infime des besoins des femmes et de leurs familles et ne visent pas à empêcher la survenue de telles situations mortelles. Le soutien et l'ensemble des soins apportés par la maternelle constituent un moyen efficace d'optimiser les processus physiologiques de la reproduction, d'améliorer les résultats sur le plan sanitaire et psychosocial, et

de renforcer les capacités des femmes et de leurs communautés, dans le monde entier.

Les soins maternels et néonataux de haut niveau décrits dans la présente série doivent être au cœur de tous les efforts sous-automatique, nationaux, régionaux et mondiaux visant à améliorer la santé et le bien-être des femmes et des enfants, et devront jouer un rôle essentiel dans l'agenda de l'après-2015. Les connaissances et les méthodes pour atteindre cette qualité de soins maternels et néonataux sont disponibles. La volonté et l'engagement politiques gagnent du terrain, la voix des femmes et des familles portent davantage, la croissance économique et l'éducation des filles progressent. La possibilité de transformer les systèmes de santé, éducatifs et sociaux et de faire de la santé maternelle, néonatale et infantile une réalité universelle est à portée de main.

## Contribueurs

PH-3 a préparé le premier avant-projet. Tous les co-auteurs, à l'exception de WVL et VF, ont participé à l'échacune de certaines parties et ont relu l'article. PH-4, WVL et CF ont effiné le deuxième projet d'article. Tous les co-auteurs ont contribué à l'élaboration, à la révision et à la finalisation de l'article. Tous les auteurs ont approuvé la version finale.

## Déclaration d'intérêt

Nous déclarons n'avoir aucun intérêt concurrent.

## Références

La présente étude a été en partie soutenue par une subvention accordée par la Fondation Bill et Melinda Gates (référence OPP1042590). Les résultats et conclusions du présent rapport appartiennent à leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position officielle de leurs employeurs ni de la Fondation Bill et Melinda Gates. Les travaux de PH-3 ont été soutenus par l'Université de Dundee. Les travaux de Marta Guerra Azaïs ont été soutenus par l'Institut de Coopération Sociale Intégrative. Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt. Le projet a bénéficié du soutien de l'appui administratif de Jenny Brown et de Tracy Sparry, et du soutien de Natalie Muir. Nous remercions tous les co-auteurs de la série, les lecteurs attentifs et les réviseurs de l'ICM, de la FIGO, de l'OMS, et de la Fondation Bill et Melinda Gates pour leur contribution et soutien. Cet article a été traduit par M. Dariusz Chodko avec l'assistance de Dr Luc de Bernis.

## Références

- 1 Campbell JI, Bhandari I, Cornetto G, et al. Human resources for health: the essential health workforce. *Lancet*. 2009; 373: 1089-1010.
- 2 Campbell JI. The route to effective coverage is through the health worker: there are no shortcuts. *Lancet*. 2013; 381:725.
- 3 Shegkpi B, Tandou A, Adams OB, Murray CL. Access, utilization, quality and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Soc Sci Med*. 2005; 61:97-109.
- 4 WHO. Background paper for the Technical Consultation on Effective Coverage of Health Systems. Geneva: World Health Organization; 2001.
- 5 Colson J. The use of effective coverage in the evaluation of maternal and child health programs: a technical note for the IDB's social protection and health division. Washington DC: Inter-American Development Bank; 2011.
- 6 Van Lerberghe W, Matthews Z, Aghadi E, et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *Lancet*. 2014; publié en ligne le 23 juin. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60979-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60979-3).
- 7 Refitaw M, McKeown A, Bissos HM, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014; publié en ligne le 23 juin. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60979-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60979-3).

8 Homer CE, Finkler JK, Bastos Dias MA, et al. The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet*. 2014; publié en ligne le 23 juin. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60979-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60979-X).

- 9 Montenegro H, Ramagem C, Kawar R, et al. Making progress in people-centred care: country experiences and lessons learnt. *Int J Pers Cent Med*. 2012; 2: 93.
- 10 Leap N. Woman-centred or women-centred care: does it matter? *Br J Midwifery*. 2009; 17: 12-16.
- 11 Organisation internationale du travail. Classification internationale type des professions International Classification of Occupations and Professions (CITP-08). Volume I. Structure, définitions des groupes et des tables de correspondance. Genève : Organisation internationale du travail; 2012.
- 12 ICM. Définition internationale de la sage-femme de l'ICM (révisée en juin 2011). La Haye : Confédération internationale des sages-femmes; 2011.
- 13 ICM. Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme; 2010, révisé en 2013. La Haye : Confédération internationale des sages-femmes; 2013.
- 14 WHO. *World Health Organization of the Lives Saved Tool (LIVES)*. BMC Public Health. 2013; 13 (suppl 3): S1.
- 15 PAMNH. Interventions essentielles, maternelle, néonatale et infantile. Genève: Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant; 2011.
- 16 Info. MME. Malawi: maternal mortality estimates; 2013. 2013. <http://www.maternalmortalitydata.org/informalcountry-selection-0> (accès le 16 juin 2014).
- 17 WHO. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: World Health Organization; 2010.
- 18 ten Hoop-Bender P, Campbell JI, Fauveau V, Matthews Z. The state of the world's midwifery 2011: delivering health, saving lives. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011; 114: 211-12.
- 19 UNFPA. Etat de la maternelle dans le monde 2011 : naissances refusées, vies sauvées. New York: Fonds des Nations Unies pour les populations; 2011.
- 20 Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations unies. Perspectives de la population mondiale : Genesera-Anas M, de Bernis L, Moran A, Mathews Z. Mapping for maternal and newborn health: the distributions of women at childbearing age, pregnancies and births. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011; 114: 24-34.
- 22 Swartz A, Skelton R, Gebremes TA. The labor market for health workers in Africa. Washington, DC: World Bank; 2013.
- 23 Iromere C, Heriot CH, Ighantshah N, Smith E, Soucari A. Reducing geographical imbalances of health workers in sub-Saharan Africa: a labor market perspective on what works, what does not, and why. Washington DC: World Bank; 2011.
- 24 Campbell JI, Dussault G, Bhandari J, et al. A universal truth: no health without a workforce. Forum report. Third global forum on human resources for health, Beale and Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2013.
- 25 OMS. UNICEF, UNFPA. Banque mondiale. Tendances de la mortalité maternelle : 1990 à 2008. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2010.
- 26 Vujcic M, Adani E, Bosomprah S. Measuring health workforce productivity: application of a simple methodology in Ghana. Washington, DC: World Bank; 2009. <http://siteresources.worldbank.org/Health/information/population/resources/28162709358584005/masuringhealthworkforce.pdf> (accès le 16 juin 2014).
- 27 OMS. Rapports sur la santé dans le monde - 2005 - donnees sa chiance à chaque mère et à chaque enfant. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2005.
- 28 WHO. *Worldwide indicators of staffing need: user's manual*. Geneva: World Health Organization; 2010.
- 29 UNFPA. *Trend de la pratique de la sage-femme dans le monde 2014*. Sur la voie de l'universalité. Le droit de la femme à la santé. New York: Fonds des Nations Unies pour la population; 2014.
- 30 Schiold M, Friedmann JP. Unleashing the open secret of posting and transfer practices in the health sector. *Health Policy Plan*. 2013; publié en ligne le 9 Dec. 9. DOI: 10.1093/heapol/czq099.
- 31 OMS. Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure formation: Recommandations pour une politique mondiale. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2010.
- 32 Eberner S, Guerra-Azaïs M, Campbell JI, et al. The geography of maternal and newborn health: the state of the art. 5th International Conference on Health, Bangkok, Thailand; Aug 22-24, 2013.

