



Les Dossiers de la Maïeutique

www.dossiers-de-la-maieutique.fr

Les Dossiers de la Maïeutique (2014) 1(3), 125-130

Lu pour vous

Introduction

La section "Lu pour vous" de ce numéro est entièrement dédiée aux quatre articles du numéro spécial du *Lancet* sur la maïeutique qui a été publié en ligne le 23 juillet 2014. Cette publication est importante à plusieurs titres.

Il est particulièrement important de remarquer que cette revue médicale, mondialement reconnue pour sa rigueur, publie ce numéro spécial à la suite de trois autres consacrés plus particulièrement à la santé néonatale. Celui-ci est consacré spécifiquement à la maïeutique ou pratique de la sage-femme, l'élément maintenant reconnu comme clé pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile aussi bien dans les pays où les taux de mortalité et morbidité sont importants ou ceux où les taux sont beaucoup plus bas, mais la médicalisation excessive.

Il est aussi important de noter qu'une proportion importante des auteurs de ces quatre articles sont des sages-femmes, avec aussi bien entendu des obstétriciens, épidémiologistes, statisticiens et autres. Fabienne Richard, qui a rédigé le résumé du troisième article dont elle est l'un des co-auteurs, est une sage-femme française qui travaille comme chercheur à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (Belgique), est impliquée dans bon nombre d'initiatives en Afrique, et est pratiquement la seule sage-femme francophone si la lecture des auteurs est correcte.

J'espère que le profil de la sage-femme, que cette publication ne peut qu'encourager, va stimuler une définition plus précise de ce qu'est son rôle dans les pays francophones et que la mise à jour de cette définition va encourager les étudiants, enseignants, praticiens cliniques, cadres et chercheurs à mieux cibler des aspects de maïeutique dignes de plus de développement et de recherche.

Je remercie les membres du comité de rédaction des *DM* qui ont eu la gentillesse de faire ces résumés malgré des emplois du temps souvent très chargés.

Marianne Mead
Rédactrice en chef
Les Dossiers de la Maïeutique

Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, Silva DR, Downe S, Kennedy HP, Malata A, McCormick F, Wick L & Declercq E (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 23 June, DOI 10.1016/S0140-6736(14)60789-3.

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

Cet article est le premier d'une série de quatre articles et cinq commentaires consacrés à la maïeutique et publiés dans la revue médicale *The Lancet* le 23 juin 2014. Le *Lancet* avait déjà publié trois autres séries d'articles traitant de sujets directement liés à la maternité:

- 2005 *Neonatal Survival* (La survie néonatale) (<http://www.thelancet.com/series/everynewborn>)
- 2011 *Stillbirths* (Mortinaissance) (<http://www.thelancet.com/series/stillbirth>) (Lawn & Kinney, 2011)
- 2014 *Every newborn* (Chaque nouveau-né) (<http://www.thelancet.com/series/everynewborn>).

Ces publications démontrent l'engagement du *Lancet* vis-à-vis de la santé maternelle et infantile.

Se basant sur des définitions internationales et sur une analyse de la pratique de sage-femme, les auteurs identifient les éléments qui définissent la maïeutique et développent ensuite un cadre d'évaluation de la qualité des soins maternels et néonataux par le biais d'une approche multi-méthode qui a inclus une synthèse de résultats de revues systématiques sur les pratiques efficaces ainsi que les points de vue des femmes et des personnels soignants.

Près de 300 000 femmes meurent chaque année pendant ou peu de temps après la grossesse et 5,5 millions d'enfants sont morts à la naissance ou meurent pendant le premier mois de leur vie. Et ceci ne sont que les chiffres de mortalité; les auteurs nous rappellent qu'il est estimé qu'une morbidité aiguë ou chronique atteint environ 20 millions de femmes, avec l'important coût physique, psychologique, économique et communautaire que ces tragédies engendrent.

