

THE LANCET

Juin, 2014

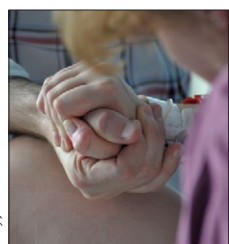
www.thelancet.com

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 maïeutique

La maïeutique, 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 maïeutique. Nombre de ces besoins ne sont toujours pas satisfaits, plusieurs décennies

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 maïeutique 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 maïeutique joue un rôle crucial dans cette approche.

La série comprend quatre articles¹⁻⁴ 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 maïeutique, 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 maïeutique destinée à chaque femme et chaque nouveau-né est au cœur de ces stratégies.

La maïeutique 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 maïeutique 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 contribueront 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-né³ 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 morbidité 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'Estonie, 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 maïeutique 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 maïeutique

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 responsabilités des différents professionnels de santé se chevauchent quelque peu. Dans de nombreux pays, certains soins relevant de la maïeutique 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 maïeutique 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 maïeutique.

Dans la présente série, nous définissons la maïeutique 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. 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 maïeutique. La Confédération 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 légalement 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 pratiques 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 / Libraria/Jonathan 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 maïeutique 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 maïeutique 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 prodiguent 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 maïeutique 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 éclairé, délaissant les autres aspects des soins maternels et néonataux de qualité. Cette situation a conduit à l'adoption de solutions techniques relativement irréfléchies, sans aucun égard 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.

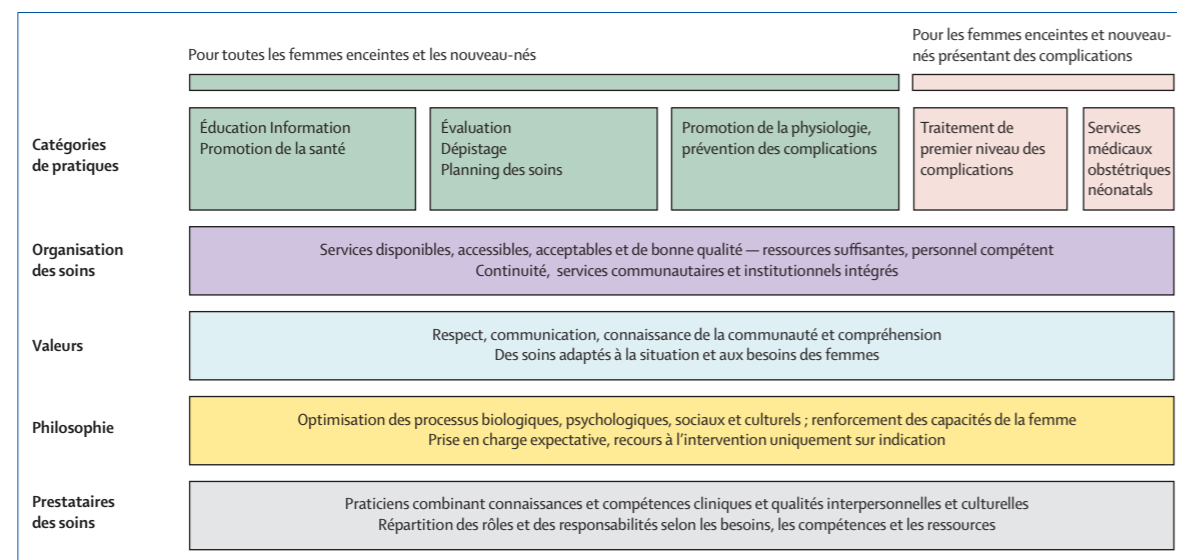


Figure 1 : Le cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité
Composantes maternelles et néonatales d'un système de santé requises par les femmes enceintes et les nouveau-nés (tiré de Renfrew et al.).

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 maïeutique et ont été soumises 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 maïeutique

Les sages-femmes, lorsqu'elles sont éduquées, formées, agréées et régulées, peuvent proposer l'éventail complet de la maïeutique, telle que définie dans cette série. Si de nombreux prestataires pratiquent la maïeutique, les bénéfiques sont faibles lorsqu'il est fait appel exclusivement à des travailleurs de santé moins qualifiés. Les soins dispensés par des 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 maïeutique

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 maïeutique de haute qualité sont dispensés par des sages-femmes et d'autres professionnels compétents.

L'Outil des vies sauvées (LIST) a été utilisé pour modéliser l'effet potentiel des interventions essentielles sur la santé reproductive, maternelle et néonatale qui relèvent de la maïeutique.

La modélisation a montré que le renforcement de la maïeutique pouvait contribuer à réduire la mortalité, même dans un contexte où les ressources sont soumises à de

fortes contraintes. La maïeutique 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 maïeutique 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 mortinatalité pourraient être réduites de 27 à 82 %.

Par exemple, une augmentation récurrente (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 mortinatalité et des décès néonataux serait similaire.

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



GabyJefis

L'impact de la maïeutique 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 maïeutique permettent notamment de diminuer la mortalité maternelle et néonatale, la mortinatalité, les traumatismes du périnée, les naissances instrumentales, l'analgésie ou l'anesthésie en cours de travail, la gravité des hémorragies, le nombre de naissances prématurées, le nombre de nouveau-nés présentant un faible poids à la naissance et les hypothermies. Les analyses ont également conclu 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 a 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 maïeutique, et pouvant être pratiquées par des sages-femmes formées aux normes internationales et intégrées au système de santé.



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

Le renforcement de la maïeutique dans les pays à revenu élevé aura probablement plus d'impact sur la morbidité 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 présente 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

de sages-femmes. Leur expérience met en exergue 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 des 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 maïeutique. 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 où davantage de sages-femmes ont été déployées (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 échappée-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 maïeutique

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 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, 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 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.

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 maïeutique. 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 maïeutique 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 maïeutique 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 maïeutique

L'intégration de la planification familiale dans l'éventail complet des soins de maïeutique 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 maïeutique 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'amener les femmes dans 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 maïeutique, 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 maïeutique de qualité, aux interventions de santé maternelle et néonatale, ainsi qu'aux stratégies de prévention.

Augmenter les effectifs de la maïeutique, investir dans la maïeutique

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 175 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.

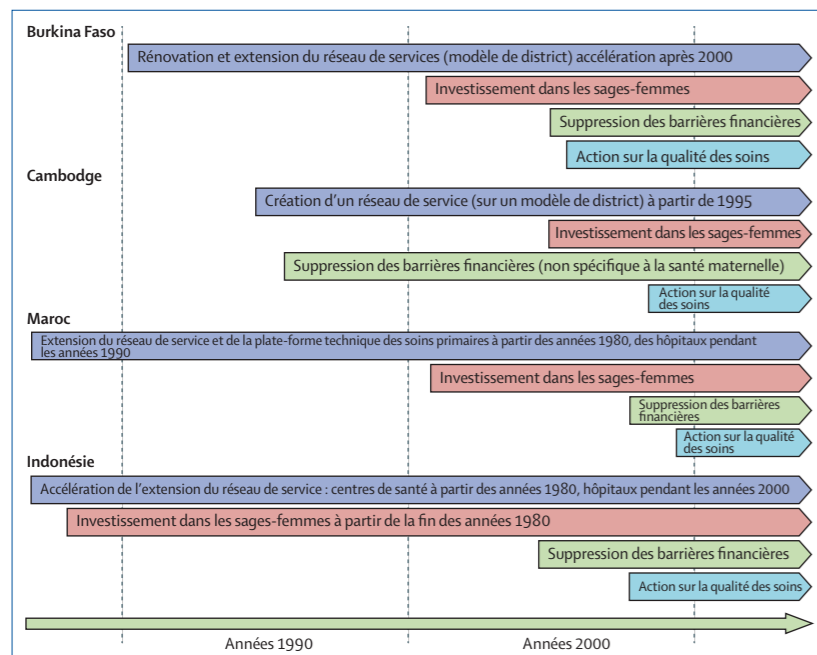


Figure 2: Sequence of crucial interventions for health-system strengthening in support of quality and maternal newborn health in Burkina Faso, Cambodia, Morocco, and Indonesia, from 1980s to present

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 Hoop-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 Hoop-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 Hoop-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.

Introduction

Chaque année, on estime à 139 millions le nombre de naissances¹. Toujours selon les estimations, 289 000 femmes meurent pendant la grossesse, l'accouchement ou peu après² ; 2,6 millions de femmes accouchent d'un bébé mort-né³ et 2,9 millions de nouveau-nés décèdent au cours de leur premier mois de vie⁴. 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'urgence⁵⁻⁷. 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 survivent⁸, 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 permanents⁹, et leur capacité plus limitée à échapper à la pauvreté⁵. Les soins maternels et néonataux de mauvaise qualité ont une incidence économique sur les communautés et les pays¹⁰, et sapent les efforts entrepris pour combler les inégalités intergénérationnelles en matière de santé¹¹. 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 2013¹². 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 croissantes¹³. 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 revenu¹⁴⁻¹⁶, créant un risque iatrogène pour les femmes et les nouveau-nés^{17,18}, sans compter le coût économique particulièrement élevé de ces interventions inutiles¹⁹.

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-2015⁵, mais également pour déterminer les actions les plus efficaces pour la Stratégie Mondiale pour la Santé de la Femme et de l'Enfant²¹ et le Plan d'Action Chaque Nouveau-né²².

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^{5,21,23-28}. Ce consensus résulte des

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)

Correspondance :
Prof. Mary J Renfrew, Mother
and Infant Research Unit, School
of Nursing and Midwifery,
College of Medicine,
Dentistry and Nursing,
Université de Dundee,
Dundee DD1 4HJ, RU
m.renfrew@dundee.ac.uk

données probantes tirées d'essais randomisés contrôlés réalisés dans les endroits à revenus élevés²⁹, ainsi que de l'expérience pratique de pays à revenu faible, intermédiaire et élevé^{5,23,28,30-37}. Si d'autres formes de soins ont démontré une réduction de la mortalité maternelle et néonatale³⁸, 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 créé une ambiguïté³⁹. Celle-ci est levée en français par l'usage du terme maïeutique¹. Dans ce premier article d'une série de quatre consacrés à la maïeutique, nous définissons les termes «maïeutique» 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 maïeutique, telle qu'elle est exercée par des sages-femmes et autres prestataires de santé, peut apporter

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^{40,41}, 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'adéquation, l'accessibilité financière, l'égalité, l'efficacité des soins et services centrés sur les femmes⁴².

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 maïeutique et les professionnels les plus aptes à la pratiquer.

Définition d'une sage-femme et de la maïeutique

La définition de la sage-femme a été établie par la Confédération internationale des sages-femmes⁴³ tout comme l'ont été ses compétences⁴⁴ (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 culturelles⁴⁶⁻⁴⁸ et les rôles et responsabilités des différents professionnels de santé se chevauchent parfois inévitablement. Dans de nombreux pays, certains soins relevant de la maïeutique sont dispensés par des obstétriciens, des médecins généralistes, des infirmières, des auxiliaires sages-femmes, des travailleurs de santé communautaires ou des accoucheuses 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)^{5,23,49}. Une définition de la maïeutique 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 maïeutique.

Dans cette série, nous définissons la maïeutique comme «les soins spécialisés, éclairés et attentionnés 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 maïeutique⁴⁵. La Confédération internationale des sages-femmes définit le travail des sages-femmes⁴³ ainsi que les compétences et normes essentielles de leur éducation et pratique.⁴⁴

«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 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 démontre la maîtrise des compétences de la maïeutique.»

Messages clés

- Il existe un consensus croissant selon lequel la maïeutique a une contribution importante à apporter au développement de soins maternels et néonataux de haute qualité. Cependant, la compréhension de ce qu'est la maïeutique est limitée par un manque d'application cohérent des définitions de cette pratique, ce qui entraîne une mixité d'emploi de personnels professionnels et non professionnels, dont bon nombre ne propose que certaines composantes de la maïeutique.
- Après avoir arrêté une définition de la maïeutique, 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 maïeutique.
- 62 % des 72 pratiques efficaces qui relèvent du champ d'activité de la sage-femme soulignent l'importance d'encourager 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 maïeutique n'ont identifié que de faibles bénéfices lorsqu'il était exclusivement fait appel à des travailleurs de santé peu qualifiés. La maïeutique allait 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 régulées, 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 fiables, 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 le recours systématique aux interventions médicales, sans l'équilibre apporté par la maïeutique.
- 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 maïeutique est cruciale.

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».

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 postnatale⁵.

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 assume ses fonctions et atteint ses objectifs dans un contexte donné⁵⁰. 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 interprétative⁵¹⁻⁵³, ce qui nous a permis d'intégrer un

éventail de sources pertinentes de données probantes et d'en synthétiser les résultats. Forts 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 du cadre⁵⁵.

Dans le présent article, nous utilisons ce cadre pour structurer les analyses de données et délimiter le champ de la maïeutique. Le deuxième article⁵⁶ de la série utilise le cadre pour définir l'éventail des interventions qui relèvent de la maïeutique. Le troisième article⁵⁸ 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 démographie 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

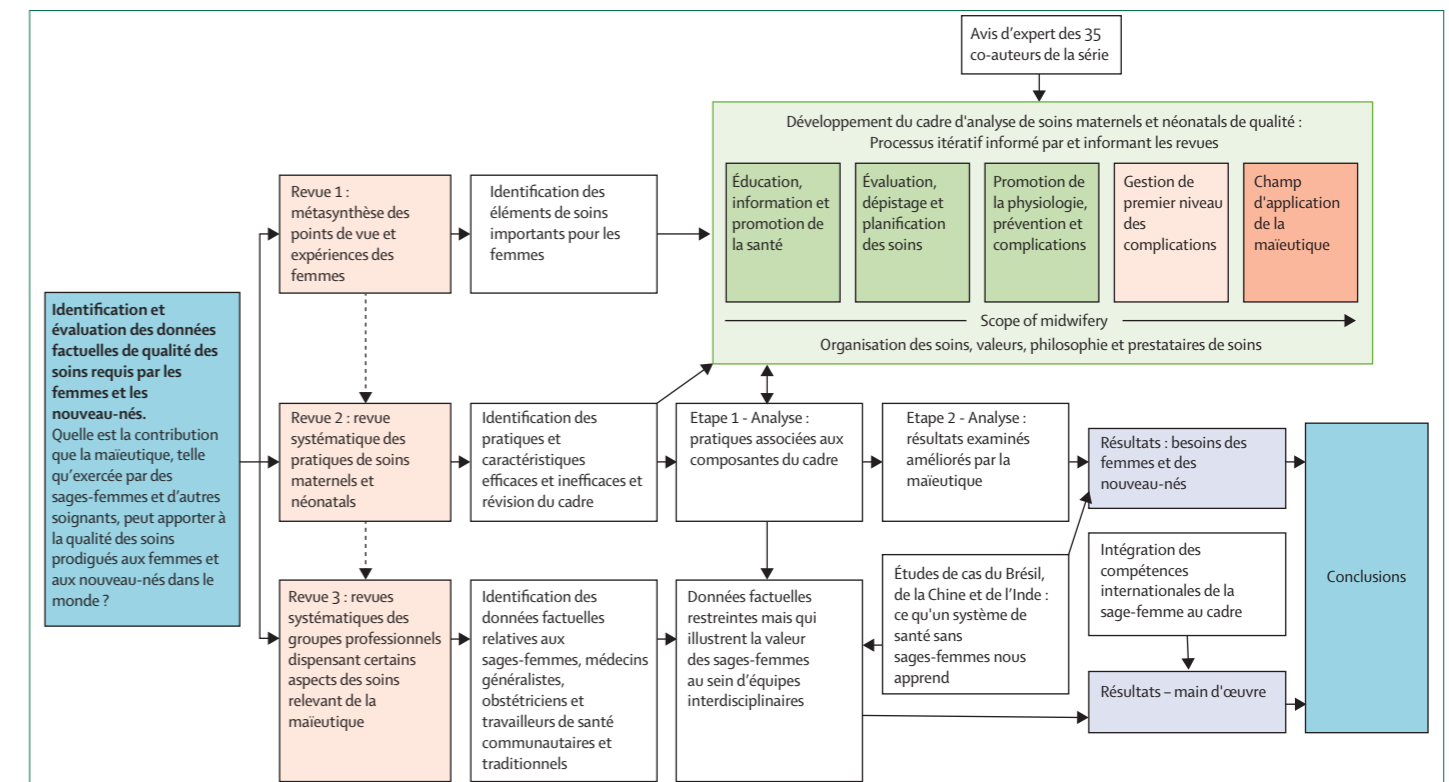


Figure 1: Schéma de l'approche multi méthode utilisée dans la présente étude

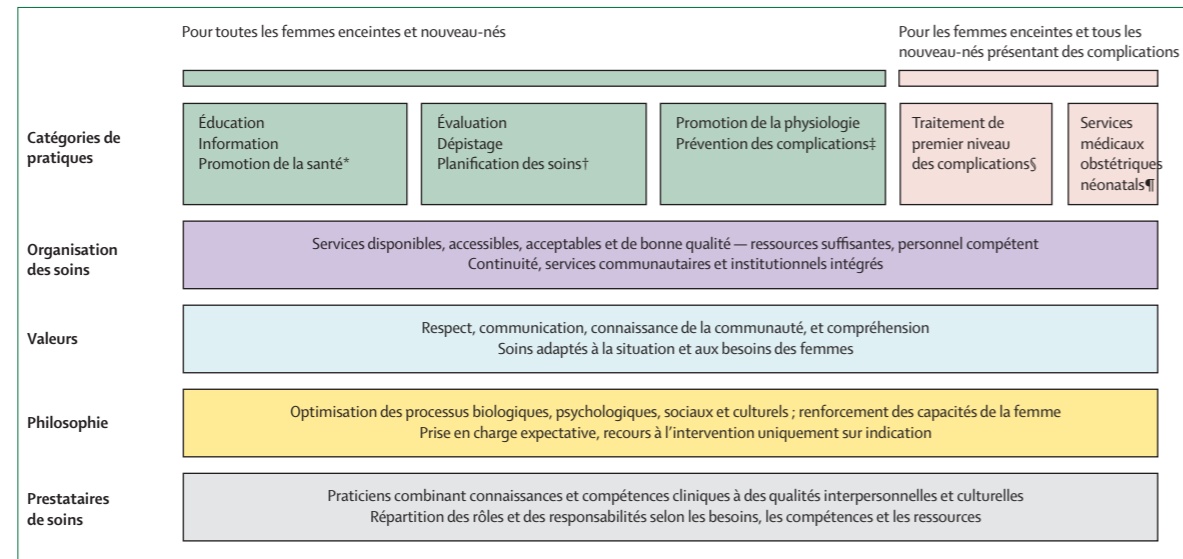


Figure 2 : Le cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité : composantes d'un système de santé maternelle et néonatales nécessaires pour les femmes enceintes et les nouveau-nés

* Exemples d'éducation, d'information et de promotion de la santé : nutrition maternelle, planification familiale et promotion de l'allaitement maternel. † 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 promotion de la physiologie et de prévention des complications : prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, incitation à la mobilité pendant le travail, soins cliniques, émotionnels 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'anti-Rhésus 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), tels que le traitement de la pré-éclampsie, de l'anémie ferriprive du post-partum et de l'hémorragie post-partum. Exemples de prise en charge de complications graves : césariennes planifiées 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 prématurés, aux nourrissons de petite taille pour leur âge gestationnel et aux nouveau-nés malades.

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

Revue 1 : points de vue et expériences de soins maternels et néonataux des femmes

Pour évaluer les données relatives aux besoins des femmes et des nouveaux 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 retenues 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 cruauté, et que la prise en charge devait être personnalisée et assurée par des prestataires empathiques et bienveillants. 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. 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

Identification des pratiques

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 Cochrane²⁷ et le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant²⁸ qui a produit huit autres revues dont les données proviennent d'autres groupes Cochrane (au total, 461 revues ont été analysées). À titre d'ultime 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 actualisées²⁹ 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 mondialement reconnue comme la norme de référence des soins de santé fondés sur 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'effet sur les résultats en fonction de l'objectif principal de chacune d'elles. Toutes les revues concernaient les catégories de

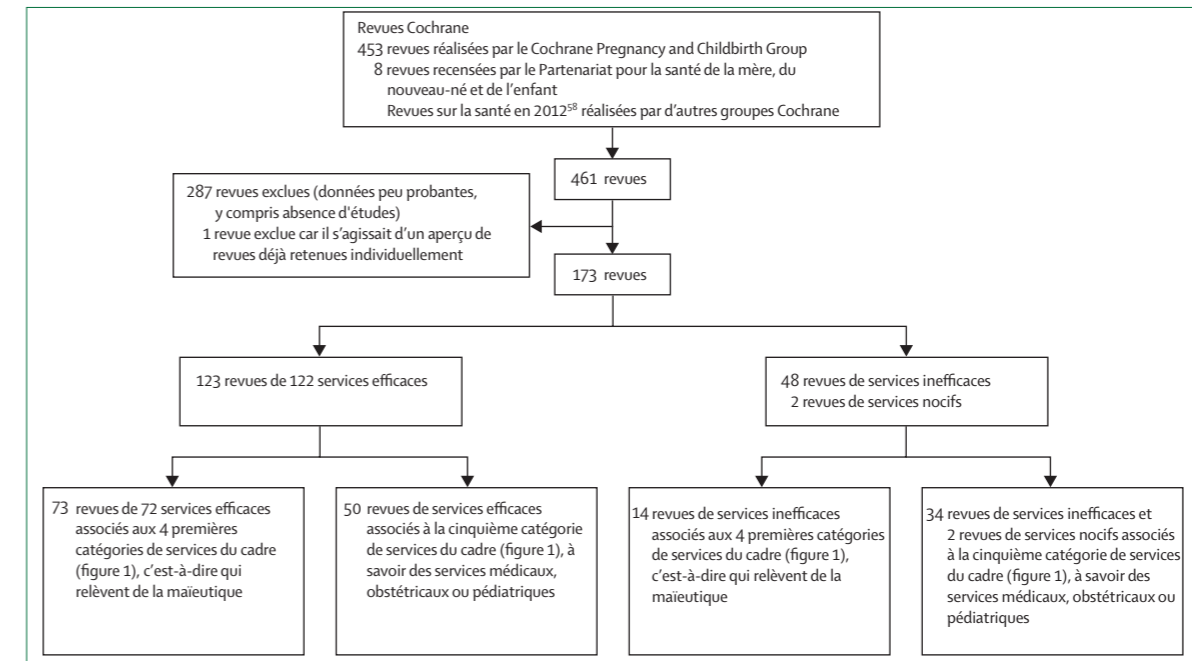


Figure 3 : Schéma de sélection des études - inclusions et exclusions

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 nocive, 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^{29,59-102,129} sont pertinentes pour toutes les femmes enceintes et tous les nouveau-nés, et 26 (21 %) d'entre elles^{103-128,130,145} concernent une prise en charge de premier niveau des femmes et des nouveau-nés présentant des complications. 50 (41 %) pratiques nécessitent 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 maïeutique

Nous nous sommes ensuite attachés à déterminer comment la maïeutique s'intègre 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 maïeutique telle que nous l'avons définie. 72 des 122 (59 %) pratiques efficaces recensées à l'étape 1 relevaient de cette pratique (voir figure 3 et tableau pour le détail des pratiques).

Résultats améliorés par les pratiques efficaces relevant de la maïeutique

Ces revues des 72 pratiques efficaces relevant de la maïeutique ont été soumises à une analyse complémentaire pour identifier les améliorations obtenues. Plusieurs réserves ont été exprimées, 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 bénéfiques et risqués, ces derniers sont présentés dans un tableau distinct.

La combinaison de pratiques qui relèvent de la maïeutique 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, de 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 endroits 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 maïeutique 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 maïeutique, telle qu'elle est définie dans cet article

Pratiques efficaces pour les femmes enceintes et les nouveau-nés
*Organisation des soins (n=7)**

- Comparaison des établissements conventionnels et alternatifs pour le travail et l'accouchement⁵⁹
- Programmes d'évaluation du travail visant à retarder l'admission en salle d'accouchement avant la phase active⁶⁰
- Allaitement exclusif pendant au moins 6 mois pour un bénéfice de santé optimal⁶¹
- Paquets d'interventions communautaires pour la prévention de la mortalité et morbidité maternelle et néonatale et l'amélioration de la santé des nouveau-nés⁶²
- Comparaison de modèles de surveillance globale assurée par la sage-femme et autres modèles de prise en charge des femmes enceintes⁶³
- Non réduction du nombre de consultations prénatales lorsque leur nombre est déjà faible (c'est-à-dire inférieur à 5)⁶³
- Agents de santé maternelle et infantile non qualifiés dans les secteurs de soins primaires et communautaires et prise en charge des maladies infectieuses⁶⁴

*Éducation, information, promotion de la santé et santé publique (n=11)**

- Moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la prévention du paludisme pendant la grossesse⁶⁵
- Conseils spécifiques sur une augmentation de l'apport en énergie et en protéines et supplément protéiné pendant la grossesse⁶⁶
- Interventions pour promouvoir l'arrêt du tabac pendant la grossesse⁶⁷
- Éducation à la santé et soutien par les pairs pour promouvoir l'initiation de l'allaitement⁶⁸
- Supplémentation en acide folique pour les femmes enceintes de moins de 12 semaines ou avant la grossesse, pour la prévention des anomalies du tube neural⁶⁹
- Supplémentation en zinc pour améliorer les résultats de la grossesse et la condition du nouveau-né⁷⁰
- 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 grossesse⁷¹
- 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 grossesse⁷²
- Supplémentation en calcium pendant la grossesse pour la prévention des troubles hypertensifs et problèmes connexes⁷³
- La supplémentation en micronutriments multiples pendant la grossesse⁷⁴
- Éducation sur l'utilisation de moyens contraceptifs par les femmes après l'accouchement⁷⁵

*Évaluation, dépistage et planification des soins (n=1)**

- Dépistage et traitement des infections des voies génitales basses pendant la grossesse afin de prévenir les accouchements prématurés⁷⁶

*Promotion de la physiologie et prévention des complications (n=26)**

- Antirétroviraux visant à réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH⁷⁷
- Médicaments pour la prévention du paludisme chez la femme enceinte⁷⁸
- Thérapie antirétrovirale pour le traitement de l'infection par VIH chez les femmes enceintes pouvant en bénéficier⁷⁹
- Massage digital du périnée pendant la grossesse pour prévenir les traumatismes périnéaux⁸⁰
- Stimulation des seins pour la maturation cervicale et le déclenchement du travail⁸¹

- Soutien continu pendant le travail⁸²
- Positions verticales pendant la phase de dilatation⁸³
- Techniques de relaxation pour la gestion de la douleur pendant le travail⁸⁴
- Analgésie par inhalation pour soulager la douleur pendant le travail⁸⁵
- Immersion dans l'eau pendant les phases de dilatation et d'expulsion⁸⁶
- Techniques périnéales pendant la phase d'expulsion⁸⁷
- Pratique restrictive de l'épisiotomie⁸⁸
- Déclantage du cordon ombilical précédemment clampé et divisé permettant le drainage libre du cordon ombilical⁸⁹
- Délivrance dirigée⁹⁰
- Ergométrie ou ocytocine prophylactique pendant la délivrance⁹¹
- Carbétocine pour la prévention de l'hémorragie du post-partum⁹²
- Ocytocine prophylactique pour la prévention de l'hémorragie du post-partum⁹³
- Prostaglandine (misoprostol) dans la prévention de l'hémorragie du post-partum⁹⁴
- Contact peau à peau entre mère et nouveau-né dans les premières 24 heures⁹⁵
- Paracétamol (dose unique) pour les douleurs du post-partum immédiat⁹⁶
- Tout type d'analgésique approuvé pour le traitement des douleurs après l'accouchement par voie basse⁹⁷
- Analgésie rectale pour le traitement de la douleur après suture du périnée⁹⁸
- Soutien pour les mères qui allaitent⁹⁹
- Anatoxine tétanique pour les femmes enceintes, en prévention du tétanos néonatal¹⁰⁰
- Interventions pour le traitement de la constipation pendant la grossesse¹⁰¹
- Traitement topique de la candidose vaginale pendant la grossesse¹⁰²

Prise en charge de premier niveau des complications (n=25 interventions, 26 revues)†

- Antibiotiques pour traiter la gonorrhée pendant la grossesse¹⁰³
- Traitement de l'infection génitale à Chlamydia trachomatis pendant la grossesse¹⁰⁴
- Interventions contre la trichomonase pendant la grossesse¹⁰⁵
- Antibiotiques pour traiter la vaginose bactérienne pendant la grossesse¹⁰⁶
- Antibiotiques pour traiter la bactériurie asymptomatique pendant la grossesse¹⁰⁷
- Traitements des infections urinaires symptomatiques pendant la grossesse¹⁰⁸
- Administration d'anti-Rhésus D pendant la grossesse pour prévenir l'allo-immunisation anti-Rhésus D¹⁰⁹
- Interventions pour la prévention et le traitement des douleurs pelviennes et dorsales pendant la grossesse¹¹⁰
- Hydratation maternelle orale pour augmenter le volume du liquide amniotique dans les cas d'oligohydramnios¹¹¹
- Version céphalique externe en cas de présentation du siège à terme¹¹²
- Antiagrégants plaquettaires (aspirine à faible dose) pour éviter la pré-éclampsie et ses complications¹¹³
- Accouchement planifié immédiat versus expectative en cas de rupture prématurée des membranes à terme¹¹⁴
- Interventions pharmacologiques et mécaniques pour déclencher le travail, en ambulatoire¹¹⁵
- Massage, réflexologie et autres méthodes manuelles pour gérer la douleur pendant le travail¹¹⁶

(Suite à la page suivante)

(Suite de la page précédente)

- Acupuncture ou acupression pour la gestion de la douleur pendant le travail¹¹⁷
- Application d'une pression négative rapide ou par étapes pour l'accouchement par ventouse¹¹⁸
- Comparaison de suture continue et interrompue pour la réparation de l'épisiotomie ou des déchirures du second degré¹¹⁹
- Administration d'anti-Rhésus D après la naissance pour prévenir l'allo-immunisation Rhésus D¹²⁰
- Traitement des femmes souffrant d'anémie ferriprive du post-partum¹²¹
- Antibiothérapie de l'endométrite du post-partum¹²²
- Soins maternels kangourou pour réduire la morbidité et la mortalité chez les nourrissons de faible poids à la naissance¹²³
- Interventions non pharmacologiques, psychosociales ou psychologiques pour la prévention de la dépression du post-partum¹²⁴
- Photothérapie par fibre optique pour le traitement de l'ictère néonatal¹²⁵
- Interventions d'urgence:
 - Sulfate de magnésium pour les femmes présentant une pré-éclampsie¹²⁶
 - Sulfate de magnésium pour le traitement de l'éclampsie^{127,128}

Pratiques efficaces pour les femmes enceintes et les nourrissons mais présentant un compromis entre avantages et inconvénients

*Promotion de la physiologie et prévention des complications (n=26)**

- Traitement prophylactique des alcaloïdes de l'ergot de seigle pendant la délivrance (réduction significative de la perte sanguine moyenne et des hémorragies post-partum d'au moins 500 ml et de l'administration thérapeutique d'utérotoniques, mais augmentation de la tension artérielle est un des effets indésirables)¹²⁹

Prise en charge de premier niveau des complications (n=25 interventions, 26 revues)†

- Balayage 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, mais comportant des effets indésirables [douleur, saignements, contractions irrégulières])¹³⁰

Pratiques inefficaces pour les femmes enceintes et les nouveau-nés

*Éducation, information, promotion de la santé et santé publique (n=11)**

- Supplémentation en vitamine A pour les femmes pendant le post-partum¹³¹
- Supplémentation en calcium (sauf pour la prévention et le traitement de l'hypertension artérielle)¹³²

*Évaluation, dépistage et planification des soins (n=1)**

- Cardiocardiographie continue comme méthode de monitoring foetal pendant le travail (associée à une réduction des convulsions néonatales, mais aucune différence significative sur l'incidence de la paralysie cérébrale, de la mortalité infantile ou d'autres mesures du bien-être néonatal. En revanche, la cardiocardiographie a été associée à une augmentation des césariennes et des accouchements instrumentaux par voie basse).¹³³

*Promotion de la physiologie et prévention des complications (n=26)**

- Rasage systématique du périnée lors de l'admission en salle de travail¹³⁴
- Position à quatre pattes en fin de grossesse ou durant le travail pour la malposition foetale (latérale ou postérieure)¹³⁵
- Usage restreint de la sucette pendant l'allaitement maternel des nourrissons à terme afin de prolonger la durée de l'allaitement maternel¹³⁶
- Injection veineuse ombilicale systématique pour la délivrance¹³⁷
- Lavements pendant le travail¹³⁸
- Amniotomie pour raccourcir la longueur du travail spontané¹³⁹
- Administration prophylactique d'utérotoniques (avant et après l'expulsion du placenta après un accouchement par voie basse)¹⁴⁰

Prise en charge de premier niveau des complications (n=25 interventions, 26 revues)†

- Hospitalisation et alitement en cas de grossesse multiple¹⁴¹
- Soutien pendant la grossesse pour les femmes présentant un risque accru d'accouchement de bébés de faible poids de naissance¹⁴²
- Injection veineuse ombilicale pour le traitement de la rétention placentaire¹⁴³
- Supplémentation en vitamines pour la prévention des fausses couches¹⁴⁴

des soins (organisation), leur pouvoir de renforcer les capacités des femmes (philosophie) et leur soutien à la physiologie de la grossesse, de l'accouchement, de la période postnatale, de l'allaitement maternel et de la petite enfance, tout en évitant les interventions superflues (philosophie).