- 33 Bailey PE, Keyes EB, Parker C, Abdullah M, Kebede H, Freedman L. Using a GIS to model interventions to strengthen the emergency referral system for maternal and newborn health in Ethiopia. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; **115**: 300–09.
- 34 Kyei NNA, Campbell OMR, Gabrysch S. The influence of distance and level of service provision on antenatal care use in rural Zambia. *PLoS One* 2012; **7**: e46475.
- 35 Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *Bull World Health Organ* 2013; **91**: 892–94.
- 36 Scheffler R, Bruckner T, Spetz J. The labour market for human resources for health in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization, 2012.
- 37 Lemièrre C. Empirical evidence on what determines health worker performance: the “three-gaps” framework. Prince Mahidol Award Conference 2014. PS2.4. In: Prince Mahidol Award Conference 2014: Transformative education for health equity, 2014. [http://www.pmaconference.mahidol.ac.th/index.php?option=com\\_content&view=article&id=645%3A2014-parallel-session-24&catid=1016%3A2014-main-conference-sessions&Itemid=172](http://www.pmaconference.mahidol.ac.th/index.php?option=com_content&view=article&id=645%3A2014-parallel-session-24&catid=1016%3A2014-main-conference-sessions&Itemid=172).
- 38 Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; **8**: CD004667.
- 39 OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2008.
- 40 Jaffré Y, Olivier de Sardan J. Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. *Bulletin Amades* 2003; **56**: 639.
- 41 Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. Washington DC: USAID-TRAction Project, 2010.
- 42 UN Human Rights Council. Practices in adopting a human rights-based approach to eliminate preventable maternal mortality and human rights. New York: UN Human Rights Council, 2011.
- 43 Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *Lancet* 2013; **381**: 1747–55.
- 44 Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Meriaidi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2010.
- 45 Kruk ME, Hermosilla S, Godfrey M. Bypassing primary clinics for childbirth in rural parts of the United Republic of Tanzania: a cross-sectional study of deliveries in Pwani region. *Bull World Health Organ* 2014; **92**: 246–53.
- 46 Kruk ME, Twum-Danso NAY. Busting myths: do health systems deliver for women? Impatient optimists. 2014. <http://www.impatientoptimists.org/Posts/2014/01/Busting-Myths-Do-Health-Systems-Deliver-for-Women> (accessed Feb 22, 2014).
- 47 Rath AD, Basnett I, Cole M, Subedi HN, Thomas D, Murray SF. Improving emergency obstetric care in a context of very high maternal mortality: the Nepal Safer Motherhood Project 1997–2004. *Reprod Heal Matters* 2007; **15**: 72–80.
- 48 Ngwenya BN, Nnyepi MS. Threats to maternal and child well-being in rural communities in Ngamiland, Botswana. *Health Care Women Int* 2011; **32**: 917–38.
- 49 Abe E, Omo-Aghoja LO. Maternal mortality at the Central Hospital, Benin City Nigeria: a ten year review. *Afr J Reprod Health* 2008; **12**: 17–26.
- 50 Hassan-Bitar S, Narrainen S. ‘Shedding light’ on the challenges faced by Palestinian maternal health-care providers. *Midwifery* 2011; **27**: 154–59.
- 51 Shaban I, Barclay L, Lock L, Homer C. Barriers to developing midwifery as a primary health-care strategy: a Jordanian study. *Midwifery* 2012; **28**: 106–11.
- 52 Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; **376**: 1923–58.
- 53 WHO. Transforming and scaling up health professionals’ education and training: WHO guidelines. Geneva: World Health Organization, 2013.
- 54 Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, et al, for the Study Group for the Global Investment Framework for Women’s Children’s Health. Advancing social and economic development by investing in women’s and children’s health: a new Global Investment Framework. *Lancet* 2014; **383**: 1333–54.
- 55 Mansoor GF, Hashemy P, Gohar F, Wood ME, Ayoubi SF, Todd CS. Midwifery retention and coverage and impact on service utilisation in Afghanistan. *Midwifery* 2013; **29**: 1088–94.
- 56 Wood ME, Mansoor GF, Hashemy P, et al. Factors influencing the retention of midwives in the public sector in Afghanistan: a qualitative assessment of midwives in eight provinces. *Midwifery* 2013; **29**: 1137–44.
- 57 Evans T. Value for money assessment: community based midwifery diploma programme. Dhaka: BRAC University, 2013.
- 58 GAVI. Immunisation is one of the most cost-effective ways to save lives, improve health and ensure long-term prosperity. <http://www.gavialliance.org/about/value/cost-effective/> (consulté le 12 avril 2014).
- 59 Lawn JE, Kinney M. Stillbirths: an executive summary for The Lancet’s Series. *Lancet* 2011. <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/stillbirths.pdf> (consulté le 16 février 2014).
- 60 Family Planning 2020. London summit on family planning, overview. 2012. [http://www.familyplanning2020.org/images/content/old\\_site\\_files/London-Summit-Family-PlanningOverview\\_V1-14June.pdf](http://www.familyplanning2020.org/images/content/old_site_files/London-Summit-Family-PlanningOverview_V1-14June.pdf) (consulté le 16 février 2014).
- 61 Bustreo F, Say L, Koblinsky M, Pullum TW, Temmerman M, Pablos-Méndez A. Ending preventable maternal deaths: the time is now. *Lancet Glob Health* 2013; **1**: e176–77.
- 62 OMS. Chaque nouveau-né – projet de plan d’action pour mettre fin aux décès évitables. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2014.
- 63 UNICEF. S’engager pour la survie de l’enfant : une promesse renouvelée. Rapport de situation 2013, New York : Fonds des Nations Unies pour l’enfance, 2012.
- 64 OMS. Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement. Directives de l’OMS. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2011.
- 65 UNAIDS. Countdown to zero: global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2011.
- 66 UNFPA. High level task force ICPD. Framework of actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014. New York: United Nations Population Fund, 2014.
- 67 OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2000.
- 68 WHO. Everybody’s business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO’s framework for action. Geneva: World Health Organization, 2007.
- 69 Horton R. Offline: Failing women and failing them badly. *Lancet* 2013; **382**: 1082.
- 70 iERG. Every Woman, Every Child: strengthening equity and dignity through health: the second report of the independent Expert Review Group (iERG) on Information and Accountability for Women’s and Children’s Health. Geneva: World Health Organization, 2013.
- 71 Langer A, Horton R, Chalamilla G. A manifesto for maternal health post-2015. *Lancet* 2013; **381**: 601–02.
- 72 Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet* 2013; **382**: 1898–955.
- 73 OMS, Banque mondiale. La couverture universelle en santé : suivi des progrès à l’échelon national et mondial. Cadre, mesures et objectifs. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2013.
- 74 WHO. Making fair choices on the path to universal health coverage: final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization, 2014.
- 75 Maternal mortality: helping women off the road to death. *WHO Chron* 1986; **40**: 175–83.
- 76 Kickbusch I, Brindley C. Health in the post-2015 development agenda: an analysis of the UN-led thematic report and sustainable development debate in the context of health. Geneva: World Health Organization, 2013.
- 77 van Teijlingen E, Hundley V, Matthews Z, et al. Millennium development goals: all good things must come to an end, so what next? *Midwifery* 2014; **30**: 1–2.
- 78 High Level Panel of Eminent Persons. A new global partnership: eradicate poverty and transform economies through sustainable development. New York: UN High-Level Panel of Eminent Persons, 2013.
- 79 Vega J. Universal health coverage: the post-2015 development agenda. *Lancet* 2013; **381**: 179–80.