La grande majorité des décès maternels et néonataux se retrouvent dans les pays à faibles revenus, mais il ne faut pas croire que les pays à revenus élevés ne

sont pas atteints par leurs propres problèmes. Il ne fait aucun doute que l'utilisation excessive d'interventions initialement destinées à des situations pathologiques, mais maintenant appliquées de façon inappropriée aux femmes en bonne santé, a entraîné une morbidité iatrogène, et ceci sans compter la charge économique inutile que ces pratiques inconsidérées font peser sur l'individu, les familles, les contribuables et la société. On peut ici parler de simples interventions qui sont maintenant devenues routine dans les pays à revenus plus importants: l'utilisation systématique ou quasi-systématique du monitoring électronique fœtal, la péridurale, l'augmentation importante des taux de césarienne, le jeûne pendant le travail, l'optimisation du travail, les ultrasons inutiles pour n'en citer que quelques-uns.

La contribution essentielle que la maïeutique peut apporter à l'amélioration des services de soins de santé maternelle et néonatale est presque universellement acceptée et repose sur l'analyse d'études randomisées contrôlées dans des pays à revenus élevés, ainsi que sur l'expérience pratique de pays à tous niveaux de revenus. L'introduction de sages-femmes éduquées et régulées, travaillant en collaboration avec d'autres professionnels de santé, est associée à une diminution importante de la mortalité maternelle et infantile et une amélioration de la qualité de soins et de la satisfaction des usagers.

Les auteurs acceptent la définition de la sage-femme et ses compétences, telles qu'elles sont identifiées par la Confédération Internationale des Sages-Femmes (ICM, 2011; 2013), et définissent bien plus précisément ce en quoi consiste la maïeutique :

les soins spécialisés, éclairés et attentionnés pour les femmes enceintes, nouveau-nés et familles pendant la période avant et 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; travaillant en partenariat avec elles pour renforcer leur capacité de prendre soin d'elles-mêmes et de leurs familles (Renfrew et al., 2014).

Le développement d'un cadre d'évaluation de la qualité de la pratique de la sage-femme a inclus trois aspects spécifiques, mais complémentaires: (1) métasynthèses (l'équivalent d'une revue systématique pour des études qualitatives) des points de vue et expériences des femmes, avec identification des éléments de soins que celles-ci jugent importants; (2) revues systématiques des pratiques de soins maternels et néonataux avec identification des pratiques et caractéristiques efficaces et inefficaces et révision du cadre d'évaluation et enfin (3) revues systématiques des groupes professionnels dispensant certains aspects des soins relevant de la maïeutique avec identification des données factuelles

relatives aux sages-femmes, médecins généralistes, obstétriciens et travailleurs de santé communautaires et traditionnels.

Bien que l'ensemble des informations soit très intéressant, j'ai relevé deux aspects qui me paraissent particulièrement utiles dans le cadre des activités de recherche des sages-femmes francophones.

(1) Les métasynthèses sur les aspects que les femmes ont identifiés comme étant importants et les revues systématiques sur les pratiques efficaces et inutiles ont permis de développer le cadre d'évaluation de la qualité des soins maternels et néonataux, mais aussi - et ceci est sans doute très important dans le cadre de la maïeutique francophone - de cerner le champ d'application de la maïeutique.

(2) Le cadre d'évaluation de la qualité des soins reprend plusieurs composantes des services de santé maternelle et néonatale qui pourraient se résumer à : "quoi ?", "comment ?", "pourquoi ?", "est-ce la meilleure manière de le faire ?" et "par qui ?". La question du "pourquoi ?" reprend deux aspects: les valeurs humaines inhérentes à la pratique de la maïeutique et l'optimisation de la normalité. C'est ce dernier aspect qui me semble particulièrement important dans le cadre de la pratique de la sage-femme francophone. Les auteurs identifient clairement l'importance de l'optimisation des processus biologiques, psychologiques, sociaux et culturels et le renforcement des capacités de la femme mais aussi la prise en charge expectative et donc patiente avec recours à l'intervention uniquement sur indication précise, justifiée et documentée.

Les sages-femmes francophones commencent à faire de la recherche alors que leurs collègues anglophones en ont déjà une expérience assez importante. Mon expérience personnelle anglophone et francophone me permet d'identifier des différences importantes dans les sujets traités par ces deux groupes linguistiques. Alors que les chercheurs anglophones sont pratiquement toujours des sages-femmes qualifiées qui ont une expérience importante avant de commencer leur recherche, ce sont encore trop souvent les étudiants en formation initiale qui font une recherche dans le cadre de leur travail de fin d'études. J'ai maintenant eu l'occasion de lire un bon nombre de mémoires d'étudiants (titres, résumés, articles ou mémoires entiers). Bien que le travail accompli soit important, voire très important, et qu'un nombre croissant d'étudiants proposent des sujets qui relèvent des compétences de la sage-femme, je suis encore souvent étonnée par le nombre de sujets qui relèvent plus évidemment d'autres disciplines. J'ose donc espérer que cette série d'articles va encourager les étudiants, les sages-femmes enseignantes, les superviseurs et les écoles à développer des questions qui relèvent spécifiquement des compétences de la sage-femme telles qu'elles sont définies par ICM afin que la maïeutique puisse développer son corps de connaissances propre et distinct.