Le panneau 2 et l'annexe présentent les résultats de cette phase des analyses. Lorsque l'organisation efficace des services soutenait les processus physiologiques de la reproduction et de la petite enfance, l'intervention apparaît en italiques dans le panneau 2 (44 [61 %] des 72 pratiques efficaces)^{29,59-66,68-78,80-84,86-89,95,99-101,109-114,116,117,120,121,122}. Dix des 72 (14 %)^{29,61,63,65-68,75,84,99} pratiques de soins efficaces pour toutes les femmes enceintes avaient pour objectif de renforcer les capacités propres des femmes, par des informations ou des conseils leur permettant d'agir de leur propre initiative (annexe). La plupart des pratiques efficaces (61 [85 %]) concernaient un seul aspect des soins maternels et néonataux, en règle générale la grossesse ou le travail (annexe). Seules 20 (28 %) pratiques^{29,61,62,64,68,75,77,95-99,120-128} portaient sur un aspect des soins postnatals dispensés à la mère ou au nouveau-né. Seuls des modèles de surveillance globale prodigués par des sages-femmes et des programmes de soins intégrés basés dans le secteur de santé primaire ont démontré une continuité de surveillance du début de la grossesse à la fin de la période postale^{29,62}. 66 (92 %) des pratiques efficaces concernaient

les soins prodigués à la femme ou au foetus, 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 revues¹³¹⁻¹⁴³ ont identifié des activités relevant de la maïeutique qui étaient inefficaces (panneau 2). Neuf (64 %) des pratiques inefficaces^{131-139,141,143} 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 encouragent une optimisation de la physiologie.

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

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

Pour plus d'informations sur la base de données DARE, voir <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/>

une partie ou la totalité des composantes de soins relevant de la maïeutique, nous avons interrogé la base de données des résumés de revues d'efficacité (DARE) en 2012, avec une mise à jour en juin 2013, et dernier contrôle avant la publication en janvier 2014, à l'aide des termes anglais «midwife» (sage-femme), «midwifery» (maïeutique), «midwives» (sages-femmes), «skilled attendant*» (accoucheuse* qualifiée), «birth attendant*» («accoucheuse*»), «skilled delivery attendant» (accoucheuse* qualifié/e) et «community health worker*» (travailleur de santé communautaire). Nous avons identifié sept revues de haute qualité portant sur des essais randomisés contrôlés évaluant l'efficacité d'interventions prodiguées par des professionnels cadres spécifiques sur la santé maternelle ou infantile, ou les deux. La recherche d'études qui en étaient au stade de prépublication a identifié l'actualisation d'une revue d'une importance cruciale sur cette question que nous avons

donc intégrée à la présente étude²⁹. On trouvera en annexe le détail des études retenues et écartées.

Les soins de maïeutique dispensés par des sages-femmes et d'autres professionnels.

Nous avons intégré deux revues comptant au total 15 études, toutes réalisées dans les pays à revenu élevé^{29,146}. Sandall et ses collègues²⁹ ont inclus 13 essais portant sur 16 242 femmes. Cette revue a comparé des modèles de continuité des soins dispensés par des sages-femmes, pour lesquels la sage-femme était la professionnelle de santé de référence pendant la grossesse, le travail et l'accouchement (une ou plusieurs consultations avec un médecin étaient souvent systématiques), à ceux dispensés par un obstétricien ou par le service du secteur de santé primaire (les sages-femmes ou infirmières, ou les deux, prodiguaient la surveillance prénatale et des

	Auteur principal et année (mise en garde)
Réduction de la mortalité maternelle	Duley 2010 ¹²⁸
Réduction de la morbidité grave	Hofmeyr 2010 ⁷³
Diminution des infections maternelles, y compris paludisme et VIH	Brocklehurst 2002, ¹⁰³ Dare 2006, ¹¹⁴ Gulmezoglu 2011, ¹⁰⁵ Brocklehurst 2013, ¹⁰⁶ Siritwachirachai 2010, ¹⁴⁵ Smail 2007, ¹⁰⁷ Gamble 2006 ⁶⁵ (dans les régions d'Afrique où le paludisme est endémique)
Diminution de l'anémie	Pena-Rosas 2012, ⁷¹ Gamble 2006, ⁶⁵ Garner 2006, ⁷⁸ Dodd 2004 ¹²¹
Diminution de la douleur	Smith 2011, ⁸⁴ Beckmann 2006 ⁸⁰ (chez les femmes qui ont déjà accouché par voie basse) ; Chou 2013, ⁹⁶ Deussen 2011, ⁹⁷ Hedayati 2003 ⁹⁸ (pendant les premières 24 h après la naissance) ; Klomp 2012 ⁸⁵ (pendant le travail, effets secondaires observés) ; Kettle 2012, ¹¹⁹ Pennick 2007 ¹¹⁰ (biais potentiel dans toutes les études, sauf une) ; Smith 2011 ¹¹⁷ (prudence sur la qualité de l'étude) ; Smith 2012 ¹¹⁶ (prudence sur la qualité de l'étude)
Réduction de l'incidence de l'allo-immunisation RhD	Crowther 2013 ¹⁰⁹ , Crowther 1997 ¹²⁰
Réduction du risque de pré-éclampsie	Duley 2007 ¹¹³ (pour les femmes à risque élevé) ; Hofmeyr 2010 ⁷³ (l'effet était le plus important chez les femmes ayant un apport de base en calcium limité et chez les femmes présentant un risque élevé de pré-éclampsie)
Réduction du risque d'éclampsie	Duley 2010 ¹²⁶
Après traitement de l'éclampsie, réduction de la récurrence de convulsion ; réduction du risque de pneumonie	Duley 2010, ¹²⁸ Duley 2010, ¹²⁷ Duley 2010 ¹²⁷
Réduction des hémorragies du post-partum	Begley 2011, ⁹⁰ Kavanagh 2005, ⁸¹ Tunçalp 2012, ⁹⁴ Cotter 2001, ⁹¹ Liabsuetrakul 2007, ¹²⁹ McDonald 2004 ⁸¹
Réduction des traumatismes périnéaux	Aasheim 2011, ⁸⁷ Carroli 2009, ⁸⁸ Beckmann 2006 ⁸⁰ 2006 ⁸⁰ (statistiquement significatif uniquement pour les femmes n'ayant jamais accouché par voie basse)
Augmentation de la probabilité d'un accouchement spontané par voie basse	Hodnett 2012, ⁵⁹ Hodnett 2012, ⁸² Sandall 2013 ²⁹
Diminution de l'optimisation du travail	Hodnett 2012 ⁵⁹ , Hodnett 2012 ⁸²
Réduction du recours aux analgésiques pharmacologiques (sauf analgésie régionale ou péridurale) pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, et la période postnatale	Lauzon 2001, ⁶⁰ Hodnett 2012, ⁸² Sandall 2013, ²⁹ Chou 2013, ⁹⁶ Hedayati 2003 ⁹⁸ (first 24 h after birth) ; Kettle 2012, ¹¹⁹ Smith 2011 ¹¹⁷ 2011 ¹¹⁷ (données incorrectement rapportées dans un ou trois essais)
Réduction du recours à l'analgésie régionale ou péridurale	Lawrence 2009, ⁸³ Cluett 2009, ⁸⁶ Hodnett 2012, ⁵⁹ Hodnett 2012, ⁸² Sandall 2013 ²⁹
Réduction des naissances avec extraction instrumentale	Smith 2011, ⁸⁴ Hodnett 2012, ⁵⁹ Hodnett 2012, ⁸² Sandall 2013, ²⁹ Smith 2011 ¹¹⁷
Diminution des césariennes	Hodnett 2012, ⁸² Hofmeyr 2012 ¹²²
Diminution des épisiotomies	Aasheim 2011, ⁸⁷ Carroli 2009, ⁸⁸ Beckmann 2006, ⁸⁰ Hodnett 2012, ⁵⁹ Sandall 2013 ²⁹
Diminution des sutures périnéales	Carroli 2009 ⁸⁸
Diminution de l'utilisation des utérotoniques à titre thérapeutique	Liabsuetrakul 2007 ¹²⁹ (compromis : parmi les effets de l'intervention [alcaloïdes de l'ergot par intramusculaire ou intraveineuse] figurent une augmentation de la tension artérielle et des douleurs après l'accouchement qui nécessitent une analgésie)
Diminution des transfusions sanguines	Tunçalp 2012 ⁹⁴
Recours réduit au massage utérin	Su 2012 ⁹²
Diminution des grossesses de plus de 41 semaines	Boulvain 2005 ¹³⁰ 2005 ¹³⁰ (observation d'effets indésirables (douleur, saignements, contractions irrégulières). Nombre de sujets à traiter pour éviter un déclenchement, n=8)
Satisfaction accrue en ce qui concerne la prise en charge de la douleur	Smith 2011 ⁸⁴ (prudence sur la qualité de l'étude) ¹¹⁷
Diminution de l'anxiété pendant la phase de dilatation	Smith 2012 ¹¹⁶ (observée dans une seule étude, des réserves sur la qualité de l'étude)
Sentiment accru de contrôle pendant l'accouchement	Lauzon 2001 ⁶⁰
Satisfaction accrue pour l'expérience de l'accouchement	Cluett 2009 ⁸⁶ (observée dans une étude) ; Smith 2011, ⁸⁴ Hodnett 2012, ⁵⁹ Hodnett 2012 ⁸²

(Suite du tableau à la page suivante)

(Suite de la page précédente)	Auteur principal et année (mise en garde)
Diminution de la probabilité d'une dépression post-partum	Dennis 2013 ¹²⁴
Augmentation du suivi par une sage-femme connue à l'accouchement	Sandall 2013 ²⁹
Augmentation des transferts de cas de complications de la grossesse	Lassi 2010 ^{62*}
Réduction du temps passé en salle de travail	Lauzon 2001 ⁶⁰
Augmentation du taux d'allaitement — initiation	Dyson 2005, ⁶⁸ Lassi 2010 ^{62*}
Augmentation du taux d'allaitement — durée	Moore 2012, ⁹⁵ Renfrew 2012, ^{99*} Lewin 2010, ⁶⁴ Conde-Agudelo 2011 ¹²³
Diminution du tabagisme en fin de grossesse	Lumley 2009 ⁶⁷
Augmentation de la perte de poids maternelle pendant le post-partum	Kramer 2012 ⁶¹ (dans deux études du Honduras)
Augmentation de l'espacement des naissances	Kramer 2012 ⁶¹
Utilisation accrue des contraceptifs	Lopez 2012 ⁷⁵ (prudence sur la qualité de l'étude) ; Ota 2012 ⁶⁶ (uniquement en cas de supplémentation équilibrée en énergie/protéines) ; Demicheli 2005, ^{100*} Lassi 2010, ⁶² Garner 2006 ⁷⁸ (uniquement pour le premier ou deuxième enfant) ; Sturt 2010, ⁷⁹ Duley 2007, ¹¹³ Conde-Agudelo 2011, ¹²³ Duley 2010, ¹²⁷ Sandall 2013 ²⁹ (avant 24 semaines) ; Gamble 2006, ⁶⁵ Duley 2007 ¹¹³
Diminution du taux de naissances prématurées	Ota 2012 ⁶⁶ (pour les femmes bénéficiant de conseils nutritionnels) ; Mori 2012, ⁷⁰ Sangkomkhamhang 2008, ⁷⁶ Lumley 2009, ⁶⁷ Hofmeyr 2010, ⁷³ Duley 2007, ¹¹³ Sandall 2013 ²⁹
Diminution du taux d'enfants de faible poids à la naissance	Sangkomkhamhang 2008, ⁷⁶ Lumley 2009, ⁶⁷ Smail 2007, ¹⁰⁷ Gamble 2006 ⁶⁵ (non observé chez les femmes ayant déjà eu plus de quatre grossesses) ; Pena-Rosas 2012, ⁷¹ Haider 2012 ⁷⁴
Diminution du taux d'enfants de petite taille pour leur âge gestationnel	Ota 2012 ⁶⁶ (uniquement en cas de supplémentation équilibrée en énergie/protéines ; une supplémentation élevée en protéines augmentait le risque) ; Duley 2007, ¹¹³ Haider 2012 ⁷⁴
Diminution des anomalies du tube neural	De-Regil 2010 ⁶⁹
Diminution du nombre de bébés présentant un Apgar bas à 5 min	Hodnett 2012, ⁸² Duley 2010 ¹²⁸
Augmentation du poids moyen à la naissance	Ota 2012 ⁶⁶ (uniquement en cas de supplémentation équilibrée en énergie/protéines) ; Lumley 2009 ⁶⁷ (uniquement pour le premier et le deuxième nouveau-nés) ; Garner 2006 ⁷⁸
Diminution du nombre d'admissions en unité de soins intensifs néonataux	Dare 2006 ¹¹⁴
Diminution de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	Siegfried 2011, ⁷⁷ Sturt 2010 ⁷⁹
Diminution du risque d'infection	Conde-Agudelo 2011 ¹²³
Diminution du risque d'hypothermie	Conde-Agudelo 2011 ¹²³
Diminution du taux de bilirubine sérique	Mills 2001 ¹²⁵
Meilleure interaction entre la mère et le nouveau-né	Moore 2012, ⁹⁵ Conde-Agudelo 2011 ¹²³
Diminution des pleurs	Moore 2012 ⁹⁵
Amélioration de l'initiation à l'allaitement et de sa durée	see above re breastfeeding outcomes for women
Augmentation de l'immunisation	Lewin 2010 ^{64*}
Diminution de la durée de séjour des bébés à l'hôpital	Conde-Agudelo 2011 ¹²³
Diminution du nombre de nouveau-nés admis pendant plus de 7 jours en néonatalogie	Duley 2010, ¹²⁸ Duley 2010 ¹²⁷

Sur la base d'une analyse des revues retenues (voir la méthodologie) transmise à la Bibliothèque Cochrane par le Cochrane Pregnancy and Childbirth Group et des interventions réunies dans le rapport d'évaluation 2012 du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. 58 RhD-antigène Rhésus. * Indique une revue des soins dispensés par des non professionnels ou des travailleurs de santé communautaires.

Tableau : Résultats dont il est établi qu'ils peuvent être améliorés par la maïeutique, telle que définie dans cet article

soins hospitaliers du post-partum dans le cadre d'un service obstétrical), ou des modèles de soins partagés. Khan-Neelofur et ses collègues¹⁴⁶ ont retenu trois essais randomisés portant sur 3 075 femmes, dont un avait également été retenu par Sandall et ses collègues²⁹. Cette revue a comparé la surveillance partagée entre sage-femme ou personnel du service de santé primaire et des consultations régulières avec un obstétricien (pour un essai) à la pratique normale à l'époque de surveillance partagée entre obstétriciens et sages-femmes (deux essais) et enfin un essai où le modèle de partage de la surveillance n'est pas renseigné.

Sandall et ses collègues²⁹ ont observé que les femmes bénéficiant de modèles de continuité des soins dispensés par des sages-femmes, avaient moins d'analgésie locorégionale, d'épisiotomie ou d'accouchement instrumental, et avaient une probabilité plus importante de n'avoir reçu aucune analgésie ou anesthésie pendant le travail, d'avoir eu un

accouchement spontané, d'être assistée à l'accouchement par une sage-femme qu'elles connaissaient et d'avoir un travail dont la durée moyenne était plus longue. Aucune différence dans les taux de césariennes n'a été relevée entre les groupes. Les femmes randomisées au groupe de continuité des soins assurés par des sages-femmes ont eu un taux de prématurité et de perte fœtale avant 24 semaines plus faible, bien qu'aucune différence n'ait été observée entre les groupes concernant les morts in utero, les décès néonataux après un âge gestationnel d'au moins 24 semaines, ou la mortalité fœtale ou néonatale globale. La plupart des études retenues ont identifié un taux de satisfaction maternelle supérieur dans le modèle de continuité des soins dispensés par des sages-femmes. Khan-Neelofur et ses collègues¹⁴⁶ n'ont relevé aucune différence dans les résultats cliniques mesurés. Néanmoins, les femmes admises dans des établissements gérés conjointement par des sages-femmes et des médecins généralistes étaient davantage satisfaites de

la continuité des soins que celles du groupe témoin. Sandall et ses collègues²⁹ 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 maïeutique assurées par des travailleurs communautaires et des accoucheuses traditionnelles

Nous avons recensé cinq revues portant sur un total de 109 études. Quatre revues^{62,147-149} concernaient des études réalisées dans des pays à revenu faible et intermédiaire, et une revue⁶⁴ portait sur des études réalisées dans des pays à revenu faible, intermédiaire et élevé. Deux revues^{148,149} portaient sur la formation des accoucheuses traditionnelles, tandis que trois^{62,64,147} 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 rémunérés¹⁴⁷, de travailleuses de santé ou de visiteuses, de travailleurs de santé de communauté ou de village et animateurs⁶², ou encore de travailleurs de santé non professionnels, ne disposant d'aucune formation professionnelle ou para-professionnelle⁶⁴. 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 maïeutique 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 régulées, d'après les compétences des sages-femmes définies par la Confédération internationale des sages-femmes⁴⁴ (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 maïeutique. Une compétence, comprenant la collaboration avec d'autres collègues, a également été évaluée en fonction du niveau de prise en charge de complications sévères et de la disponibilité du personnel.

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

Pour parachever notre approche multiméthode, nous avons examiné trois études de cas de pays dans lesquels 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 première, deuxième et huitième places pour le nombre annuel de naissances, représentant ensemble 35 % de toutes les naissances dans le monde¹⁷⁰. Nous avons délibérément choisi ces pays car ils sont représentatifs des pays en transition (ces trois pays enregistrent la plus forte croissance économique depuis la fin du 20^e siècle) et des pays où la contribution des sages-femmes était absente ou avait été abolie.

Malgré leur diversité et les situations disparates qu'ils connaissent 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 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. 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^{14,171-175}, et mobilisent inutilement les maigres ressources des centres communautaires de santé primaire et de prévention. Une étude¹⁹ de l'OMS a conclu que 3,2 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 maternels et néonataux de haute qualité destiné à améliorer la santé des mères et des nouveau-nés. Notre analyse a débuté 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 intrinsèque⁷⁶, mais lorsque les systèmes ne répondent pas à leurs besoins, les femmes ont tendance à moins les utiliser, et peuvent même les rejeter en bloc⁷⁷. Pour les femmes, des soins cliniques de qualité, une communication, éducation et information améliorées, et le respect des prestataires 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'arrêter la réduction globale de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale⁷⁸.

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

Panneau 3 : Études de cas

Brésil et Chine—réintroduction de la sage-femme dans les pays en transition économique

Nous avons retenu ces pays car ils ont enregistré la plus forte croissance économique depuis la fin du 20^e siècle et représentent, à eux deux, 35 % des naissances dans le monde. Ces pays se caractérisent par de vastes centres urbains extrêmement développés, mais également des populations rurales isolées et d'importantes disparités entre riches et pauvres. Ils connaissent des taux de mortalité maternelle élevés mais en baisse, et parmi les taux de césariennes les plus élevés au monde. En Inde et en Chine, les progrès dans la réduction des décès néonataux sont plus lents que ce à quoi on pourrait s'attendre du niveau de développement de ces deux pays.¹²

Le Brésil (52 % de césariennes en 2010)¹⁵⁰ et la Chine urbaine (54 à 64 % de césariennes en 2008–2010)^{151,152} illustrent deux situations où la forte croissance économique des dernières années s'est accompagnée d'une hausse spectaculaire des interventions, et plus particulièrement les césariennes, avec des inquiétudes croissantes dans chaque pays sur la médicalisation des naissances et l'augmentation potentielle de la mortalité et de la morbidité maternelle et périnatale associées. Une étude de 2010 commanditée par l'OMS a classé ces deux pays au premier et deuxième rangs mondiaux pour les césariennes inutiles, la Chine en pratiquant 1 976 606 contre 960 687 pour le Brésil, soit un coût total annuel supérieur à 553 millions de dollars des États-Unis. Ce phénomène a même donné naissance à un terme spécifique, "unnecesareans" (combinaison en anglais de deux termes signifiant césariennes inutiles).¹⁵⁴

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'hospitalisation pour toutes les naissances¹⁵⁵. Au Brésil, la hausse s'est poursuivie, malgré un règlement du Ministère de la Santé adopté en 2000 pour réduire le nombre croissant de césariennes¹⁵⁶. 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'accouchement¹⁵⁶. 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 %¹⁵⁷ en 1990 à 65,6 % en 2010^{158,159}. La Chine a ceci de particulier que sa politique de l'enfant unique réduit 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 révèlent une multiplication par dix des cas de césariennes avant le travail entre 1990 et 2010¹⁶⁰.

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 maïeutique 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 médicales¹⁶¹⁻¹⁶³. Ce succès a conduit à l'adoption d'autres plans de santé visant à réintroduire la sage-femme, par la création d'unités mettant en valeur leur pratique dans dix hôpitaux répartis sur l'ensemble du territoire. La Chine rétablit également l'importance du rôle de la sage-femme et s'efforce d'augmenter les effectifs diplômés de cette profession¹⁶⁴. Au Brésil, une initiative du ministère de la Santé, adoptée en mars 2011, a créé le réseau des cigognes, "Rede Cegonha"¹⁵⁰. Ce réseau déploie un éventail de mesures pour garantir à toutes les brésiliennes prises en charge par le système de santé public, des soins appropriés, sécurisés et humains,

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 280 maisons de naissance dirigées par des sages-femmes. Le Ministère de la Santé a lancé le programme national d'internat pour infirmière et sage-femme, une initiative du gouvernement fédéral visant à encourager les établissements d'enseignement supérieurs à promouvoir la formation de professionnels qualifiés en maïeutique 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 des deux dernières décennies une forte croissance du 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 maïeutique. 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 parfait exemple d'un nombre croissant de pays qui conjuguent à la fois une sous-exploitation et une surexploitation des interventions. L'Inde enregistre chaque année 27 millions de naissances, soit une naissance sur cinq dans le monde. Si le pays compte un nombre relativement élevé de sages-femmes, celles-ci ne sont pas toujours éduquées selon les normes internationales et prennent en charge moins d'une naissance sur six²³, la majorité des naissances en zones urbaines et 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 2009¹⁶⁵, 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)¹⁶⁶, laquelle a révélé un taux global de 8,5 %, ont montré 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 Nagaland¹⁶⁷. L'enquête d'évaluation de la couverture vaccinale¹⁶⁵ a relevé un taux de césariennes de 34,6 % dans les hôpitaux privés contre 12,4 % dans les hôpitaux publics.

L'Inde a perdu ce qui autrefois était une forte tradition de pratique maïeutique¹⁶⁸ et peine à la rétablir. Les sages-femmes ont vu leur champ de pratique se réduire et, avec le temps, subissent la perte de compétences associée¹⁶⁹. Des signes apparaissent déjà qui montrent que l'Inde suit le modèle de la Chine et du Brésil, et enregistre d'ores et déjà des taux de césariennes élevés parmi les femmes aisées des zones urbaines riches, ouvrant ainsi la voie à une culture de la césarienne sans indication médicale. Dans un pays qui connaît un essor économique rapide, dont les infrastructures de santé s'améliorent et qui s'appuie de plus en plus sur un secteur obstétrical privé, les parallèles avec le Brésil et la Chine sont évidents. Reste à savoir si l'Inde évoluera également vers des niveaux d'intervention médicale élevés avant de renouer avec une maïeutique plus forte.

femmes enceintes et les nouveau-nés et les services spécialisés et d'urgence nécessaires en cas de complications.

Nos résultats sont corroborés par les récentes données empiriques d'une étude multinationale de l'OMS⁶, qui conclut que les femmes ont besoin d'un système de santé qui les aide à rester en bonne santé et à prendre soin de leur famille tout en étant capable de mobiliser rapidement des services spécialisés et d'urgence pour toutes celles qui développent des complications⁷⁹. Le cadre fait la distinction entre les différents types de soins prodigués, la manière dont ils le sont et quel intervenant devrait assurer la responsabilité de les dispenser, dans tous les milieux. Le cadre, outre qu'il offre un outil de débat sur les soins et les services requis par les femmes enceintes et les nouveau-nés, pourrait servir à d'autres fins, par exemple structurer les analyses de la couverture des systèmes de santé, planifier de nouveaux services ou développer un programme d'éducation, et peut être testé, débattu et affiné pour être adapté à différents contextes et populations. De même, il pourrait être soumis à l'analyse de données pertinentes afin de préciser le champ de la pratique et des effets de l'obstétrique, de la médecine générale, des soins infirmiers, des accoucheuses qualifiées et des systèmes de santé publique et communautaire.

Plus spécifiquement, nos analyses suggèrent que la maïeutique peut apporter une contribution particulière à la qualité des soins identifiés dans le cadre, en matière d'éducation, d'information et de promotion de la santé, d'évaluation, de dépistage et de planification des soins, mais également de promotion de la physiologie et de la prévention des complications, dans un contexte de soins respectueux, personnalisés et renforçant les capacités des femmes.

Les analyses de revues systématiques consacrées aux personnels de systèmes de soins maternels et néonataux montrent que plusieurs prestataires sont actifs dans la maïeutique, mais que les bénéfices sont faibles lorsqu'il est fait appel exclusivement à des travailleurs de santé moins qualifiés. Les soins dispensés par des 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, à toutes les composantes du cadre, même lorsqu'ils sont comparés aux soins dont l'organisation est 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 étudiée, il semble que les soins prodigués par des sages-femmes aux femmes présentant un risque faible et dans le cadre d'une équipe interdisciplinaire constituent une solution plus avantageuse sur le plan économique que les soins prodigués par une équipe médicale^{29,180}. Si les données empiriques manquent pour les pays à revenu faible et intermédiaire, l'analyse des compétences des sages-femmes par rapport à notre cadre montre que celles-ci, lorsqu'elles sont compétentes, présentent des avantages comparables en ce qui concerne la continuité des soins, pour l'ensemble des besoins des femmes et des nouveau-nés, quel que soit le milieu considéré. Lorsque les sages-femmes travaillent au sein d'équipes interdisciplinaires qui assurent le suivi communautaire et hospitalier global, elles sont également efficaces dans la prise en charge des femmes et des nouveau-nés qui développent des complications.

Dans les pays à revenu faible et certains pays à revenu intermédiaire où l'on déplore une pénurie de sages-femmes, mais également de médecins spécialistes et généralistes, on a recours aux «accoucheuses qualifiées»¹⁸¹, qui sont des professionnelles de

santé éduquées et formées au niveau nécessaire pour suivre les grossesses sans complication, les accouchements et la période postnatale immédiate, mais également capables d'identifier, de prendre en charge et d'orienter les femmes et les nouveau-nés en cas de complications. Le déploiement des accoucheuses qualifiées au cours de la dernière décennie a contribué au recul global de la mortalité maternelle¹⁸. Néanmoins, ce déploiement varie considérablement d'un pays à un autre, et les accoucheuses qualifiées présentent des niveaux de compétence hétérogènes, un champ de pratique limité et des niveaux de formation variables. Elles peuvent ainsi ne pas intervenir sur la totalité des soins ou ne pas être formées à la prise en charge de complications inattendues, autant de situations qui peuvent entraîner des conséquences néfastes^{5,23,182-184}.

