



Évoluer vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes

Document de position mondial



Organisation
mondiale de la Santé



Gates Foundation



Évoluer vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes

Document de position mondial

Évoluer vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes : document de position mondial
[Transitioning to midwifery models of care: global position paper]

ISBN 978-92-4-012086-0 (version électronique)

ISBN 978-92-4-012087-7 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2026

Certains droits réservés. La présente œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué cidessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du logo de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Citation suggérée. Évoluer vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes : document de position mondial [Transitioning to midwifery models of care: global position paper]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2026. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <https://iris.who.int/?locale-attribute=fr&>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <https://www.who.int/publications/book-orders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <https://www.who.int/fr/copyright>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue pour responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Photographie de couverture (en partant du haut, dans le sens des aiguilles d'une montre) : © FNUAP/Luis Tato, © OMS/Bente Binderup, © OMS/Carlo Bruno Santos, © OMS/Yoshi Shimizu, © UNICEF et Fernandez Foundation Hospital, © OMS/Mwesuma Ramsey, © ICM/Noriko Hayashi, © ICM/Carla Molina.

Maquette et mise en page réalisées par Green Ink Publishing Services Ltd.

Table des matières

Remerciements	v
Sigles et acronymes	viii
Glossaire	ix
Résumé d'orientation	xiii
1. Contexte	1
2. Termes et définitions clés	7
2.1 Qu'est-ce qu'une sage-femme ?	7
2.2 Que font les sages-femmes ?	8
2.3 Que sont les modèles de soins assurés par les sages-femmes ?	12
3. Arguments en faveur des modèles de soins assurés par les sages-femmes	15
3.1 Les modèles de soins assurés par les sages-femmes sauvent des vies et améliorent l'état de santé et le bien-être des femmes, des nouveau-nés, des partenaires, des familles et des communautés	15
3.2 Les modèles de soins assurés par les sages-femmes rendent les soins plus humains et répondent aux besoins des femmes	16
3.3 Les modèles de soins assurés par les sages-femmes contribuent à rendre la société meilleure et font progresser le capital humain dans un monde où règne l'incertitude	18
3.4 Les modèles de soins assurés par les sages-femmes garantissent des interventions d'un bon rapport coût/efficacité qui présentent des avantages économiques potentiels à long terme	19
4. Principes directeurs des modèles de soins assurés par les sages-femmes	21
4.1 Des soins équitables et fondés sur les droits humains accessibles à l'ensemble des femmes et des nouveau-nés	22
4.2 Des soins centrés sur la personne et respectueux favorisant une relation basée sur la confiance et le partenariat	23
4.3 Des soins de qualité, conformes à la philosophie des soins assurés par les sages-femmes	24
4.4 Des soins assurés et coordonnés par des sages-femmes autonomes, diplômées et réglementées et bénéficiant d'un accompagnement dans tous les contextes et à tous les niveaux du système de santé	25
4.5 Des soins intégrés dispensés dans le cadre d'équipes interdisciplinaires au sein de réseaux de soins	26
5. Conclusion	29
Références bibliographiques	30
Annexe 1. Confédération internationale des sages-femmes (ICM) – Philosophie et modèle de soins de pratique sage-femme	39
Annexe 2. Continuité des soins et moyens d'y parvenir	40

Terminologie utilisée dans ce document

Dans le présent document de position, lorsqu'il est question de grossesse, d'accouchement et de période postnatale, le terme « femmes » inclut également les adolescentes. Les termes « femmes » et « mères » visent à englober toutes les personnes qui se définissent comme femmes et/ou qui donnent naissance. Même si la majorité des personnes enceintes ou qui peuvent donner naissance sont des femmes cisgenres (qui sont nées femmes et se définissent ainsi), notre vision tient également compte des expériences des hommes transgenres et des personnes de genre variant pouvant donner naissance.

La terminologie des professions de la santé est conforme à la version anglaise de l'édition 2008 de la Classification internationale type des professions (CITP-08) en vigueur actuellement, une publication de l'Organisation internationale du travail (OIT).¹ Dans le présent document de position, le terme « sages-femmes » désigne à la fois les sages-femmes et les infirmières et infirmiers sages-femmes, à condition que la nature du travail effectué par les infirmières et infirmiers sages-femmes corresponde aux tâches de pratique sage-femme/maïeutique spécifiées et énumérées dans la CITP-08, telles que décrites à la section 2.2 du présent document.

La traduction française des termes relatifs à la profession de sage-femme de ce document fait suite à un consensus d'expertes et experts ayant pris en compte les réalités linguistiques, culturelles et sociétales de divers contextes tout en soulignant la portée scientifique et l'évolution de cette profession. Chaque pays demeure souverain et peut s'approprier cette traduction, l'adapter en fonction de son propre contexte culturel et linguistique, ainsi que des terminologies déjà utilisées et reconnues au sein de son propre système.

1 *International Standards Classification of Occupations: ISCO-08. CITP-08.* Genève, Organisation internationale du travail, 2008 (<https://ilostat.ilo.org/fr/methods/concepts-and-definitions/classification-occupation/>).

Remerciements

Lors de sa cinquième réunion, en mai 2022, le Groupe consultatif stratégique et technique d'experts pour la santé et la nutrition maternelles, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (STAGE) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a recommandé que l'Organisation accompagne les pays dans leur transition vers des modèles de soins assurés par des sages-femmes en fournissant des conseils stratégiques et des orientations de mise en œuvre. Pour donner suite à cette recommandation, l'OMS a convoqué un nouveau groupe de travail du STAGE sur les modèles de soins assurés par les sages-femmes, réunissant les principales parties prenantes pour élaborer des orientations relatives à ces modèles. Le présent document de position a été rédigé par le secrétariat du STAGE, avec le soutien des membres de ce dernier. Il a été relu par des expertes et experts externes, des partenaires et des membres du personnel de l'OMS, puis relu et approuvé par le STAGE.