## Le pouvoir de la maïeutique

La maïeutique est souvent à l'origine d'un malentendu que la série de quatre articles et de cinq commentaires que nous publions aujourd'hui entend dissiper. L'une des conclusions importantes à laquelle nous parvenons est que l'application des données probantes présentées dans cette série permettrait d'éviter plus de 80 % des décès maternels et néonataux<sup>1</sup>, y compris des mort-nés. La maïeutique joue par conséquent un rôle central, bien que largement négligé, pour accélérer les progrès vers l'élimination de la mortalité évitable des femmes et des enfants.

Bien souvent, on considère que la maïeutique consiste à assister la femme pendant l'accouchement. C'est le cas, mais ce n'est là qu'une facette de cette activité. Comme nous l'avons indiqué dans cette série<sup>2</sup>, la maïeutique se définit comme « les soins spécialisés, basés sur la connaissance et attentionnés pour les femmes enceintes, les nouveau-nés et leurs familles pendant la période précédant et durant la grossesse, l'accouchement, les suites des couches et les premières semaines de vie ». La maïeutique comprend également la planification familiale et les services de santé de la reproduction. Les soins prodigués par les sages-femmes sont les plus efficaces lorsqu'ils sont dispensés en milieu hospitalier mais également au sein des communautés. De fait, la maïeutique n'est pas un service vertical proposé dans un segment étroit du système de santé. Bien au contraire, les services relevant de la maïeutique s'inscrivent dans le cadre d'une couverture universelle des soins de santé.

Il est essentiel de réévaluer la maïeutique et les services qui y sont associés car les progrès dans la réduction de la mortalité infantile et maternelle se heurtent désormais à de nouveaux obstacles importants qu'il est difficile de surmonter. Certes, la baisse récente de la mortalité maternelle et infantile montre que des progrès réguliers ont été accomplis vers la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Toutefois, deux faits plaident en faveur d'une conclusion plus prudente. Premièrement, le nombre de décès maternels, bien qu'en baisse, se réduit à un rythme trop lent pour permettre à nombre de pays d'atteindre l'OMD 5 d'ici à la fin 2015. Deuxièmement, si, globalement, la mortalité des enfants de moins de cinq ans a fortement diminué ces dix dernières années, la proportion des décès d'enfants de moins de cinq ans survenant autour de la période de la naissance a quant à elle augmenté. De fait, de nombreux pays frappés par les taux de mortalité les plus élevés ont vu leur mortalité néonatale, en chiffres absolus, augmenter ou stagner. De nouvelles approches doivent donc être expérimentées pour combattre la mortalité maternelle et néonatale.

Si la présente série est consacrée aux sages-femmes et à la maïeutique, le cadre de référence est constitué par les besoins de la femme et de son nouveau-né. Les données techniques résumées dans la série s'appuient sur un ensemble spécifique de valeurs et sur une philosophie originale. Ces valeurs sont le respect, la communication, la connaissance et la compréhension des communautés et des soins adaptés à la situation et aux besoins de chaque femme. L'approche

philosophique est toute aussi importante et vise à optimiser les processus physiologiques, biologiques, psychologiques, sociaux et culturels de l'accouchement, en limitant au minimum les interventions.

Pour l'essentiel, le travail de programmation en matière de santé maternelle et infantile ces dernières années s'est articulé autour des interventions vitales pour les femmes. Même si elle est importante, la couverture des services offerts aux femmes est en soi insuffisante pour améliorer les résultats obtenus sur le plan de la santé. Il convient d'accorder la même importance à la qualité. De fait, la série prône un « changement systémique »<sup>3</sup>, délaissant des services fragmentés destinés aux femmes et aux nouveau-nés, au profit de soins qualifiés dispensés par une équipe interdisciplinaire et intégrée.

Les travaux rapportés dans la présente série sont loin de décrire une situation idéale. Ainsi, l'Afrique subsaharienne apparaît comme une région particulièrement vulnérable, en proie à des difficultés durables<sup>4</sup>. Dans cette région du monde, les tendances, pour les prochaines décennies, tablent sur une forte croissance démographique. Le développement de la formation des sages-femmes, pour répondre à cette évolution démographique, peinera à satisfaire une demande toujours plus forte. Mais ce défi est l'une des raisons pour lesquelles les messages d'espoir et de pragmatisme portés par cette série sont importants. À l'heure où les États ont du mal à déterminer ensemble les priorités de l'après-2015, il apparaît que la santé maternelle et néonatale sera l'une des pierres angulaires de toute approche de développement durable pour la période 2015-2030. Les travaux décrits dans cette série constituent un guide précieux qui aidera les décideurs à mieux protéger les vies d'une génération future de femmes et d'enfants.

Richard Horton, Olaya Astudillo

*The Lancet*, Londres NW1 7BY, UK

Nous remercions tout particulièrement Petra ten Hoope-Bender et Mary Renfrew pour avoir porté, avec détermination, l'idée initiale de cette série pour en faire une publication.

- 1 Homer CSE, Friberg IK, Bastos Dias MA, et al. The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet* 2014; publié en ligne le 23 juin. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60790-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60790-X).
- 2 Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* 2014; publié en ligne le 23 juin. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3).
- 3 ten Hoope-Bender P, de Bernis L, Campbell J, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet* 2014; publié en ligne le 23 juin. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2).
- 4 Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *Lancet* 2014; publié en ligne le 23 juin. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60919-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60919-3).



Save the Children Library/Jonathan Hyams

Publié en ligne  
23 juin 2014, 2014  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60855-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60855-2)

Voire les commentaires en ligne  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60856-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60856-4),  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60857-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60857-6),  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60858-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60858-8), and  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X)

Voire la série en ligne  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3),  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60790-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60790-X),  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60919-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60919-3), and  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2)

## Répondre aux besoins des femmes enceintes et des nouveau-nés par le renforcement de la maïeutique

Publié en ligne le 23 juin 2014  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60895-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60895-6)  
 Voir les séries en ligne  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3),  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60790-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60790-X),  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60919-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60919-3), et  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60939-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60939-2)

Pour la série « **Every Newborn** » voir <http://www.thelancet.com/series/everynewborn>

Où, qu'ils se trouvent, quelle que soit leur situation ou quel que soit le système de santé en place, la survie, la santé et le bien-être des femmes et des nouveau-nés peuvent être améliorés par les soins de maïeutique, comme le montre clairement la présente série du *Lancet*. Cette série, tout comme le rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde 2014 et la série *Every Newborn* du *Lancet*, salue les progrès accomplis, précise les prochaines étapes nécessaires et recense les secteurs ou des avancées considérables peuvent être obtenues. Les messages des présentés une attention et une action internationale redoublées pour s'assurer que toutes les femmes accouchent dans la dignité et la sécurité et que les nouveau-nés bénéficient de soins de qualité.