Les résultats de nos études de cas menées dans les pays en transition économique montrent que les soins essentiellement dispensés par des obstétriciens, sans l'équilibre que les sages-femmes apportent au système de santé, peuvent permettre de réduire la mortalité et la morbidité, mais sont également susceptibles d'en réduire la qualité et d'en augmenter les coûts. Au-delà de l'effet des interventions inutiles sur certaines femmes et certains nouveau-nés, il est probable que le coût économique de tels systèmes de soins deviendra insoutenable¹⁹. Par exemple, le coût des interventions inutiles dans les soins de maternité aux États-Unis est estimé chaque année à 18 milliards de dollars¹⁸⁵. Les études de cas soulignent également la nécessité d'une solution pour l'ensemble du système, plutôt que le traitement isolé d'une composante des soins maternels et néonataux, par exemple la centralisation des services en milieu hospitalier, en l'absence de centres communautaires suffisamment développés. Le déploiement de la maïeutique sans systèmes adéquats d'éducation, de réglementation, de soutien et d'orientation est voué à l'inefficacité, comme le montrent Van Leberghe et ses collègues dans l'exemple de cette série consacrée à l'Indonésie³⁸.

La taille des échantillons des études expérimentales et même des méta-analyses sur les soins maternels et néonataux est généralement trop limitée pour que l'on puisse tirer suffisamment d'enseignements sur la mortalité, notamment maternelle. Pour résoudre ce problème, dans la présente série, Homer et ses collègues⁵⁶, ont recours à la modélisation pour estimer l'effet de la maïeutique sur le nombre de mères, de fœtus et de nouveau-nés sauvés. Nos analyses n'ont pas pour but d'identifier la portée de l'effet de la maïeutique dans différents pays ; celui-ci dépend des ressources disponibles, de l'organisation des services et des aptitudes et compétences des personnels. Néanmoins, nous avons montré que la maïeutique peut avoir une incidence sur certaines pratiques spécifiques qui peuvent sauver des vies, telles que l'initiation précoce et l'aide à l'allaitement pendant les premières semaines de vie. L'allaitement prolongé peut potentiellement sauver plusieurs centaines de milliers de nouveau-nés et réduire le coût des soins de santé^{6,16,186}. Notre revue a montré que la maïeutique peut réduire l'anémie et les infections maternelles, y compris le paludisme et le VIH, la pré-éclampsie et l'éclampsie. La maïeutique peut donc fortement contribuer à atteindre les objectifs internationaux en matière de mortalité et de santé maternelle et néonatale^{11,22,187}.

Comme c'est le cas dans les études portant sur d'autres interventions complexes¹⁸⁸, l'absence de détails de certaines études expérimentales examinées limitent la portée de nos résultats. Les caractéristiques de la maïeutique et des soins prodigués aux femmes des groupes témoins ont été mal définies et manquaient de cohérence, ce qui concourt vraisemblablement

à diluer l'effet observé quant à l'influence de la maïeutique. Reconnaisant ces contraintes, nous avons eu recours à une approche multiméthode pour optimiser la fiabilité et la transparence de nos analyses.

La recherche sur la maïeutique, et sur les sages-femmes en particulier, souffre d'un sous-investissement chronique et est souvent tributaire du niveau de développement. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les études sur les soins dispensés par des sages-femmes intégrées dans le système de santé et travaillant au sein d'équipes médicales, bénéficiant d'un personnel de soutien correctement formé, sont une priorité urgente. Il conviendrait de se pencher sur les résultats psychosociaux et cliniques à long terme, compte tenu de la meilleure compréhension des liens qui existent entre la santé mentale et physique de la femme et la santé et le développement de son nouveau-né¹⁸⁹⁻¹⁹³. La recherche future devra bénéficier de ressources suffisantes pour rendre compte de l'importance fondamentale de la maïeutique pour la santé à court, moyen et long termes et le bien-être des femmes et des enfants, dans tous les pays. Pour arriver à un consensus sur les priorités de recherche, des partenariats devront être créés entre tous les acteurs concernés, y compris la participation active des usagers des services et les associations de soutien.

Conclusion

Malgré des progrès enregistrés dans la diminution du nombre des décès évitables au cours de la grossesse, de l'accouchement, de la période postnatale et des premières semaines de vie, un changement radical de direction sera indispensable si l'on veut continuer à atteindre les objectifs internationaux et relever de nouveaux défis. Nos analyses ont permis l'élaboration d'un nouveau cadre économique de soins maternels et néonataux de grande qualité, qui peut servir à l'analyse et à la planification de services futurs. Par le biais de ce cadre d'analyse, nous avons montré que la maïeutique peut apporter une contribution particulière dans les domaines de l'universalité des soins de prévention et de soutien, de la promotion de la physiologie de la reproduction, de la prise en charge de premier niveau de complications et de soins d'urgence, et ce dans le contexte d'une prise en charge respectueuse, individualisée, soucieuse de renforcer les capacités des femmes, intégrant les secteurs institutionnels et communautaires. La maïeutique est associée à une utilisation plus efficace des ressources et produit de meilleurs résultats lorsqu'elle est exercée par des sages-femmes éduquées, formées, agréées et régulées. Par ailleurs, 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. Le recours à des travailleurs de santé moins qualifiés offre peu d'avantages. 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 d'une minorité, au profit de soins qualifiés pour tous. Dans cette perspective, la maïeutique est cruciale. La planification future des systèmes de soins maternels et néonataux 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.

Contributeurs

MJR a conçu le présent document, rédigé le premier projet de l'article, participé à l'orientation globale du projet et dirigé la révision des avant-projets. ED, AMcF et AC ont contribué à l'élaboration de l'étude, ainsi

qu'à sa rédaction et à ses révisions. AMcF a encadré le travail sur les revues scientifiques. ED, MHB et NFC ont rédigé les études de cas et contribué à l'analyse, la rédaction et aux révisions. FM a participé aux revues scientifiques, à la rédaction et aux révisions. LW, AM, JC, HK et SD ont participé à l'élaboration du document, notamment à l'analyse des revues scientifiques, à la rédaction et aux révisions. DD a apporté sa connaissance des usagers des services et des associations de défense, et participé à la rédaction et aux révisions. Tous les auteurs ont contribué à l'élaboration du cadre d'analyse, à l'interprétation des observations, et aux relectures et révisions de l'étude.

Déclaration d'intérêts

Nous déclarons n'avoir aucun intérêt concurrent.

Remerciements

Les travaux de la présente étude ont été soutenus en partie par une subvention accordée par la Fondation Bill et Melinda Gates à l'Université de York et à l'Université de Dundee (référence OPP1042500), et d'un financement complémentaire de l'Université de York et de l'Université de Dundee. Les organisations donatrices n'ont joué aucun rôle dans la réalisation de l'analyse 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 ni de la Fondation Bill et Melinda Gates. La rédaction technique de la série de *The Lancet* sur la maïeutique a été assurée par Thomson Prentice. Le projet a bénéficié du soutien de Natalie Muir, et de l'appui administratif de Jenny Brown et Tracy Sparey. Julie Glanville du York Health Economics Consortium a encadré les recherches scientifiques et le Midwives Information and Resource Service (MIDIRS) a soutenu le travail de recherche. Mari Tikkanen et ses collègues du M4ID ont produit la figure 2. Marcos Dias a contribué à l'analyse et au classement des revues systématiques. Linda Orr et Jenna Breckenridge ont participé à la revue des métasyntheses. Nous remercions les lecteurs et collègues attentifs pour leur utile contribution : Olaya Astudillo, Agneta Bridges, Mariam Claeson, Bernadette Daelmans, Frances Day-Stirk, Declan Devane, France Donnay, Elizabeth Duff, Frances Ganges, Atf Gherissi, Wendy Graham, Metin Gulmezoglu, Kathy Herschderfer, Elizabeth Mason, Blerta Maliqi, Matthews Mathai, Zoe Mullan, Frances McConville, Jennifer McNeil, Mary Newburn, Hermen Ormel, Kerreen Reiger, Severin Ritter von Xylander, Arul Sabaratnam, Kerri Schuiling, Kate Somers, Kate Teela, Joyce Thompson et Cathy Warwick. Tous les co-auteurs de la série de *The Lancet* sur la maïeutique ont contribué à la définition des concepts et ont commenté les projets de l'étude. Les membres du *Lancet Series on Midwifery Helicopter Group* ont apporté une contribution importante : Vincent Fauveau, Nester Moyo, Susan Murray, et Veronica Walford. D'autres membres de *The Lancet Series on Midwifery Executive Group* ont apporté une contribution essentielle, tout au long de la rédaction de la présente étude : Luc de Bernis, Helga Fogstad, Caroline S E Homer, Zoe Matthews et Petra ten Hoope-Bender. Cet article a été traduit par M. Darius Gbedo avec l'assistance de Dr. Luc de Bernis. Cet article a été traduit par M. Darius Gbedo avec l'assistance du Dr Luc de Bernis

Références

- 1 Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations unies. Perspectives de la population mondiale : révision de 2012. <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm> (consulté le 31 juillet 2013).
- 2 OMS, Banque mondiale, UNFPA, UNICEF. Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2013. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2014.
- 3 Cousens S, Blencowe H, Stanton C, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *Lancet* 2011; **377**: 1319-30.
- 4 UNICEF, OMS, Banque mondiale, Division de la population des Nations Unies. Niveaux et tendances en matière de mortalité maternelle et infantile, rapport de 2013. http://www.childinfo.org/files/Child_Mortality_Report_2013.pdf (consulté le 6 juin 2014).
- 5 OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2005 - donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2005.
- 6 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.

- 7 Graham WJ, Varghese B. Quality, quality, quality: gaps in the continuum of care. *Lancet* 2012; **379**: e5–6.
- 8 Koblinsky M, Chowdhury ME, Moran A, Ronsmans C. Maternal morbidity and disability and their consequences: neglected agenda in maternal health. *J Health Popul Nutr* 2012; **30**: 124–30.
- 9 Storeng KT, Baggaley RF, Ganaba R, Ouattara F, Akoum MS, Filippi V. Paying the price: the cost and consequences of emergency obstetric care in Burkina Faso. *Soc Sci Med* 2008; **66**: 545–57.
- 10 Singh S, Darroch J, Ashford L, Vlassoff M. Adding it up: the costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health. New York: Guttmacher Institute, 2009.
- 11 Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P, and the Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* 2012; **380**: 1011–29.
- 12 Save the Children. State of the world's mothers. London: Save the Children International, 2013.
- 13 Perkins BB. The medical delivery business: health reform, childbirth, and the economic order. New Brunswick: Rutgers University Press, 2003.
- 14 Villar J, Valladares E, Wojdyla D, et al, and the WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006; **367**: 1819–29.
- 15 Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ* 2002; **324**: 892–95.
- 16 Mason F, Rawe K, Wright S. Superfood for babies: how overcoming barriers to breastfeeding will save children's lives. London: Save the Children, 2013.
- 17 Requejo J, Bryce J, Victora C. Compte à rebours 2015 pour la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, rapport 2012. Genève : Organisation mondiale de la santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2012.
- 18 Adam T, Lim SS, Mehta S, et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ* 2005; **331**: 1107–12.
- 19 Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, et al. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol* 2012; **206**: 331.e1–e19.
- 20 OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2013: La recherche pour la couverture sanitaire universelle. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2013.
- 21 Secrétariat général des Nations Unies. Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant. 2010. http://www.everywomaneverychild.org/images/content/files/global_strategy/full/20100914_gswch_en.pdf (consulté le 31 juillet 2013).
- 22 UNICEF. OMS. Chaque nouveau-né – projet de plan d'action pour mettre fin aux décès évitables. 2013. <http://www.globalnewbornaction.org/about/> (consulté le 31 juillet 2013).
- 23 UNFPA. Etat de la maïeutique dans le monde 2011 : naissances réussies, vies sauvées. New York: Fonds des Nations Unies pour les populations, 2011.
- 24 Australian Health Ministers' Conference. National maternity services plan. Canberra: Commonwealth of Australia, 2011.
- 25 National Department of Health. Ministerial taskforce on maternal health in Papua New Guinea: report 2009. Port Moresby: National Department of Health, 2009.
- 26 OMS. Orientations stratégiques pour le renforcement des services infirmiers et obstétricaux. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2002.
- 27 UNFPA, International Confederation of Midwives, OMS, et al. Appel mondial à l'action : renforcer la maïeutique pour sauver des vies et promouvoir la santé des femmes et des nouveau-nés. Washington DC: Fonds des Nations Unies pour la population, 2010.
- 28 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, Royal College of Anaesthetists, Royal College of Paediatrics and Child Health. Minimum standards for the organisation and delivery of care in labour. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press, 2007.
- 29 Sandall J, Soltani H, Gates S, Shenman A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; publié en ligne le 21 août 21. DOI:10.1002/14651858.CD004667.pub3.
- 30 Seneviratne HR, Rajapaksa LC. Safe motherhood in Sri Lanka: a 100-year march. *Int J Gynaecol Obstet* 2000; **70**: 113–24.
- 31 Malott AM, Davis BM, McDonald H, Hutton E. Midwifery care in eight industrialized countries: how does Canadian midwifery compare? *J Obstet Gynaecol Can* 2009; **31**: 974–79.
- 32 Hutton EK, Reitsma AH, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. *Birth* 2009; **36**: 180–89.
- 33 Bourgeault I. Delivering the 'new' Canadian midwifery: the impact on midwifery of integration into the Ontario health care system. *Sociol Health Illn* 2000; **22**: 172–96.
- 34 Murray S, Segura D. More than Pregnancy Care: The Role of the Matrona in Women's Reproductive Health in Chile. In: Murray S, Turmen T, eds. Midwives and Safer Motherhood. London: Mosby, 1996: 89–102.
- 35 Engel C. Toward a sustainable model of midwifery practice in a continuity of carer setting: the experience of New Zealand midwives. *N Z Coll Midwives J* 2003; **28**: 12–15.
- 36 Pathmanathan I, Liljestrand J, Martins JM, et al. Investing in maternal health: learning from Malaysia and Sri Lanka. Washington, DC: Banque mondiale, 2003.
- 37 Loudon I. Death in childbirth: an international study of maternal care and maternal mortality, 1800–1950. Oxford: Clarendon Press, 1992.
- 38 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).
- 39 UNFPA. Mortalité maternelle : Mise à jour 2006. Grossesse, accouchement et plus : Investir dans les sages-femmes et autres personnels compétents dans la maïeutique. New York: Fonds des Nations Unies pour la population, 2007.
- 40 Treweek S, Zwarenstein M. Making trials matter: pragmatic and explanatory trials and the problem of applicability. *Trials* 2009; **10**: 37.
- 41 Thorpe KE, Zwarenstein M, Oxman AD, et al. A pragmatic-explanatory continuum indicator summary (PRECIS): a tool to help trial designers. *J Clin Epidemiol* 2009; **62**: 464–75.
- 42 OMS. Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2006.
- 43 International Confederation of Midwives. Définition internationale de la sage-femme de l'ICM. 2011. <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/Definition%20of%20the%20Midwife%20FRE-2011-%20updated%20August%202011.pdf>. (consulté le 30 juillet 2013).
- 44 International Confederation of Midwives. Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme. Révisé en 2013. 2013. <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Comp%20C3%A9tences%20essentielles%20pour%20la%20pratique%20de%20base%20du%20m%C3%A9tier%20de%20sage-femme%202010,%20r%C3%A9vis%C3%A9%20en%202013.pdf> (consulté le 30 juillet 2013).
- 45 Organisation internationale du travail. Classification internationale type des professions International CIP-08: Volume 1: Structure, définitions des groupes et des tables de correspondance. Genève : Organisation internationale du travail, 2012.
- 46 Homer CSE, Passant L, Brodie PM, et al. The role of the midwife in Australia: views of women and midwives. *Midwifery* 2009; **25**: 673–81.
- 47 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.
- 48 Hassan-Bitar S, Narrainen S. 'Shedding light' on the challenges faced by Palestinian maternal health-care providers. *Midwifery* 2011; **27**: 154–59.
- 49 van Teijlingen E, Wrede S, Benoit C, Sandall J, DeVries R. Born in the USA: exceptionalism in maternity care organisation among high-income countries. *Sociol Res Online* 2009; **14**: 5.
- 50 OMS. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2008.
- 51 Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D, Young B, Sutton A. Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *J Health Serv Res Policy* 2005; **10**: 45–53.
- 52 Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Med Res Methodol* 2006; **6**: 35.
- 53 Entwistle V, Firnigl D, Ryan M, Francis J, Kinghorn P. Which experiences of health care delivery matter to service users and why? A critical interpretive synthesis and conceptual map. *J Health Serv Res Policy* 2012; **17**: 70–78.
- 54 Petticrew M, Roberts H. Evidence, hierarchies, and typologies: horses for courses. *J Epidemiol Community Health* 2003; **57**: 527–29.
- 55 Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, et al and the Lancet Maternal Survival Series steering group. Going to scale with professional skilled care. *Lancet* 2006; **368**: 1377–86.
- 56 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).
- 57 The Cochrane Collaboration Pregnancy and Childbirth Group. Revues publiées dans la Cochrane Library, numéro 6, juin 2014. 2014. <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html> (consulté le 4 juin 2014).
- 58 Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Tour d'horizon mondial des interventions essentielles en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile. Genève : Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, 2011.
- 59 Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Comparaison entre les établissements institutionnels conventionnels et alternatifs réservés aux accouchements. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; **8**: CD000012.
- 60 Lauzon L, Hodnett E. Programmes d'évaluation du travail visant à retarder l'admission en salle d'accouchement. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; **3**: CD000936.
- 61 Kramer MS, Kakuma R. Durée optimale de l'allaitement exclusif. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; **8**: CD003517.
- 62 Lassi ZS, Haider BA, Bhutta ZA. Programmes d'interventions communautaires dans la prévention des maladies et des décès maternels et néonataux et pour améliorer les résultats cliniques néonataux. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; **11**: CD007754.
- 63 Dowswell T, Carroli G, Duley L, et al. Programmes alternatifs de soins prénataux pour femmes enceintes à faible risque. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; **10**: CD000934.
- 64 Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, et al. L'effet des Agents de Santé Communautaires sur la santé maternelle et infantile et sur les maladies infectieuses. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; **3**: CD004015.
- 65 Gamble C, Ekwari JP, ter Kuile FO. Moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la prévention du paludisme pendant la grossesse. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; **2**: CD003755.
- 66 Ota E, Tobe-Gai R, Mori R, Farrar D. Apport en énergie et en protéines pendant la grossesse. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; **9**: CD000032.
- 67 Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; **3**: CD001055.
- 68 Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; **2**: CD001688.
- 69 De-Regil LM, Fernández-Gaxiola AC, Dowswell T, Peña-Rosas JP. Supplémentation en acide folique avant la conception et au début de la grossesse (jusqu'à 12 semaines) pour la prévention des anomalies congénitales. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; **10**: CD007950.
- 70 Mori R, Ota E, Middleton P, Tobe-Gai R, Mahomed K, Bhutta ZA. Supplémentation en zinc pour améliorer la grossesse et les résultats sur le nouveau né. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; **7**: CD000230.
- 71 Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Dowswell T, Viteri FE. Effets et innocuité de la supplémentation par voie orale à titre préventif de fer ou de fer + acide folique pour les femmes pendant la grossesse. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; **12**: CD004736.
- 72 Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Dowswell T, Viteri FE. Posologies intermittentes de supplémentation en fer par voie orale pendant la grossesse. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; **7**: CD009997.
- 73 Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah AN, Duley L. La supplémentation en calcium durant la grossesse pour la prévention des troubles hypertensifs et des problèmes connexes. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; **8**: CD001059.
- 74 Haider BA, Bhutta ZA. La supplémentation en micronutriments multiples chez la femme enceinte. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; **11**: CD004905.
- 75 Lopez LM, Hiller JE, Grimes DA, Chen M. Éducation relative à la planification familiale pour les femmes venant d'accoucher. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; **8**: CD001863.
- 76 Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Prasertcharoensook W, Laopaiboon M. Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; **2**: CD006178.
- 77 Siegfried N, van der Merwe L, Brocklehurst P, Sint TT. Antirétroviraux visant à réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; **7**: CD003510.
- 78 Garner P, Gülmezoglu AM. Drugs for preventing malaria in pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; **4**: CD000169.
- 79 Sturt AS, Dokubo EK, Sint TT. Traitement de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes exigeant un traitement pour leur propre santé. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; **3**: CD008440.
- 80 Beckmann MM, Garrett AJ. Massage périméal prénatal pour réduire les traumatismes périméaux. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; **1**: CD005123.
- 81 Kavanagh J, Kelly AJ, Thomas J. La stimulation des seins pour la maturation cervicale et le déclenchement du travail. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; **3**: CD003392.
- 82 Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Soutien continu aux femmes pendant l'accouchement. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; **10**: CD003766.
- 83 Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Positions maternelles et mobilité au cours du premier stade du travail. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; **2**: CD003934.
- 84 Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Techniques de relaxation pour la gestion de la douleur pendant l'accouchement. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; **12**: CD009514.
- 85 Klomp T, van Poppel M, Jones L, Lazet J, Di Nisio M, Lagro-Janssen ALM. Inhalation d'un analgésique pour soulager la douleur pendant l'accouchement. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; **9**: CD009351.
- 86 Cluett ER, Burns E. Immersion dans l'eau durant le travail et l'accouchement. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; **2**: CD000111.
- 87 Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Techniques périméales durant la seconde phase du travail pour réduire le traumatisme du périnée. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; **12**: CD006672.
- 88 Carroli G, Mignini L. Épisiotomie pour l'accouchement par voie basse. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; **1**: CD000081.
- 89 Soltani H, Poulouse TA, Hutcheon DR. Drainage du cordon ombilical après accouchement par voie basse pendant la délivrance. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; **9**: CD004665.
- 90 Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A. Délivrance par prise en charge active, non interventionniste ou mixte. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; **11**: CD007412.
- 91 McDonald S, Abbott JM, Higgins SP. La combinaison ergométrique-cytocine prophylactique versus cytotocine pour la troisième phase du travail. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; **1**: CD000201.
- 92 Su L-L, Chong Y-S, Samuel M. Administration de carbétocine pour la prévention de l'hémorragie du post-partum. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; **4**: CD005457.
- 93 Cotter AM, Ness A, Tolosa JE. Prophylactique oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; **4**: CD001808.
- 94 Tunçalp Ö, Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. Prostaglandines dans la prévention de l'hémorragie du post-partum. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; **8**: CD000494.
- 95 Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Contact corporel précoce pour les mères et leurs nouveau-nés sains. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; **5**: CD003519.
- 96 Chou D, Abalos E, Gyte GML, Gülmezoglu AM. Paracetamol/acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early post-partum period. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; **1**: CD008407.
- 97 Deussen AR, Ashwood P, Martis R. Analgesia for relief of pain due to uterine cramping/involution after birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; **5**: CD004908.
- 98 Hedayati H, Parsons J, Crowther CA. Analgésie rectale contre la douleur d'un traumatisme périméal après l'accouchement. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; **3**: CD003931.
- 99 Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Prise en charge des mères allaitantes. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; **5**: CD001141.
- 100 Demicheli V, Barale A, Rivetti A. La vaccination des femmes pour la prévention du tétanos néonatal. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; **4**: CD002959.
- 101 Jewell DJ, Young G. Interventions pour le traitement de la constipation pendant la grossesse. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; **2**: CD001142.

- 102 Young GL, Jewell D. Traitement topique contre la candidose vaginale (mycose) pendant la grossesse. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 4: CD000225.
- 103 Brocklehurst P. Utilisation des antibiotiques dans le traitement de la gonorrhée pendant la grossesse. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 2: CD000098. DOI:10.1002/14651858.CD000098.
- 104 Brocklehurst P, Rooney G. Interventions pour traiter l'infection génitale à Chlamydia trachomatis pendant la grossesse. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 4: CD000054.
- 105 Gülmezoglu AM, Azhar M. Interventions contre la trichomonase pendant la grossesse. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 5: CD000220.
- 106 Brocklehurst P, Gordon A, Heatley E, Milan SJ. Antibiotiques pour traiter la vaginose bactérienne pendant la grossesse. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 1: CD000262.
- 107 Smaill F, Vazquez JC. Prise d'antibiotiques pour le traitement d'une bactériurie asymptomatique pendant la grossesse. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 2: CD000490.
- 108 Vazquez JC, Abalos E. Traitements des infections urinaires symptomatiques pendant la grossesse. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 1: CD002256.
- 109 Crowther CA, Middleton P, McBain RD. Administration d'anti-D pendant la grossesse pour prévenir l'allo-immunisation rhésus. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2: CD000020.
- 110 Pennick VE, Young G. Interventions pour la prévention et le traitement des douleurs pelviennes et dorsales pendant la grossesse. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 2: CD001139.
- 111 Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. Hydratation maternelle pour augmenter le volume de liquide amniotique dans les cas d'oligoamnios et de volume de liquide amniotique normal. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 1: CD000134.
- 112 Hofmeyr GJ, Kulier R. Version céphalique externe en cas de présentation par le siège à terme. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 10: CD000083.
- 113 Duley L, Henderson-Smith DJ, Meher S, King JF. Antiagrégants plaquettaires pour éviter la pré-éclampsie et ses complications. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 2: CD004659.
- 114 Dare MR, Middleton P, Crowther CA, Flenady VJ, Varatharaju B. Comparaison entre l'accouchement précoce planifié et la prise en charge non interventionniste (attente) en cas de rupture prématurée des membranes à terme (37 semaines ou plus). *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 1: CD005302.
- 115 Dowswell T, Kelly AJ, Livio S, Norman JE, Alfirevic Z. Déclenchement du travail des femmes enceintes, à terme, en ambulatoire. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 8: CD007701.
- 116 Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Massage, réflexologie et autres méthodes manuelles pour gérer la douleur lors de l'accouchement. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 2: CD009290.
- 117 Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM. Acupuncture ou acupressure pour pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 7: CD009232.
- 118 Suwannachat B, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Application d'une pression négative rapide ou par étapes pour l'accouchement par voie basse assisté avec extraction par aspiration. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 8: CD006636.
- 119 Kettle C, Dowswell T, Ismail KMK. Techniques de suture continue et discontinuée pour la réparation de l'épisiotomie ou des déchirures du second degré. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 11: CD000947.
- 120 Crowther C, Middleton P. Administration d'anti-D après la naissance pour prévenir l'allo-immunisation Rhésus. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2: CD000021.
- 121 Dodd J, Dare MR, Middleton P. Treatment for women with post-partum iron deficiency anaemia. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 4: CD004222.
- 122 French LM, Smaill FM. antibiothérapie pour l'endométrite post-accouchement. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 4: CD001067.
- 123 Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. Soins maternels kangourou pour réduire la morbidité et la mortalité chez les nourrissons de faible poids à la naissance. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 3: CD002771.
- 124 Dennis C-L, Dowswell T. Interventions psychosociales et psychologiques pour prévenir la dépression post-partum. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2: CD001134.
- 125 Mills JF, Tudehope D. Fibreoptic phototherapy for neonatal jaundice. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 1: CD002060.
- 126 Duley L, Gülmezoglu AM, Henderson-Smith DJ, Chou D. Sulfate de magnésium et autres anticonvulsants pour les femmes présentant une pré-éclampsie. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 11: CD000025.
- 127 Duley L, Henderson-Smith DJ, Chou D. Sulfate de magnésium versus phénytoïne en cas d'éclampsie. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 10: CD000128.
- 128 Duley L, Henderson-Smith DJ, Walker GJA, Chou D. Sulfate de magnésium versus diazépam contre l'éclampsie. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 12: CD000127.
- 129 Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyanjanarassri K, Islam QM. Gestion active de la troisième phase du travail avec les alcaloïdes de l'ergot (par exemple, l'ergométrine). *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 2: CD005456.
- 130 Boulvain M, Stan C, Irion O. Balayage des membranes pour déclencher le travail. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 1: CD000451.
- 131 Oliveira-Menegozzo JM, Bergamaschi DP, Middleton P, East CE. Vitamine La supplémentation en vitamine A pour les mères qui allaitent. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 10: CD005944.
- 132 Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Ngamjarus C, Laopaiboon M. Effet de la prise de calcium supplémentaire (prévention et traitement de l'hypertension artérielle non-compris) pendant la grossesse pour améliorer la santé de la mère et du bébé. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 10: CD007079.
- 133 Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML. Comparaison du monitoring foetal électronique continu durant le travail (cardiotocographie, CTG) avec l'écoute intermittente (auscultation intermittente, AI). *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 5: CD006066.
- 134 Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 4: CD001236.
- 135 Hunter S, Hofmeyr GJ, Kulier R. Position à quatre pattes en fin de grossesse ou durant le travail pour la malposition foetale (latérale ou postérieure). *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 4: CD001063.
- 136 Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Effet de l'usage de la sucette sur la durée de l'allaitement maternel chez les nourrissons nés à terme. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 7: CD007202.
- 137 Mori R, Nardin JM, Yamamoto N, Carroli G, Weeks A. Injection ombilicale systématique après l'accouchement avant la délivrance du placenta. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 3: CD006176.
- 138 Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Lavements pendant le travail. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 7: CD000330.
- 139 Smyth RM, Markham C, Dowswell T. Amniotomie pour raccourcir le travail spontané. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6: CD006167.
- 140 Soltani H, Hutchon DR, Poulouse TA. Administration d'utérotoniques avant et après l'expulsion du placenta dans la prise en charge de la délivrance à la suite d'un accouchement par voie basse. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 8: CD006173.
- 141 Crowther CA, Han S. Hospitalisation et alitement en cas de grossesse multiple. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 7: CD000110.
- 142 Hodnett ED, Fredericks S, Weston J. Soutien pendant la grossesse pour les femmes présentant un risque accru d'accouchement de bébés à faible poids de naissance. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 6: CD000198.
- 143 Nardin JM, Weeks A, Carroli G. Umbilical vein injection for management of retained placenta. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 5: CD001337.
- 144 Rumbold A, Middleton P, Pan N, Crowther CA. Supplémentation en vitamines pour prévenir les fausses couches. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 1: CD004073.
- 145 Siriwachirachai T, Sangkomkamhang US, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Antibiotiques en cas de liquide amniotique méconial pendant le travail, en prévention des infections maternelles et néonatales. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 12: CD007772.
- 146 Khan-Neelofur D, Gülmezoglu M, Villar J, and the WHO Antenatal Care Trial Research Group. Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1998; 12 (suppl 2): 7–26.
- 147 Gogia S, Sachdev HS. Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2010; 88: 658–666B.
- 148 Sibley LM, Sipe TA, Barry D. Formation d'accoucheuse traditionnelle afin d'améliorer les comportements de santé et les résultats de la grossesse. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 8: CD005460.
- 149 Wilson A, Gallos ID, Plana N, et al. Effectiveness of strategies incorporating training and support of traditional birth attendants on perinatal and maternal mortality: meta-analysis. *BMJ* 2011; 343: d7102.
- 150 Brasil Ministério da Saúde. As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas (Césariennes au Brésil: la situation en 2010, tendances et perspectives). In: Ministério da Saúde, ed. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2012.
- 151 Feng XL, Xu L, Guo Y, Ronsmans C. Factors influencing rising caesarean section rates in China between 1988 and 2008. *Bull World Health Organ* 2012; 90: 30–39.
- 152 Lu X. China caesarean section is close to 50%, the highest in the world and the government is going to intervene. 2012. <http://www.yangtse.com/system/2012/11/22/015303322.shtml> (consulté le 27 mars 2013).
- 153 Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Meriardi 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. World Health Report (2010) Background Paper, No 30. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2010.
- 154 dos Santos ML. Os desafios de uma filosofia para a humanização do parto e do nascimento. *Rev Tempus Actas de Saúde Col* 2010; 4: 17–24.
- 155 Pan A, Cheung NF. The challenge of promoting normality and midwifery in China. In: Donna S, ed. Promoting normal birth: research, reflections and guidelines. Chester le Street: Fresh Heart, 2011: 190–203.
- 156 Béhague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ* 2002; 324: 942–45.
- 157 Yang X, Cheng J, Feng Q, Cui Z. The changes of cesarean section rate and cesarean section indications between 1986 and 1990. *Chin J Pract Gynecol Obstet* 2002; 18: 45–46.
- 158 Sufang G, Padmadas SS, Fengmin Z, Brown JJ, Stones RW. Delivery settings and caesarean section rates in China. *Bull World Health Organ* 2007; 85: 755–62.
- 159 Jin M. Clinical analysis of 318 elective out of 485 cases of cesarean section between 2006 and 2008. *Jilin Med J* 2009; 3: 198–99.
- 160 Souza ASR, Amorim MMR, Porto AMF. Conditions often associated with caesarean section, with no scientific support. *Femina* 2010; 38: 506–16.
- 161 Mander R, Cheung NF, Wang X, Fu W, Zhu J. Beginning an action research project to investigate the feasibility of a midwife-led normal birthing unit in China. *J Clin Nurs* 2010; 19: 517–26.
- 162 Cheung NF, Mander R, Wang X, Fu W, Zhu J. Chinese midwives' views on a proposed midwife-led normal birth unit. *Midwifery* 2009; 25: 744–55.
- 163 Cheung NF, Mander R, Wang X, Fu W, Zhou H, Zhang L. The planning and preparation for a 'homely birthplace' in Hangzhou, China. *Evid Based Midwifery* 2009; 7: 101–06.
- 164 Pang R. The state and development of midwifery profession in China. *Chine J Nurs Educ* 2012; 7: 293–94.
- 165 UNICEF. 2009 coverage evaluation survey: all India report. New Delhi: Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2010.
- 166 International Institute for Population Sciences (IIPS), Macro International, Inc. India Demographic and Health Survey 2005–2006. Calverton: Macro International, Inc, 2006.
- 167 International ICF. Measure DHS STATcompiler. 2012. <http://www.statcompiler.com/> (accessed March 27, 2013).
- 168 Mavalankar D, Sankara Raman P, Vora K. Midwives of India: missing in action. *Midwifery* 2011; 27: 700–06.
- 169 Sharma B, Johansson E, Prakasamma M, Mavalankar D, Christensson K. Midwifery scope of practice among staff nurses: a grounded theory study in Gujarat, India. *Midwifery* 2013; 29: 628–36.
- 170 UNICEF. La situation des enfants dans le monde 2012 :Les enfants dans un monde urbain. New York: Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2012.
- 171 Villar J, Carroli G, Zavaleta N, et al, and the World Health Organization 2005 Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ* 2007; 335: 1025.
- 172 Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999; 319: 1397–400.
- 173 Steer PJ, Modi N. Elective caesarean sections--risks to the infant. *Lancet* 2009; 374: 675–76.
- 174 Althabe F, Sosa C, Belizán JM, Gibbons L, Jacquierioz F, Bergel E. Caesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth* 2006; 33: 270–77.
- 175 Shah A, Fawole B, M'imunya JM, et al. Caesarean delivery outcomes from the WHO global survey on maternal and perinatal health in Africa. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 107: 191–97.
- 176 Green JM. Integrating women's views into maternity care research and practice. *Birth* 2012; 39: 291–95.
- 177 Finlayson K, Downe S. Why do women not use antenatal services in low- and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS Med* 2013; 10: e1001373.
- 178 Graham WJ, McCaw-Binns A, Munjanja S. Translating coverage gains into health gains for all women and children: the quality care opportunity. *PLoS Med* 2013; 10: e1001368.
- 179 Sandall J, Devane D, Soltani H, Hatem M, Gates S. Improving quality and safety in maternity care: the contribution of midwife-led care. *J Midwifery Womens Health* 2010; 55: 255–61.
- 180 Ryan P, Revill P, Devane D, Normand C. An assessment of the cost-effectiveness of midwife-led care in the United Kingdom. *Midwifery* 2013; 29: 368–76.
- 181 OMS. Pour une grossesse à moindre risque: le rôle capital de l'accoucheur qualifié: Déclaration conjointe de l'OMS, ICM et FIGO. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2004.
- 182 Das J, Holla A, Das V, Mohanan M, Tabak D, Chan B. In urban and rural India, a standardized patient study showed low levels of provider training and huge quality gaps. *Health Aff (Millwood)* 2012; 31: 2774–84.
- 183 Adegoke A, Utz B, Msuya 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: e40220.
- 184 Harvey SA, Blandón YCW, McCaw-Binns A, et al, and the Nicaraguan Maternal and Neonatal Health Quality Improvement Group. Are skilled birth attendants really skilled? A measurement method, some disturbing results and a potential way forward. *Bull World Health Organ* 2007; 85: 783–90.
- 185 Conrad P, Mackie T, Mehrotra A. Estimating the costs of medicalization. *Soc Sci Med* 2010; 70: 1943–47.
- 186 Black RE, Victora CG, Walker SP, et al, and the Maternal and Child Nutrition Study Group. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2013; 382: 427–51.
- 187 Nations Unies. Objectifs du Millénaire pour le développement Rapport 2013. New York : Nations Unies, 2013.
- 188 Shepperd S, Lewin S, Straus S, et al. Can we systematically review studies that evaluate complex interventions? *PLoS Med* 2009; 6: e1000086.
- 189 Das J, Das RK, Das V. The mental health gender-gap in urban India: patterns and narratives. *Soc Sci Med* 2012; 75: 1660–72.
- 190 Dennett S, Baillie F. Delivery units. From here to maternity. *Health Serv J* 2002; 112: 24–25.
- 191 DeJong J, Bashour H, Kaddour A. Women's health: progress and unaddressed issues. In: Jabbar S, Giacaman R, Khawaja M, Nuwayhid I, eds. Public health in the Arab world. Cambridge: Cambridge University Press, 2012: 249–63.
- 192 Alderdice F, McNeill J, Lynn F. A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery* 2013; 29: 389–99.
- 193 Beck CT. Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nurs Res* 2004; 53: 216–24.