Le Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et vieillissement de l'OMS (MCA) tient à remercier chaleureusement les nombreuses personnes et organisations qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Le Département MCA souhaite remercier les membres du STAGE, qui ont apporté une contribution technique pour la rédaction du contenu, et qui ont relu et approuvé la version définitive du document : Amanuel Abajobir (African Population and Health Research Center, Éthiopie), Koki Agarwal*² (MOMENTUM Country and Global Leadership, États-Unis d'Amérique), Rina Agustina (Universitas Indonesia, Indonésie), Nizam Uddin Ahmed (Shastho Shurokha Foundation, Bangladesh), Fadia AlBuhairan (Health Sector Transformation Program, Arabie saoudite), Shabina Ariff (Université Aga Khan, Pakistan), Narendra Kumar Arora* (The INCLEN Trust International, Inde), Richmond Aryeetey (School of Public Health, Université du Ghana, Ghana), Per Ashorn (Université de Tampere, Finlande), Peter Azzopardi (Université de Melbourne, Australie), Jay Berkley (Kenya Medical Research Institute, Kenya/ Université d'Oxford, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord), Oliva Bazirete* (Université du Rwanda, Rwanda), Cristina Bisson (RTI International, États-Unis d'Amérique), Gary Darmstadt* (School of Medicine, Université Stanford, États-Unis d'Amérique), Kathryn Dewey (Université de Californie, Davis, États-Unis d'Amérique), Trevor Duke (Université de Melbourne, Australie), Faysal El Kak (Université américaine de Beyrouth, Liban), Caroline Homer* (Présidente du STAGE, Burnet Institute, Australie), Fyezah Jehan (Université Aga Khan, République islamique du Pakistan), Caroline Kabiru (African Population and Health Research Center, Kenya), Nuray Kanbur (Université d'Ottawa, Canada), Betty Kirkwood (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni), Jonathan Klein (Université Stanford, États-Unis d'Amérique), Daniel Martinez Garcia (Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse), Sjoerd Postma (Khulisa Management Services, Afrique du Sud), Linda Richter (Université du Witwatersrand, Afrique du Sud), Jane Sandall* (Coprésidente du groupe de travail du STAGE sur la pratique sage-femme/maïeutique et King's College, Royaume-Uni), Auliya Suwantika (Universitas Padjadjaran, Indonésie), Peter Waiswa (School of Public Health, Université de Makerere, Ouganda), Dilys Walker* (Université de Californie, San Francisco, États-Unis d'Amérique) et Stanley Zlotkin (Université de Toronto, Canada).

Le Département MCA de l'OMS apprécie le rôle que les contributrices et contributeurs mentionnés ci-dessous ont joué dans la rédaction du présent document de position mondial. Justine Le Lez (consultante en santé maternelle, Siège de l'OMS, Suisse) comme principale autrice du document et coordinatrice du groupe de travail du STAGE sur les modèles de soins assurés par les sages-femmes au sein du Secrétariat de l'OMS. Les membres du groupe de travail pour leurs contributions et orientations techniques ainsi que pour leurs contributions à la rédaction et révision du présent document : les Coprésidentes – Sally Pairman (Confédération internationale des sages-femmes [ICM], Royaume des Pays-Bas) et Jane Sandall (King's College London, Royaume-Uni) ; des représentantes de groupes et d'organisations de femmes – Hélène Carrère et Soizic Guérin-Cauet (Collectif interassociatif autour de la naissance, France) et Leanne Levers (White Ribbon Alliance, États-Unis d'Amérique) ; des membres du STAGE de l'OMS (dont les noms sont suivis d'un * dans le paragraphe ci-dessus) ; une conseillère nationale en soins

2 Les noms marqués d'un * représentent les membres du STAGE ayant pris part aux travaux du groupe de travail.

infirmiers – Deepika Cecil Khakha (Ministère de la santé et des affaires familiales, Gouvernement indien, Inde) ; des représentantes et représentants d'associations professionnelles et d'organisations non gouvernementales – Marina Boykova (Council of International Neonatal Nurses, États-Unis d'Amérique), Jacqueline Dunkley-Bent (ICM, Royaume des Pays-Bas), Anne Kihara (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique [FIGO], États-Unis d'Amérique), Abby Kra-Friedman (Conseil international des infirmières, Suisse), Naveen Thacker (International Pediatric Association, États-Unis d'Amérique) et Patricia Titulaer (Laerdal Global Health, Norvège) ; une experte et scientifique internationale, Atf Gherissi (pédagogue et chercheuse internationale en pratique sage-femme/maïeutique, Tunisie) ; et des représentantes et représentants de fonds des Nations Unies, Asheber Gaym (Bureau régional pour l'Asie du Sud du Fonds des Nations Unies pour l'enfance [UNICEF], Népal) et Geeta Lal (siège du Fonds des Nations Unies pour la population [FNUAP], États-Unis d'Amérique). L'OMS tient également à remercier Elena Ateva (White Ribbon Alliance, États-Unis d'Amérique), Barbara McPake (Nossal Institute for Global Health, Australie) et Mary Renfrew (Université de Dundee, Royaume-Uni) – anciennes membres du groupe de travail – pour leur précieuse expertise technique. L'OMS remercie également Sabaratnam Arulkumaran (ancien membre du STAGE, Université St George's de Londres, Royaume-Uni), Fatima Gohar (Bureau régional pour l'Afrique orientale et australe de l'UNICEF, Kenya) et Bo Jacobsson (FIGO, États-Unis d'Amérique) pour leurs précieuses contributions techniques lors de la première réunion du groupe de travail du STAGE sur les modèles de soins assurés par les sages-femmes.

L'OMS exprime sa gratitude envers toutes les personnes qui ont initié ces travaux sur les modèles de soins assurés par les sages-femmes : Fran McConville, Allisyn Moran, Anayda Portela, Georgia Taylor (consultante) (Siège de l'OMS, Suisse) ; et Sarah Bar-Zeev³ et Anneka Knutsson (siège du FNUAP, États-Unis d'Amérique). L'OMS sait gré à l'ensemble des personnes qui ont pris activement part à deux ateliers de consultation mondiale en ligne (les 3 et 7 décembre 2021) et à une enquête mondiale en ligne sur les modèles de soins assurés par les sages-femmes (en août 2022) d'avoir apporté leur précieuse contribution à ces travaux. Il convient également de remercier Georgia Taylor et Lia Brigante, consultantes au Siège de l'OMS, pour l'analyse des données qu'elles ont menée.