Que demandent les femmes en matière de soins de maternité? Les métagynthèses étudiées dans le cadre de la présente série<sup>1</sup> montrent que les femmes souhaitent bénéficier de soins respectueux et qualifiés sur le plan clinique. Elles apprécient une bonne communication, des informations de qualité, veulent avoir un sentiment de contrôle et la capacité de participer aux soins et prendre des décisions. Elles souhaitent établir une relation de confiance avec le personnel soignant qui doit être sensible à leur besoins personnels et culturels. Ces qualités correspondent pour l'essentiel aux concepts clés de la maïeutique établis par la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et à la définition de la maïeutique retenue dans la présente série.<sup>2</sup>

Dans les enquêtes nationales, les femmes enceintes ont à une très large majorité confiance dans la capacité des personnels et systèmes de maternité à leur prodiguer des soins



de qualité<sup>3,4</sup>. Les systèmes de soins du monde entier doivent assumer leurs responsabilités financières pour résoudre les problèmes génériques recensés dans la série, notamment l'incapacité à dispenser, de manière systématique, des soins de qualité relevant de la maïeutique, le risque et le gaspillage liés à un recours excessif aux procédures médicales, la mise en œuvre de pratiques qui n'ont pas démontré leur efficacité, les traitements, irrespectueux et douloureux, ainsi que la morbidité et la mortalité évitables qui y sont associées.

Un modèle de soins primaires est indiqué pour la plupart des femmes enceintes et des nouveau-nés en bonne santé et présentant de faibles risques de complications. Or, la tendance mondiale est au recours accru aux soins de maternité spécialisés, quels que soient les besoins. Les compétences essentielles de la maïeutique, définies par l'ICM, associent le champ de la maïeutique au modèle de soins primaires, notamment « les mesures préventives, la promotion de l'accouchement physiologique, la détection de complications (...). l'accès à une aide médicale ou autre appropriée et l'évaluation de mesures d'urgence »<sup>5</sup>, ce qui est pleinement conforme à la définition de la maïeutique retenue pour cette série<sup>6</sup>. De même, selon le champ de compétences de la sage-femme défini par l'ICM, « une sage-femme peut exercer dans n'importe quel lieu, à domicile, dans la communauté, les hôpitaux, les cliniques ou les centres de naissances »<sup>7</sup>, ce qui permet de s'adapter aux besoins des femmes, à leurs préférences ou à l'offre de soins disponible.

La série met l'accent sur l'optimisation des processus biopsychosociaux physiologiques, qui sont une composante essentielle des soins relevant de la maïeutique. Les interventions pharmacologiques et chirurgicales, le recours aux substituts du lait maternel et tous les autres actes qui s'éloignent des pratiques habituelles devraient être réservés aux indications soutenues par une base factuelle faible et ne devraient pas être systématiques ou routiniers chez les femmes et les nourrissons en bonne santé. Il apparaît de plus en plus clairement qu'une telle prudence doit être de mise, voire primordiale. Les soins qui encouragent, soutiennent et protègent les processus innés, hormonaux et physiologiques, optimisent le travail, l'accouchement, l'allaitement et le lien entre la mère et le nouveau-né, et les aident tous deux pendant cette période de transition périnatale particulièrement sensible à ces processus<sup>8-14</sup>. Différentes études scientifiques ont relevé une sensibilité accrue au cours de cette période de développement rapide, aux conséquences à long terme sur la santé des femmes et des nouveau-nés, notamment en ce qui concerne l'origine du développement de certaines maladies,<sup>9</sup> la santé tout au long de la vie,<sup>10</sup> le microbiome humain<sup>11</sup> et l'épigénétique<sup>12-15</sup>. Les données scientifiques sur les effets négatifs imprévus et le risque d'effractions supplémentaires plaident en faveur de l'application du principe de précaution<sup>16</sup> et supposent

de s'écarter le moins possible des processus physiologiques affrétés par l'évolution et interdépendants.

Les compétences et les connaissances relevant de la maïeutique ont été évaluées ou notées dans le modèle de soins médicaux qui prédomine dans de nombreux pays et de grands territoires, les études de cas du Brésil, de la Chine et de l'Inde (qui représentent ensemble 35% des naissances dans le monde) présentées dans la série montrent les effets négatifs de soins de maternité dénués de l'appartenance qualitative offerte par la maïeutique<sup>17</sup>. Les femmes et les nouveau-nés doivent avoir accès aux compétences essentielles liées à la maïeutique qui limitent le recours aux interventions correctives. Les mesures de soutien du travail propres à sa progression et au bon déroulement de l'accouchement, ainsi qu'au bien-être émotif du nouveau-né, les manœuvres en cas de présentation par le sommet ou le siège, l'aide à l'allaitement tout au long de la grossesse, les soins de post-partum qui améliorent l'adaptation, le lien affectif et l'allaitement<sup>18</sup> sont quelques exemples de ces mesures.

Pour les auteurs de la série, si la maïeutique peut être exercée par des sages-femmes et d'autres soignants, notamment les médecins et les infirmières, les bénéfices potentiels sont toutefois limités lorsque les intervenants de santé ne disposent pas des compétences et de la formation de sage-femme. Un socle minimal commun de ces compétences et processus physiologiques, s'il était partagé par tous les prestataires de soins de maternité, permettrait de s'assurer qu'ils sont correctement dispensés dans le cadre de systèmes performants. De meilleurs résultats sont obtenus lorsque les soins sont prodigués par des sages-femmes éduquées, agréées, régulières et intégrées dans les systèmes de santé, travaillant au sein d'équipes interdisciplinaires et disposant d'un accès simple, si nécessaire, aux interventions spécialisées. C'est ce modèle, qui a fait ses preuves, que nous recommandons.

Certains pays à revenu élevé influencent indument la pratique mondiale et les systèmes de soins de maternité. Cette influence s'exerce au travers de la formation des personnels de santé, des publications scientifiques, des programmes de recherche, et de l'industrie médicale qui fait la promotion de produits à forte rentabilité.

Si l'effet obtenu est globalement positif, le recours excessif à une approche médicalisée et la fragilisation de la maïeutique ne peuvent être que préjudiciables. Ces phénomènes nuisent aux systèmes établis en la matière, créent des barrières au développement, au rétablissement et au renforcement de la qualité des soins relevant de la maïeutique. Pour le bien-être des mères et des nouveau-nés, les décideurs et bailleurs de fonds ne devraient pas négliger l'amélioration de la qualité des soins de maternité obtenus dans certains pays et dont les effets, à l'échelle mondiale, sont surdimensionnés. La série s'appuie à cet égard sur les travaux réalisés en vue des Objectifs du millénaire pour le développement et contribue à l'élaboration

de l'agenda de l'après-2015. Le renforcement de la maïeutique permettrait d'accélérer considérablement la dynamique actuelle vers les objectifs de santé maternelle et infantile. Des bénéfices rapides, sur le plan des soins et de la santé, ainsi qu'un retour sur investissement significatif, sont à portée de main.

\***Carol Sakala, Mary Newborn**  
 Childbirth Connection Program, National Partnership for Women & Families, Washington, DC 20009; États-Unis (CS); et NCT (ancien « National Childbirth Trust »), London W3 6NH, UK (MN)  
[csakala@nationalpartnership.org](mailto:csakala@nationalpartnership.org)

CS est Directrice de Childbirth Connection Programs au the National Partnership for Women & Families. MN est responsable de recherche et de qualité au NCT. Nous déclarons n'avoir aucun intérêt concurrent. Nous remercions Elizabeth Duff pour ses observations sur le présent commentaire.