Ce cadre d'évaluation de la qualité des soins maternels et néonataux devrait aider les étudiants et les sages-femmes qualifiées à identifier des aspects spécifiques relevant de la pratique de la sage-femme qui seraient dignes d'investigation afin de proposer aux femmes, à leurs familles et à leurs communautés un service de maternité qui répond mieux à leurs besoins. Il serait sans doute utile d'encourager le développement de questions qui interrogent la capacité de la sage-femme à optimiser les processus normaux, à prévenir les complications tout en étant capables de mettre en place les mesures d'urgence initiales en cas de complication.

Le rôle de la sage-femme n'est pas simple !!! mais il est certainement intéressant !!!

ICM (2011). *Définition de la sage-femme*. The Hague: ICM.

ICM (2013). *Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme*.

Lawn J & Kinney MV (2011). *Mortinaiissance (Sommaire exécutif de la série The Lancet)*. Available: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/stillbirths-french.pdf>.

Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, Silva DR, Downe S, Kennedy HP, Malata A, McCormick F, Wick L & Declercq E (2014). Midwifery 1 - Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*.

Afin de rendre ces textes plus disponibles pour les francophones, un financement a été agréé pour la traduction de ces articles; ils seront disponibles prochainement.

Marianne Mead
Rédactrice en chef

Homer C, Friberg IK, Bastos DIAS MA, Hoop-Bender P, Sandall J, Speciale, AM & Bartlett LA. (2014). Midwifery 2. The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet*. DOI 10.1016/S0140-6736(14)60790-X.

[Les effets anticipés d'une augmentation des prestations de maïeutique]

On estime que 15 à 20 millions de femmes sont affectées chaque année par une morbidité importante suite à l'accouchement, avec des répercussions importantes chez les nouveau-nés, la famille et la communauté. Par ailleurs, le suivi effectué pour l'atteinte des objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le Développement, en 2015, montre que la couverture globale de plusieurs composantes de la pratique sage-femme est faible. S'appuyant sur les interventions reconnues pour l'amélioration des résultats de santé maternelle et infantile des revues Cochrane et sur l'étude de Renfrew *et al.* (2014) démontrant que la pratique sage-femme s'avère un moyen efficace pour sauver des vies en particulier dans les populations à faibles et moyens revenus, Homer et ses collaborateurs se sont intéressés aux effets potentiels de l'extension de

la pratique sage-femme dans 78 pays.

Les données sur la morbidité étant difficiles à obtenir, les auteurs ont centré leur analyse sur les taux de mortalité maternelle, foetale et néonatale. Les deux objectifs de leur étude étaient d'estimer les décès maternels, foetaux et néonataux pouvant être évités ainsi que d'évaluer l'effet sur la santé maternelle, foetale et néonatale de l'ajout progressif de soins spécialisés à la pratique sage-femme.

Homer *et al.* utilisèrent le *Lives Saved Tool (LiST)* afin d'estimer le nombre de décès qui pourraient être évités si la pratique sage-femme était déployée dans 78 pays dont les 58 pays présentés dans les rapports de *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2014* ainsi que les pays compris dans le *Compte à rebours vers 2015*. Le *LiST* est un logiciel de modélisation développé par le Child Health Epidemiology Reference Group en 2003 dans le cadre de la série Child Survival du Lancet. C'est un outil reconnu pour l'estimation de l'effet d'interventions ciblées. L'indice de développement humain (IDH) tenant compte de l'espérance de vie, l'éducation et le revenu a servi à classer ces pays en trois groupes égaux de 26 pays, soit à faible IDH (groupe A), de faible à modéré (groupe B) et de modéré à élevé (groupe C). En sélectionnant les interventions du *LiST*, englobant le champ de pratique des sages-femmes et des interventions spécialisées en santé maternelle et néonatales identifiées efficaces dans l'étude de Renfrew *et al.* (2014), différents scénarios de couverture des services de sages-femmes ont été établis pour ces pays, soit une couverture modérée (10%), importante (25%) ou universelle (95%). Pour ce faire, une modélisation de l'effet d'augmentation de la couverture de ces interventions a été effectuée. L'estimation du nombre de décès pouvant être évités a été déterminée en fonction des scénarios projetés jusqu'en 2025 en se basant sur les résultats obtenus en 2010 dans les pays classés à bas et moyens IDH.