L'OMS exprime sa sincère reconnaissance aux membres du groupe d'experts, qui ont contribué à la révision du présent document, pour leurs conseils judicieux. Voici la liste des expertes et experts par ordre alphabétique : Kaosar Afsana (Université BRAC, Bangladesh), Jennifer Akuamoah-Boateng (Gates Foundation, États-Unis d'Amérique), Roa Altaweli (Université Princess Nourah bint Abdulrahman, Arabie saoudite), Annie Atchoumi (Fédération des associations de sages-femmes d'Afrique francophone, Cameroun), Farah Babaey (Ministère de la santé et de l'éducation médicale de la République islamique d'Iran), Sarah Bar-Zeev (Burnet Institute, Australie), Ndeye Bigue Ba Mbodji (Association nationale des sages-femmes d'État du Sénégal, Sénégal), Pontius Bayo (St Mary's Hospital Lacor, Ouganda), Malin Bogren (Université de Gothenburg, Suède), Lia Brigante (Royal College of Midwives, Royaume-Uni), Sheila Clow (Université du Cap, Afrique du Sud), Maria Helena daSilva Bastos (Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras, Brésil), Alison Eddy (New Zealand College of Midwives, Nouvelle-Zélande), Ubah Farah Ahmed (Somali Pediatric Association, Somalie), Mandy Forrester (Confédération internationale des sages-femmes, Royaume des Pays-Bas), Lynn Freedman (Université de Columbia, États-Unis d'Amérique), Meena Gandhi (Bureau des affaires étrangères, du Commonwealth et du développement, Royaume-Uni), Yamileth Granizo Román (Comité para la Prevención de la Tortura, Chili), Pandora Hardtman (Jhpiego, États-Unis d'Amérique), Paridhi Jha (Foundation for Research in Health Systems, Inde), Inderjeet Kaur (Fernandez Hospital, Inde), Zuzana Krišková (Women's Circles, Slovaquie), Bashi Kumar-Hazard (Human Rights in Childbirth [organisation œuvrant au niveau mondial]), Debrah Lewis (Mamatoto Resource & Birth Centre, Trinité-et-Tobago), Margaret Loma Phiri (consultante indépendante en pratique sage-femme/maïeutique, Malawi), Jody Lori (Université du Michigan, États-Unis d'Amérique), Alison McFadden (Université de Dundee, Royaume-Uni), Paula Medway (service de la santé et du bien-être, gouvernement d'Australie-Méridionale, Australie), Berit Mortensen (Oslo Metropolitan University, Norvège), Goma Niraula (Midwifery Society of Nepal, Népal), Geraldine Nyaku (White Ribbon Alliance, Zimbabwe), Jovita Ortiz Contreras (Université du Chili, Chili), Loveday Penn-Kekana (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni), Bharati Sharma (Indian Institute of Public Health, Inde), Yoko Shimpuku (Université d'Hiroshima, Japon), Suzanne Stalls (MOMENTUM Country and Global Leadership, États-Unis d'Amérique), Catharine Taylor (MSD for Mothers, États-Unis d'Amérique), Sally K. Tracy (Université de Sydney, Australie), Jona Turalde (Malaya Center for Sexuality Education, Philippines) et Alexandra Zuber (Ata Health Strategies LLC, États-Unis d'Amérique). Le Département MCA de l'OMS exprime également sa reconnaissance à Robyn Churchill (Agence

3 Pendant les travaux ayant permis la publication du présent document de position, l'affiliation institutionnelle de cette contributrice a changé : elle a quitté le FNUAP pour le Burnet Institute.

des États-Unis pour le développement international, États-Unis d'Amérique) et à Cristina Mattison (Karolinska Institute, Suède) pour leurs contributions techniques au début du projet. L'OMS remercie en outre Annie Oliver (New Zealand College of Midwives, Nouvelle-Zélande) pour son soutien dans la collecte de la documentation.

Le Département MCA de l'OMS tient également à remercier les conseillères et conseillers régionaux et mondiaux de l'UNICEF et du FNUAP pour leurs contributions techniques dans le cadre de l'examen du document de position mondial : Salwa AlEryani (Bureau régional pour l'Asie de l'Est et le Pacifique de l'UNICEF, Thaïlande), Fatima Gohar (Bureau régional pour l'Afrique orientale et australe de l'UNICEF, Kenya), Tedbabe Degefie Hailegebriel (siège de l'UNICEF, États-Unis d'Amérique), Tomomi Kitamura (Bureau régional pour l'Afrique orientale et australe de l'UNICEF, Sénégal), Shirley Mark Prabhu (Bureau régional pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord de l'UNICEF, Jordanie), Catherine Breen Kamkong (Bureau régional pour l'Asie et le Pacifique du FNUAP, Thaïlande), Alejandra Corao (Bureau régional pour l'Amérique latine et les Caraïbes du FNUAP, Panama), Mollie Fair (Bureau régional pour les États arabes du FNUAP, Égypte), Tamar Khomasuridze (Bureau régional pour l'Europe de l'Est et l'Asie centrale du FNUAP, Türkiye), Chisato Masuda et Jean-Pierre Monet (siège du FNUAP, États-Unis d'Amérique).

Le Département MCA de l'OMS tient à remercier ses collègues de l'OMS pour leur contribution et leur soutien technique à la révision du document. Voici la liste des contributrices et contributeurs des bureaux régionaux et de pays de l'OMS : Julio Pedroza (bureau de pays de l'OMS, Brésil), Triphonie Nkurunziza (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, République du Congo), Bremen De Mucio (Bureau régional de l'OMS pour les Amériques/ Organisation panaméricaine de la Santé, Latin Center for Perinatology and Women's Health, Uruguay), Mohammed Afifi (Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Égypte), et Suvajee Good, Rajesh Khanna et Ai Tanimizu (Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, Inde). Voici la liste des contributrices et contributeurs du Siège de l'OMS à Genève (Suisse) : Amelia Latu Afuhaamango Tuipulotu (Bureau du Responsable-chef des services infirmiers), Carey McCarthy (Département Personnels de santé), Tova Tampe (Programme spécial sur les soins de santé primaires), Ann-Beth Moller (Département Santé sexuelle et reproductive, et recherche), et Anshu Banerjee, Subha Sri Balakrishnan, Frida Berg, Allisyn Moran, Heather Scott, Beena Varghese, Florence West et Emily Wootton (Département MCA).