1. UNFPA, ICM, OMS. L'état de la pratique de sage-femme dans le monde 2014: Sur la voie de l'universalité. Le droit de la femme à la santé. New York: Fonds des Nations Unies pour la population; 2014.
2. Reinfrew MJ, McQuaden A, Bastos WH, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* 2014; publié en ligne le 23 juin. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3).
3. ICM. Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme, 2010, révisé en 2013. <http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/education-competencies/essential-competencies-basic-midwifery-practice/> (consulté le 31 mai 2014).
4. Care Quality Commission. National findings from the 2013 survey of women's experiences of maternity care. <http://www.cqc.org.uk/content/maternity-services-survey-2013> (accès le 10 mai 2014).
5. Decker RB, Sakala C, Conry M, Applebaum S, Herlich A. Listening to mothers: the pregnancy and birth. *New York: Childbirth Connection*, 2013. <http://www.nationalchildbirthconnection.org/pdfs/listeningtomother.pdf> (accès le 31 mai 2014).
6. Buckley SJ. The hormonal physiology of childbearing. *Washington, DC: National Partnership for Women & Families*, 2014.
7. Oña-Fernández I, Moran Gabriel MA, Gil-Sánchez A, García-Segura LM, Arevalo MA. Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: the basis of an ethoparasitic model of perinatal neuroendocrine drivers. *Front Neuroendocrinol* 2012; **28**: 344-63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fne.2012.03.007>.
8. Bell AJ, Enderson RN, Carter CS. Beyond labor: the role of maternal and synaptic oxygen in the transition to motherhood. *J Midwifery Womens Health* 2014; **59**: 35-42.
9. Gluckman PD, Hanson MA, Bealhe AS. Early life events and their consequences on later disease: a life history and evolutionary perspective. *Am J Hum Biol* 2007; **19**: 1-9.
10. Hahn N, Larson K, Lu M, Tollis E, Russ S. Lifecourse health development: past, present and future. *Matern Child Health* 2012; **18**: 344-63.
11. Collado MC, Grimaldi M, Bauer C, Vento A, Perez-Watanabe C. Microbial ecology and host-metabolite interactions during early life stages. *Gut Microbes* 2012; **3**: 52-65.
12. Dahlen HG, Kennedy HP, Anderson OJ, et al. The EPIIC hypothesis: intra-uterine effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. *Met Hypothesis* 2012; **80**: 655-62.
13. Sakala G. The biological basis and clinical significance of hormonal imprinting, an epigenetic process. *Cell Epigenetics* 2011; **2**: 187-96.
14. Kindel D, Tiedker J. Reversing child health through pre- and post-natal. *Am J Public Health* 2009; **99**: 1351-55.

## Les professionnels de la santé et la maïeutique

Publié en ligne le 23 juin 2014  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2)

Voit la série en ligne  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3),  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60919-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60919-3), et  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2)

Combien de cliniciens vous affirmerez que leur pratique quotidienne repose sur des données probantes ? Pourtant, même si des revues systématiques sont utilisées lorsqu'elles existent, la tradition clinique reste prédominante. Il est donc rassurant de constater qu'en matière de maïeutique, au moins 56 résultats ont pu être analysés par ces pratiques, même si 9 autres ont été jugés « inefficaces »<sup>1</sup>. Ainsi, la mortalité en cours de travail a été élevée au rang de première priorité, et pas uniquement dans les pays à revenu élevé. Les sages-femmes doivent disposer des outils et des compétences nécessaires pour identifier et combattre plus efficacement la détresse foetale.<sup>2</sup> La féderation internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) élabore actuellement des normes en matière de surveillance foetale, mais il convient, entretemps, de ne pas confondre « l'absence de preuve de bénéfice » avec « la preuve de l'absence de bénéfice »<sup>3</sup>.

Les auteurs de la série contestent la pertinence d'un examen isolé des éléments techniques constitutifs des soins et soulignent l'absence de données probantes dans les pays durement frappés par ce fléau. Mary Raftery et ses collègues<sup>4</sup> concluent que « Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les études sur les soins dispensés par les sages-femmes indiquent que le système de santé et travaillant au sein d'équipes médicales, bénéficiant de personnel de soutien correctement formé, sont une priorité urgente »<sup>5</sup>. Les travaux de modélisation du groupe de Caroline Homer<sup>6</sup> montrent l'impact potentiel de la maïeutique lorsqu'elle s'inscrit dans un système de santé opérationnel, doté de mécanismes d'orientation et de transfert. Ces enseignements devraient inciter les chercheurs de terrain et les bailleurs de fonds à déployer rapidement les projets à grande échelle, afin de tirer pleinement parti des investissements consacrés à la maïeutique ? En réalité, au-delà des seuls obstétriciens et sages-femmes, de nombreux autres personnels soignants



Kaweh Kazemi

doivent travailler efficacement ensemble, notamment les infirmières spécialisées en soins obstétricaux, les médecins en formation, le personnel pédiatrique et les anesthésistes. Dans certains pays à revenu faible et intermédiaire, ce sont les assistants cliniques et les techniciens en chirurgie qui réalisent le plus souvent les césariennes, avec généralement de bons résultats, par comparaison aux mêmes interventions réalisées par le personnel médical<sup>7</sup>. La FIGO soutient cette approche de « délégation des tâches »<sup>8</sup> qui aide à dépasser le sentiment de résistance professionnelle et est le signe d'une volonté réelle de dépasser les frontières professionnelles traditionnelles. Les assistants cliniques ne participent généralement pas aux soins en cours de travail, de sorte que leur collaboration avec les sages-femmes, qui dans ces pays décident du mode d'accouchement le plus adapté, est essentielle pour obtenir de bons résultats et peut permettre de surmonter différents problèmes observés dans le cadre des soins néonataux<sup>9</sup>.

Bien souvent, ce n'est pas tant l'intervention elle-même que la décision de la pratiquer qui est difficile. Dans les pays dotés de ressources suffisantes, les décisions liées à l'accouchement sont parfois dictées par la santé du nouveau-né plutôt que par la sécurité de la mère, par exemple dans le cas d'une anomalie foetale. Les pédiatres devraient être associés à de telles décisions. De même, les anesthésistes jouent désormais un rôle à part entière dans la préparation de l'accouchement. Face à cette complexité et à cette diversité croissante des soins, les métiers d'infirmière obstétricienne et de sage-femme et les liens qu'ils entretiennent ont évolué. Néanmoins, il convient de garder à l'esprit que les patients nécessitant des soins complexes ont également besoin d'une prise en charge empreinte d'empathie et d'attention, que l'on retrouve dans les compétences essentielles de la sage-femme. Deux « angles morts » ont été recensés dans cette série de Lancet sur la maïeutique : les soins respectueux et la surmédicalisation.<sup>3</sup>

Le premier défi est une préoccupation essentielle des associations de professionnels de santé, et on peut espérer, à mesure que les normes et lignes directrices associées seront élaborées et diffusées, qu'il sera pris en compte comme un élément essentiel et non accessoire par ceux qui conçoivent et mettent en place les services de soins. En ce qui concerne la surmédicalisation, les données probantes sont malheureusement rares et il serait trop simpliste de jeter l'anathème sur les obstétriciens et le développement de la pratique privée. Il conviendrait plutôt d'examiner systématiquement les modèles qui sont parvenus à limiter l'augmentation des accouchements par césarienne, tout en maintenant de bonnes conditions de sécurité.