Différentes analyses ont été produites pour faire état des résultats des interventions en santé maternelle et infantile en incluant ou non ceux attribuables à la planification familiale. De plus, une analyse supplémentaire a été réalisée en tenant compte seulement de l'augmentation de la planification familiale.

Les résultats obtenus montrent que l'accroissement de la pratique sage-femme permettrait de réduire les décès maternels, néonataux et foetaux dans tous les scénarios analysés. Même une augmentation modeste de 10% de la couverture de soins en pratique sage-femme pour chaque période de cinq ans (scénario 1), tout en incluant la planification familiale, entraînerait une réduction de 27,4% des décès maternels dans le groupe A, de 35,9% dans le groupe B et de 62,7% dans le groupe C. Compte tenu du plus petit nombre de décès maternels dans les pays du groupe C par rapport aux autres groupes, une diminution du nombre absolu de décès maternels a donné lieu à un effet proportionnellement plus grand pour ces pays. Des réductions similaires ont été observées pour la

mortinatalité et la mortalité néonatale. Une augmentation importante de la couverture tous les 5 ans (scénario 2) a généré une tendance similaire de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et des mortinaissances.

On observe également qu'avec une couverture universelle des interventions, tout en excluant la planification familiale dans les trois groupes IDH, 29.9% des décès maternels, 23.8 à 31% des mortinaissances et plus de la moitié des décès néonataux pourraient être évités par les soins sages-femmes. D'autre part, si la planification familiale était incluse dans le cadre de la pratique sage-femme, entre 44.7 et 80.6% de ces décès seraient évités. Ainsi, la planification familiale seule pourrait réduire 57% de tous les décès dans les pays du groupe C car elle limite la fécondité et le nombre de grossesses, permettant ainsi de réduire le nombre de femmes et d'enfants à risque de mortinaissance, de décès maternel ou néonatal. Par ailleurs, en combinant l'ensemble des soins sages-femmes avec la planification familiale et les interventions en santé maternelle et néonatale, on pourrait éviter un total de 83,3% de tous les décès maternels, néonataux et les mortinaissances.

En ce qui concerne l'estimation de l'effet de l'augmentation des soins spécialisés tels l'avortement, l'administration de corticostéroïdes lors de travail prématuré, l'induction dans les grossesses post-termes ou la césarienne, on note une réduction additionnelle des décès maternels et néonataux. Cependant ces effets sont grandement inférieurs à ceux des soins en pratique sage-femme, que la planification familiale soit incluse ou non dans la simulation. Par contre, les soins sage-femme sont optimisés lorsqu'ils sont fournis par des sages-femmes compétentes dans un système de santé fonctionnel avec des mécanismes efficaces de consultations et de transferts à des soins spécialisés. Les auteurs mentionnent également que les bénéfices de la pratique sage-femme doivent être vus différemment dans les pays développés, car les résultats positifs portent davantage sur l'expérience des femmes, l'allaitement ou la diminution de l'usage inapproprié des interventions.

Malgré les analyses et les rapports favorables à l'intensification des services de sage-femme depuis les deux dernières décennies, différents enjeux politiques, sociaux et culturels empêchent les décideurs et les planificateurs d'aller de l'avant dans de nombreux pays. Une volonté politique claire est donc nécessaire pour faciliter le déploiement de la pratique sage-femme incluant la planification familiale. Cet article pourrait certainement contribuer à les informer et à les sensibiliser davantage aux bienfaits éventuels de la pratique sage-femme sur les conditions de santé de leur population.