L'OMS remercie enfin la Gates Foundation et MSD for Mothers d'avoir apporté leur soutien financier.

Sigles et acronymes

CITP	Classification internationale type des professions
CSU	couverture sanitaire universelle
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
ICM	Confédération internationale des sages-femmes
MNT	maladie non transmissible
ODD	objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
SSP	soins de santé primaires
STAGE	Groupe consultatif stratégique et technique d'experts pour la santé et la nutrition maternelles, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Glossaire

Continuité des soins	Sentiment, par les bénéficiaires, d'une série d'interventions de soins qui sont cohérentes et reliées dans le temps, et qui sont conformes à leurs besoins et préférences en matière de santé (1).
Coordination des soins	Approche proactive visant à réunir les professionnelles et professionnels de santé ainsi que les prestataires de soins pour répondre aux besoins des usagères et usagers des services afin de s'assurer qu'ils reçoivent des soins intégrés et centrés sur la personne dans divers contextes (1).
Couverture sanitaire universelle	Fait de veiller à ce que toutes les personnes aient accès aux services de promotion de la santé, de prévention, de réanimation, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs dont elles ont besoin, ces services étant de qualité suffisante pour être efficaces, tout en veillant à ce que le recours à ces services n'expose pas les usagères et usagers à des difficultés financières (1).
Décès maternel	Décès d'une femme pendant la grossesse ou dans un délai de 42 jours après la fin de la grossesse, quelles que soient la durée et la localisation de cette grossesse, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou par sa prise en charge (décès obstétrical direct ou indirect), mais ni accidentelle ni fortuite (3).
Décès néonatal	Décès intervenant dans les 28 jours suivant une naissance vivante (7).
Équité en matière de santé	Absence de différences systématiques ou susceptibles d'être corrigées en ce qui concerne l'état de santé, l'accès aux soins et aux environnements favorables à la santé, et le traitement d'un ou de plusieurs aspects de la santé au sein de populations ou de groupes de population définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement à l'intérieur d'un même pays et entre différents pays (1).
Évoluer vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes	Référence au processus de réorientation des systèmes de santé visant à proposer une alternative au modèle de soins actuel, fragmenté et axé sur le risque, pour adopter un modèle de soins assurés par les sages-femmes dans lequel les femmes et les nouveau-nés reçoivent, de la période préconceptionnelle à la période postnatale, des soins équitables, centrés sur la personne, respectueux, intégrés et de qualité assurés et coordonnés par des sages-femmes travaillant en collaboration au sein d'équipes interdisciplinaires (définition dans le présent document).
Fragmentation (des services de santé)	a) Coexistence d'unités, d'établissements ou de programmes qui ne sont pas intégrés dans le réseau de la santé ; b) absence de couverture par l'ensemble des services de promotion de la santé, de prévention, de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs ; c) manque de coordination entre les services dans les différentes plateformes de soins ; ou d) absence de continuité des services dans le temps (1).
Insuffisance pondérale à la naissance	Poids de naissance inférieur à 2500 g (jusqu'à 2499 g) (3).

Modèles de continuité des soins assurés par les sages-femmes⁴	Modèles de soins assurés par les sages-femmes dans lesquels une même sage-femme connue et de confiance – ou un petit groupe de sages-femmes connues – est la principale prestataire de soins pour les femmes et leurs enfants tout au long de la grossesse, du travail, de l'accouchement et de la période postnatale (conformément aux définitions contenues dans le présent document).
Modèles de soins	Conception de la manière dont les services doivent être assurés, notamment en ce qui concerne les procédures de soins, l'organisation des prestataires et la gestion des services, en s'appuyant sur la détermination des rôles et des responsabilités des différentes plateformes et des différents prestataires tout au long des parcours de soins (1).
Modèles de soins assurés par les sages-femmes⁴	Modèles de soins dans le cadre desquels les prestataires principaux de soins pour les femmes et les nouveau-nés, de la période préconceptionnelle à la période postnatale, sont des sages-femmes diplômées, agréées et réglementées et qui assurent et coordonnent de manière autonome des soins respectueux de qualité dans l'ensemble de leur champ d'exercice, en s'appuyant sur une approche conforme à la philosophie des soins assurés par les sages-femmes, qui : i) encourage une approche des soins centrée sur la personne ; ii) valorise la relation et le partenariat entre la femme et la sage-femme ; iii) optimise les processus physiologiques, biologiques, psychologiques, sociaux et culturels ; et iv) n'implique un recours aux interventions que lorsque cela est indiqué. Dans ces modèles de soins, les sages-femmes assurent des soins intégrés, répondant aux besoins de chaque femme et de chaque nouveau-né, au sein de systèmes de santé fonctionnels et favorables, dotés des ressources nécessaires et de mécanismes efficaces de consultation et d'orientation. Les sages-femmes collaborent au sein de réseaux de soins, et d'équipes interdisciplinaires fondées sur l'égalité, la confiance et le respect. Cette approche garantit que chaque femme et chaque nouveau-né reçoive des soins personnalisés, adaptés à leurs besoins de santé. Les modèles de soins assurés par les sages-femmes sont adaptables à tous les niveaux de soins et à tous les contextes, notamment aux soins à domicile, au sein de la communauté et en milieu hospitalier, dans les secteurs public et privé et dans le cadre de partenariats public-privé, dans les environnements à ressources limitées, ainsi que dans les situations de crise et d'urgence humanitaire. Cela permet une large accessibilité, est gage d'équité et garantit la pertinence des soins dans différents contextes culturels pour les femmes, les nouveau-nés, les partenaires, les familles et les communautés (<i>définition dans le présent document</i>).

4 Les modèles de continuité des soins assurés par les sages-femmes portaient auparavant le nom de « modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes ».