Les auteurs de la série se sont concentrés sur la prestation publique de soins. Des informations complémentaires sont nécessaires sur les spécificités des différents modèles de services en matière de coûts, de qualité et de résultats obtenus dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Dans de nombreux pays, « public » ne signifie pas gratuit, et une part importante de la prestation ne relève pas de l'autorité de

l'État (en dehors de son rôle de régulateur). Quant aux soins « privés », ils englobent la consultation en cabinets privés, les hôpitaux privés, les structures privées à caractère social et les institutions confessionnelles. La facturation peut être directe, prise en charge par des donateurs ou des assurances à caractère commercial ou social. Les établissements privés peuvent fonctionner avec du personnel rémunéré par l'État, ou investir. Nous devons déterminer comment les services relevant de la maïeutique peuvent prospérer dans ces différents contextes, en accordant une attention particulière aux termes de « service », de « formation continue » et de « progression de carrière ». L'étendue du champ d'intervention des sages-femmes, par rapport aux normes actuelles, peut être un point de départ mais ne reflète pas la manière dont les sages-femmes sont déployés en fonction des besoins cliniques et la nécessité de les protéger contre un transfert inapproprié vers d'autres secteurs cliniques.

Les cliniciens approuveront l'attention particulière accordée dans cette série à la nécessité d'évoluer d'un modèle de couverture numérique vers une qualité des soins. Or, pour offrir de la qualité, il est nécessaire de soutenir les spécificités de celui qu'on appelle le professionnel de santé, à savoir la compétence clinique et la responsabilité du bien-être des mères et des nourrissons. Or ces deux spécificités nécessitent un investissement : la formation axée sur les compétences mobilise de nombreuses ressources et suppose la répétition, le renforcement et un développement personnel, au fur et à mesure de l'émergence de nouvelles techniques et de nouveaux outils. Les formateurs en maïeutique doivent réfléchir à la manière d'assurer une continuité par l'intégration d'un modèle de formation et d'expérience clinique, de formation initiale et formation continue.

Malheureusement, dans de nombreux pays, ces fonctions ont été complètement dissociées, de sorte que les formateurs ne sont que rarement en contact avec la pratique clinique et ne sont pas associés aux choix de formation continue ni à aucune autre phase de formation ou d'évolution de carrière, laissant ainsi le champ libre à un programme d'enseignement marqué par la tradition. Pour finir, la responsabilité reste strictement théorique lorsque les professionnels de santé ne disposent pas des ressources indispensables ou ne sont pas investis du pouvoir nécessaire pour remplir leurs obligations

d'amélioration de la qualité. Chiron, à titre d'exemples pratiques qui devraient être la norme mais sont loin de l'être, les budgets débloqués et gérés au niveau des unités de maternité, ou encore le pouvoir d'apporter des modifications à l'organisation des soins dans une optique d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Les responsables de l'organisation ou du financement, en matière de renforcement des soins de maternité, sont bien placés pour analyser la manière dont il convient de se doter des outils permettant de mettre en œuvre cette responsabilité. Dans cette perspective, la réactivité professionnelle est essentielle pour mettre rapidement en place la liste des « actions pragmatiques »<sup>3</sup> qui, dans le cas contraire, pourraient bien rester à l'état de vœux pieux.

**William Stones, Sudaratnam Anukumar**  
 Université de St Andrews, School of Medicine, North Haugh, St Andrews, KY16 9TF, UK (WS); Université du Malawi, College of Medicine, Zomba, Malawi (WS); et International Federation of Gynecology and Obstetrics, Londres, RU (SA) [rw56@st-andrews.ac.uk](mailto:rw56@st-andrews.ac.uk)

Nous ne déclarons aucun intérêt concurrent.

- Raftery MJ, McFadden A, Bastos WH, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* 2014; publié en ligne le 23 juin. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
- FIGO Committee for Safe Motherhood and Newborn Health. Management of the second stage of labor. *IGO* 2012; 119-111-16.
- Homer CE, Friberg K, Bastos Dias WA, et al. The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet* 2014; publié en ligne le 23 juin 23. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60790-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60790-X)
- Wilson A, Ussauer D, Thangaratnam S, Khan SS, MacArthur C. Co-morbidity of caesarean section in the developing world: meta-analysis of controlled studies. *BMJ* 2011; **342**: D5620.
- FIGO Committee for Safe Motherhood and Newborn Health. Human resources for health in the low-resource world: collaborative practice and task shifting in maternal and neonatal care. *IGO* 2009; **105**: 74-76.
- FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Task-shifting in obstetric care. *IGO* 2013; **120**: 206-07.
- Hounson SH, Newland S, Miedel N, de Brouwere V. A cost-effectiveness study of caesarean-section deliveries by clinical officers, general practitioners and obstetricians in Burkina Faso. *Hum Res Health* 2009; **7**: 34.
- ten Hoop-Blender P, de Bontis L, Campbell J, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet* 2014; publié en ligne le 23 juin. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2)

## La collaboration interprofessionnelle, seul moyen de sauver chaque femme et chaque enfant

Publié en ligne le 23 juin 2014  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-8)

Si d'importants progrès ont été accomplis en matière de santé maternelle et infantile depuis 1990 et la création des Objectifs de millénaire pour le développement, nous sommes bien loin d'atteindre les objectifs fixés pour 2015. Un renforcement et de nouvelles avancées peuvent être obtenus d'ici à fin 2015, mais la communauté internationale doit se fixer de nouveaux objectifs pour l'après 2015. Nous devons également nous interroger sur les principaux enseignements à tirer des 25 dernières années afin de déterminer rapidement les prochaines actions et initiatives à engager. Chaque minute perdue se traduit par des décès supplémentaires de mères, de nouveau-nés et d'enfants.

Pour l'après-2015, une approche plus intégrée est nécessaire, face notamment à la multiplication des grands enjeux de santé, tels que les maladies non transmissibles. Le succès de cette nouvelle approche dépendra de la collaboration étroite des gouvernements, des agences mondiales, des organisations non gouvernementales, des organisations de santé et professionnelles, et surtout, du public. La volonté des politiques, des professionnels et des consommateurs devra s'imposer clairement pour affirmer que nous pouvons sauver des vies si nous mettons les femmes et les enfants au centre de nos préoccupations. En nous appuyant sur la science, la connaissance et les succès déjà enregistrés en termes de vies sauvées, nous devons travailler en partenariat et de manière collaborative pour attendre l'objectif et éradiquer les décès évitables de mères, de nourrissons et d'enfants. Le conseil international des infirmières (CI) milite depuis longtemps pour la santé de la reproduction, maternelle, néonatale et infantile. Dans de nombreux pays, les services relevant de la maternelle sont assurés par des infirmières-sages-femmes, habilitées ou autorisées à pratiquer l'étendue complète des soins infirmiers et de sage-femme dans leur pays et qui peuvent ainsi proposer une large palette de services dans le continuum de soins. Le CI travaille en collaboration avec différents acteurs, tels que

la Confédération internationale des sages-femmes, l'OMS, l'Unicef, l'UNFPA, la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, et d'autres parties prenantes sur de nombreux aspects de la santé de la reproduction, maternelle, néonatale et infantile. Le CI est membre depuis sa création du Partenariat pour la santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant et est l'un des membres fondateurs de son prédécesseur, le Maternal Child Alliance. Aujourd'hui, le CI doit faire avancer le débat et mobiliser davantage les agences mondiales, les gouvernements et les groupes de consommateurs. Nous exhortons nos nombreux partenaires à nous aider à engager cette transformation, que nous devons aux millions de femmes, nouveau-nés et enfants qui meurent chaque année, faute d'accès aux établissements, services et équipes qualifiés que nécessite leur état de santé. Il est de notre responsabilité morale d'être à leurs côtés et de prévenir les décès évitables.