Maïeutique 2

Effet projeté de l'accès universel à la maïeutique

Caroline S E Homer, Ingrid K Friberg, Marcos Augusto Bastos Dias, Petra ten Hoop-Bender, Jane Sandall, Anna Maria Speciale, Linda A Bartlett

Publié en ligne le 23 juin 2014
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60790-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60790-X)

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

Faculty of Health, University of Technology Sydney, NSW, Australia
 (Prof C S E Homer PhD); Department of International Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, USA (I K Friberg PhD, L A Bartlett MD); Department of Obstetrics, Instituto Fernandes Figueira-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil (M A B Dias PhD); Instituto de Cooperación Social Integrare, Barcelona, Spain (P ten Hoop-Bender MBA); Autonomous University of Barcelona, Barcelona, Spain (A M Speciale CNM); and Division of Women's Health, King's College London, Women's Health Academic Centre King's Health Partners, St Thomas' Hospital, London, UK (Prof J Sandall PhD)

Correspondance :

Messages clés

- La maïeutique peut produire les interventions de santé maternelle et néonatale les plus efficaces et faciliter l'accès à un spécialiste et à des soins d'urgence complets, lorsque nécessaire.
- La couverture universelle de ces interventions permettra de réduire le nombre des décès maternels, des mort-nés et des décès néonataux dans 78 pays classés d'après l'IDH.
- Dans les pays appartenant au tertile inférieur de l'IDH, la mortalité maternelle diminuera de 27 % en cas d'augmentation modeste (10 %) de la couverture des interventions relevant de la maïeutique, y compris la planification familiale, sur une période de 15 ans (à raison de 2 % par an sur la base des estimations actuelles), de 50 % en cas d'augmentation importante (25 %), et de 82 % en cas de couverture universelle (95 %). Nous avons observé des diminutions similaires pour les bébés mort-nés et les décès néonataux.
- La planification familiale contribuerait également, à elle-seule, à réduire significativement les décès, puisque moins de femmes seraient exposées au risque de décès maternel. Le champ complet de la maïeutique doit inclure la planification familiale.
- Outre l'estimation de la mortalité, la morbidité, la qualité de vie et le bien-être devraient également être mesurés pour rendre compte sur le plan factuel, de manière plus détaillée, de l'effet complet de la maïeutique.
- À tous les niveaux d'IDH, environ 30 % des décès maternels pourraient être évités par la maïeutique, et 30 % supplémentaires si l'on y ajoutait des soins médicaux de spécialiste.

IDH=Indice de développement humain.

Nous avons utilisé l'Outil de vies sauvées (LiST) pour estimer les décès évités si la maïeutique était renforcée dans 78 pays répartis en trois tertiles d'après l'indice de développement humain (IDH). Nous avons sélectionné, dans le cadre de LiST, les interventions rendant compte de l'ensemble du champ de la maïeutique, notamment la période précédant la grossesse, la période prénatale, le travail de l'accouchement, la naissance, les soins postnatals et la planification familiale. Qu'ils soient modestes (10 %), importants (25 %) ou universels (95 %), les scénarios de renforcement, à partir des niveaux de référence actuels, réduisent tous le nombre de décès maternels, de mort-nés et de décès néonataux d'ici à 2025, dans tous les pays étudiés. Lorsque la couverture des interventions relevant de la maïeutique est universelle pour la santé maternelle et néonatale, à l'exclusion de la planification familiale, dans les pays enregistrant le plus faible IDH, 61 % de tous les décès maternels, fœtaux et néonataux ont pu être évités. À elle seule, la planification familiale permettait d'éviter 57 % de tous les décès en raison de la baisse des taux de fécondité et du nombre de grossesses. La maïeutique appliquée à la fois à la planification familiale et aux interventions de santé maternelle et néonatale permettait d'éviter au total 83 % de tous les décès maternels, mort-nés et décès néonataux. L'intégration de soins spécialisés dans les scénarios permettait d'augmenter le nombre de décès évités, ce qui indique que les soins relevant de la maïeutique sont le plus efficaces lorsqu'ils sont dispensés dans un système de santé opérationnel, dotés de mécanismes efficaces d'orientation et de transfert vers une prise en charge spécialisée.

Introduction

La maïeutique est un moyen efficace pour promouvoir la santé et le bien-être des femmes en âge de procréer, de leurs nouveau-nés et de leurs familles, et peut potentiellement avoir un effet rapide et durable sur la santé d'une population¹, grâce aux interventions maternelles et néonatales. Les interventions reconnues pour être efficaces dans l'amélioration des résultats de santé, telles que l'administration de corticostéroïdes anténatals chez les femmes en travail prématuré² et la prise en charge des soins par les sages-femmes³, ont été détaillées dans la Bibliothèque *Cochrane* et dans *Interventions essentielles, produits et lignes directrices en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile*.⁴ Cette dernière revue⁴ a recensé 56 interventions essentielles qui, lorsqu'elles s'inscrivent dans une prise en charge pertinente dans le contexte local, étaient le plus susceptibles de sauver des vies, notamment

dans les couches de population à faible revenu et à revenu intermédiaire.

Dans le cadre de la présente série du *Lancet*⁵ sur la maïeutique, Mary Renfrew et ses collègues ont réexaminé les interventions dont il a été démontré qu'elles amélioraient les résultats associés à la maternité, pour les femmes et les nouveau-nés, et ont montré que la maïeutique, lorsqu'elle est exercée par des sages-femmes et d'autres prestataires disposant des compétences de sage-femme, peut permettre de réaliser des interventions maternelles et néonatales les plus efficaces, notamment les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONU de base, également appelés fonctions signal ; ces soins comprennent l'accouchement assisté, l'évacuation des produits ovulaires résiduels, l'extraction manuelle du placenta, l'administration d'ocytociques, d'antibiotiques et d'anticonvulsivants, et la réanimation néonatale).¹ Les interventions comprenant des transfusions sanguines ou une césarienne (relevant de SONU complets), sont considérés comme des soins spécialisés qui nécessitent l'intervention d'un praticien disposant de compétences spécialisées en obstétrique, ainsi que d'équipements médicaux et de médicaments de pointe). La définition de la maïeutique élaborée par Renfrew et ses collègues¹ a été utilisée dans le présent article et dans tous les articles de la série.

La maïeutique se définit comme « les soins spécialisés, basés sur la connaissance, et attentionnés, prodigués aux femmes enceintes, aux nouveau-nés et à leur familles pendant la période précédant et durant la grossesse, l'accouchement, les suites 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 ».¹

L'effet d'un renforcement de la maïeutique et des interventions associées, dans le cadre de services relevant de cette pratique reste actuellement inconnu. Nous avons utilisé l'Outil des vies

sauvées (LiST) pour estimer les décès évités si la maïeutique était renforcée dans 78 pays classés par l'indice de développement humain (IDH).

Mesure des résultats de santé maternelle et infantile

On estime que chaque année 15 à 20 millions de femmes sont affectées par une morbidité importante à la suite d'un accouchement^{6,7}. Cette morbidité a un impact non seulement la femme elle-même, mais également son nourrisson, ses autres enfants et les membres de la communauté toute entière. Pour déterminer l'impact complet de la maïeutique sur les femmes et les nouveau-nés, les effets biologiques (à savoir la morbidité et la mortalité), financiers, sociaux et psychologiques devraient être mesurés.¹

Le mauvais état de santé des mères contribue aux difficultés économiques, et peut conduire à plus long terme à d'autres problèmes tels que la violence, la stigmatisation, l'isolement et le divorce.^{5,7} En outre, les troubles de santé mentale chez les femmes ont des conséquences à long terme pour les enfants,^{8,9} et les effets de la dépression maternelle peuvent affecter le développement des enfants sous forme de troubles du comportement, d'anxiété, de dépression et de troubles du développement cognitif.¹⁰⁻¹⁴ Ces conséquences liées à la morbidité maternelle ne sont pas souvent mesurées ou disponibles et sont donc difficiles à évaluer sur le plan démographique.^{5,3} Des indices d'optimalité ont été proposés, qui comptent la fréquence d'événements optimaux et sous-optimaux pendant l'accouchement¹⁵⁻²⁰, mais ils ne sont pas couramment utilisés. Notre analyse s'attache aux changements liés à la mortalité maternelle, fœtale et néonatale apportés par le renforcement de la maïeutique et des soins spécialisés.

Couverture des interventions de santé maternelle et néonatale

Indépendamment des problèmes de mesure, une couverture suffisante des interventions maternelles et néonatales est indispensable pour améliorer les résultats. Le rapport « Countdown to 2015 for maternal and child survival » analyse les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs 4 et 5 du millénaire pour le développement dans 75 pays durement touchés par la mortalité²¹⁻²⁶ et montre que la couverture globale de plusieurs composantes de la maïeutique est faible, telles que la satisfaction des besoins de planification familiale (54 %), l'assistance de personnel qualifié pendant l'accouchement (54 %) et l'initiation précoce à l'allaitement (47 %). La maïeutique est un des moyens permettant de mettre en œuvre ces interventions maternelles et néonatales efficaces sous forme de paquets d'interventions¹ ce qui est probablement plus efficace que des interventions isolées.^{4,27}

Renfrew et ses collègues¹ ont élaboré, aux fins de la présente série, un cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité qui analyse le champ et la contribution de prestataires qualifiés pendant l'accouchement. Or, les sages-femmes constituent le principal groupe possédant les aptitudes, les connaissances et les compétences nécessaires pour dispenser l'ensemble des soins relevant de la maïeutique décrits par ce cadre, lorsqu'elles sont formées et régulées selon les normes internationales, telles que les « Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme » de la Confédération internationale des sages-femmes²⁸, qui incluent la planification familiale. Toutefois, dans les régions où le nombre de sages-femmes est insuffisant, d'autres prestataires disposant des

compétences relevant de la maïeutique peuvent réaliser certaines ou nombre de ces interventions efficaces.¹

Une extension de la couverture de la maïeutique permettrait-elle d'éviter des décès ?

Renfrew et ses collègues¹ ont montré que la maïeutique est un moyen efficace et probablement peu coûteux de déployer des services de santé de la reproduction, maternels et néonataux. En conséquence, nous avons cherché à établir l'effet d'un renforcement de ces services sur les décès maternels et néonataux. Nous avons souhaité estimer l'effet de la maïeutique, telle que définie dans la présente série¹, sur les résultats maternels et néonataux. Pour ce faire, deux objectifs devaient être atteints, à savoir (1) l'estimation des décès maternels, fœtaux et néonataux évités, à l'aide de l'Outil des vies sauvées (LiST)^{29,30} dans différents scénarios de couverture de la maïeutique, entre 2010 et 2025, dans 78 pays à revenu faible ou intermédiaire, classés en trois groupes selon l'indice de développement humain (IDH), et (2) l'estimation de la valeur ajoutée à celle de la maïeutique par des soins de spécialiste sur le nombre de décès maternels, fœtaux et néonataux évités.

L'Outil des vies sauvées (LiST)

LiST est un module du logiciel de modélisation Spectrum³¹ qui compte d'autres modules spécifiques, par exemple pour le VIH, la démographie et la planification familiale. L'outil LiST a été retenu, dans le rapport « *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2014* »³², pour sa capacité éprouvée à estimer l'effet d'interventions spécifiques relevant de la maïeutique, par opposition à un ensemble de soins dispensés dans le cadre d'une maternité de qualité. En résumé, le modèle LiST se fonde sur la santé et le taux de mortalité actuels d'une population donnée, et sur la couverture des interventions de santé. Le modèle associe ensuite ces valeurs aux évolutions de la couverture des interventions de santé, à l'aide d'estimations d'efficacité, pour calculer le nombre de vie sauvées dans le cadre de l'évolution de cette couverture (annexe). Nous avons utilisé le module LiST de la version 4.51 de Spectrum pour toutes les analyses.

LiST a été développé par le Child Health Epidemiology Reference Group pour la série du *Lancet* consacrée à la survie des enfants (« 2003 Child Survival Series »³³) et a depuis été élargi aux interventions tirées des séries de *The Lancet* consacrées à la néonatalité (« 2005 Neonatal Series »³⁴), à la nutrition (« 2008 Nutrition Serie »³⁵), à la mortalité (« 2011 Stillbirth Series »³⁶) et à la nutrition infantile (« 2013 Child Nutrition Series »³⁷). Il a été actualisé par deux compléments relatifs à l'efficacité³⁸⁻⁵⁰ et couvre également désormais les effets sur la mortalité maternelle⁵¹ dont les résultats ont été présentés dans la série du *Lancet* consacrée à la mortalité³⁶. Les informations complètes sur les estimations et la validation de l'efficacité sont disponibles dans d'autres études^{30,43,44,52,53}.

Le module LiST peut estimer uniquement les évolutions dues à des causes spécifiques de la mortalité (maternelle, fœtale et néonatale), calculées d'après la combinaison des meilleures données probantes disponibles sur l'efficacité des interventions, en fonction de l'évolution de la couverture de santé spécifique à une population, des taux de mortalité^{29,43,48,54} et des causes de décès^{21,48,55}. Les mort-nés sont rangés au choix dans la catégorie antepartum ou intrapartum⁵⁵, chaque intervention affectant chaque type de manière séparée. LiST a uniquement servi à estimer les effets de mortalité dans les pays à revenu faible et dans certains pays à revenu intermédiaire, et ne peut pas calculer les effets indirects ou les effets, toutes causes confondues, qui

Prof Caroline S E Homer, Faculty of Health, University of Technology Sydney, PO Box 123, Broadway, NSW 2007, Australia
caroline.homer@uts.edu.au

Pour la Bibliothèque *Cochrane Library* voir <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

For the **Countdown to 2015 for maternal and child survival** (Rapport 2014 du Compte à rebours pour 2015)
 see <http://www.countdown2015mnhc.org>
 See Online for appendix

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 morbidité, ni sur d'autres bénéfices potentiels tels que le bien-être, l'autonomisation, 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 », ainsi que dans l'étude de Renfrew et de ses collègues comme pouvant être réalisées dans le cadre de la maieutique, 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).¹

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'aucune 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 modèle LiST de la série du *Lancet* consacrée à la néonatalité (Neonatal Series³⁹), qui sont également décrits dans le manuel du module LiST³⁶. Parmi ces hypothèses figurent entre autres (1) l'association entre un minimum de quatre visites et les activités anténatales, 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 graves³⁴ (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 Interventions

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 intégrées 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 ampleurs d'effet types offertes par LiST, sauf dans de rares cas pour lesquels aucune ampleur 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 pouvaient être évités avec une gestion appropriée de chaque cas, notamment par une antibiothérapie par voie parentérale, sur la base d'une analyse de Delphi³⁷ et de données d'antécédents complémentaires³⁸.

Construction de populations types

Nous avons retenu 78 countries, dont la totalité des 58 pays examinés dans le cadre du rapport État de la maieutique dans le monde 2012, ainsi que tous les autres pays étudiés par le rapport « Countdown to 2015 for maternal and child survival ».¹

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^{59,60}.

Nous avons classé les pays selon l'IDH⁶¹, un indicateur composite des indices d'espérance de vie, d'éducation et de revenu. Nous avons retenu cet indicateur après avoir examiné plusieurs autres bases de données qui contenaient des indicateurs plus spécifiques aux femmes, notamment l'Indice « Institutions sociales et Égalité homme-femme⁶² » et l'Indice d'inégalités de genre⁶³. Ces bases de données ne contenant pas de données complètes pour les pays qui nous intéressent, nous les avons par conséquent écartées. Nous avons également examiné d'autres déterminants sociaux possibles, notamment le statut des femmes, l'inégalité, 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 égaux 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 tertile (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 des 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 2010⁶⁴ 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 constatées, ignorant les tendances à long terme des projections

Indicateur ou indicateur de substitution et formule de conversion si aucun indicateur type n'est disponible

Indicateur ou indicateur de substitution et formule de conversion si aucun indicateur type n'est disponible	
Avant la conception (planification familiale)	
Taux de prévalence des contraceptifs	Pourcentage de femmes présentant un risque de grossesse lors de l'utilisation de toute méthode contraceptive
Autour de la conception	
Supplémentation en acide folique	Substitut : * 4VSA+ ; formule : 5 % des femmes qui ont eu 4VSA+ reçoivent de l'acide folique (cela suppose que 5 % des femmes qui bénéficient de quatre visites anténatales recevront une supplémentation en acide folique)
Gestion des grossesses extra-utérines	Substitut : accès aux SONU ; formule : si les accouchements en établissement >50 %, 0,75 × accouchement en établissement ; si les accouchements en établissement = 30-50 %, 0,50 × accouchement en établissement ; si les accouchements en établissement <30 %, 0,10 × accouchement en établissement
Services d'avortement médicalisés	Pourcentage de femmes avortant dans des conditions médicalisées (avortements médicaux ou chirurgicaux)
Soins après avortement	Substitut : accès aux SONU ; formule : si les accouchements en établissement >50 %, 0,75 × accouchement en établissement ; si les accouchements en établissement = 30-50 %, 0,50 × accouchement en établissement ; si les accouchements en établissement <30 %, 0,10 × accouchement en établissement
Après la conception (soins anténatals)	
Tétanos toxoid	Protected by tetanus toxoid at birth
IPTp	Percentage of pregnant women protected against malaria with two or more doses of sulfadoxine-pyrimethamine (treatment options)
Multiple micronutrient supplementation	Percentage receiving iron-folate during pregnancy for ≥90 days
Calcium supplementation	Proxy: ANC4+; formula: 5% of women who have ANC4+ receive calcium supplementation
Balanced energy supplementation	Proxy: ANC 4+; formula: ANC4+ × the proportion of children aged 6-23 months appropriately fed (included as effects on prematurity and neonatal death)
Syphilis detection and treatment if needed	Proxy: ANC4+; formula if ANC4+ is >75, 0.70×ANC4+; if ANC is 40-75%, 0.5 × ANC4+; if ANC4+ is <40%, 0.2 × ANC4+
Diabetes case management	Proxy: ANC 4+; formula: 5% of women who have ANC4+ have diabetes requiring and receiving management
Screening for and management of pre-eclampsia with MgSO ₄	Proxy: ANC 4+; formula: 5% of women who have ANC4+ are screened for pre-eclampsia and managed with MgSO ₄
Case management of malaria in pregnancy	Proxy: ANC 4+; formula: 5% of women who have ANC4+ are managed for malaria in pregnancy
Screening and management of fetal growth restriction	Proxy: ANC 4+; formula: 5% women who have ANC4+ are screened and managed for fetal growth restriction
PMTCT	Percentage of pregnant women who are HIV positive receiving option A
During labour and birth	
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; 80% BEmONC; 90% CEmONC
Skilled birth attendant at birth	Formula: 100% of skilled birth attendance
Neonatal resuscitation	Formula: 20% BEmONC; 70% CEmONC
Antenatal corticosteroids for preterm labour	Formula: 20% essential care; 85% BEmONC; 95% CEmONC
Antibiotics for pPRoM	Formula: 20% essential care; 85% BEmONC; 95% CEmONC
MgSO ₄ 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
Post-partum and newborn care	
Thermal care and clean postnatal practices	Proxy: 100% of a 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 × facility delivery; if facility delivery is between 30-50%, 0.2 × facility delivery; if facility delivery is <30%, 0.1 × 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 × facility delivery; if facility delivery is between 30% and 50%, 0.2 × facility delivery; if facility delivery is <30%, 0.1 × facility delivery

4VSA+=au moins quatre visites de soins anténatales. SONU=soins obstétricaux et néonataux d'urgence TPIp=Traitement préventif intermittent pendant la grossesse contre le paludisme. SP=sulfadoxine-pyriméthamine. PTME=prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH. SONU de base=Soins obstétricaux et néonataux d'urgence, de base. SONU complets=Soins obstétricaux et néonataux d'urgence et complets. RPMP=rupture prématurée des membranes pré-terme. *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 prenant pour hypothèse que lorsque les accouchements 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.

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

Pays concernés*	
Groupe A : IDH faible†	Afghanistan, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Tchad, Comores, 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
Groupe B : IDH faible à modéré	Angola, Bangladesh, Bhoutan, Cambodge, Cameroun, Congo (Brazzaville), Haïti, Îles Salomon, Kenya, Laos, Lesotho, Madagascar, Mauritanie, Myanmar, Népal, Nigeria, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Swaziland, Tanzanie, Timor oriental, Togo, Ouganda, Yémen
Groupe C : IDH modéré à élevé	Afrique du Sud, Azerbaïdjan, Bolivie, Botswana, Brésil, Chine, Corée du Nord, Égypte, Gabon, Ghana, Guatemala, Guinée équatoriale, Guyana, Inde, Indonésie, Irak, Kirghizistan, Mexique, Maroc, Nicaragua, Pérou, Philippines, Tadjikistan, Turkménistan, Ouzbékistan, Viêt Nam

IDH=Indice de développement humain. *78 pays figurant dans les rapports Compte à rebours 2015 et L'état de la maïeutique dans le monde 2014. †Les libellés « faible », « faible à modéré », et « modéré à élevé » correspondent à une catégorie d'indice de développement humain. ‡La Somalie est passée d'une autre catégorie à la catégorie des pays à IDH faible. §Le Soudan, avant sa partition en Soudan du Sud et Soudan. ¶La Corée du Nord est passée d'une autre catégorie à la catégorie des pays à IDH modéré à élevé.

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

Description	Variation
0 Aucun changement 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 3 : Scénarios utilisés dans la modélisation de l'impact de la maïeutique

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 des 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, accessibilité 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 des taux de prévalence des contraceptifs), 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 obtenues 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 maternité va de pair avec une amélioration de la qualité.¹⁴ 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'accouchement en établissement 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 maïeutique, 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 maternité 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 des décès maternels, des décès néonataux et des mort-nés en 2025 étant observée dans les pays du groupe A (tableau 4). En revanche, le plus fort taux de diminution des décès maternels, égal à 75,4 %, est observé dans les pays du groupe B, (tableau 4, figure 1).

Dans les pays du groupe A, la mortalité diminue de 26,3 % lorsque la couverture ne varie pas (scénario 0) ou augmente modestement (scénario 1). Dans le scénario 2, avec l'augmentation significative de la couverture, la mortalité diminue de 49,7 %, tandis qu'avec une couverture universelle (95 %, scénario 3), la réduction atteint 75,9 %, contrairement au scénario 4 (recul), où la mortalité enregistre une 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 maïeutique 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 maïeutique sur la santé maternelle, fœtale et néonatale, nous avons estimé la réduction du nombre

	Scénario 0 : Aucune variation (décès [n])	Scénario 1 : renforcement modeste*		Scénario 2 : renforcement significatif†		Scénario 3 : couverture universelle‡		Scénario 4 : recul§		
		Décès (n)	Baisse (%)	Décès (n)	Baisse (%)	Décès (n)	Baisse (%)	Décès (n)	Baisse (%)	
Groupe A : IDH faible¶										
Décès maternels	300	200	27.4 %	150	49.7 %	50	81.5 %	300	-2.3 %	
Mort-nés	1850	1350	26.3 %	900	49.7 %	450	75.9 %	1900	-2.4 %	
Décès néonataux	2000	1450	26.8 %	950	52.6 %	200	90.3 %	2100	-4.0 %	
Groupe B : IDH faible à modéré 										
Décès maternels	150	100	35.9 %	40	75.4 %	30	77.5 %	150	-5.5 %	
Mort-nés	1200	800	32.1 %	400	67.2 %	350	69.4 %	1300	-4.1 %	
Décès néonataux	1300	850	34.9 %	350	73.9 %	150	87.9 %	1400	-5.8 %	
Groupe C : moderate-to-high HDI**										
Décès maternels	50††	20	62.7 %	15	68.0 %	15	69.8 %	50	-11.1 %	
Mort-nés	800	400	50.1 %	400	51.0 %	400	52.9 %	900	-9.9 %	
Décès néonataux	550	250	52.5 %	200	63.6 %	100	77.4 %	600	-12.7 %	

See appendix for mortality rates and ratios. HDI=human development index. *10% increase in coverage every 5 years (2010-25). †25% increase in coverage every 5 years (2010-25). ‡95% coverage by 2025. §2% decrease in coverage every 5 years (2010-25). ¶156 000 births. ||46 500 births. **29 000 births. ††All numbers were rounded to portray the precision of model assumptions. The percentage reduction calculations were done on unrounded numbers of deaths; see appendix for raw data.