Morbidité maternelle	Problème imputable à la grossesse et à l'accouchement et/ou compliquant la grossesse et l'accouchement, et qui a un impact négatif sur le bien-être et/ou le fonctionnement de la femme (4).
Mortinaissance	Expulsion complète d'un fœtus ou son extraction complète du ventre d'une femme à la suite de son décès avant l'expulsion ou l'extraction complète, à partir de 22 semaines complètes de gestation. Aux fins de notification internationale, il est recommandé de déclarer les mortinaissances à partir de 28 semaines complètes de gestation (3).
Naissance prématurée	Nourrisson né vivant avant 37 semaines de grossesse (moins de 259 jours) (3).
Orientation	Fait d'adresser une personne vers l'établissement ou vers la ou le spécialiste approprié(e) au sein d'un système de santé ou d'un réseau de prestataires de services de santé pour répondre à ses besoins. Une réorientation peut se produire lorsqu'une personne est réadressée vers les soins primaires pour des soins de suite à la suite d'une intervention en soins secondaires ou tertiaires (1).
Parcours de soins	Éventail des soins de santé aux personnes et aux populations qui s'imposent à toutes les étapes d'une pathologie, d'une blessure ou d'un événement tout au long de la vie ; cela comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs (1).
Période postnatale	Période qui commence immédiatement après la naissance et qui dure six semaines (42 jours) (8).
Petit pour l'âge gestationnel	Poids à la naissance inférieur à -2 écarts-types par rapport à la moyenne ou inférieur au 10 ^e centile selon les courbes de croissance intra-utérine en vigueur localement (3).
Réseau de soins pour la santé maternelle et néonatale	Ensemble d'établissements de santé publics et/ou privés et de soignantes et soignants ayant décidé de travailler de façon interconnectée dans le but d'encourager le travail en équipe pluridisciplinaire et l'apprentissage collaboratif pour assurer des soins complets, équitables, respectueux et centrés sur la personne, dès le niveau des soins à domicile/dans la communauté jusqu'au niveau des soins de santé tertiaires, en passant par les soins de santé primaires (6).
Sage-femme⁵	Les professionnelles et professionnels de la pratique sage-femme/maïeutique planifient les soins avant, pendant et après la grossesse et l'accouchement, et en assurent la prise en charge, la prestation et l'évaluation. Ils fournissent des soins au moment de l'accouchement afin de réduire les risques pour la santé des femmes et des nouveau-nés, conformément aux dernières normes et pratiques sage-femme/maïeutique ; ils travaillent de façon autonome ou font équipe avec d'autres prestataires de soins. Ils peuvent mener des recherches sur les procédures et pratiques sage-femme/maïeutique et mettre en œuvre des activités de formation à ces pratiques dans des contextes cliniques et communautaires (5). ⁶

5 Dans le présent document de position, le terme « sages-femmes » désigne à la fois les sages-femmes et les professionnelles et professionnels des soins infirmiers et de la pratique sage-femme/maïeutique.

6 La définition présentée en anglais dans la Classification internationale type des professions (CITP), publiée en 2008, sera mise à jour en 2028.

Services de santé intégrés	Services de santé gérés et fournis de façon à assurer à chaque personne un parcours de soins associant les services de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement, de prise en charge, de réadaptation et de soins palliatifs, coordonnés aux différents niveaux et dans les différents sites de soins, dans le cadre ou à l'extérieur du secteur de la santé, conformément à ses besoins tout au long de la vie.
Soins centrés sur l'individu	Approches et pratiques de soins dans lesquelles la personne est considérée dans son ensemble, avec des besoins et des objectifs à différents niveaux, sachant que les besoins dépendent des déterminants sociaux de la santé de chacun et chacune (1).
Soins collaboratifs	Soins dans le cadre desquels les professionnelles et professionnels et les organisations collaborent avec les personnes pour atteindre un but commun (1).
Soins de qualité	Soins sans danger, efficaces, centrés sur la personne, prodigués en temps opportun, efficaces, équitables et intégrés (2).
Soins de santé primaires	Soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire (1).
Soins primaires	Prestation de services de santé intégrés et accessibles par des praticiennes et praticiens chargés de répondre à la grande majorité des besoins personnels en matière de soins de santé, d'établir des partenariats durables avec les individus et d'exercer dans le contexte familial et communautaire. C'est ce qu'on appelle aussi dans certaines régions le premier niveau de soins (1).

Références bibliographiques du glossaire⁷

1. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires : de l'ambition à l'action. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/351687>). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

2. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated peoplecentred health services. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/274628>). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

3. Classification internationale des maladies, Onzième Révision (CIM-11). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019/2021 (<https://icd.who.int/fr/>). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

4. Chou D, Tunçalp Ö, Firoz T, Barreix M, Filippi V, von Dadelszen P et al.; Maternal Morbidity Working Group. Constructing maternal morbidity: towards a standard tool to measure and monitor maternal health beyond mortality. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16:45. (<https://doi.org/10.1186/s12884-015-0789-4>).

5. Classification internationale type des professions. Genève, Département des statistiques de l'Organisation internationale du travail (ILOSTAT), 2008 (<https://ilostat.ilo.org/fr/methods/concepts-and-definitions/classification-occupation/>).

6. Kalaris K, Radovich E, Carmone AE, Smith JM, Hyre A, Baye ML et al. Networks of care: an approach to improving maternal and newborn health. Glob Health Sci Pract. 2022;10(6):e2200162 (<https://doi.org/10.9745/ghsp-d-22-00162>).

7. The Global Health Observatory. Neonatal mortality rate (0 to 27 days) per 1000 live births) (SDG 3.2.2). Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/67>).

8. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/352658>). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

7 Toutes les références ont été consultées le 20 mai 2024.

Résumé d'orientation

Malgré les progrès significatifs réalisés au cours des dernières décennies, la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales ainsi que les mortinaissances demeurent à un niveau inacceptable à l'échelle mondiale, révélant la persistance d'inégalités en santé. Les grossesses chez les adolescentes restent un problème de santé publique mondial d'ampleur, des millions d'adolescentes étant confrontées chaque année aux difficultés d'une grossesse non désirée. L'insuffisance d'accès à des services et à des produits de base dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et des droits connexes pour des millions de femmes, y compris à la planification familiale et à l'avortement sécurisé, contribue à la mortalité et à la morbidité maternelles et néonatales ainsi qu'aux mortinaissances à l'échelle mondiale. L'augmentation du nombre de personnes, y compris de femmes enceintes et de nouveau-nés, confrontées à des situations d'urgence humanitaires ou de fragilité, exacerbées par les répercussions des changements climatiques, constitue un défi de taille. Les expériences vécues par les individus dans ces situations de crise entraînent de graves conséquences médicales, psychologiques, sociales et économiques dans tous les aspects de la vie et du bien-être des femmes, des nouveau-nés, des partenaires, des familles et des communautés.