Comme le montre la série du *Lancet* sur la maternelle, la collaboration interprofessionnelle est essentielle pour offrir des soins de qualité dans le monde complexe actuel, et pour surmonter les nombreux obstacles que rencontrent les systèmes de santé du monde entier. Les patients doivent bénéficier du savoir et des compétences que l'on ne peut trouver qu'après d'un large éventail de professionnels de santé. Par ailleurs, la pratique collaborative doit associer le patient, qui joue un rôle clé au sein de l'équipe soignante.

Le choix du prestataire de santé approprié doit s'inscrire dans un vaste plan de ressources humaines pour la santé, adapté aux besoins et à la situation de chaque pays et qui aborde les questions de qualité, d'équité et de décès aux soins. Il est essentiel que les gouvernements jouent à cet égard un rôle moteur en allouant les financements nécessaires à la formation, à la réglementation et à la création d'un environnement propice à la collaboration entre professionnels. Les associations de professionnels de santé ont quant à elles un rôle important à jouer pour améliorer la collaboration entre professionnels, par un travail de dialogue et de défense de leurs acteurs à l'échelon national et mondial. Les infirmières et les sages-femmes, bien qu'elles jouent un rôle crucial dans les soins et les services prodigués aux femmes, nouveau-nés et enfants, ne sont souvent pas associés aux débats sur les plans de santé et le renforcement des systèmes de santé.

Pour améliorer et optimiser l'utilisation des compétences de tous ceux qui contribuent à la santé de la reproduction, maternelle, néonatale et infantile, nous devons travailler de manière cohérente, en reconnaissant les forces et limites de chacun. Des mécanismes doivent être mis en place pour une intégration des soins, entre soins communautaires et en communautés comme dans l. Une prise en charge respectueuse, centrée sur la femme, doit accompagner les patientes à chaque étape, des soins communautaires à la prise en charge médicalisée complexe et au retour dans la communauté. La prestation des soins doit être souple, notamment dans les zones rurales et isolées. Les soignants

compétents en maternelle doivent disposer de l'équipement nécessaire pour détecter les signes précoces de problèmes ou de complications, en particulier lorsque l'accès à d'autres soignants et services peut s'avérer difficile. Ils doivent avoir accès à des mécanismes, procédures et systèmes de transport permettant l'orientation des patients, la pratique de soins d'urgence si nécessaire, disposer des ressources suffisantes et de l'éventail des compétences nécessaires, et être capables de pratiquer l'étendue complète des actes pour lesquels ils sont habilités.

La collaboration multidisciplinaire et le travail d'équipe efficace entre les différents prestataires de santé maternelle et infantile est indispensable aux niveaux local, national, régional et international. Nous devons dépasser les querelles de clocher et privilégier en permanence le bien-être et la santé de la mère et du nourrisson dans toutes nos décisions et dans tous nos actes.

**Judith Shiamian**

Conseil international des infirmières,  
 Place Jean Marteau, 1201 Genève, Suisse  
[shiamianjudith@gmail.com](mailto:shiamianjudith@gmail.com)

Je déclare n'avoir aucun intérêt concurrent.

## L'absence de respect et la maltraitance des femmes pendant l'accouchement : un défi pour un programme mondial de qualité et de responsabilité

Le cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité sur lequel s'appuie la série du *Lancet* sur la maternelle marque une rupture utile de la réflexion qui doit guider toute préparation, mise en œuvre et évaluation des services de santé maternelle et néonatale. Cette analyse part en effet de ce dont les femmes ont besoin, et de ce qu'elles veulent pendant leur grossesse et leur accouchement. Vu sous cet angle, la qualité n'est pas la dernière étape d'un processus chronologique visant à élargir la couverture des interventions cliniques pour réduire la mortalité et la morbidité. Au contraire, la qualité doit être érigée en priorité, dès le début. Pourtant, comme le rappelle Wim van Lerberghe et ses collègues<sup>1</sup>, générer la qualité suppose de s'attaquer aux « angles morts » d'une prise en charge respectueuse, centrée sur la femme.

L'angle mort est effectivement la métaphore appropriée pour qualifier la manière dont le traitement irrespectueux et maltraitant (TIM) subi par les femmes pendant l'accouchement dans certains établissements a échappé à l'attention de la communauté mondiale de la santé et à celle des autorités nationales et locales de santé, y compris celles chargées de réglementer la pratique des sages-femmes et d'autres professionnels de santé, dans tous les pays, riches comme pauvres. Ce traitement n'a pourtant pas échappé à l'attention des femmes elles-mêmes, qui choisissent leur lieu d'accouchement en grande partie en fonction de la perception qu'elles ont de la manière dont elles seront traitées dans les établissements qui leur sont proposés<sup>2,3</sup>. De même, ce traitement n'a pas échappé aux organisations de défense des droits de l'homme qui ont publié des rapports de maltraitance accablants<sup>4</sup> ni aux avocats et plaignants qui n'hésitent pas à saisir leur justice nationale des cas les plus flagrants.

La recherche sur la prévalence et la nature du TIM révèle qu'il ne s'agit pas d'un phénomène isolé mais d'une pratique

profondément ancrée dans les services de maternité de nombreux pays. Le TIM recouvre de multiples réalités : cris, réprimandes, gifles, pincement, mais également abandon des patients, discrimination et interventions non consenties<sup>5</sup>. Ces pratiques sont le fait non seulement de soignants individuels mais également de l'ensemble du système de santé lorsque les conditions, au sein des établissements, s'écartent fortement des normes de soins reconnus, et que l'infrastructure, le personnel, l'équipement et les produits indispensables à ces soins sont insuffisants.

Définir le TIM, étape essentielle à la fois pour l'évaluation et la responsabilité, n'est pas chose aisée. Le « droit et les attentes légitimes en matière de soins équitables, de haute qualité, sûrs et , respectueux », soutenus par la série du *Lancet* sur la maternelle, bien que simple lorsque reliés à une aspiration générale du système de santé, est plus difficile à déterminer et à appliquer en tant que principe pour la recherche et l'intervention sur le terrain. Des pratiques qui, aux yeux d'un militant extérieur ou d'un observateur aguerri, semblent manifestement relever d'un manque de respect ou d'une maltraitance, sont souvent relativisées par les patients ou les soignants, ou les deux. Les attentes, interprétations, intentions et explications qui entourent une gifle appuyée ou une parole de colère lors des dernières phases de poussée d'un accouchement nous rappellent que les systèmes de santé sont souvent le reflet de la dynamique de pouvoir et des inégalités plus profondes qui caractérisent plus largement les sociétés dans lesquelles ils s'inscrivent.