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

de décès causés par les interventions de santé maternelle et néonatale indépendamment d'un plus grand recours à la planification familiale. Lorsque la couverture des interventions de santé maternelle et néonatale est universelle, dans les pays du groupe A, 60,9 % de tous les décès maternels, fœtaux et néonataux pourraient être évités (annexe).

Nous avons réalisé une analyse supplémentaire pour étudier la diminution obtenue avec une couverture universelle (scénario 4), en excluant cette fois la planification familiale. Dans les trois groupes d'IDH, 29,9 % des décès maternels sont évités par la maïeutique. De même, pour tous les niveaux d'IDH, 23,8 à 31,0 % des mort-nés et plus de la moitié des décès néonataux peuvent être évités par la maïeutique.

Lorsque la planification familiale est intégrée dans le champ de la maïeutique, 44,7 à 80,6 % des décès maternels, fœtaux et néonataux seraient évités (figure 2A). En particulier, dans les pays du groupe C, la planification familiale seule permettrait d'éviter 57,2 % de tous les décès en raison de la diminution de la fécondité et du nombre de grossesses. Au total, l'éventail complet des soins relevant de la maïeutique, lorsqu'il intègre à la fois la planification familiale et les interventions de santé maternelle et néonatale, permettrait d'éviter 83,3 % de tous les décès maternels, mort-nés et décès néonataux (annexe).

Estimation de la valeur ajoutée des soins de spécialiste

Le deuxième objectif de la présente étude est d'évaluer la valeur de l'apport de soins de spécialiste (obstétricien) à la maïeutique, au regard du nombre de vies sauvées parmi les mères, les fœtus et les nouveau-nés. Pour ce faire, nous avons pris en compte toutes les actes qui pouvaient raisonnablement être réalisés par une sage-femme et relevant de sa pratique²⁸, 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 néonataux¹ développé pour la présente série.

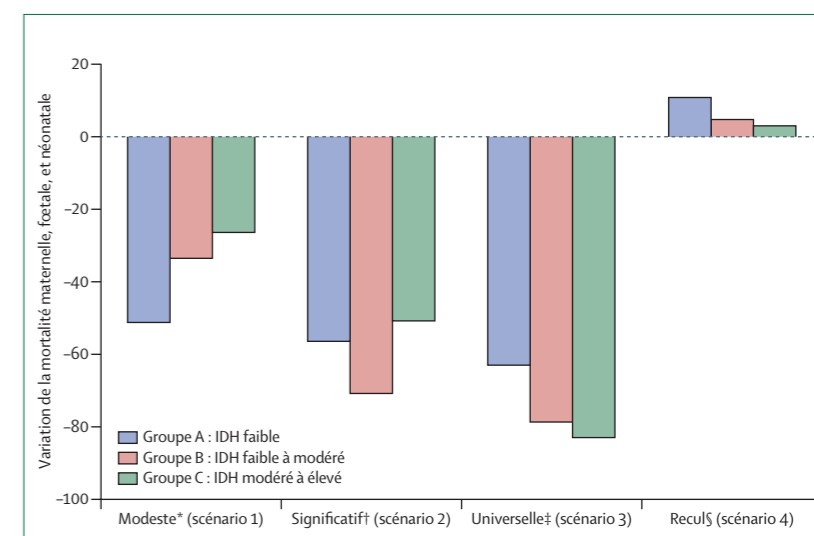


Figure 1 : Pourcentage total de variation de la mortalité maternelle, néonatale et fœtale, par niveau d'IDH, selon 4 scénarios d'intervention différents, par million de personnes. IDH=Indice de développement humain. *Hausse de 10 % de la couverture tous les 5 ans (2010-25). †Hausse de 25 % de la couverture tous les 5 ans (2010-25). ‡95 % de couverture d'ici à 2025. §Diminution de 2 % de la couverture tous les 5 ans (2010-25).

Nous avons intégré les interventions supplémentaires réputées relever 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 prénatal par corticostéroïdes en cas de travail prématuré, le déclenchement du travail pour dépassement de terme et la prise

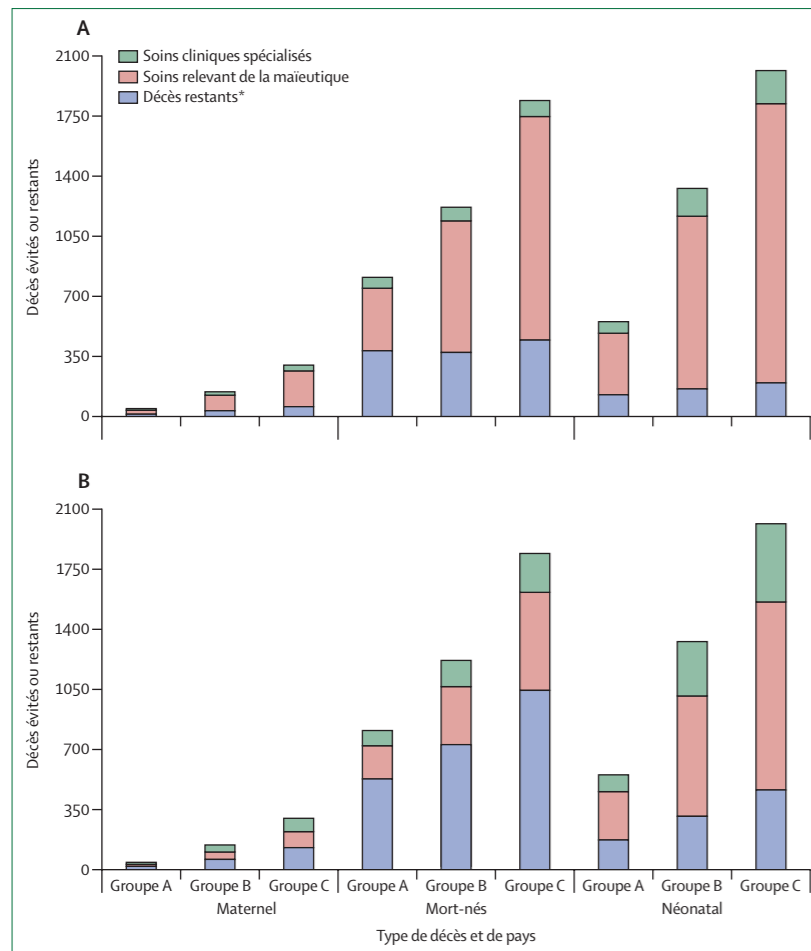


Figure 2 : Nombre de décès maternels, fœtaux et néonataux évités par les soins de maïeutique et par des soins spécialisés, qui auraient eu lieu en 2025 en l'absence d'un renforcement, par million de personnes (A) Planification familiale incluse. (B) Planification familiale exclue. *Décès qui n'auraient 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 prénatal 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 maïeutique 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 maïeutique (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^{25,26,65} 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 financières¹. 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 maïeutique de haute qualité, tout en tenant compte de la complexité des enjeux sous-jacents⁶⁶. 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 population⁶⁶. Dans cette optique, les pays doivent s'efforcer de prendre les décisions qui produisent les meilleurs résultats, au plus faible coût.

Nous reconnaissons 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 maïeutique 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 surestimation 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 mise en œuvre. Certains pays sont parvenus à améliorer de manière notable leur mortalité maternelle avec un renforcement considérable de l'accès aux interventions efficaces^{67,68}. Par exemple, l'Érythrée, 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 1990.⁶⁹

Contribution de la planification familiale

La maïeutique recouvre les 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 parfaitement documentée.⁷⁰ La série du *Lancet*^{71,72} 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.^{71,73}

L'éventail complet de la maïeutique 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 modélisation⁷⁴ appliquant le logiciel Spectrum dans deux petits pays insulaires du Pacifique Sud 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, éviter les grossesses non désirées présenterait des avantages économiques considérables pour les secteurs de la santé et de l'éducation.⁷⁵

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 maïeutique, 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 maïeutique²⁸ 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.⁷⁵ 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 2010.⁷⁶

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 maïeutique par 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 réputées relever de la maïeutique. Dans notre analyse, nous avons observé que les bénéfices des soins médicaux spécialisés sont les plus élevés pour la mortalité maternelle, puisque jusqu'à 20 % des décès maternels peuvent être évités par des interventions relevant des SONU complets. Nous reconnaissons, que, tout comme les soins médicaux et chirurgicaux, la maïeutique 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 spécialisés¹. Dans cette analyse, nous avons également pris comme postulat 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 le 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 maïeutique.¹ Des investissements importants doivent être consentis dans l'élaboration de méthodes standardisées et dans la mise en

œuvre de stratégies de recueil 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.^{77,78} 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 maïeutique et améliorer ainsi les services maternels et néonataux, et s'assurer que les soins répondent davantage aux besoins des femmes.^{65,79}

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, tels 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.¹

D'autres approches doivent être développées pour modéliser l'effet d'un trop grand nombre d'interventions, par rapport à d'autres, trop rares, et l'effet des soins pratiqués par les sages-femmes dans les pays enregistrant des niveaux économiques différents.^{3,86-88}

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 maïeutique et non 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 Renfrew et ses collègues.¹ 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 complexe⁸⁹, ce que ne peuvent probablement pas faire les spécialistes. Les sages-femmes peuvent potentiellement amener 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 maïeutique, 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 maïeutique 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

Panneau : Améliorer la qualité et la sécurité des soins de maternité : la contribution des soins et des unités dirigés par des sages-femmes dans les pays à revenu élevé

Ce panneau examine comment l'organisation des prestataires de santé, les modèles de soins et l'environnement de naissance contribuent à la qualité et à la sécurité des soins pour les mères comme pour les nouveau-nés, dans les pays à revenu élevé.

L'approche sous-tendant les modèles de continuité des soins dispensés par les sages-femmes repose sur « la normalité et la continuité des soins prodigués par une sage-femme connue et de confiance, pendant l'accouchement. L'accent est mis sur la capacité naturelle des femmes à donner naissance avec le minimum d'intervention ».³ La continuité des soins dispensés par les sages-femmes peut être assurée dans le cadre de petites équipes ou d'un accompagnement global à la naissance, et s'inscrit alors dans un réseau multidisciplinaire de consultation et d'orientation incluant d'autres professionnels de santé.

Selon une revue systématique, la continuité des soins prodigués par les sages-femmes procure des bénéfices considérables pour les mères et leurs nouveau-nés, et ne compte aucun effet indésirable identifié par rapport à un modèle de soins partagé ou médicalisé dans les pays à revenu élevé.³ Les auteurs d'une seconde revue systématique⁸⁰ ont conclu que les services prodigués par une sage-femme pourraient constituer une alternative peu coûteuse par rapport au modèle dominant des soins de maternité. Plus récemment, une étude randomisée et contrôlée australienne⁸¹ a démontré que l'accompagnement global à la naissance permettait de réduire les coûts chez les femmes présentant tous niveaux de risque, et d'obtenir des résultats cliniques similaires.

Les soins dispensés par les sages-femmes peuvent être prodigués dans le cadre d'unités de sages-femmes déployées aux côtés d'unités obstétriques et d'unités de sages-femmes indépendantes. Les femmes prises en charge dans les unités intégrées aux hôpitaux ou situées à proximité des hôpitaux ont une probabilité plus forte d'accoucher spontanément par voie basse par rapport à celles prises en charge en établissement classique, et une probabilité plus faible de se voir administrer de l'ocytocine, d'accoucher par voie basse avec une assistance instrumentale, d'accoucher par césarienne, de subir une épisiotomie, sans qu'aucune différence n'ait été relevée en ce qui concerne la santé du nouveau-né.⁸²

En ce qui concerne les unités autonomes de sages-femmes, les données disponibles sont moins nombreuses⁸³. Une étude prospective d'une unité autonome de sages-femmes au Danemark⁸⁴ a relevé d'importants bénéfices, tels que des degrés de satisfaction plus élevés, une diminution de la morbidité maternelle, des interventions moins nombreuses à la naissance, notamment moins de césariennes, et une probabilité accrue d'accouchement spontané par voie basse, par rapport à la prise en charge en établissement. Aucune différence n'a été observée en ce qui concerne la morbidité périnatale chez les nouveau-nés de mères à faible risque.⁸⁵

L'étude Birthplace in England⁸⁶ a évalué les résultats par lieu de naissance en Angleterre envisagé par les femmes à faible risque de complication. Pour ces dernières, l'incidence globale des résultats périnatals indésirables était faible, quel que soit le lieu de naissance considéré. Pour les femmes multipares à faible risque, aucune différence n'a été observée en ce qui concerne les issues périnatales indésirables entre les lieux d'accouchement. Néanmoins, le risque d'un résultat périnatal indésirable était plus élevé chez les femmes enceintes pour la première fois et qui envisageaient d'accoucher à domicile, par rapport à celles prises en charge en établissement, même si le niveau de risque global restait faible. Le taux de transfert en cours de travail chez les femmes ayant leur premier enfant était élevé (36 à 45 %), ce qui pourrait expliquer le taux de résultats indésirables. Les coûts étaient moindres pour les naissances programmées à domicile, dans les unités autonomes ou dans les unités situées à proximité d'une unité de sages-femmes, par rapport aux naissances programmées en unité obstétricale.⁸⁷

Globalement, dans les milieux à revenus élevés, le modèle de soins et le lieu de naissance ont une influence significative sur de multiples résultats cliniques et sur le plan de la santé chez les mères et les nouveau-nés, et ont des conséquences économiques pour le système de santé. Des systèmes doivent être mis en place pour permettre le transfert rapide et en sécurité vers les unités de soins obstétriques, sans obstacles financiers, professionnels et organisationnels.

quantifier l'effet potentiel d'un renforcement de différentes interventions maternelles et néonatales.^{48,36,41} Il a également servi de guide à la planification stratégique au niveau national⁹⁰. Cette méthode a été à l'origine développée pour la santé infantile dans ce qui est devenu la série du Lancet sur la survie infantile (Child Survival Series)³³, avant d'être ensuite élargi à la modélisation de l'effet obtenu par un renforcement de la santé néonatale,³⁴ foetale et maternelle³⁶. Toutefois, le module LiST présente un certain nombre de limites. Il ne peut modéliser que les effets sur la mortalité dans les pays à revenu faible et certains pays à revenu intermédiaire, et ne peut analyser des effets sociologiques plus larges, tels que la responsabilisation ou la qualité de vie. Conçu à l'origine pour mesurer les effets des interventions à base communautaire sur la survie infantile, il a été depuis élargi à la modélisation de la mortalité maternelle, de la mortalité et de certaines interventions en milieu hospitalier. Il n'est pas prévu pour modéliser l'effet d'un recours excessif aux interventions, que l'on peut observer dans certains pays à revenu élevé.⁹¹⁻⁹³

Cette méthode repose également sur les données disponibles pour ces pays, ce qui est très important à considérer puisque les pays pouvant être modélisés sont ceux pour lesquels la qualité et la quantité des données sont les plus faibles, notamment en ce qui concerne les causes de mortalité maternelle. LiST s'appuie sur l'estimation des chiffres de la mortalité liée uniquement aux interventions présentant des différences d'ampleur d'effet connues. Cela signifie que les interventions pour lesquelles peu d'études ont été menées pour produire des données sur les différences d'impact ne peuvent pas être prises en compte, de même que l'ensemble des autres résultats qui ne concernent pas la mortalité. Les indicateurs de substitution et les interventions peuvent varier de manière importante et d'autres études sont nécessaires pour quantifier ces indicateurs.

Parce qu'il met l'accent sur les interventions biomédicales, le module LiST ne prend pas en compte l'effet de déterminants sociaux plus larges sur la santé. Victora⁴⁸ estime que l'essentiel de l'effet des déterminants sociaux généraux sur la mortalité infantile est conditionné par les interventions prises en compte par LiST, telles que l'amélioration de l'accès à l'eau et des services d'assainissement, de meilleurs soins avant, pendant et après l'accouchement, une alimentation de meilleure qualité et un meilleur accès à une prise en charge de qualité des affections telles que la pneumonie, la diarrhée et le paludisme. À l'avenir, des outils plus sensibles à la maïeutique en tant qu'ensemble de soins doivent être développés pour mesurer la meilleure couverture des interventions, la qualité des soins et les aspects plus généraux des soins, notamment les paramètres interpersonnels, qui font partie intégrante de la maïeutique.

Une autre limite du module LiST tient au fait que la qualité ne peut pas être intégrée comme un indicateur distinct et spécifique. Nous avons fondé notre analyse sur l'hypothèse selon laquelle une augmentation de la couverture des soins de maternité va de pair avec l'amélioration de la qualité. Ce postulat peut ne pas être vrai dans certaines situations. Parmi les autres éléments actuellement non modélisables figurent le respect et la compréhension des besoins individuels de la mère, de l'enfant et de la famille, ainsi que l'engagement en faveur de la promotion active des processus biopsychosociaux et culturels normaux de la grossesse, de la naissance et des premières semaines de vie.¹ À l'avenir, il sera important d'aller au-delà des interventions qui bien souvent ne traitent que la mortalité, pour inclure les éléments d'une qualité de soins plus large dans de telles analyses.

Nous avons eu recours à l'IDH pour classer les 78 countries en trois groupes. Or d'autres indicateurs que l'IDH auraient pu être

utilisés. Nous avons effectivement examiné d'autres indices sans trouver de différences significatives dans le classement des pays, d'où le recours à l'IDH.

Nous avons eu des difficultés à distinguer les interventions censées relever de la maïeutique des soins spécialisés. Nous reconnaissons que certaines interventions, telles que l'avortement pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité, pourraient être considérées comme relevant de la maïeutique, compte tenu du nombre croissant d'aspirations intra-utérines manuelles pratiquées dans de bonnes conditions de sécurité par des soignants de niveau intermédiaire, notamment les sages-femmes et les infirmières⁹⁴, dans des établissements de soins primaires.⁹⁵ Le traitement prénatal par corticostéroïdes a également été classé parmi les interventions relevant de soins spécialisés. Cette classification des interventions est née d'une décision consensuelle et peut ne pas être universellement acceptable. Néanmoins, l'intégration du traitement prénatal par corticostéroïdes parmi les interventions relevant de la maïeutique ne ferait probablement qu'accroître l'efficacité de cette pratique.

Pour les interventions telles que la prise en charge des grossesses extra-utérines, nous avons retenu une estimation de faible efficacité. Nous avons posé comme principe de départ qu'un établissement et qu'un soignant de niveau SONU complets disposeraient des compétences et des moyens nécessaires pour prendre en charge une grossesse extra-utérine ou des soins après avortement. En outre, le module prend toujours comme postulat que les femmes accédant à des soins d'urgence de type SONU complets auraient également accès et recours à des soins d'autres niveaux pour les situations types, impliquant que les sages-femmes et les spécialistes interviennent dans le cadre d'un système de santé opérationnel, ce qui n'est pas le cas de nombreux systèmes de santé dans le monde.

Conclusions

Nous avons décrit l'ensemble des bénéfices potentiels que peut procurer un renforcement complet de la maïeutique au sein des communautés et aux familles dans le monde entier, quel que soit leur niveau actuel de développement. S'il est clair que ces bénéfices peuvent être très importants, d'autres évaluations et études complémentaires sont nécessaires pour déterminer de quelle manière les systèmes de santé et les services communautaires peuvent être optimisés et renforcés afin que la maïeutique soit disponible et accessible à tous.

Contributeurs

CSEH a conçu l'étude, rédigé le premier et dernier projet de l'article, a été chargé de l'orientation globale du projet et dirigé la révision de tous les avant-projets. IKF et LAB ont dirigé la modélisation et l'analyse statistiques, interprété les résultats et contribué à la rédaction et aux révisions.

PtH-B et JS ont apporté une contribution particulière à la conception de l'étude, ainsi qu'aux parties consacrées à l'introduction et à l'analyse. AMS et MABD ont participé à la conception de l'étude et à sa rédaction. Tous les auteurs ont contribué à l'interprétation des résultats et aux relectures et révisions du rapport.

Déclaration d'intérêt

Nous déclarons n'avoir aucun intérêt concurrent.

Remerciements

La présente étude a été en partie soutenue par une subvention accordée par la Fondation Bill et Melinda Gates (référence OPP1042500), et a bénéficié du soutien complémentaire de l'Université de York (Angleterre) et de l'Université de Dundee, (Écosse). Les travaux de PtH-B ont été soutenus par l'Instituto de Cooperación Social Integrare. Ces organisations donatrices n'ont joué aucun rôle dans la réalisation de

l'analyse 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 ni de la Fondation Bill et Melinda Gates. La rédaction technique de la série de *The Lancet* sur la maïeutique a été assurée par Thomson Prentice. Le projet a bénéficié de l'appui administratif de Jenny Brown et de Sparey, et du soutien de Natalie Muir. Nous remercions les lecteurs et collègues attentifs pour leur utile contribution : Yves Bergevin, Dell Horey, Judith Fullerton, Sonia Lansky, Wendy Graham, Ann Starrs, Howard Friedman, Cathy Warwick, Frances Day-Stirk, Fabienne Richard, Jerker Liljestrand, Elizabeth Mason, Fran McConville, Blerta Maliqi, Matthews Mathai, Metin Gülmezoglu, Veronica Walford, Hermen Ormel, Kate Teela, France Donnay et Mariam Claeson. Tous les co-auteurs de la série de *The Lancet* sur la maïeutique ont commenté les projets de la présente étude. Eugene Declercq et Vincent Fauveau, d'autres membres de *The Lancet* Series on Midwifery Helicopter Group ont apporté une contribution essentielle, tout comme Mary Renfrew, Luc de Bernis, Zoë Matthews, Helga Fogstad et Alison McFadden, ainsi que les membres de *The Lancet* Series on Midwifery Executive Group, qui ont participé de manière étroite à la rédaction de ce rapport.

Cet article a été traduit par M. Darius Gbedo avec l'assistance de Dr. Luc de Bernis.

References

- 1 Renfrew 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/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3).
- 2 Roberts D, Dalziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3: CD004454.
- 3 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.
- 4 The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. Essential interventions, commodities and guidelines for reproductive, maternal, newborn and child health. A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH). Geneva: The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, 2011.
- 5 Koblinsky M, Chowdhury ME, Moran A, Ronsmans C. Maternal morbidity and disability and their consequences: neglected agenda in maternal health. *J Health Popul Nutr* 2012; 30: 124-30.
- 6 Say L, Pattinson RC, Gülmezoglu AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reprod Health* 2004; 1: 3.
- 7 Filippi V, Ganaba R, Baggaley RF, et al. Health of women after severe obstetric complications in Burkina Faso: a longitudinal study. *Lancet* 2007; 370: 1329-37.
- 8 Levy T, Orlans M. Attachment, trauma and healing. Washington DC: Child Welfare League of America Press, 1998.
- 9 Milgrom J, Erickson J, McCarthy R, Gemmill AW. Stressful impact of depression on early mother-infant relations. *Stress Health* 2006; 22: 229-38.
- 10 Murray L, Cooper P. Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child* 1997; 77: 99-101.
- 11 Murray L, Cooper PJ. Postpartum depression and child development. *Psychol Med* 1997; 27: 253-60.
- 12 Buist A. Childhood abuse, postpartum depression and parenting difficulties: a literature review of associations. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32: 370-78.
- 13 Milgrom J, Westley DT, Gemmill AW. The mediating role of maternal responsiveness in some longer term effects of postnatal depression on infant development. *Infant Behav Dev* 2004; 27: 443-54.
- 14 Murray L, Cooper P. The impact of postpartum depression on child development. In: Goodyer I, ed. Aetiological Mechanisms in Developmental Psychopathology. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- 15 Wieggers TA, Keirse MJ, Berghs GA, van der Zee J. An approach to measuring quality of midwifery care. *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 319-25.
- 16 Precht HF. The optimality concept. *Early Hum Dev* 1980; 4: 201-05.