Un accès rapide à des soins de qualité permettrait d'éviter la majorité des décès maternels et néonataux ainsi que des mortinaissances. Si l'amélioration de l'accès aux soins est essentielle pour limiter la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales, ainsi que les mortinaissances, la mauvaise qualité des soins est responsable d'un plus grand nombre de décès que le manque d'accès aux soins dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans ces contextes, plus de 50 % des décès maternels et plus de 60 % des décès néonataux pourraient être évités grâce à des soins de qualité. Nombre de femmes et de nouveau-nés sont victimes de maltraitance pendant la grossesse, l'accouchement et les soins postnatals partout dans le monde. La surmédicalisation de la grossesse et de l'accouchement s'est intensifiée au cours des dernières décennies, ce qui a contribué à dégrader encore la qualité des soins et à entraîner des effets défavorables sur la santé des femmes et des nouveau-nés, faisant obstacle à la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU).

En vertu du droit international des droits humains, les gouvernements sont tenus de promouvoir, respecter, protéger, garantir et faire respecter le droit des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescentes et adolescents à bénéficier de soins de santé de qualité et à jouir des normes les plus élevées en matière de santé. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) approuve la réorientation des systèmes de santé vers les soins de santé primaires (SSP)⁸ en tant qu'étape fondamentale sur la voie de la CSU. Cela comprend la mise en place de modèles de soins adaptés aux contextes nationaux et locaux, et faisant progresser les principes de la promotion de services de santé intégrés complets. En vue d'assurer la prestation de services de santé de qualité pour améliorer l'état de santé et le bien-être de tous les individus dans le contexte de la CSU, la transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes représente une approche rentable permettant d'optimiser les résultats de santé des femmes et des nouveau-nés tout en réduisant le recours à des interventions inutiles.

« Évoluer vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes » fait référence au processus de réorientation des systèmes de santé visant à proposer une alternative au modèle de soins actuel, fragmenté et axé sur le risque, pour adopter un modèle de soins assurés par les sages-femmes dans lequel les femmes et les nouveau-nés reçoivent, de la période préconceptionnelle à la période postnatale, des soins équitables, centrés sur la personne, respectueux, intégrés et de qualité assurés et coordonnés par des sages-femmes travaillant en collaboration au sein d'équipes interdisciplinaires.

8 L'OMS différencie les soins de santé primaires – une approche de la santé mobilisant l'ensemble de la société – des soins primaires, qui constituent le premier contact avec des services de santé centrés sur la personne, continus, complets et coordonnés.

Modèles de soins assurés par les sages-femmes : définition

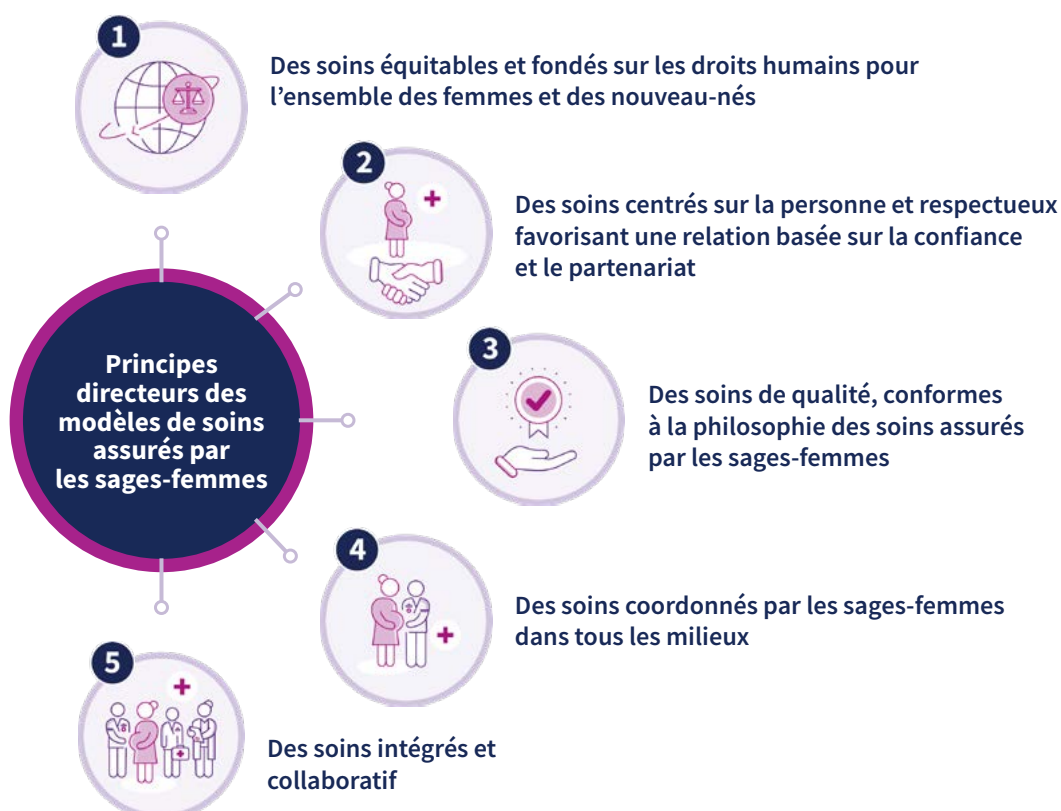
Modèles de soins dans le cadre desquels les prestataires de soins principaux pour les femmes et les nouveau-nés, de la période préconceptionnelle à la période postnatale, sont des sages-femmes diplômées, agréées et réglementées qui assurent et coordonnent de manière autonome des soins respectueux de qualité dans l'ensemble de leur champ d'exercice, en s'appuyant sur une approche conforme à la philosophie des soins assurés par les sages-femmes, qui :

- i) encourage une approche des soins centrée sur la personne ;
- ii) valorise la relation et le partenariat entre la femme et la sage-femme ;
- iii) optimise les processus physiologiques, biologiques, psychologiques, sociaux et culturels ; et
- iv) n'implique un recours aux interventions que lorsque cela est indiqué.