Les limites de l'étude sont principalement dues au fait que le *LiST* peut seulement modéliser les effets sur la mortalité, mais ne peut prendre en compte les déterminants de la santé, les effets de la surmédicalisation dans les pays développés ou la qualité des soins comme indicateur spécifique. Les auteurs soulignent que la méthode utilisée est dépendante des données colligées dans les

pays étudiés. Celles-ci sont souvent pauvres en quantité et en qualité, particulièrement en ce qui concerne les causes de mortalité. De plus, le *LiST* est basé sur l'estimation des résultats de mortalité incluant seulement les effets connus sur les différences de taille d'effets, ce qui signifie que les interventions peu documentées par la recherche pour ces effets ne peuvent être incluses.

L'étude de Homer *et al.* (2014) permet d'envisager les bienfaits potentiels de la pratique sage-femme, s'exerçant avec l'entièreté de son champ de pratique, pour les familles et les communautés dans le monde entier. Des recherches futures s'avèrent nécessaires pour tenir compte des bénéfices économiques, sociaux et psychologiques de la pratique sage-femme et pour déterminer comment les systèmes de santé et les services communautaires peuvent être améliorés et renforcés pour que cette pratique puisse être accessible à tous.

L'auteure principale, Caroline Homer est sage-femme et directrice du Centre de la pratique sage-femme, l'enfant et la santé familiale de la Faculté de santé de l'Université de Technologie de Sydney (Australie) et ses collaborateurs sont des chercheurs provenant des États-Unis, du Brésil, de l'Espagne et du Royaume-Uni.

Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, Silva DR, Downe S, Kennedy HP, Malata A, McCormick F, Wick L & Declercq E (2014). Midwifery 1 - Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. DOI 10.1016/S0140-6736(14)60789-3.

Raymonde Gagnon
Sage-femme, professeure, doctorante en sciences humaines appliquées
Université du Québec à Trois-Rivières (Québec, Canada)

Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, Ancona C, Campbell J, Channon A, de Bernis L, De Brouwere V, Fauveau V, Fogstad H, Koblinsky M, Liljestrand J, Mechbal A, Murray SF, Rathavay T, Rehr H, Richard F, Ten Hoope-Bender P & Turkmani S (2014). Midwifery 3 - Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *Lancet*. Published online June 23, 2014. DOI 10.1016/S0140-6736(14)60919-3.

[Renforcement des systèmes de santé et déploiement des sages-femmes dans les pays avec une mortalité maternelle élevée : revue d'expériences nationales]

Cet article est le troisième de la série spéciale sages-femmes du *Lancet* parue le 23 juin 2014. Il documente l'expérience de pays à faibles revenus et revenus intermédiaires qui ont tous comme point commun d'avoir choisi d'augmenter - de manière significative - le nombre de sages-femmes comme stratégie principale d'amélioration de la santé maternelle et néonatale. Il s'agit du Burkina Faso, du Cambodge, de l'Indonésie et

du Maroc.

Les quatre études de cas qu'on peut trouver dans l'annexe web de l'article (seuls les résumés sous forme de graphiques synthétiques sont présentés dans l'article) permettent de montrer les différentes stratégies mises en œuvre dans ces pays pour renforcer le système de santé.

Quatre lignes d'action séquentielles ont contribué conjointement à l'amélioration de la santé des mères et des nouveau-nés : (1) l'extension d'un réseau d'établissements de santé de proximité résultant en un meilleur accès et une meilleure utilisation des services de santé pour l'accouchement et pour les soins en urgence; (2) une augmentation du personnel qualifié pour l'accouchement (formation et déploiement des sages-femmes en milieu rural) pour répondre à l'augmentation de la demande; (3) la réduction des barrières financières à l'accès aux soins (exemption des coûts directs, assurance, fonds d'équité,...); et (4) la volonté d'améliorer la qualité des soins.

L'amélioration de la qualité de soins reste cependant un défi et est arrivée bien après la construction des centres de santé de proximité et la formation accrue de sages-femmes. Si les efforts ont d'abord été mis sur les normes techniques, les compétences et les équipements, d'autres stratégies comme la mise en place d'audits de décès maternels ou de near-miss ont joué un rôle important pour mettre en évidence les problèmes de qualité des soins et pour essayer d'y remédier. Cependant dans les quatre pays beaucoup reste à faire, pas seulement en termes de qualité technique, mais aussi en termes de coordination des soins et d'orientation entre les maternités périphériques et les hôpitaux.