- 17 Murphy PA, Fullerton JT. Measuring outcomes of midwifery care: development of an instrument to assess optimality. *J Midwifery Womens Health* 2001; **46**: 274–84.
- 18 Low LK, Seng JS, Miller JM. Use of the Optimality Index-United States in perinatal clinical research: a validation study. *J Midwifery Womens Health* 2008; **53**: 302–09.
- 19 Seng JS, Mugisha E, Miller JM. Reliability of a perinatal outcomes measure: the Optimality Index-US. *J Midwifery Womens Health* 2008; **53**: 110–14.
- 20 Sheridan M, Sandall J. Measuring the best outcome for the least intervention: can the Optimality Index-US be applied in the UK? *Midwifery* 2010; **26**: e9–15.
- 21 Bhutta ZA, Chopra M, Axelson H, et al. Countdown to 2015 decade report (2000–10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. *Lancet* 2010; **375**: 2032–44.
- 22 Victora CG, Barros AJ, Axelson H, et al. How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 Countdown to 2015 countries: an analysis of national surveys. *Lancet* 2012; **380**: 1149–56.
- 23 WHO and UNICEF. Countdown to 2015: Maternal, newborn & child survival. Building a Future for women and children: the 2012 report. Geneva: World Health Organization and UN Children's Fund, 2012.
- 24 Barros AJ, Ronsmans C, Axelson H, et al. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries. *Lancet* 2012; **379**: 1225–33.
- 25 WHO. Working together for health. The World Health Report 2006. Geneva: World Health Organization, 2006.
- 26 WHO. The World Health Report 2005. Make every mother and child count. Geneva: World Health Organization, 2005.
- 27 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.
- 28 International Confederation of Midwives. Essential competencies for basic midwifery practice. Geneva: International Confederation of Midwives, 2010.
- 29 Winfrey W, McKinnon R, Stover J. Methods used in the Lives Saved Tool (LiST). *BMC Public Health* 2011; **11** (suppl 3): S32.
- 30 Johns Hopkins University. LiST: the Lives Saved Tool: an evidence-based tool for estimating intervention impact. 2012. <http://www.jhsph.edu/departments/international-health/IIP/list/index.html> (accessed Sept 20, 2012).
- 31 USAid. Spectrum Policy Modeling System. 2011. <http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?id=software&get=Spectrum> (accessed Oct 6, 2012).
- 32 UN Population Fund. The State of the World's Midwifery Report. Delivering health, saving lives. NY: UN Population Fund, 2011.
- 33 Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, and the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; **362**: 65–71.
- 34 Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L, and the *Lancet* Neonatal Survival Steering Team. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; **365**: 977–88.
- 35 Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE et al, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet* 2008; **371**: 417–40.
- 36 Pattinson R, Kerber K, Buchmann E, et al, and the *Lancet's* Stillbirths Series steering committee. Stillbirths: how can health systems deliver for mothers and babies? *Lancet* 2011; **377**: 1610–23.
- 37 Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A et al, for the Maternal and Child Nutrition Study Group. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *Lancet* 2013; **382**: 452–77.
- 38 Blencowe H, Cousens S, Modell B, Lawn J. Folic acid to reduce neonatal mortality from neural tube disorders. *Int J Epidemiol* 2010; **39** (suppl 1): i110–21.
- 39 Blencowe H, Lawn J, Vandelaer J, Roper M, Cousens S. Tetanus toxoid immunization to reduce mortality from neonatal tetanus. *Int J Epidemiol* 2010; **39** (suppl 1): i102–09.
- 40 Boschi-Pinto C, Young M, Black RE. The Child Health Epidemiology Reference Group reviews of the effectiveness of interventions to reduce maternal, neonatal and child mortality. *Int J Epidemiol* 2010; **39** (suppl 1): i3–6.
- 41 Bryce J, Friberg IK, Kraushaar D, et al. LiST as a catalyst in program planning: experiences from Burkina Faso, Ghana and Malawi. *Int J Epidemiol* 2010; **39** (suppl 1): i40–47.
- 42 Cousens S, Blencowe H, Gravett M, Lawn JE. Antibiotics for pre-term pre-labour rupture of membranes: prevention of neonatal deaths due to complications of pre-term birth and infection. *Int J Epidemiol* 2010; **39** (suppl 1): i134–43.
- 43 Friberg IK, Bhutta ZA, Darmstadt GL, et al. Comparing modelled predictions of neonatal mortality impacts using LiST with observed results of community-based intervention trials in South Asia. *Int J Epidemiol* 2010; **39** (suppl 1): i11–20.
- 44 Hazel E, Gilroy K, Friberg I, Black RE, Bryce J, Jones G. Comparing modelled to measured mortality reductions: applying the Lives Saved Tool to evaluation data from the Accelerated Child Survival Programme in West Africa. *Int J Epidemiol* 2010; **39** (suppl 1): i32–39.
- 45 Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Horta BL, Barros FC, Cousens S. 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *Int J Epidemiol* 2010; **39** (suppl 1): i144–54.
- 46 Mwansa-Kambafwile J, Cousens S, Hansen T, Lawn JE. Antenatal steroids in preterm labour for the prevention of neonatal deaths due to complications of preterm birth. *Int J Epidemiol* 2010; **39** (suppl 1): i122–33.
- 47 Stover J, McKinnon R, Winfrey B. Spectrum: a model platform for linking maternal and child survival interventions with AIDS, family planning and demographic projections. *Int J Epidemiol* 2010; **39** (suppl 1): i7–10.
- 48 Victora CG. Commentary: LiST: using epidemiology to guide child survival policymaking and programming. *Int J Epidemiol* 2010; **39** (suppl 1): i1–2.
- 49 Walker N, Fischer-Walker C, Bryce J, Bahl R, Cousens S, and the CHERG Review Groups on Intervention Effects. Standards for CHERG reviews of intervention effects on child survival. *Int J Epidemiol* 2010; **39** (suppl 1): i21–31.
- 50 Fox MJ, Martorell R, van den Broek N, Walker N. Assumptions and methods in the Lives Saved Tool (LiST). Introduction. *BMC Public Health* 2011; **11** (suppl 3): 11.
- 51 Ronsmans C, Graham WJ, and *The Lancet* Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet* 2006; **368**: 1189–200.
- 52 Amouzou A, Richard SA, Friberg IK, et al. How well does LiST capture mortality by wealth quintile? A comparison of measured versus modelled mortality rates among children under-five in Bangladesh. *Int J Epidemiol* 2010; **39** (suppl 1): i186–92.
- 53 Larsen DA, Friberg IK, Eisele TP. Comparison of Lives Saved Tool model child mortality estimates against measured data from vector control studies in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health* 2011; **11** (suppl 3): S34.
- 54 Bhutta ZA, Yakoob MY, Lawn JE, et al, and the *Lancet's* Stillbirths Series steering committee. Stillbirths: what difference can we make and at what cost? *Lancet* 2011; **377**: 1523–38.
- 55 Lawn JE, Blencowe H, Pattinson R, et al, and *The Lancet's* Stillbirths Series steering committee. Stillbirths: where? When? Why? How to make the data count? *Lancet* 2011; **377**: 1448–63.
- 56 Plosky WD, Stover J, Winfrey B. The Lives Saved Tool. A computer program for making child survival projections. Washington DC: United States Agency for International Development, 2011.
- 57 Pollard S, Mathai M, Walker N. Estimating the impact of interventions on cause-specific maternal mortality: a Delphi approach. *BMC Public Health* 2013; **13**: S12.
- 58 Noakes TD, Borresen J, Hew-Butler T, Lambert MI, Jordaan E. Semmelweis and the aetiology of puerperal sepsis 160 years on: an historical review. *Epidemiol Infect* 2008; **136**: 1–9.
- 59 Liu L, Johnson HL, Cousens S, et al, and the Child Health Epidemiology Reference Group of WHO and UNICEF. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet* 2012; **379**: 2151–61.
- 60 WHO, UNICEF, UN Population Fund and the World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva: World Health Organization, 2012.
- 61 UNDP. Human Development Report 2011. Sustainability and equity: a better future for all. NY: Palgrave Macmillan, 2011.
- 62 The Organisation for Economic Co-operation and Development Development Centre. 2012 SIGI: social institutions and gender index: understanding the drivers of gender inequity. Paris: the Organisation for Economic Co-operation and Development Development Centre, 2012.
- 63 Human Development Report. Gender Inequity Index. 2012. <http://hdr.undp.org/en/statistics/gii> (accessed Dec 20, 2012).
- 64 United Nations. World population prospects: the 2010 revision. Volume I: comprehensive tables. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2011.
- 65 WHO. Every woman every child: accounting for results and progress in maternal, newborn and child health: global strategy for women's and children's health. Geneva: The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2010.
- 66 Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, et al, and the *Lancet* Maternal Survival Series steering group. Going to scale with professional skilled care. *Lancet* 2006; **368**: 1377–86.
- 67 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).
- 68 Pathmanathan I, Liljestrand J, Martins J, et al. Investing in maternal health: learning from Malaysia and Sri Lanka. Washington DC: The World Bank, 2003.
- 69 Costello A, Osrin D, Manandhar D. Reducing maternal and neonatal mortality in the poorest communities. *BMJ* 2004; **329**: 1166–68.
- 70 Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *Lancet* 2012; **380**: 111–25.
- 71 Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. *Lancet* 2012; **380**: 149–56.
- 72 Canning D, Schultz TP. The economic consequences of reproductive health and family planning. *Lancet* 2012; **380**: 165–71.
- 73 Osotimehin B. Family planning save lives, yet investments falter. *Lancet* 2012; **380**: 82–83.
- 74 Kennedy EC, Mackesy-Buckley S, Subramaniam S, et al. The case for investing in family planning in the Pacific: costs and benefits of reducing unmet need for contraception in Vanuatu and the Solomon Islands. *Reprod Health* 2013; **10**: 30.
- 75 Ross JA, Blanc AK. Why aren't there more maternal deaths? A decomposition analysis. *Matern Child Health J* 2012; **16**: 456–63.
- 76 Streatfield PK, El Arifeen S. Bangladesh Maternal Mortality and Health Care Survey 2010: summary of key findings and implications. Dhaka: International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh, 2010.
- 77 Graham WJ, Ahmed S, Stanton C, Abou-Zahr C, Campbell OM. Measuring maternal mortality: an overview of opportunities and options for developing countries. *BMC Med* 2008; **6**: 12.
- 78 Iguiniz-Romero R, Palomino N. Data do count! Collection and use of maternal mortality data in Peru, 1990-2005, and improvements since 2005. *Reprod Health Matters* 2012; **20**: 174–84.
- 79 Labrique AB, Pereira S, Christian P, Murthy N, Bartlett L, Mehl G. Pregnancy registration systems can enhance health systems, increase accountability and reduce mortality. *Reprod Health Matters* 2012; **20**: 113–17.
- 80 Devane D, Brennan M, Begley C, et al. A systematic review, meta-analysis, meta-synthesis and economic analysis of midwife-led models of care. London: Royal College of Midwives; 2010.
- 81 Tracy S, Hartz D, Tracy M, et al. Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. *Lancet* 2013; **382**: 1723–1732.
- 82 Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; **8**: CD000012.
- 83 Walsh D, Downe SM. Outcomes of free-standing, midwife-led birth centers: a structured review. *Birth* 2004; **31**: 222–29.
- 84 Overgaard C, Fenger-Grøn M, Sandall J. The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Soc Sci Med* 2012; **74**: 973–81.
- 85 Overgaard C, Møller AM, Fenger-Grøn M, Knudsen LB, Sandall J. Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. *BMJ Open* 2011; **1**: e000262.
- 86 Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, et al, and the Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2011; **343**: d7400.
- 87 Schroeder E, Petrou S, Patel N, et al, and the Birthplace in England Collaborative Group. Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2012; **344**: e2292.
- 88 McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, et al. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG* 2012; **119**: 1483–92.
- 89 International Confederation of Midwives. ICM: international definition of a midwife. The Hague: International Confederation of Midwives, 2011.
- 90 Korenromp EL. Lives saved from malaria prevention in Africa-evidence to sustain cost-effective gains. *Malar J* 2012; **11**: 94.
- 91 Gibbons L, Belizán JM, Lauer J, Betrán AP, Meriáldi 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. World Health Report (2010): Background Paper, 30. Geneva: World Health Organization, 2010.
- 92 Althabe F, Sosa C, Belizán JM, Gibbons L, Jacquierioz F, Bergel E. Caesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth* 2006; **33**: 270–77.
- 93 Dahlen HG, Tracy S, Tracy M, Bisits A, Brown C, Thornton C. Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: a population-based descriptive study. *BMJ Open* 2012; **2**: e001723.
- 94 Warriner IK, Meirik O, Hoffman M, et al. Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet* 2006; **368**: 1965–72.
- 95 WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd edn. Geneva: World Health Organization, 2012.

Maïeutique 3

Expériences nationales du renforcement des systèmes de santé et du déploiement des sages-femmes dans les pays présentant un taux de mortalité maternelle élevé

Wim Van Lerberghe, Zoe Matthews, Endang Achadi, Chiara Ancona, James Campbell, Amos Channon, Luc de Bernis, Vincent De Brouwere, Vincent Fauveau, Helga Fogstad, Marge Koblinksky, Jerker Liljestrand, Abdelhay Mechbal, Susan F Murray, Tung Rathavay, Helen Rehr, Fabienne Richard, Petra ten Hoop-Bender, Sabera Turkmani

Le présent article complète les autres articles de la série du *Lancet* consacrée à la maïeutique, en décrivant l'expérience de pays à revenu faible et intermédiaire qui ont déployé des sages-femmes dans le cadre d'une stratégie d'amélioration de la santé des mères et des nouveau-nés. Il examine l'éventail des interventions de renforcement du système de santé mises en œuvre par le Burkina Faso, le Cambodge, l'Indonésie et le Maroc, pays dans lesquels l'amélioration de la formation initiale des sages-femmes n'est qu'un des éléments du dispositif adopté. Dans ces pays, les efforts de renforcement du système de santé se sont caractérisés par une croissance du nombre de centres de santé, une augmentation de la capacité des maternités et du nombre de sages-femmes formées, une réduction des barrières financières, et une attention récente à l'amélioration de la qualité des soins. La surmédicalisation et les soins respectueux, centrés sur les femmes, n'ont en revanche bénéficié que de peu, voire d'aucune attention.

Introduction

Affirmer que le renforcement des systèmes de santé est le critère décisif du succès ou de l'échec en matière de santé maternelle et néonatale est désormais un lieu commun (1–14). Pourtant, ce consensus contraste avec la pauvreté de la documentation empirique disponible sur les efforts au long terme consentis pour adapter et renforcer les systèmes de santé au profit de la santé maternelle et néonatale.

Parmi les pays à revenu faible et intermédiaire de plus de 5 millions d'habitants, 48 enregistraient un ratio de mortalité maternelle de 200 pour 100 000 naissances vivantes ou supérieur en 1990 (Afghanistan, Angola, Bangladesh, Bénin, Bolivie, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, Tchad, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, République dominicaine, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guatemala, Guinée, Haïti, Honduras, Inde, Indonésie, Kenya, Laos, Madagascar, Malawi, Mali, Maroc, Mozambique, Myanmar, Népal, Niger, Nigeria, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Pérou, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan du Sud, Soudan, Tanzanie, Togo, Ouganda, Yémen, Zambie et Zimbabwe). 21 de ces 48 pays ont réduit leur ratio de mortalité maternelle d'au moins 2,5 % par an entre 1990 et 2000, et à nouveau entre 2000 et 2010¹⁵, soit une baisse moyenne du taux de mortalité de 63 % sur 20 ans (annexe, p. 15)^{16–26}. Ces 21 pays sont tous en passe d'atteindre ou progressent résolument vers l'objectif n°5 du millénaire pour le développement¹⁵. Dans de nombreux autres pays, l'espoir d'un recul de la mortalité maternelle de 75 % ne sera probablement pas atteint d'ici à 2015¹⁵.

Ces 21 pays ont consenti d'importants efforts pour permettre le renforcement de leurs services de santé. Lorsque les données sont disponibles, elles montrent une hausse significative des naissances en établissement (figure 1A). Cette hausse contraste avec un progrès plus lent, voire nul, de 17 pays, qui ne sont pas parvenus à réduire de manière durable ou forte leur taux de mortalité maternelle, et pour lesquels les données séquentielles sur les naissances en établissement étaient disponibles (figure 1B). Cinq de ces pays ont enregistré des progrès lents mais réguliers des naissances en établissement (Haïti, Honduras, Mali, Sénégal, et Ouganda). Trois ont connu une baisse de la mor-

talité par rapport à un taux de référence élevé et n'ont que peu progressé en ce qui concerne les naissances en établissement (Tchad, Nigeria et Niger). Pour finir, les neuf derniers pays ont peu progressé, voire pas progressé du tout ou ont enregistré une inversion de leur taux de mortalité maternelle ou de leur nombre de naissances en établissement.

L'évolution du pourcentage des naissances suivies par une sage-femme, une sage-femme auxiliaire ou une infirmière-sage-femme a été documentée dans 15 des 21 pays ayant une amélioration substantielle de leur taux de mortalité maternelle. Dans quatre de ces pays (Bangladesh, Bolivie, Inde et Pakistan), si les soins professionnels à la naissance ont augmenté, la proportion de naissances suivies par une sage-femme, une sage-femme auxiliaire ou une infirmière-sage-femme a diminué au profit de celles suivies par des médecins. Au Burkina Faso, au Cambodge, en Indonésie, au Malawi, au Maroc, au Népal et, dans une moindre mesure au Bangladesh et en Érythrée, cette proportion a augmenté (figure 2). En complément des autres articles^{28,29} de cette série consacrée à

Messages clés

- La couverture efficace dans les pays examinés dépend essentiellement de l'investissement en établissement. L'extension du réseau de services a enclenché un cercle vertueux de recours aux soins par les mères, de déploiement de sages-femmes à la fois pour répondre à la demande croissante mais également pour l'alimenter, d'une incitation à la levée des barrières financières et d'un recours plus important aux soins maternels.
- Le souci de la qualité, dans les pays examinés, a pris de l'importance uniquement après une hausse significative du recours aux soins. Jusqu'à ces dernières années, on n'accordait peu, voire aucun intérêt aux moyens d'action dont disposaient les médecins et les sages-femmes pour réduire la surmédicalisation et promouvoir des soins respectueux, centrés sur les besoins des femmes.
- Le déploiement des sages-femmes dans les pays examinés résulte de choix administratifs visant à accélérer et à concrétiser dans les faits l'accès universel aux soins. Le soutien de la classe politique nationale n'est venu qu'après que le processus ait été engagé, lorsqu'il est apparu que la population avait pris la pleine mesure ce déploiement réussi des sages-femmes, et que la société civile a su s'exprimer et s'imposer davantage dans le débat.

Published Online

June 23, 2014

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60919-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60919-3)

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

Center for Family Welfare, Faculty of Public Health, University of Indonesia, Depok, West Java, Indonesia (E Achadi DrPH); Brussels, Belgium (C Ancona MD); Instituto de Cooperación Social Integre, Barcelona, Spain (J Campbell MPH, P ten Hoop-Bender MBA); Department of Social Statistics and Demography, University of Southampton, Southampton, UK (A R Channon PhD); UN Population Fund, Geneva, Switzerland (L de Bernis MD); Holistic Santé, Montpellier, France (V Fauveau PhD); Woman & Child Health Research Centre, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium (Prof V De Brouwere, PhD); Oslo, Norway (H Fogstad MHA); US Agency for International Development, Washington DC, USA (M Koblinksky PhD);



Lund University, Sweden (J Liljestrand PhD); Evidence for Action, University of Southampton, Southampton UK (Prof Z Matthews PhD); Rabat, Morocco (A Mechbal MPH); International Development Institute, King's College London, London, UK (S F Murray PhD); Evidence for Action, London, UK (H Rehr MSc); Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium (F Richard PhD); National Reproductive Health Program, Phnom Penh, Cambodia (T Rathavay MPH)

la maïeutique, ce rapport présente l'éventail des efforts accomplis par les systèmes de santé à l'appui de la santé maternelle et néonatale dans quatre de ces 21 pays (Burkina Faso, Cambodge, Indonésie et Maroc). Ces quatre pays ont enregistré une diminution durable et importante de leur mortalité maternelle et néonatale, le déploiement de sages-femmes étant l'un de leurs principaux axes stratégiques (annexe, p. 1–14). Ces pays ont enregistré une hausse de leurs naissances en établissement, dans chaque quintile de richesse (figure 3A), et la proportion des naissances suivies par une sage-femme, une sage-femme auxiliaire ou une infirmière-sage-femme, a augmenté dans les quatre quintiles les plus bas (Cambodge, Indonésie et Maroc) ou dans les cinq quintiles (Burkina Faso; figure 3B).

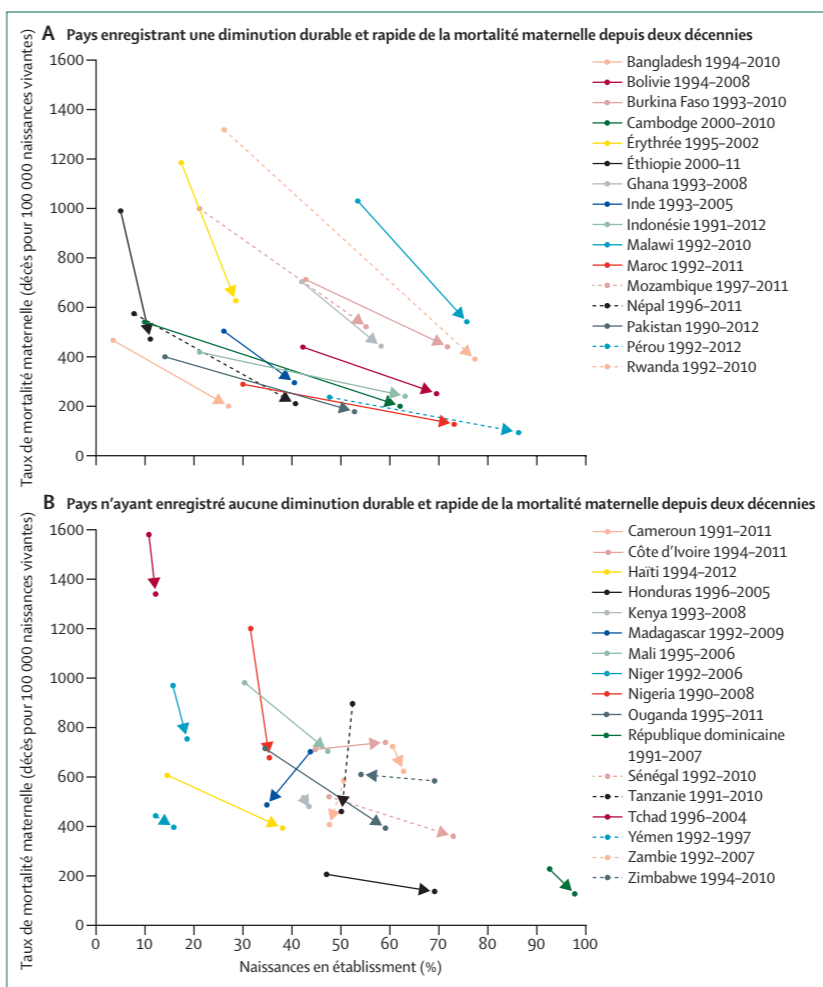


Figure 1: Évolution de la mortalité maternelle et pourcentage de naissances en établissement depuis les années 1990

(A) Pays ayant enregistré une diminution durable et rapide de la mortalité maternelle au cours de deux dernières décennies. Ce graphique illustre les données de 16 pays. Les données de séries chronologiques n'étaient pas disponibles pour les cinq autres pays (Laos, Myanmar, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Soudan du Sud et Soudan) ayant enregistré une diminution durable de la mortalité maternelle au cours de deux dernières décennies. (B) Pays n'ayant enregistré aucune diminution durable et rapide de la mortalité maternelle au cours des deux dernières décennies. Ce graphique illustre les données de 17 pays. Les données de séries chronologiques n'étaient pas disponibles pour les dix autres pays (Bénin, Guatemala, Guinée, Sierra Leone, Tanzanie, Togo, Ouganda, Yémen, Zambie, Zimbabwe) ayant enregistré une diminution lente de la mortalité maternelle au cours des deux dernières décennies. Source des données pour les naissances en établissement : enquêtes démographiques et sanitaires. Données relatives à la diminution de la mortalité maternelle : OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale 2014.²⁷

Méthodes et limites des données

Le Burkina Faso, le Cambodge, l'Indonésie et le Maroc ont été sélectionnés pour trois raisons : ils enregistrent depuis deux décennies une diminution de la mortalité maternelle et néonatale, (annexe, p. 15–17) ; ils ont engagé ou accéléré leurs investissements dans la production de sages-femmes, et les études d'experts et les données probantes documentées ont permis de reconstruire de manière crédible l'évolution des efforts accomplis par les systèmes de santé pour renforcer la santé maternelle au cours des 20 ou 25 dernières années. L'annexe (p. 15) résume comment la disponibilité des données a joué sur le choix des pays retenus pour une étude approfondie. Nous avons recoupé les entretiens avec des sources clés et les témoignages d'experts à l'aide de la documentation tirée d'une recherche structurée dans un large éventail de bases de données électroniques, et les avons complétés avec de la documentation issue de sources les plus pertinentes et des ministères de la santé.

Pour chaque pays, nous avons identifié les interventions de renforcement du système de santé relatives au déploiement des sages-femmes et en faveur de la santé maternelle et les avons validées, de manière itérative, à l'aide de revues scientifiques et d'entretiens avec des sources clés. Nous avons regroupé et évalué les informations disponibles sur les progrès des résultats maternels et néonataux, en nous référant au cadre « aspirational » d'analyse de qualité des soins maternels et néonataux.¹ Les entretiens avec les experts ont porté sur les résultats des efforts de renforcement des systèmes de santé entrepris, dans trois domaines connexes. Premièrement, nous avons cartographié les efforts visant à améliorer l'efficacité de la couverture et avons examiné les liens plausibles avec les résultats. Deuxièmement, nous avons identifié les efforts engagés pour améliorer la couverture par un meilleur accès et une meilleure adhésion aux services. Troisièmement, nous avons analysé les initiatives destinées à améliorer le pilotage ou la gouvernance et l'affectation des ressources (en nous concentrant sur la disponibilité des informations et des études, sur les données de définition des priorités et des budgets). L'objectif était de déterminer leur contribution à un meilleur accès et à une couverture efficace, en accordant une attention particulière au rôle de l'action politique nationale et à la sensibilité de l'aide extérieure aux programmes de santé maternelle et néonatale. Nous nous sommes attachés à confirmer le calendrier de ces efforts et initiatives.

L'extrapolation à partir de l'expérience accumulée par un pays est hasardeuse et compliquée par la pauvreté, l'imprécision et parfois les contradictions relevées dans les données pour certaines années de la période examinée. Cette question est rendue plus complexe encore par les excès de confiance requis pour associer de manière plausible plusieurs décennies d'initiatives des systèmes de santé à des résultats. Même une revue approfondie des sources et de la documentation laisse inévitablement subsister des lacunes dans la reconstitution du déroulement des événements.

Les données disponibles sur le recul de la mortalité maternelle, qui sont essentielles pour évaluer les résultats, doivent être interprétées avec une certaine prudence. Nous avons utilisé les estimations issue du rapport 2013 WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank²⁷, modélisées d'après des recensements et des enquêtes, corrigées pour tenir compte des cas non signalés et des erreurs de classification, et, pour finir, associées aux meilleures fourchettes d'estimations de naissances et de décès issues des bases de données des Nations Unies. Elles sont conformes aux estimations modélisées publiées en 2012¹⁵, mais divergent fortement des autres estimations modélisées récemment publiées¹⁰.

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 lissée dans les estimations modélisées. En Indonésie, les chiffres récents sont supérieurs aux estimations modélisées et lissées, tandis qu'au Maroc, une grande enquête récente à indicateurs multiples a produit des chiffres fiables qui sont inférieurs aux estimations modélisées.

Lorsque des données sur l'évolution de la mortalité néonatale sont disponibles, bien souvent celles sur la mortalité sont incomplètes. Les informations relatives à la morbidité 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 prodigués 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 l'« assistance qualifiée », et comment définir les catégories « infirmière-sage-femme » 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 rendus³¹⁻³³. 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 anténatals, 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'interlocuteurs de référence peuvent garantir leur objectivité et la continuité de leur mémoire pour l'intégralité 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 dès lors 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 reconstituer la manière dont les pays ont déployé un série d'initiatives 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 prédéfini. L'an-

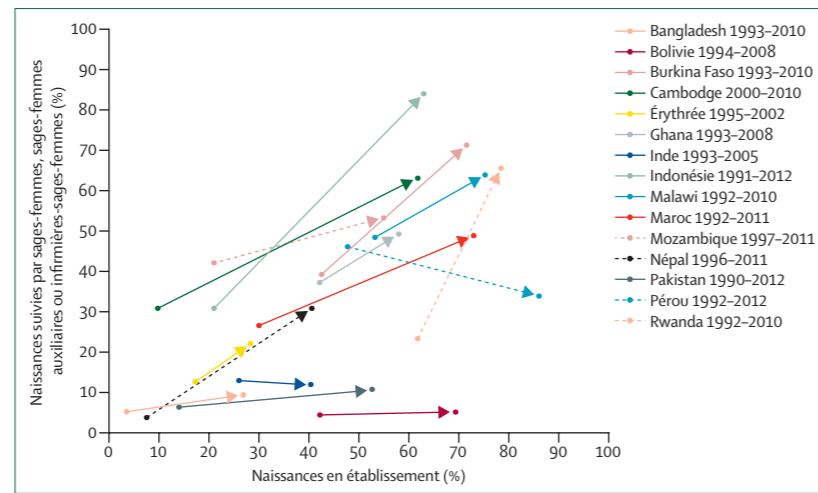


Figure 2 : Tendance des naissances en établissement et pourcentage des naissances suivies par des sages-femmes après 1990 dans les pays ayant enregistré une diminution rapide et durable de la mortalité maternelle au cours des deux dernières décennies

Source de données pour les naissances en établissement : enquêtes démographiques et sanitaires. Données relatives à la diminution de la mortalité maternelle : OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale 2014²⁷. Ce graphique illustre les données de 15 pays. Les données de série chronologiques n'étaient pas disponibles pour six autres pays (Éthiopie, Laos, Myanmar, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Soudan du Sud et Soudan) ayant enregistré une diminution durable de la mortalité maternelle au cours de deux dernières décennies.

nexe détaille les multiples mesures qui ont contribué à rendre la couverture plus efficace, l'accès et l'utilisation plus universels, et le pilotage 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 néonatale dans chacun des pays. La situation individuelle de chaque pays, qui pour des raisons de place, a été placée en annexe (p. 1-14)^{16-26,34-105}, propose des documents, des données et des informations complémentaires sur les liens étroits entre les différentes mesures, leur ordre chronologique et leur pertinence pour les 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 néonatale : (1) l'extension d'un réseau d'établissements de santé proches du patient, qui a permis un accès amélioré à ceux-ci pour les naissances, 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 systématiques, en partant de dates quelque peu arbitraires, compte tenu du renforcement progressif desdites 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 revenu faible et inter-

Afghan Midwives Association, Jhpiego, Kaboul, Afghanistan (S Turkmani MPH) et bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Athènes, Grèce (Prof W Van Lerberghe PhD)
Correspondance : Prof Wim Van Lerberghe, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Athènes 11521, Grèce, wvl@euro.who.int
Voir annexe en ligne

médiaire, engagée dans les années 1990¹⁰⁶. Elle résultait d'une combinaison d'une plus grande offre et 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 services¹⁰⁷. 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 corollaire 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, certes non spécifiques à la santé maternelle.

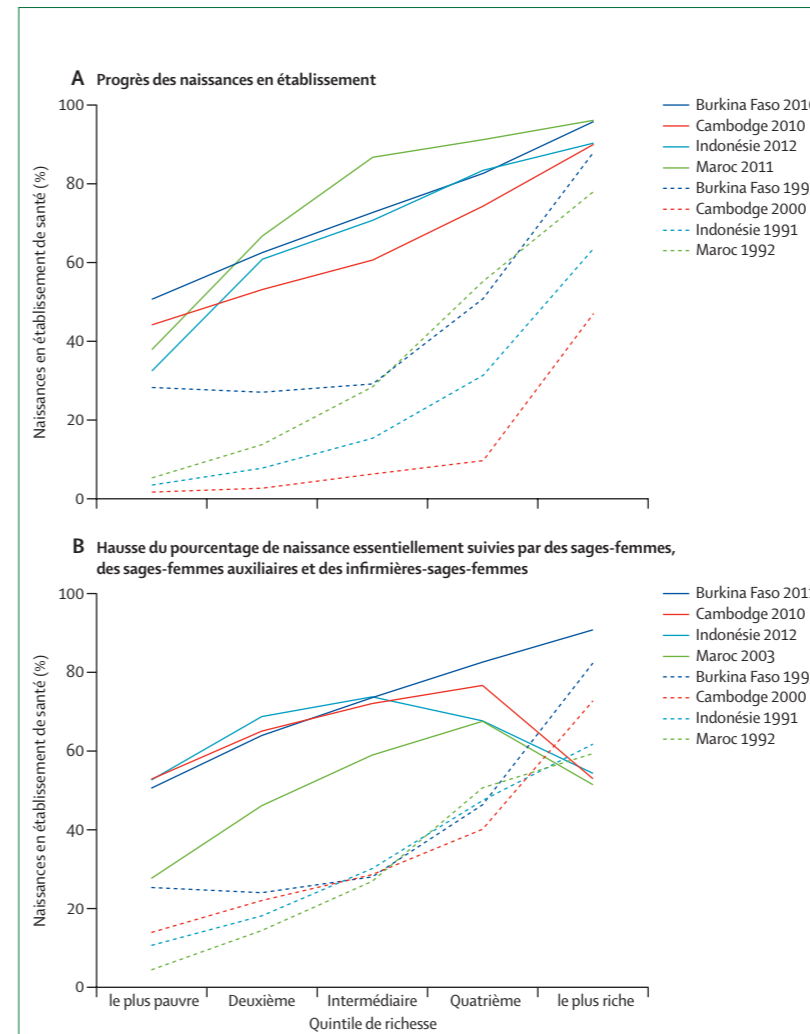


Figure 3 : Hausse des naissances en établissement et pourcentage des naissances essentiellement suivies par des sages-femmes, des sages-femmes auxiliaires ou des infirmières-sages-femmes, par quintile de richesse dans les pays examinés

(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 systématiquement structurée et plus inégalement répartie sur le territoire) du réseau des établissements publics et privés a démarré bien avant les années 1990. Au Burkina Faso, l'extension remonte au début des années 1990 et s'est accélérée depuis 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 néonatale, 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'Indonésie 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 bénéficiaires 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 enclenché un cercle vertueux d'une offre élargie, d'un accès amélioré, d'une utilisation et d'une demande plus forte des 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 déterminants¹⁰⁶ (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 d'éliminer les barrières financières qui continuaient à miner 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 bons, allocations sous conditions, voire retour à des services de santé gratuits (annexe, p. 3, 7). Ciblant pour l'essentiel

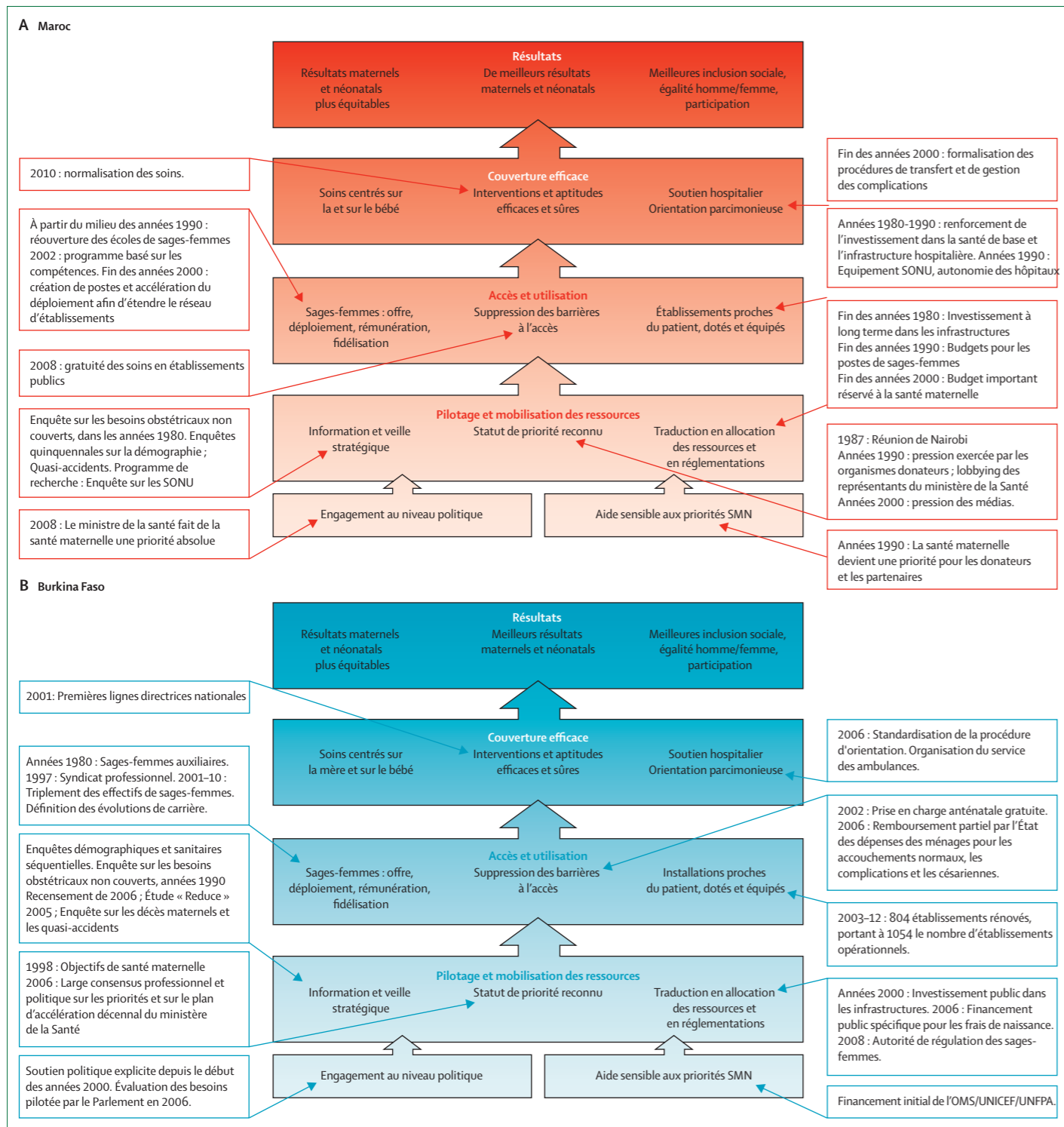


Figure 4 : Mesures de renforcement des systèmes de santé destinées à améliorer la santé maternelle et néonatale au Maroc et au Burkina Faso depuis la fin des années 1980
 (A) Maroc. (B) Burkina Faso. L'analyse des documents et les entretiens avec les experts permettent d'identifier les mesures de renforcement 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 précisément 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. SONU=Soins obstétricaux et néonataux d'urgence. SMN=santé maternelle et néonatale. MS=ministère de la Santé.