Dans ces modèles de soins, les sages-femmes assurent des soins intégrés, répondant aux besoins de chaque femme et de chaque nouveau-né, au sein de systèmes de santé fonctionnels et favorables, dotés des ressources nécessaires et mécanismes efficaces de consultation et d'orientation. Les sages-femmes collaborent au sein de réseaux de soins et d'équipes interdisciplinaires fondées sur les principes d'égalité, de confiance et de respect. Cette approche garantit que chaque femme et chaque nouveau-né reçoive des soins personnalisés, adaptés à leurs besoins de santé.

Les modèles de soins assurés par les sages-femmes sont adaptables à tous les niveaux de soins et à tous les contextes, notamment aux soins à domicile, au sein de la communauté et en milieu hospitalier, dans les secteurs public et privé et dans le cadre de partenariats public-privé, dans les environnements à ressources limitées, ainsi que dans les situations de crise et d'urgence humanitaire. Cela permet une large accessibilité, est gage d'équité et garantit la pertinence des soins dans différents contextes culturels pour les femmes, les nouveau-nés, les partenaires, les familles et les communautés.

Principes directeurs des modèles de soins assurés par les sages-femmes



Dans la mesure où il est urgent de protéger et d'améliorer la vie et le bien-être des femmes et des nouveau-nés, la mise en œuvre de modèles de soins assurés par les sages-femmes permet :

- de sauver des vies ;
- d'améliorer la santé et le bien-être à court, moyen et long terme des femmes et des nouveau-nés, faisant en sorte que les générations futures soient en meilleure santé ;
- de mieux satisfaire les femmes en ce qui a trait à leur expérience de soins, afin de répondre à l'aspiration à des soins de qualité exprimée par les populations ;
- de donner aux femmes les moyens de prendre des décisions éclairées en matière de santé, contribuant ainsi à leur autonomie globale dans la prise de décisions et à leur capacité de jouir pleinement de leur santé sexuelle et reproductive et de leurs droits connexes ;
- d'appuyer les processus physiologiques et respectueux de la santé et de ne recourir aux interventions que lorsque cela est indiqué, réduisant ainsi les issues défavorables et la charge financière associée aux actes médicaux inutiles ;
- de faire progresser la santé publique dans les pays et de réduire les inégalités en santé, contribuant ainsi à une société en meilleure santé et plus équitable ;
- d'améliorer l'accès aux services de santé dans les pays, en comblant les lacunes critiques des systèmes de santé et en renforçant leur capacité à répondre aux besoins de la population ;
- d'incarner l'engagement en faveur de la santé et des droits des femmes, en tenant compte des besoins spécifiques des femmes en matière de santé et de bien-être et en répondant à ces besoins ; et
- de maximiser l'efficacité de l'allocation des ressources, en veillant à ce que les fonds publics soient investis dans les pratiques de soins de santé aux mères et aux nouveau-nés les plus efficaces et ayant le plus d'impact.

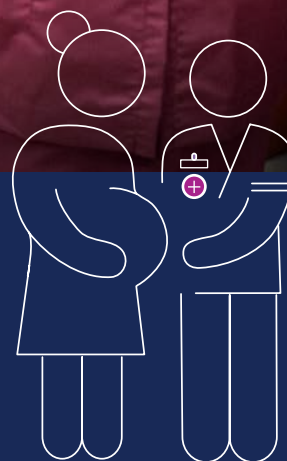


Une femme reçoit des conseils d'une sage-femme pour l'allaitement en République démocratique du Congo. © FNUAP

1



En Inde, une femme enceinte reçoit des conseils afin de soulager ses douleurs pendant le travail © UNICEF Inde



1. Contexte

Malgré les progrès significatifs enregistrés ces dernières décennies, les taux de mortalité et de morbidité maternelles demeurent inacceptables à l'échelle mondiale (1). En 2020, 287 000 femmes ont perdu la vie selon les estimations en raison de complications liées à la grossesse, à l'accouchement ou à la période postnatale (1). De plus, en 2015, on estimait à 27 millions le nombre de décès directs imputables aux complications obstétricales les plus courantes : hémorragie, hypertension artérielle, sepsis et complications en lien avec un avortement non sécurisé (2). Les problèmes de santé mentale, y compris l'anxiété et la dépression pendant la période périnatale, touchent environ une femme sur 10 dans les pays à revenu élevé, et une sur cinq dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (3). Ces problèmes de santé mentale peuvent conduire au suicide, qui devient l'une des principales causes de mortalité pendant la grossesse et jusqu'à un an après la naissance dans les pays à revenu élevé (4-7). La mortalité et la morbidité maternelles entraînent de graves conséquences médicales, psychologiques, sociales et économiques (8-12) et des effets indésirables à moyen et à long terme qui jouent sur tous les aspects de la vie et du bien-être des femmes, des nourrissons, des partenaires, des familles et des communautés (12-14).

La santé sexuelle et reproductive et les droits connexes sont une composante essentielle de la couverture sanitaire universelle (CSU). Cependant, les services œuvrant dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et des droits connexes restent inaccessibles dans de nombreux pays. Dans le monde, 164 millions de femmes ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale et, dans certaines régions, moins de la moitié des demandes en la matière sont satisfaites (15). De plus, trois grossesses sur 10 débouchent sur des interruptions volontaires de grossesse, dont 45 % sont jugées dangereuses (16). On estime que ces avortements non sécurisés sont responsables de 4,7 % à 13,2 % des décès maternels et entraînent une morbidité accrue chez les femmes survivantes (16-18).