Travaillant sur cette problématique, notre équipe multidisciplinaire composée de chercheurs de l'Université de Columbia (de l'état de New York aux États-Unis) et de l'Illakara Health Institute (de Dar es Salaam, en Tanzanie), de membres d'organisations de défense et de responsables de santé de



Coby Jeffs

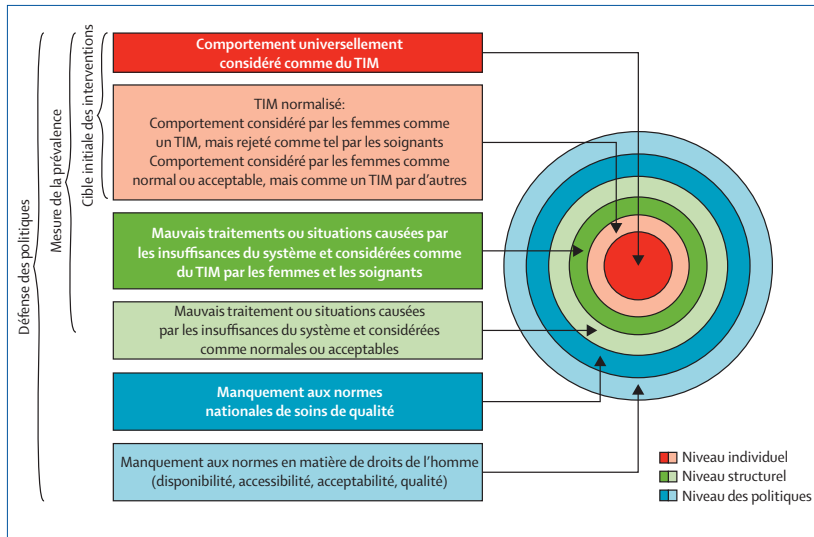


Figure: Définition d'un traitement irrespectueux et maltraitant (TIM) des femmes pendant l'accouchement

la région de Tanga en Tanzanie, en liaison avec une équipe pluridisciplinaire et multiorganisationnelle dirigée par le Conseil de la population au Kenya, a élaboré une définition du TIM illustrée par la cible de la figure ci-dessous. La cible rend compte de la relation complexe entre les attentes, la normalisation et les droits, tout en reconnaissant le lien entre l'action individuelle et les conditions systémiques qui l'ont provoquées.

Ainsi défini et appréhendé, le TIM est le révélateur d'un système de santé en crise, une crise à la fois de qualité et de responsabilité. Au niveau le plus élémentaire, un système de santé qui tolère le TIM dévalue les femmes, ce qui en soi est une cause latente de faibles progrès dans les efforts de diminution de la mortalité maternelle. En outre, le TIM est une rupture de responsabilité du système de santé non seulement à l'égard de ses usagers mais également des femmes et des hommes que ce dernier emploie en tant que soignants. Lorsqu'ils sont eux-mêmes confrontés à des conditions de travail dégradantes et irrespectueuses, les idéaux professionnels des soignants succombent souvent à la pression de stratégies de survie physique et émotionnelle. Ainsi, une sage-femme prodiguant des soins empathiques, peut à un moment, être submergée par des exigences irréalistes et s'emporter contre la femme dont elle s'occupe<sup>9</sup>.

Malheureusement, les mesures adoptées au niveau mondial en faveur de la qualité et la responsabilité ne reconnaissent ce phénomène que de manière marginale. Dominée par une approche descendante axée sur la promotion d'une couverture efficace des interventions cliniques justifiées sur le plan factuel, la tendance est plutôt à l'établissement de critères de mesure permettant aux pays de faire état de leur progrès dans la réalisation des objectifs fixés. Cette approche technocratique s'en remet au pouvoir de la métrique et de l'information transparente pour agir. Aujourd'hui, la promotion, au niveau mondial, de normes régissant des soins de maternité

respectueux, mesurables et vérifiables, est notoirement insuffisante.

Nous n'écartons nullement l'intérêt d'un recours aux critères normatifs et techniques traditionnelles de redevabilité pour lutter plus globalement contre le TIM. Toutefois, nous estimons que la qualité commence par ce dont ont besoin les femmes et ce qu'elles souhaitent. Ensuite, la qualité des efforts de soins doit s'appliquer là où les femmes vivent et travaillent. Ces efforts doivent affronter la réalité souvent difficile qui caractérise un système de santé aux ressources limitées, en soutenant et en renforçant l'action des femmes et des communautés qui réclament un meilleur traitement, et en donnant les moyens aux travailleurs et aux responsables de la santé d'apporter les changements nécessaires.

À l'évidence, une vision des soins de maternité respectueux qui ait un sens pour toutes les femmes et tous les soignants du monde est nécessaire. Mais lorsque la véritable nature du TIM est révélée, à savoir qu'il est le symptôme d'un système de santé délabré et d'une dynamique de pouvoir qui se manifeste au niveau local et qui œuvre à la fois contre les patients et les soignants, alors le véritable travail d'amélioration de la qualité et de responsabilisation peut commencer.

\*Lynn P Freedman, Margaret E Kruk

Department of Population and Family Health and Averting Maternal Death and Disability Program (LPF) and Department of Health Policy and Management and Better Health Systems Initiative (MEK), Mailman School of Public Health, Université de Columbia, New York, NY 10032, USA  
LFP1@columbia.edu

Nous ne déclarons aucun intérêt concurrent.

- 1 Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* 2014; publié en ligne le 23 juin. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3).
- 2 ten Hoop-Bender P, de Bernis L, Campbell J, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet* 2014; publié en ligne le 23 juin. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2).
- 3 Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *Lancet* 2014; publié en ligne le 23 juin. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60919-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60919-3).
- 4 Kruk ME, Paczkowski M, Mbaruku G, de Pinho H, Galea S. Women's preferences for place of delivery in rural Tanzania: a population-based discrete choice experiment. *Am J Public Health* 2009; **99**: 1666-72.
- 5 Leonard K. "Active patients" in rural African health care: implications for research and policy. *Health Policy Plan* 2014; **29**: 85-95.
- 6 Center for Reproductive Rights, Federation of Women Lawyers-Kenya. Failure to deliver: violations of women's human rights in Kenyan health facilities. New York: Center for Reproductive Rights; 2007. [http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R419\\_CenterRepRights\\_2007\\_KENYA\\_Failure\\_to\\_Deliver\\_Kenya-Human\\_Rights\\_Centre.pdf](http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R419_CenterRepRights_2007_KENYA_Failure_to_Deliver_Kenya-Human_Rights_Centre.pdf) (consulté le 2 juin 2014).
- 7 Laxmi Mandal v. Deen Dayal Harinagar Hospital & Ors, W.P.(C). Nos. 8853 of 2008. High Court of Delhi (2010).
- 8 Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: Report of a landscape analysis. Washington, DC: USAID-TRAction Project. Harvard School of Public Health and University Research Co, 2010. [http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful\\_Care\\_at\\_Birth\\_9-20-10\\_Final.pdf](http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-10_Final.pdf) (consulté le 30 mai 2014).
- 9 Mselle LT, Moland KM, Mvungi A, Evjen-Olsen B, Kohi TW. Why give birth in health facility? Users' and providers' accounts of poor quality or birth care in Tanzania. *BMC Health Serv Res* 2013; **13**: 174.