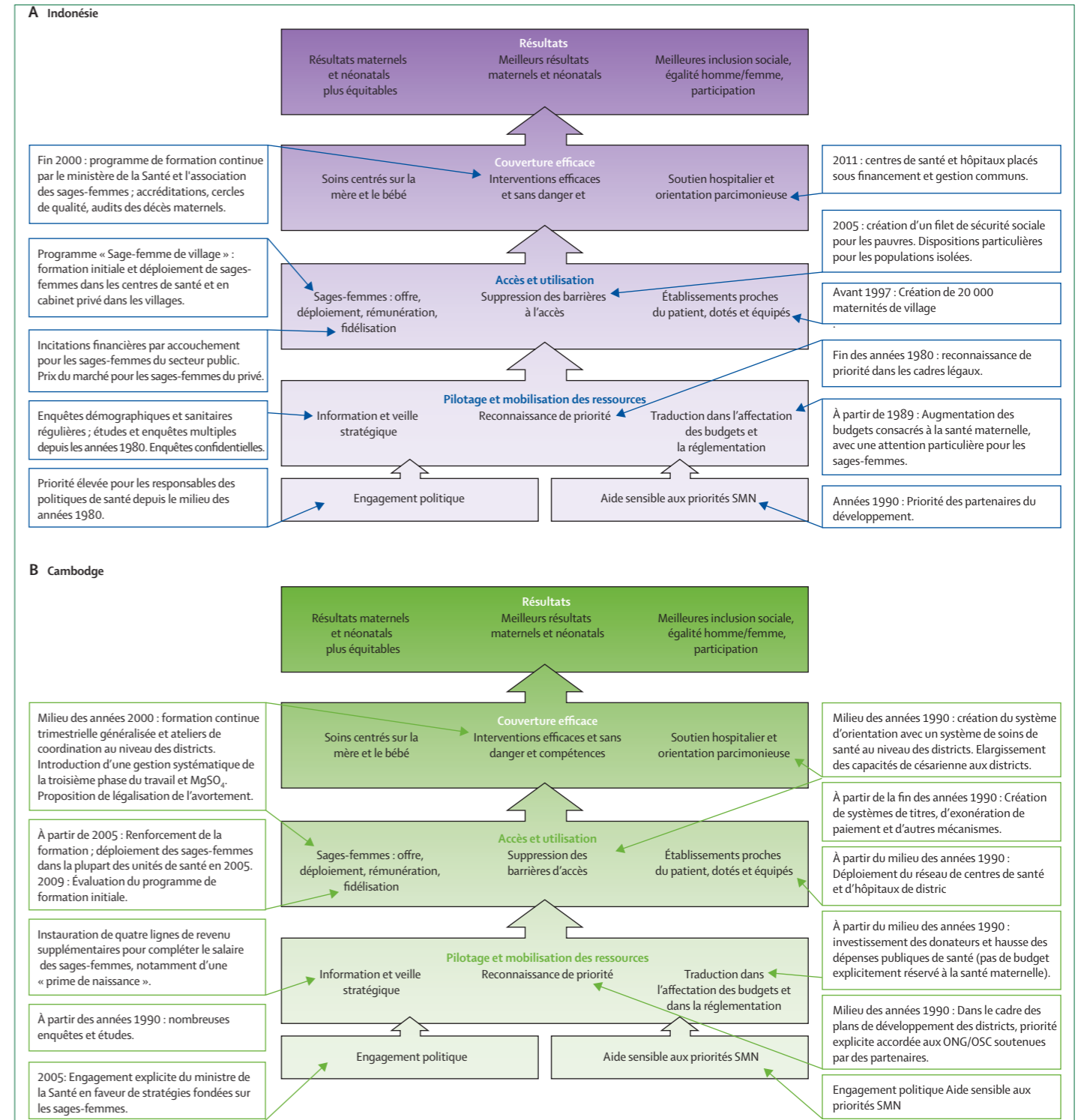


Figure 5 : Mesures de renforcement des systèmes de santé destinées à améliorer la santé maternelle et néonatale en Indonésie et au Cambodge depuis la fin des années 1980
 (A) Indonésie. (B) Cambodge. L'analyse des documents et les entretiens avec les experts permettent d'identifier les mesures de renforcement 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 précisément 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.

la couverture des coûts médicaux de la naissance et de la prise en charge spécialisée, d'autres initiatives ont vu le jour depuis les années 2000 pour couvrir les coûts de transport. Le Cambodge a mené des tentatives spécifiques pour mettre fin aux paiements informels des fonctionnaires, qui étaient monnaie courante. Dans les autres pays, le rôle joué par le complexe équilibre des incitations financières dans les soins délivrés par les agents du secteur public est moins clair.

Le défi de la qualité

À partir du milieu des années 2000, ces efforts ont considérablement amélioré l'accès aux soins de santé maternelle et leur utilisation, les sages-femmes s'acquittant d'une grande partie de la charge de travail. Les craintes liées à la qualité des soins, - efficacité de la couverture par rapport à une simple utilisation des soins -, sont apparues tardivement, bien après que les pays ont commencé à étendre leurs réseaux, augmenter leurs effectifs et réduire les barrières financières. On observe une certaine volonté d'améliorer les normes techniques, les compétences et les équipements, et les enquêtes sur les décès et les quasi-accidents ont largement contribué à mettre en lumière les problèmes de qualité^{108,109} (annexe, p. 2, 9, 10, 14). Néanmoins, dans les pays examinés, le cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité⁴ est loin de se traduire dans la pratique des sages-femmes et du personnel médical. Les responsables de programmes de santé maternelle et néonatale commencent tout juste à être sensibilisés aux différentes facettes de la qualité.

Tous les observateurs conviennent qu'il reste encore beaucoup à faire, non seulement en ce qui concerne la qualité technique mais également la coordination des soins et des orientations entre les unités périphériques et les hôpitaux. L'organisation de l'orientation reste un point sensible, notamment lorsque la coordination globale du réseau de soins laisse à désirer, comme en Indonésie (annexe p. 10).

Les femmes et les familles elles-mêmes surmontent de plus en plus intelligemment les insuffisances de l'intégration et de la coordination du système, en tirant parti d'une meilleure connaissance, d'une communication et d'une offre de transport améliorées pour accéder aux services spécialisés en cas de problème. Au Maroc, le taux de mortalité maternelle pour les accouchements à domicile, étonnamment faible, et, en Indonésie, le recours sélectif aux soins dans les hôpitaux publics pour les cas complexes, confirment cette tendance (annexe, p. 1, 8).

Dans ces quatre pays, les autorités sanitaires, le gouvernement et d'autres acteurs ont affiché leur volonté de poursuivre les efforts d'amélioration de 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. 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.

Les enquêtes sur l'importance du défi et les progrès en ce qui concerne la satisfaction des autres besoins ont joué un rôle réel dans tous les pays (annexe, p. 3, 7, 15). Dans les années 1980 et 1990, ces informations ont permis de mettre la santé au cœur des préoccupations politiques et de l'y maintenir. Les partenaires et agences de développement ont largement contribué à cet état de fait. Plus tard, il semble y avoir eu une évolution vers un travail analytique plus détaillé pour souligner les problèmes d'accès et de fonctionnement. Tous les pays peuvent se féliciter

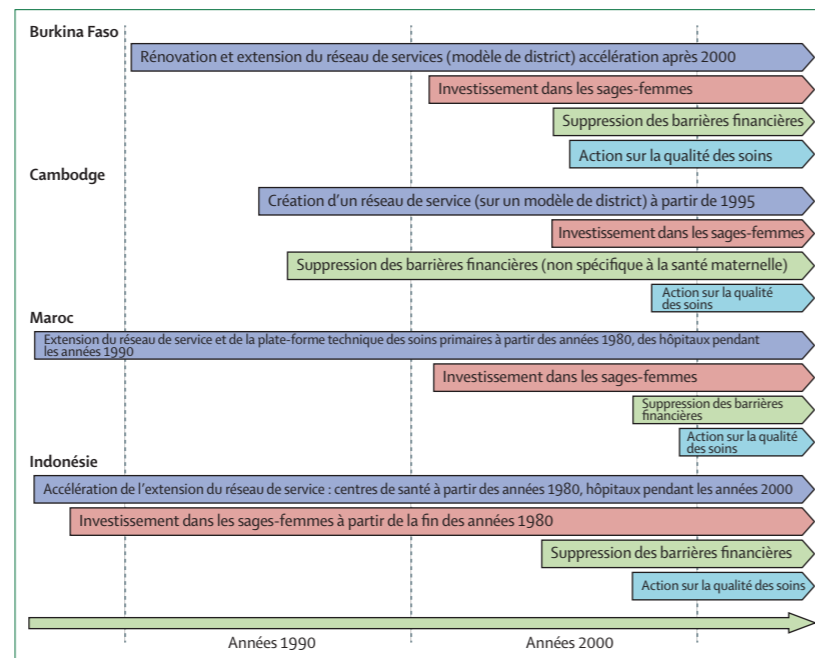


Figure 6: Ordre des interventions cruciales pour le renforcement des systèmes de santé, à l'appui de la santé maternelle et néonatale de qualité au Burkina Faso, au Cambodge, au Maroc et en Indonésie, à partir des années 1980

aujourd'hui d'une amélioration significative, bien qu'encore parcellaire, des informations qui associent les enquêtes démographiques régulières aux systèmes d'information habituels renforcés et aux instruments spécifiques tels que les enquêtes relatives aux décès et aux quasi-accidents.

Implications sur le plan des politiques

L'expérience des quatre pays montre qu'une stratégie d'amélioration de la santé maternelle et néonatale ne peut se réduire au choix de la catégorie professionnelle à soutenir, mais repose avant tout sur la conception d'un réseau global de prestation de soins et sur l'investissement dans un tel réseau. Il s'agit ainsi de trouver un compromis entre proximité et ressources techniques tout en créant un espace pour le développement naissances en établissement. Le déploiement du personnel dans ce cadre revient alors à gérer le rythme de développement, les coûts et la qualité. Les quatre pays objet de l'étude ont opté pour un renforcement rapide des effectifs de sages-femmes. Au cours de la prochaine décennie, le nombre de naissances, en valeur absolue, prises en charge principalement par des sages-femmes ou des sages-femmes auxiliaires augmentera dans les quatre pays. En Afrique subsaharienne, où, contrairement à la plupart des autres pays, le nombre de grossesses suit une courbe ascendante année après année, les tendances actuelles laissent indiquer que la charge de travail pesant sur les sages-femmes augmentera considérablement (figure 7).

La hausse des effectifs de personnel devra s'accélérer pour tenir le rythme de cette croissance. Or seule une croissance économique égale à celle enregistrée au cours de la décennie passée donnera à l'Afrique les moyens d'une augmentation des effectifs nécessaire pour accélérer la couverture et gagner en efficacité.

Les catégories professionnelles de médecins et de sages-femmes jouent un rôle d'interface si important entre les services de santé et la population qu'un effort spécifique pour améliorer

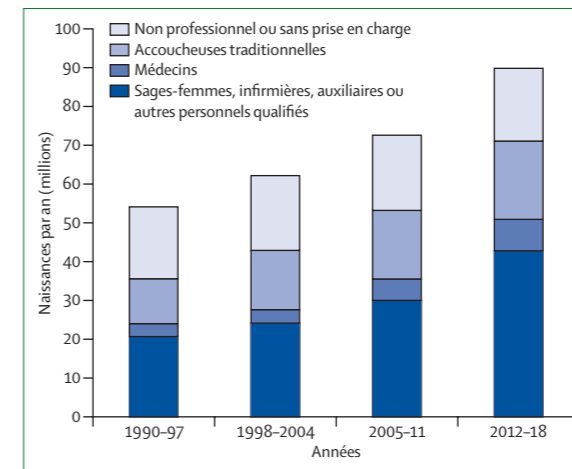


Figure 7: Projection des naissances prises en charge par des sages-femmes, des sages-femmes auxiliaires, des infirmières-sages-femmes, par des médecins, par des accoucheuses traditionnelles et par des non-professionnels, ou sans prise en charge, dans 14 pays subsahariens

la qualité des soins est justifié, sans la perte de temps de ces dernières décennies entre une meilleure accessibilité et l'amélioration de la qualité. Or pour gérer la qualité, il convient également de résoudre deux problèmes persistants.

Premièrement, les décideurs politiques commencent seulement à prendre à cœur la dimension de la qualité de soins respectueux des femmes et centrées sur leurs besoins. Les choses pourraient bien commencer à changer, tant le souci de la personne et des personnes devient de plus en plus prégnant aux yeux des gestionnaires des soins primaires, dans le monde entier. La recherche universitaire, la presse et le système judiciaire accordent une attention aux problématiques de longue date spécifiques à la santé maternelle et néonatale^{22,100,101}. Dans les rares cas où ces problématiques ont été reconnues, elles ont souvent été écartées comme une question qui peut être pleinement résolue par la formation initiale des personnels. Or, aucun des quatre pays n'a conçu ni mis en œuvre une approche systématique à grande échelle. Cette absence d'approche systématique est inquiétante car la qualité, au même titre que l'accès, est au cœur des attentes légitimes et des droits des mères et de leurs familles.

Le second problème est celui de la surmédicalisation, dont l'épidémie de césariennes est l'exemple le plus parlant. Cette épidémie est clairement liée à la capacité et à la volonté de payer, notamment parmi les catégories les plus aisées. L'évolution d'un suivi des naissances par les sages-femmes au profit de naissances assistées par des médecins, déjà visible pour les catégories à haut revenu au Cambodge et en Indonésie, devrait accélérer cette tendance. Le rôle que les sages-femmes peuvent jouer pour réduire la prévalence excessive des accouchements par césarienne est encore imprécis, dans un contexte où des incitations financières s'ajoutent à une perception biaisée des risques, à une demande alimentée par l'offre, et à une idée préconçue de la modernité. D'autres types de surmédicalisation et de iatrogenèse (abus d'anesthésiques, médicaments déclenchant ou accélérant le travail, antibiotiques et autres) sont peu documentés dans les pays examinés, comme dans la plupart des pays à faible revenu. Toutes les catégories de professionnels (médecins, sages-femmes et sages-femmes auxiliaires) semblent y contri-

buer. Le rôle relatif des différentes catégories professionnelles (notamment des médecins par rapport aux sages-femmes, aux auxiliaires et aux infirmières-sages-femmes), du statut des établissements (public, privé à but lucratif, privé à but non lucratif) et de l'interaction entre les normes de qualité, l'environnement de travail et les considérations financières, reste un domaine largement inexploré.

Une documentation de meilleure qualité et des travaux de recherche fiables sur la diminution de la surmédicalisation font cruellement défaut, notamment en ce qui concerne les soins intra-partum, dans les unités gérées par des sages-femmes ou en milieu hospitalier.

Les quatre pays examinés expriment en ce moment un haut niveau de volonté politique en faveur de l'amélioration de la santé maternelle et néonatale et de l'augmentation des effectifs de sages-femmes. Ce phénomène est relativement récent, sauf en Indonésie. Dans les trois autres pays, l'engagement politique au début des années 1990 a permis dans un premier temps de développer le réseau de soins, sans pour autant qu'on ait une idée précise des besoins en matière de santé maternelle et néonatale, ni de la stratégie spécifique au développement des sages-femmes. Pourtant, le personnel des ministères de la santé et d'organisations non gouvernementales au Maroc, au Burkina Faso et au Cambodge ont tiré parti de la tendance générale vers un accès universel pour promouvoir la question de la santé maternelle. Ils ont choisi d'investir dans les sages-femmes, pour développer rapidement l'offre de services, et sont parvenus à renforcer rapidement l'utilisation et la couverture des services.

L'absence de soutien politique dans ces premières phases a été compensée, dans une certaine mesure, par l'appui de la communauté internationale. Plus tard, pendant les années 2000, l'investissement dans les sages-femmes a rencontré un écho politique plus fort. Les hommes politiques ont soutenu publiquement et activement de telles mesures, face à la visibilité croissante des questions de santé maternelle et à un accès plus efficace et généralisé aux sages-femmes (annexe, p. 3, 4, 7, 14). Ce soutien politique a relancé et poursuivi les efforts déjà entrepris. L'incapacité à proposer des soins maternels adéquats devient un handicap politique, face à une société civile de plus en plus critique et exigeante. La capacité d'affirmation plus forte de la société civile expose la sphère politique et les autorités de santé au risque de représailles si aucune réponse satisfaisante n'est apportée aux problèmes de qualité qui affectent les soins de naissance. Les attentes d'une opinion publique de mieux en mieux informée sont plus fortes, notamment en ce qui concerne l'accès, sans la moindre entrave financière, à des prestataires de santé (sages-femmes et médecins) qui prodiguent des soins efficaces, sans danger, respectueux et empathiques. La crédibilité et la légitimité des autorités sanitaires, également dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, dépend de leur volonté et de leur capacité à répondre à ces attentes, tout en évitant les retards trop souvent accumulés ces dernières années.

Contributors

WVL a réorganisé l'analyse après la première revue, fourni le cadre des systèmes de santé pour les études de cas, et rédigé la version finale de l'article et des études de cas. ZM a conçu la première version de l'article et a aidé WVL à reformuler l'article après sa revue. EA a participé à l'élaboration des études de cas et à la rédaction et aux révisions générales. CA a participé aux discussions de révision et à l'élaboration de la structure et à la finalisation de la deuxième version. HB a participé à la création d'une étude de cas qui a par la suite été abandonnée et a contribué aux discussions et aux commentaires. JC a participé à l'organisation initiale des réunions, a fait part de ses commentaires tout au long du projet et a collaboré à la gestion de la base de données de référence.

AC a fourni l'analyse de données d'enquête sur l'égalité et la projection des naissances dans les pays africains. LdB a participé à l'organisation initiale des réunions, contribué aux études de cas et apporté son concours à la rédaction et à la révision. VDB a contribué à la reconstruction et à l'interprétation de l'ordre des interventions de santé au Burkina Faso et au Maroc et à l'identification de la documentation grise et publiée pertinente. VF a participé à l'organisation initiale des réunions, contribué aux études de cas du Cambodge 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 la gouvernance et la qualité des soins dans la version finale. MK 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. JL 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, a apporté son concours tout au long des phases de conception et de révision, et a développé une étude de cas qui a par la suite été abandonnée. HR a contribué à l'élaboration de l'article et a aidé à produire les données de certains tableaux et certaines illustrations. 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 formulé des commentaires sur les révisions globales. Pth 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.

Acknowledgments

La présente étude a été en partie soutenue par une subvention accordée par la Fondation Bill et Melinda Gates (référence OPP1042500), et a bénéficié du soutien complémentaire d'ICS Integre, de l'Université de York et de l'Université de Dundee.

Julie Glanville du York Health Economics Consortium a contribué à la recherche documentaire et le Midwives Information and Resource Service (MIDIRS) a soutenu le travail de recherche. Les travaux de Pth-B ont été soutenus par l'Instituto de Cooperación Social Integre. Ces organisations donatrices n'ont joué aucun rôle dans la réalisation de l'analyse 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 Jenny Brown et de Tracy Sparey, et du soutien de Natalie Muir. Nous remercions les lecteurs et collègues attentifs pour leur utile contribution : Hamid Ashwal, Hilda Bonilla, Mickey Chopra, Bernadette Daelmans; Frances Day-Stirk, Eugene Declerc, France Donnay, Soo Downe; Elizabeth Goodburn, Wendy Graham, Isaline Greindl, Caroline Homer, Louise Hulton, Peter Johnson, Fran McConville, Blerta Maliqi, Liz Mason, Matthews Mathai, Remo Meloni, Nester Moyoy; Mary Renfrew, Arul Sabaratnam, Kate Somers, Kate Teela et Veronica Walford. Cet article a été traduit par M. Darius Gbedo avec l'assistance de Dr Luc de Bernis.

References

- 1 Abouzahr C, Wardlaw T. Maternal mortality at the end of a decade: Signs of progress? *Bull World Health Organ* 2001; **79**: 561–68.
- 2 Bailey P, Paxton A, Lobis S, Fry D. Measuring progress towards the MDG for maternal health: including a measure of the health system's capacity to treat obstetric complications. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; **93**: 292–99.
- 3 Countdown to 2015, WHO, UNICEF, Health Metrics Network. Monitoring maternal, newborn and child health: understanding key progress indicators. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2011.
- 4 De Silva A, Lissner C, Padmanathan I, et al. Investing in maternal health in Malaysia and Sri Lanka: health, nutrition, and population. Washington DC, USA: The World Bank, 2002.
- 5 Goodburn E, Campbell O. Reducing maternal mortality in the developing world: sector-wide approaches may be the key. *BMJ* 2001; **322**: 917–20.

- 6 Koblinsky MA. Reducing maternal mortality—learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe. Washington DC, USA: The World Bank, 2003: 1–152.
- 7 Málqvist M, Lincetto O, Huy Du N, Burgess C, Phuong Hoa DT. Maternal health care utilization in Viet Nam: increasing ethnic inequity. *Bull World Health Organ* 2013; **91**: 254–61.
- 8 Muldoon 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 Jahn A, De Brouwere V. Referral in pregnancy and childbirth: concepts and strategies. In: Van Lerberghe W, De Brouwere V, eds. Safe Motherhood strategies: a review of the evidence studies in health services organisation and policy. Antwerp: ITG press, 2001: 225.
- 10 McDonagh M, Goodburn E. Maternal health and health sector reform: opportunities and challenges. In: Van Lerberghe W, De Brouwere V, eds. Safe motherhood strategies: a review of the evidence studies in health services organisation and policy. Antwerp: ITG press, 2001: 367.
- 11 Walt G. WHO's World Health Report 2003. *BMJ* 2004; **328**: 6.
- 12 WHO. World Health Report 2003: shaping the future. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003.
- 13 Ergo A, Eichler R, Koblinsky M, Shah Washington N. Strengthening health systems to improve maternal, neonatal and child health outcomes: a framework. Washington DC: , 2011[http://www.mchip.net/sites/default/files/HSS and MNCH Framework_final.pdf](http://www.mchip.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.uq.edu.au/hishub/docs/WP11/HISHUB-WP11-FULL-WE-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 2005: make every mother and child count. Geneva: World Health Organization, 2005.
- 17 Berer M. Maternal mortality or women's health: time for action. *Reprod Health Matters* 2012; **20**: 5–10.
- 18 Ooms G, Hammonds R, Richard F, De Brouwere V. The global health financing revolution: why maternal health is missing the boat. *Facts Views Vis Obgyn* 2012; **4**: 11–17.
- 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 Brouwere V. Reducing maternal mortality in a context of poverty. *Stud Heal Serv Organ Policy* 2001; **17**: 1–7.
- 21 Royaume du Maroc Ministère de la Santé. Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF). Rabat, 2012. <http://srweb.sante.gov.ma/Lists/Actualites/DispForm.aspx?ID=44> (accessed Nov 26, 2013).
- 22 Drhimeur A. Intidarat: Conférence nationale de la santé 1–3 juillet 2013. 2013. <https://www.facebook.com/IntidaratAssiha> (accessed Nov 10, 2013).
- 23 Royaume du Maroc Ministère de la Sante et Ministère de la Sante Publique. Division de la Planification de la Statistique et de l'Informatique Service & Macro International DHS. Enquête Nationale sur la Population et la Santé au Maroc. ENPS-II 1992. Rapport. Rabat, Morocco: SEIS, 1992.
- 24 Royaume du Maroc Ministère de la Santé. Santé Maroc en Chiffres 2011 (Edn 2012). 2012. [http://srweb.sante.gov.ma/Publications/Documents/publications/SANTE EN CHIFFRES 2011 Edition 2012.pdf](http://srweb.sante.gov.ma/Publications/Documents/publications/SANTE_EN_CHIFFRES_2011_Edition_2012.pdf) (accessed Nov 5, 2013).
- 25 UNFPA. Morocco Country Profile. In: The State of the World's Midwifery 2011. New York: UN Population Fund, 2011.
- 26 Royaume du Maroc Ministère de la Santé et Ministère de la Santé Publique. Division de la Planification de la Statistique et de l'Informatique Service & Macro International DHS. Réduire la Mortalité maternelle au Maroc. Partager l'expérience et soutenir le progrès. 2011.http://arabe.sante.gov.ma/Style_Library/StyleInternet/Image/Actualites/forum/matermit%3%A9.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/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1.

- 28 Renfrew 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/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3).
- 29 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).
- 30 Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa 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 2. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60696-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60696-6).
- 31 Adegoke A, Utz B, Msuya 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 Utz B, Siddiqui G, Adegoke A, van den Broek N. Definitions and roles of a skilled birth attendant: a mapping exercise from four South-Asian countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; **92**: 1063–69.
- 33 Lassi ZS, Cornetto G, Huicho L, Bhutta ZA. Quality of care provided by mid-level health workers: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* 2013; **91**: 824–33.
- 34 Abouchadi S, Alaoui AB, Meski FZ, Bezad R, De Brouwere V. Preventable maternal mortality in Morocco: the role of hospitals. *Trop Med Int Health* 2013; **18**: 444–50.
- 35 Kingdom of Morocco Ministry of Health, UNFPA. Reducing maternal mortality in Morocco: sharing experience and sustaining progress. Ministry of Health, Rabat, 2011.
- 36 Royaume du Maroc Ministère de la Santé. Livre Blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé. Rabat, 2013.
- 37 Royaume du Maroc Ministère de la Santé. Plan national 2008–2012 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Etat d'avancement. 2010.
- 38 Temmar F, Vissandjee B, Hatem M, Apale A, Kobluk D. Midwives in Morocco: seeking recognition as skilled partners in women-centred maternity care. *Reprod Health Matters* 2006; **14**: 83–90.
- 39 Bennis I, De Brouwere V. Fee exemption for caesarean section in Morocco. *Arch Public Heal* 2012; **70**: 3.
- 40 De Brouwere V, Van Lerberghe W. Les besoins obstétricaux non couverts. Paris, Montréal: L'Harmattan, 1998.
- 41 AbouZahr C. Safe Motherhood: a brief history of the global movement 1947–2002. *Br Med Bull* 2003; **67**: 13–25.
- 42 Filippi V, Ronsmans C, Gohou V, et al. Maternity wards or emergency obstetric rooms? Incidence of near-miss events in African hospitals. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; **84**: 11–16.
- 43 World Bank. World development report 2012: gender equality and development. Washington DC, USA: The World Bank, 2011.
- 44 Satriyo HA. 10 years of Reformasi: towards women's equal status in Indonesia. *Asia* 2008. <http://asiafoundation.org/in-asia/2008/05/28/10-years-of-reformasi-towards-women%E2%80%99s-equal-status-in-indonesia/> (accessed Sept 5, 2013).
- 45 Bachelet M. Women's leadership. 2012. Public Lecture by UN Women Executive Director, Michelle Bachelet. Jakarta, Indonesia, Dec 3, 2012. <http://www.unwomen.org/en/news/stories/2012/12/women-are-integral-part-of-indonesian-success/#sthash.PPjQ2WpD.JHKWcpQj.dpuf> (accessed Nov 15, 2013).
- 46 Badan Pusat Statistik-Statistics Indonesia (BPS) and ORC Macro. Indonesia demographic and health survey 2002–2003. Jakarta, Indonesia, 2003. <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR147/FR147.pdf> (accessed Nov 5, 2013).
- 47 Statistics Indonesia (Badan Pusat Statistik—BPS) National Population and Family Planning Board (BKKBN), International Kementerian Kesehatan (Kemenkes—MOH) ICF. Indonesia demographic and health survey 2012. Jakarta, Indonesia, 2013. <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR275/FR275.pdf> (accessed Oct 20, 2013).
- 48 Central Bureau of Statistics Indonesia, National Family Planning Coordinating Board, Ministry of Health Indonesia, Macro International. Indonesia demographic and health survey 1991. Jakarta, Indonesia: Central Bureau of Statistics, 1992.
- 49 World Bank. "...and then she died": Indonesia maternal health assessment. Washington, DC: The World Bank, 2010.