Il y a deux aspects dans la qualité des soins qui n'ont pas encore reçu beaucoup d'attention dans les quatre pays étudiés : le premier est la notion de soins centrés sur la personne et le droit des patients à recevoir une information objective pour faire un choix éclairé. Peu de programmes nationaux existent à l'heure actuelle même si la notion de soins centrés sur la personne est de plus en plus discutée en médecine générale et fait l'objet de recherche dans des projets pilotes. Le deuxième est la surmédicalisation. L'exemple le plus visible est l'épidémie de césariennes. Cette épidémie est clairement liée à la capacité à payer, en particulier dans les ménages les plus riches comme cela se voit déjà au Cambodge et en Indonésie.

Les autres types de surmédicalisation (abus d'anesthésiques, inductions du travail, antibiotiques, etc.) sont peu documentés dans les études de cas, comme dans la plupart des pays à faibles revenus. Il est cependant important de rappeler que toutes les catégories professionnelles (médecins, sages-femmes et auxiliaires sages-femmes) semblent contribuer à cette surmédicalisation.

Les quatre pays étudiés disposent aujourd'hui d'un haut

niveau d'engagement politique à l'amélioration de la santé maternelle et du nouveau-né et au déploiement des sages-femmes (cet engagement est plus récent pour l'Indonésie que pour les autres pays). Ce soutien politique permet d'assurer une continuité dans les efforts mais devient également une responsabilité du gouvernement de plus en plus regardée et analysée par la société civile qui devient critique et vocale en cas de manquement.

Il est vraiment intéressant de prendre le temps d'ouvrir les annexes (Webappendix) pour connaître en détail l'historique et les choix politiques faits par les états en matière de renforcement de la profession sage-femme.

Bonne lecture !

Fabienne Richard, sage-femme, MSc, PhD
Chercheuse invitée à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers
Co-auteur du Papier 3 du *Lancet*

Ten Hoop-Bender P, de Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, Homer CS, Kennedy HP, Matthews Z, McFadden A, Renfrew MJ & Van Lerberghe W (2014). Midwifery 4 - Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet*. DOI 10.1016/S0140-6736(14)60930-2.

[L'amélioration de la santé maternelle et néonatale par la maïeutique]

Cet article récapitule les trois articles précédents qui, ensemble, constituent l'édition spéciale sage-femme du *Lancet* 2014. Une édition historique dont il est logiquement attendu qu'elle ait des répercussions déterminantes sur la place de la maïeutique dans les agendas de santé maternelle et néonatale à l'échelle internationale mais également, et il faut l'espérer, à l'échelle des pays.

Il est signé par une élite de sages-femmes chercheurs dans le monde mais également par des experts internationaux de formations diverses et complémentaires dans le domaine de la santé reproductive en général, et maternelle et néonatale en particulier. C'est donc le rôle prédominant des sages-femmes dans cet article et la collaboration multidisciplinaire qui marquent l'édition dans son ensemble et cet article plus spécifiquement.

En clôturant la série des quatre articles, les auteurs se proposent de fournir l'évidence relative à la contribution de la maïeutique à la survie, à la santé et au bien-être des femmes en âge de reproduction et des nouveau-nés.

Le propos n'est pas ici de relater ce que rapportent les auteurs mais d'inviter les lecteurs francophones à prendre connaissance de l'analyse fine des enseignements tirés des efforts investis pour améliorer la couverture et la qualité de la prise en charge de la santé maternelle et néonatale; ainsi que des actions spécifiques identifiées comme étant nécessaires, urgentes et réalisables.

Les auteurs soulignent également les priorités de recherche à même de fournir de nouvelles évidences plus robustes et suggèrent des étapes pratiques pour tous les pays afin de s'orienter vers une prise en charge centrée sur la population (people centred) et sur la femme (woman centred) tout en étayant la contribution que peut apporter la maïeutique pour une couverture effective et des agendas centrés sur la femme.

L'article se situe enfin dans une perspective internationale et conclut sur l'importance cruciale d'une prise en charge de la santé maternelle et néonatale de qualité comme une priorité de santé mondiale.

Atf Ghérissi, Sage-Femme, PhD
Maître Assistante Universitaire, Sciences de l'Education
appliquées à la Santé
Ecole Supérieure des Sciences et Techniques de la
Santé de Tunis
Université de Tunis-El Manar
Tunisie