- 50 Statistics Indonesia (Badan Pusat Statistik—BPS) and Macro International. Indonesia demographic and health survey 2007. Jakarta, Indonesia, 2008.
- 51 Australia Indonesia Partnership for Maternal and Neonatal Health. Survey of midwives in three districts in Nusa Tenggara Timur, 2007: number, characteristics and work patterns. Australia Indonesia Partnership for Maternal and Neonatal Health, 2008.
- 52 WHO. Using human rights for maternal and neonatal health: a tool for strengthening laws, policies and standards of care. A report of Indonesia field test analysis. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2006.
- 53 Ensor T, Nadjib M, Quayyum Z, Megraini A. Public funding for community-based skilled delivery care in Indonesia: to what extent are the poor benefiting? *Eur J Heal Econ* 2008; **9**: 385–92.
- 54 Rokx C, Schieber G, Harimurti P, Tandon A, Somanathan A. financing in Indonesia: a reform road map. Washington DC: The World Bank, 2010.
- 55 IBI Indonesian Midwives Association. Info Kegiantan IBI. *Mon Arch Oct* 2012.
- 56 Ministry of National Development Planning/National Development Planning Agency (BAPPENAS). The Roadmap to Accelerate Achievement of the MDGs in Indonesia. Jakarta, Indonesia, 2010.
- 57 Hort K, Akhtar A, Trisnantoro L, Dewi S, Meliala A. The growth of non-state hospitals in Indonesia: implications for policy and regulatory options. *Health Policy and Health Finance Knowledge Hub* 2011; **12**: 1–17.
- 58 Risfaskes. MOH, Health facility survey. Jakarta, Indonesia, 2011.
- 59 Pujianto. Sakit, Pemiskinan dan MDGs. In: Thabrany H, ed. Jakarta, Indonesia: Kompas, 2009.
- 60 UNICEF. Burkina Faso *Country Statistics*. Statistics (Ber), 2014. http://www.unicef.org/infobycountry/burkinafaso_statistics.html#103 (accessed Jan 1, 2014).
- 61 Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ORC Macro. Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2003. Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2004. <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR154/FR154.pdf> (accessed Dec 12, 2014).
- 62 Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples du Burkina Faso 2010. International. Ouagadougou, Burkina Faso. Calverton, MD, USA: ICF Macro, 2012.
- 63 Moran AC, Sangli G, Dineen R, Rawlins B, Yameogo M, Baya BC-P. Birth-preparedness for maternal health: findings from Koupela District, Burkina Faso. *J Heal Popul Nutr* 2006; **24**: 489–97.
- 64 WHO, UNICEF. Accountability for maternal, newborn and child survival: the 2013 update: Burkina Faso accountability profile. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013. http://www.countdown2015mch.org/documents/2013Report/Burkina_Faso_Accountability_profile_2013.pdf (accessed Jan 6, 2014).
- 65 Storeng KT, Drabo S, Ganaba R, Sundby J, Calvert C, Filippi VC-P. Mortality after near-miss obstetric complications in Burkina Faso: medical, social and health-care factors. *Bull World Health Organ* 2012; **90**: 418–25.
- 66 Institut National de la Statistique et de la Démographie et Macro International Inc. Enquête Démographique et de Santé Burkina Faso 1993. Ouagadougou, Burkina Faso and Calverton, MD: Macro International Inc, 1994.
- 67 Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) Ministère de l'Économie et des Finances et ICF International. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV). Calverton, MD, USA: ICF International, 2011.
- 68 Edmond J, Comfort A, Leighton C. Maternal health financing profile: Burkina Faso. Bethesda, MD, Abt Associates, Partners for Health Reform Plus, 2002.
- 69 Ouedraogo L, Tal F, Thieba B, et al. A study of the unmet needs for major obstetric interventions: the experience of Burkina Faso [in French]. *Santé* 2003; **13**: 17–21.
- 70 Burkina Faso Ministère de la Santé. Plan national développement sanitaire 2001–2010. Ouagadougou, Burkina Faso, 2000. http://www.cooperacionaragon.com/ongs/attachments/197_8-PLAN_NACIONAL_DE_DESARROLLO_SANITARIO_PNDS_2011-2020_Version_finale_SP-PNDS.pdf (accessed Nov 23, 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 (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 oeuvre 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 (accessed Nov 23, 2013).
- 74 Ridde V, Moresstin 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 (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 (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 (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 (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 (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 neonatales graves. Ouidah, 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 SE 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 efficace¹⁻⁴ (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^{4,5}). 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 complet⁵.

Dans cet article, après un bref résumé des trois autres articles de la série⁶⁻⁸, 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 personnes⁹ et sur les femmes¹⁰, 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 série⁶⁻⁸ 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 collègues⁶ 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

Messages clés

- Une offre de services de maïeutique, 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 maïeutique de qualité, tels que le statut inférieur des femmes, les rivalités interprofessionnelles, la méconnaissance des soins relevant de la maïeutique 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 maïeutique 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 maïeutique 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 maïeutique sera difficile à réaliser dans de nombreux pays, notamment ceux dans lesquels le nombre de naissances annuels 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 maïeutique.
- La maïeutique peut être avantageuse 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 maïeutique.
- 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 reproductive, maternelle et néonatale.
- La couverture et la qualité de la maïeutique devraient faire l'objet d'un suivi régulier et être utilisées pour responsabiliser les parties prenantes, notamment les prestataires et les responsables de programmes.

des effectifs, de la réduction des barrières financières) ont été résolues bien avant que d'autres préoccupations liées à la qualité des soins ne soient relevées par les concepteurs des systèmes de santé. La réponse des gouvernements aux impératifs de qualité des soins a été d'améliorer les normes techniques, les compétences et les équipements, mais également de mener des audits systématiques sur les décès et les échappées-belles. L'expérience des quatre pays montre 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 qui réduit la mortalité maternelle, y compris dans un contexte de ressources limitées. Néanmoins, le décalage entre l'extension de la couverture et l'amélioration de la qualité, cette

Panneau 1 : Définitions utilisées pour la maïeutique et la sage-femme

Dans la présente série, nous définissons la maïeutique 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 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 travail¹⁴ décrit les sages-femmes comme le principal groupe de professionnels exerçant la maïeutique.

La Confédération internationale des sages-femmes^{12,13} 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 les diplômes requis 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 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 maïeutique 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 collègues⁷ 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 collègues⁸ a recours à l'Outil des vies sauvées¹⁴ pour modéliser l'effet potentiel d'un renforcement des interventions essentielles de santé reproductive, maternelle et néonatale¹⁵ qui relèvent de la compétence de la sage-femme¹³. Les résultats montrent que le renforcement de la maïeutique 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 maïeutique 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 (tous 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 vivantes¹⁶) 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 ligne du rapport de Homer et de ses collègues⁸.

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 collaborative¹⁷ 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 bénéficient 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

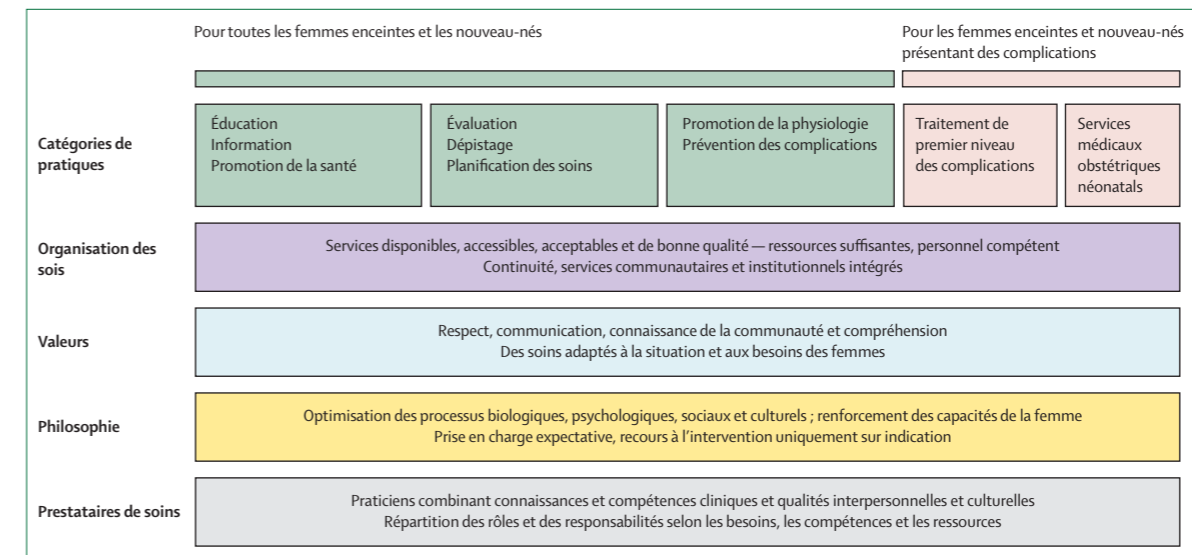


Figure 1 : Le cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité : composantes maternelles et néonatales d'un système de santé requises par les femmes enceintes et les nouveau-nés

Tiré du premier rapport de la présente série, de Renfrew et ses collègues⁷.

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.^{18,19}

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'articles⁶ et par la modélisation de l'effet potentiel des interventions techniques relevant de la maïeutique.⁵ 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 substantiels 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^{20,21} chaque année, est particulièrement préoccupante, compte tenu des prévisions de déficit d'effectifs par rapport à une demande croissante²²⁻²⁴. Selon le scénario moyen des projections démographiques des Nations Unies²⁰, le nombre de naissances passera de 11 millions en 2010 à 16,8 million en 2035. L'ampleur du défi 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 %¹⁹. 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 subsaharienne²⁵, 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 humaines²⁶. 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'OMS²⁷) 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,²⁸ 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*²⁹, 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 maïeutique, 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, trois priorités de recherche doivent être privilégiées.

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 apparaissent³⁰ et les lignes directrices de l'OMS³¹ 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 services³²⁻³⁴. 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^{22,35,36} sur de nouvelles initiatives en matière de financement fondé sur les 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).³⁷ Une meilleure compréhension de la productivité des personnels compétents en soins de maïeutique, des unités de maternité et des modèles de pratique est nécessaire, notamment des soins dispensés par les sages-femmes³⁸ 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 2005²⁷ est souvent retenue comme une norme de productivité et 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 maternité, l'insuffisance des mécanismes de régulation et la rémunération informelle à l'acte³⁹ 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 résorber les inégalités qui 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 personnes³⁹, 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 soignants et les femmes^{40,41}, marquées parfois par le

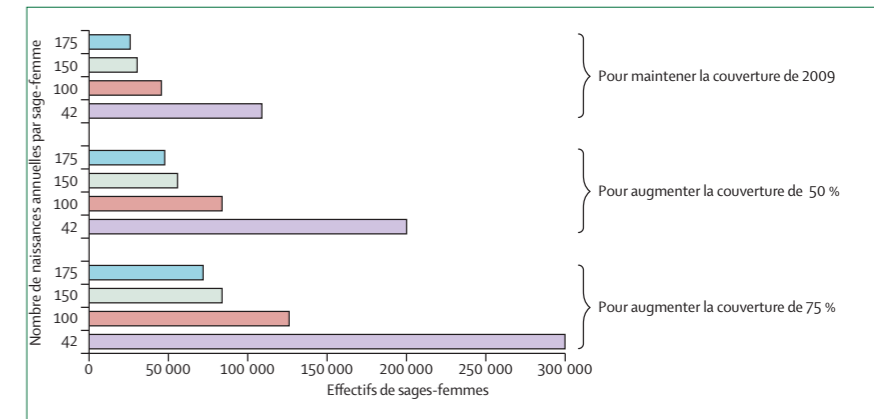


Figure 2 : Projections des effectifs de sages-femmes nécessaires pour atteindre les niveaux de couverture spécifiés d'ici à 2035 dans 14 pays subsahariens, selon plusieurs hypothèses de productivité
Les pays étudiés sont le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Kenya, Madagascar, le Malawi, le Mali,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

manque de respect, la maltraitance et l'abandon des soins. Mais ces situations reflètent souvent des problèmes plus profonds des systèmes de santé⁴², davantage 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 privilégie 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 maternelle⁴³. 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 accueillant, 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 maïeutique et recensées dans la présente série⁷ 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 qualité⁷. 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 répercussions économiques, qui peuvent potentiellement réduire les dépenses de santé et pérenniser 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 peinent à fournir et à mesurer les soins maternels et néonataux de qualité. La médicalisation des

naissances⁴⁴ augmente 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 indiqué dans d'autres articles de la présente série⁷, 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 les 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 n'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 évités étaient effectivement moindre⁴⁵. Dès 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.⁴⁶

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 maïeutique et ont tenté de mettre fin à la fragmentation du champ de cette pratique entre différents personnels de santé. De nombreux autres pays restent confrontés à un cadre réglementaire inefficace pour les soins maternels et néonataux, au statut inférieur de la femme⁴⁷⁻⁴⁹ et à la domination de la maïeutique par la médecine^{50,51}. 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 activité⁵¹ 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 qualité⁵². Les lignes directrices de l'OMS⁵³ en matière d'éducation formatrice, 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 effectifs, la qualité et l'efficacité des futurs soignants, afin de leur permettre de répondre aux besoins et aux attentes sanitaires de la population. De nouvelles idées et pistes doivent être explorées pour former un personnel adapté aux objectifs poursuivis²⁴ 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 de les adapter à leurs besoins sociaux et 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 série⁷ montrent que la maïeutique, telle que définie ici, peut entraîner une diminution de la mortalité maternelle et néonatale, de la mortalité, des traumatismes périnéaux, 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 maïeutique 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 maïeutique 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 importants⁵⁴. 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^{55,56}. Evans⁵⁷ a ainsi analysé le programme de formation à la maïeutique 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 d'effectifs 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 morbidité 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, réputé 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 vies⁵⁸.

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

- Débattre 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) dispensés par les équipes de santé reproductive, maternelle et néonatale, et les préciser à l'aide 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 maïeutique 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 lorsque 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 propice, notamment des installations 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 solidaire, 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.

	Année cible	Actions ou cibles
Mort-nés (2011)	2020	Pour les pays présentant un taux de mortalité supérieure à 5 pour 1 000 naissances, réduire ces taux d'au moins 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 morbidité 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
Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie (2011)	2015	Réduire les estimations de nouvelles infections par le VIH chez les enfants d'au moins 85 % dans chacun des 22 pays prioritaires ; réduire le nombre de décès pendant la grossesse associés au VIH de 50 %
Planification familiale 2020 (2012)	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
Une promesse renouvelée (2012)	2035	Tous les pays doivent réduire les taux de mortalité infantile à moins de 20 pour 1 000 naissances vivantes d'ici à 2035
Stratégie visant à mettre un terme aux décès évitables de mères (2013)	2030	Proposition 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
Plan d'action Chaque nouveau-né (2014)	2035	Proposition 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
Cadre d'action du suivi du programme d'action de la conférence internationale sur la population et le développement au-delà de 2014 (2014)	..	Les 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 d'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 adolescents⁵⁹⁻⁶⁶

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 amélioration des soins maternels et néonataux. La maïeutique offre une réponse vitale 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 maïeutique, 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 mortalité⁵⁹, de la planification familiale⁶⁰, de la santé maternelle⁶¹, néonatale⁶², infantile⁶³ et des adolescents⁶⁴, du VIH/SIDA⁶⁵ et des maladies non transmissibles⁶⁶ 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 maïeutique 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^{67,68}, comme le rappelle le rapport 2013 Une vérité universelle : pas de santé sans ressources humaines²⁴. Malheureusement, la progression des effectifs de personnel compétent en soins de maïeutique 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 Horton⁶⁹, 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 redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant⁷⁰, 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 collègues⁷¹, dans *A Manifesto for Maternal Health Post 2015*, prônent « l'accès universel à des personnels de santé correctement formés, notamment des sages-femmes et intervenants dispensant des services relevant de la maïeutique ». Par ailleurs, la consultation mondiale pour le plan d'action Chaque nouveau-né⁶² a appelé à plusieurs reprises à renforcer le rôle de la sage-femme.

La Commission de du Lancet sur l'investissement dans la santé⁷² 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 mondiale⁷³ et le groupe consultatif de l'OMS sur l'égalité et la couverture universelle en matière de santé⁷⁴ 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. Chacune 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 vie⁷⁵. Elles confirment ainsi à nouveau que l'investissement dans la maïeutique 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 défendent les droits des femmes à la santé sexuelle et reproductive.

Conclusion

Alors 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-2015⁷⁶⁻⁷⁹, la présente série d'articles sur la maïeutique 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 maïeutique⁸ et l'expérience d'une poignée de pays à faible revenu et à revenu intermédiaire qui ont investi dans les sages-femmes⁶, 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 est désormais engagée. La santé reproductive, maternelle 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, nombre des engagements contractés 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 maïeutique 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-nationaux, 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.

Contributeurs

PtH-B a préparé le premier avant-projet. Tous les co-auteurs, à l'exception de WV et VF, ont participé à l'ébauche de certaines parties et ont relu l'article. PtH-B, WV, et JC ont affiné 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.

Remerciements

La présente étude a été en partie soutenue par une subvention accordée par la Fondation Bill et Melinda Gates (référence OPP1042500). 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 MJR ont été soutenus par l'Université de Dundee. Les travaux de PtH-B ont été soutenus par l'Instituto de Cooperación Social Integrare. Maria Guerra Arias a assuré le suivi et la vérification de toutes les références. Thomson Prentice a rédigé certaines parties du premier projet. Joanne McManus a rédigé le second projet. Le projet a bénéficié de l'appui administratif de Jenny Brown et de Tracy Sparey, 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. Darius Gbedo avec l'assistance de Dr. Luc de Bernis.

Références

- Campbell J, Buchan J, Cometto G, et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Health Organ* 2013; **91**: 853–63.
- Campbell J. The route to effective coverage is through the health worker: there are no shortcuts. *Lancet* 2013; **381**: 725.
- Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJL. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Soc Sci Med* 2005; **61**: 97–109.
- WHO. Background paper for the Technical Consultation on Effective Coverage of Health Systems. Geneva: World Health Organization, 2001.
- Colston 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.
- 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).
- Renfrew 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; 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).
- 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).
- 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.
- Leap N. Woman-centred or women-centred care: does it matter? *Br J Midwifery* 2009; **17**: 12–16.
- Organisation internationale du travail. Classification internationale type des professions International CITP-08: Volume 1: Structure, définitions des groupes et des tables de correspondance. Genève : Organisation internationale du travail, 2012.
- ICM. Définition internationale de la sage-femme de l'ICM (révisée en juin 2011). La Haye : Confédération internationale des sages-femmes, 2011.
- 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.
- Walker N, Tam Y, Friberg IK. Overview of the Lives Saved Tool (LiST). *BMC Public Health* 2013; **13** (suppl 3): S1.
- PMNCH. Interventions essentielles, produits et lignes directrices en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile. Genève: Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, 2011.
- Info MME. Malawi: maternal mortality estimates. 2013; 2013. http://www.maternalmortalitydata.org/inner.html?country_selection=O (accessed June 1, 2014).
- WHO. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: World Health Organization, 2010.
- ten Hoop-Bender P, Campbell J, Fauveau V, Matthews Z. The state of the world's midwifery 2011: delivering health, saving lives. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; **114**: 211–12.
- UNFPA. Etat de la maïeutique dans le monde 2011 : naissances réussies, vies sauvées. New York: Fonds des Nations Unies pour les populations, 2011.
- Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations unies. Perspectives de la population mondiale : révision de 2012.
- Tatem AJ, Campbell J, Guerra-Arias M, de Bernis L, Moran A, Matthews Z. Mapping for maternal and newborn health: the distributions of women of childbearing age, pregnancies and births. *Int J Health Geogr* 2014; **13**: 2.
- Soucat A, Scheffler R, Gebreyesus TA. The labor market for health workers in Africa. Washington, DC: World Bank, 2013.
- Lemière C, Herbst CH, Jahanshahi N, Smith E, Soucat 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.
- Campbell J, Dussault G, Buchan J, et al. A universal truth: no health without a workforce. Forum report. Third global forum on human resources for health. Recife and Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization, 2013.
- OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale. Tendances de la mortalité maternelle : 1990 à 2008. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2010.
- Vujicic M, Addai E, Bosomprah S. Measuring health workforce productivity: application of a simple methodology in Ghana. Washington, DC: World Bank, 2009. <http://siteresources.worldbank.org/healthnutritionandpopulation/resources/281627-1095698140167/measuringhlthworkforce.pdf> (accessed Feb 16, 2014).
- OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2005 - donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2005.
- WHO. Workload indicators of staffing need: user's manual. Geneva: World Health Organization, 2010.
- UNFPA. 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.
- Schaaf M, Freedman LP. Unmasking the open secret of posting and transfer practices in the health sector. *Health Policy Plan* 2013; publié en ligne Dec 9. DOI: 10.1093/heapol/czt09.
- OMS. Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation: Recommandations pour une politique mondiale. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2010.
- Ebener S, Guerra-Arias M, Campbell J, et al. The geography of maternal and newborn health: the state of the art. 5th International Conference on Health; Bangkok, Thailand; Aug 22–23, 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 Lemière 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.
- 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, Meriáldi 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, Narrain 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.gavi.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 (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 adolescents 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 néonataux¹, 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 série², 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 »³, 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 durables⁴. 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 Hoop-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 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).
- 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/Liberia/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)

W 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\(14\)60856-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60856-4)

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\(14\)60930-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2)

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 2014¹ et la série *Every Newborn* du *Lancet*, salue les progrès accomplis, précise les prochaines étapes nécessaires et recense les secteurs où des avancées considérables peuvent être obtenues. Les messages clés préconisent 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 métagénèses étudiées dans le cadre de la présente série² 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 maïeutique³ établis par la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et à la définition de la maïeutique retenue dans la présente série.²

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^{4,5}. Les systèmes de soins du monde entier doivent assumer leurs responsabilités financières pour résoudre les problèmes généraux 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'exécution de mesures d'urgence »³, ce qui est pleinement conforme à la définition de la maïeutique retenue pour cette série². 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 naissances³ », 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 fiable 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 particulière, alors que bien souvent les interventions médicales perturbent ces processus⁶⁻⁸. 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 des maladies,⁹ la santé tout au long de la vie,¹⁰ le microbiome humain¹¹ et l'épigénétique^{12,13}. Les données scientifiques sur les effets négatifs imprévus et le risque d'affections supplémentaires plaident en faveur de l'application du principe de précaution¹⁴ et supposent

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

Les compétences et les connaissances relevant de la maïeutique ont été dévaluées ou noyées dans le modèle de soins médicaux qui prédomine dans de nombreux pays et de grandes métropoles. 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'apport qualitatif offert par la maïeutique². Les femmes et les nouveau-nés doivent avoir accès aux compétences essentielles liées à la maïeutique qui limitent le recours aux interventions correctrices. Les mesures de soutien du travail propices 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'allaitement³ 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 infirmières², 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, régulées 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 Newburn*

Childbirth Connection Programs, 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

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 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 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. <http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/education-core-documents/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> (accessed May 31, 2014).
- 5 Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Herrlich A. Listening to mothers ill: pregnancy and birth. New York: Childbirth Connection, 2013. <http://transform.childbirthconnection.org/reports/listeningtomothers/> (accessed May 31, 2014).
- 6 Buckley SJ. The hormonal physiology of childbearing. Washington, DC: National Partnership for Women & Families, 2014.
- 7 Olza-Fernández I, Marin Gabriel MA, Gil-Sanchez A, Garcia-Segura LM, Arevalo MA. Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: the basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Front Neuroendocrinol* 2014; Publié en ligne April 3. DOI:10.1016/j.yfrne.2014.03.007.
- 8 Bell AF, Erickson EN, Carter CS. Beyond labor: the role of natural and synthetic oxytocin in the transition to motherhood. *J Midwifery Womens Health* 2014; **59**: 35-42.
- 9 Gluckman PD, Hanson MA, Beedle AS. Early life events and their consequences for later disease: a life history and evolutionary perspective. *Am J Hum Biol* 2007; **19**: 1-19.
- 10 Halfon N, Larson K, Lu M, Tullis E, Russ S. Lifecourse health development: past, present and future. *Matern Child Health J* 2014; **18**: 344-65.
- 11 Collado MC, Cernada M, Baüerl C, Vento M, Pérez-Martinez G. Microbial ecology and host-microbiota interactions during early life stages. *Gut Microbes* 2012; **3**: 352-65.
- 12 Dahlen HG, Kennedy HP, Anderson CM, et al. The EPIIC hypothesis: intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. *Med Hypotheses* 2013; **80**: 656-62.
- 13 Csaba G. The biological basis and clinical significance of hormonal imprinting, an epigenetic process. *Clin Epigenetics* 2011; **2**: 187-96.
- 14 Kriebel D, Tickner J. Reenergizing public health through precaution. *Am J Public Health* 2001; **91**: 1351-55.



©OT/BSPP/Science Photo Library

W Les professionnels de la santé et la maïeutique

Publié en ligne
le 23 juin 2014
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60857-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60857-6)

Voir 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), 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 affirmeront 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 améliorés par ces pratiques, même si 9 autres ont été jugées « inefficaces »¹. 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 fœtale.² La fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) élabore actuellement des normes en matière de surveillance fœtale, mais il convient, entretemps, de ne pas confondre « l'absence de preuve de bénéfice » avec « la preuve de l'absence de bénéfice ».

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 Renfrew et ses collègues¹ concluent que « Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les études sur les soins dispensés par les sages-femmes intégrées dans le système de santé et travaillant au sein d'équipes médicales, bénéficiant de personnel de soutien correctement formé, sont une priorité urgente »¹. Les travaux de modélisation du groupe de Caroline Homer³ montrent l'immense 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, en mobilisant des investissements suffisants pour rassembler des éléments de preuve fiables. Dans quels secteurs devons-nous nous concentrer pour renforcer l'efficacité du travail en équipe, 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

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 médical⁴. La FIGO soutient cette approche de « délégation des tâches »^{5,6} 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 néonataux⁷.

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 fœtale. 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 croissantes 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 du *Lancet* sur la maïeutique : les soins respectueux et la surmédicalisation.³

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 inversement. 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 déployées 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. Citons, 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 »⁸ qui, dans le cas contraire, pourraient bien rester à l'état de vœux pieux.

*William Stones, Sabaratnam Arulkumar

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) rws6@st-andrews.ac.uk

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 FIGO Committee for Safe Motherhood and Newborn Health. Management of the second stage of labor. *IJGO* 2012; 119: 111-16.
- 3 Homer CSE, Friberg IK, Bastos Dias MA, 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).
- 4 Wilson A, Lissauer D, Thangaratnam S, Khan KS, MacArthur C, Coomarasamy A. A comparison of clinical officers with medical doctors on outcomes of caesarean section in the developing world: meta-analysis of controlled studies. *BMJ* 2011; 342: d2600.
- 5 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. *IJGO* 2009; 105: 74-76.
- 6 FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Task-shifting in obstetric care. *IJGO* 2013; 120: 206-07.
- 7 Hounton SH, Newlands D, Meda N, de Brouwer 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.
- 8 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).



Kaveh Kazemi

W 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\(14\)60858-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60858-8)

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), and
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2)

Si d'importants progrès ont été accomplis en matière de santé maternelle et infantile depuis 1990 et la création des Objectifs du 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 la 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 atteindre l'objectif et éradiquer les décès évitables de mères, de nourrissons et d'enfants. Le conseil international des infirmières (CII) milite depuis longtemps pour la santé de la reproduction, maternelle, néonatale et infantile. Dans de nombreux pays, les services relevant de la maïeutique 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 CII travaille en collaboration avec différents acteurs, tels que

la Confédération internationale des sages-femmes, l'OMS, Jhpiego, 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 CII 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 CII 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 maïeutique, 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'auprès 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'égalité et d'accès 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 actions 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 associées 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 institutionnels et en communautés comme dans I. 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 maïeutique 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 Shamian

Conseil international des infirmières,
Place Jean Marteau, 1201 Genève, Suisse
shamianjudith@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 maïeutique¹ 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 début². Pourtant, comme le rappellent Wim van Lerberghe et ses collègues³, gérer 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^{4,5}. De même, ce traitement n'a pas échappé aux organisations de défense des droits de l'homme qui ont publié des rapports de maltraitance accablants⁶ ni aux avocats et plaignants qui n'hésitent pas à saisir leur justice nationale des cas les plus flagrants⁷.

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 consenties⁸. 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 reconnues, 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, surs et respectueux », soutenus par la série du *Lancet* sur la maïeutique², bien que simple lorsque reflétant 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'Etat de New York aux Etats-Unis) et de l'Ifakara Health Institute (de Dar es Salaam, en Tanzanie), de membres d'organisations de défense et de responsables de santé de

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

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\(14\)60930-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2)



Cathy Jeffs

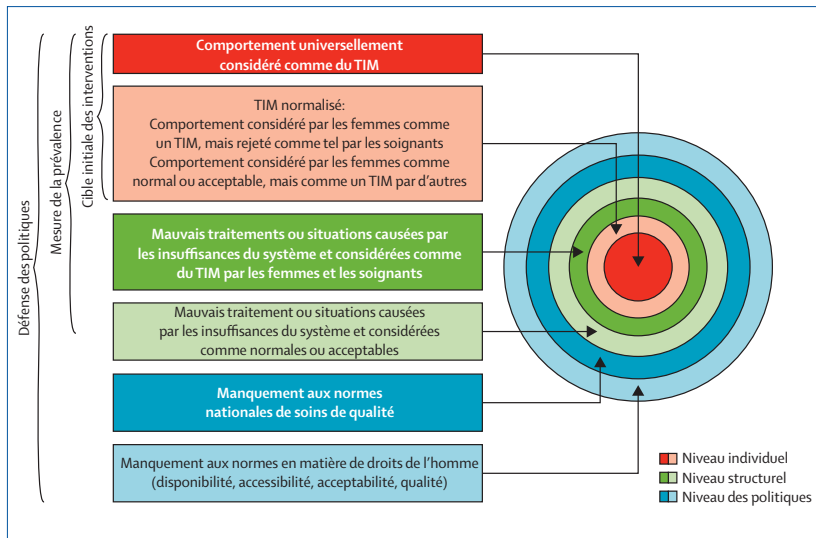


Figure: Définition d'un traitement irrespectueux et maltraitant (TIM) des femmes pendant l'accouchement

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'occupe⁹.

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 (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_9-20-101_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.