La mortalité néonatale reste également extraordinairement élevée à l'échelle mondiale, environ 6300 décès néonataux survenant chaque jour, dont la majorité au cours de la première semaine de vie (19). Les pathologies néonatales (par exemple, les complications dues à une naissance prématurée, l'asphyxie néonatale, les traumatismes à la naissance, le sepsis néonatal et les infections, entre autres) se classent collectivement au



Une femme bénéficie de soins assurés par une sage-femme pendant sa grossesse en République démocratique populaire lao. © FNUAP



Une femme déplacée à l'intérieur du territoire de la République démocratique du Congo en raison d'un conflit consulte une sage-femme lors d'une visite prénatale. © FNUAP

cinquième rang des causes de mortalité tous groupes d'âge confondus dans le monde, et au premier rang dans les pays à revenu faible (20). La morbidité néonatale est également très élevée à l'échelle mondiale : en 2020, on estimait à 13,4 millions le nombre d'enfants nés prématurément (21) et à 19,8 millions le nombre de nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance (22). Les pathologies néonatales, principalement les naissances prématurées et l'insuffisance pondérale à la naissance, sont les principales causes des années de vie ajustées sur l'incapacité (20), de la mortalité des enfants de moins de cinq ans (19,23) et de la mortalité et de la morbidité néonatales à l'échelle mondiale (19). Elles peuvent entraîner des handicaps à vie (24,25) et des issues défavorables à long terme (24,25), aggravant ainsi le fardeau des maladies non transmissibles (MNT) (26-28). L'allaitement maternel est l'une des principales interventions susceptibles de réduire la mortalité de l'enfant et l'incidence des MNT plus tard dans la vie (29), mais seulement 47 % des enfants sont mis au sein dans la première heure de vie et seulement 67 % bénéficient d'un allaitement maternel exclusif dans les deux premiers jours suivant la naissance (30).

Plus de deux millions d'enfants meurent *in utero* chaque année. Malgré cette tragique réalité, la question des mortinaissances reste presque invisible. À l'échelle mondiale, on estime que 5200 mortinaissances (nourrissons qui meurent après 28 semaines de grossesse, avant ou pendant le travail ou l'accouchement) se produisent chaque jour, dont 40 % pendant le travail (31). Comme le souligne le rapport 2022 du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile, ces décès restent cachés derrière un voile de silence alimenté par la stigmatisation, le tabou et l'idée fausse selon laquelle rien ne peut être fait pour les prévenir (31).

La mortalité et la morbidité maternelles et néonatales ainsi que les mortinaissances ne sont pas réparties de manière égale ou aléatoire dans le monde ou dans les pays – elles constituent un indicateur significatif des inégalités en santé (8). La grande majorité des décès maternels et néonataux ainsi que des mortinaissances se produisent en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, qui représente à elle seule environ 70 % des décès maternels dans le monde, 46 % des décès néonataux et 77 % des mortinaissances (1,19,31). D'autres facteurs majeurs contribuant aux inégalités pesant sur les risques de décès maternel et néonatal ainsi que de mortinaissance sont le sexe, le genre et l'origine ethnique de la femme et du nourrisson, de même que le niveau d'éducation, la situation professionnelle, le niveau de revenu, le handicap, l'orientation sexuelle et l'âge de la femme (1,32).

Les grossesses chez les adolescentes restent un problème d'ampleur en matière de santé publique à l'échelle mondiale. En 2019, on estimait à 21 millions le nombre d'adolescentes enceintes âgées de 15 ans à 19 ans dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, la moitié de ces grossesses environ étant non désirées et 55 % des grossesses non désirées débouchant sur des avortements, souvent réalisés dans de mauvaises conditions de sécurité (33). À l'échelle mondiale, les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont les principales

causes de mortalité chez les filles âgées de 15 ans à 19 ans (34). Les mères adolescentes âgées de 10 ans à 19 ans sont exposées à un risque accru de complications telles que l'hémorragie, le sepsis, l'hypertension artérielle et la dystocie, et leurs nourrissons sont plus susceptibles de naître prématurément et/ou avec une insuffisance pondérale à la naissance (34).

À l'échelle mondiale, les personnes vivant dans des situations d'urgence humanitaire ou de fragilité, déplacées de force et/ou apatrides n'ont jamais été aussi nombreuses (35,36). Rien qu'en 2017, 630 millions de femmes et d'enfants vivaient à proximité de zones de conflit ou avaient été déplacés de force (37). Dans les situations de crise, les femmes et les nouveau-nés sont particulièrement vulnérables (35,38), et les conflits armés sont associés à une surmortalité importante et persistante des mères et des enfants à l'échelle mondiale (39). Les changements climatiques contribuent aux crises humanitaires dans le monde entier (35) et les catastrophes liées au climat ont été multipliées par presque trois au cours de la dernière décennie (40). Les conditions qui prévalent dans ces contextes et le nombre de personnes qui vivent dans ces situations entravent considérablement la réalisation des buts et objectifs mondiaux en matière de santé et de bien-être, notamment les cibles visant à réduire la mortalité maternelle et néonatale ainsi que les mortinaissances (1).

Pourtant, un accès rapide à des soins de qualité permettrait d'éviter la majorité des décès maternels et néonataux ainsi que des mortinaissances (1,19,31). Les retards dans l'accès aux soins nécessaires entraînent des décès évitables et des complications médicales chez les femmes et les nouveau-nés, ainsi que des mortinaissances ; c'est ce qu'on peut qualifier de « trop peu, trop tard » (1,41). À l'échelle mondiale, de nombreuses femmes et adolescentes ne bénéficient toujours pas d'au moins quatre consultations prénatales avec une soignante ou un soignant, et continuent d'accoucher sans pouvoir accéder à un établissement de santé et/ou sans être prises en charge par du personnel de santé qualifié ; en outre, nombre d'entre elles et/ou de leurs enfants ne bénéficient pas de soins postnatals dans les deux jours suivant l'accouchement (42). Les inégalités et les disparités dans l'accès aux soins sont particulièrement répandues à l'échelle mondiale, des groupes spécifiques tels que les populations rurales, les adolescentes et les personnes appartenant aux quintiles de revenu les plus bas rencontrant les plus grandes difficultés d'accès (42). La fistule obstétricale, par exemple, est une complication de l'accouchement révélatrice de fortes inégalités, qui résulte d'un manque d'accès à une césarienne d'urgence en temps opportun en cas de dystocie (43). Elle touche principalement les femmes les plus défavorisées et les plus vulnérables et entraîne de graves souffrances sur le plan médical, psychologique, social et économique pour les femmes qui en sont victimes. De plus, la dystocie entraîne une mortinaissance dans 90,1 % de ces cas (43).

Si l'amélioration de l'accès aux soins est essentielle pour limiter la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales, ainsi que les mortinaissances, la mauvaise qualité des soins est responsable d'un plus grand nombre de décès que le manque d'accès aux soins dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (44). La Lancet Global Health Commission on High Quality Health Systems in the Sustainable Development Goal era estime qu'un million de décès néonataux et 150 000 décès maternels pourraient être évités chaque année grâce à des soins de qualité (44). Pourtant, de nombreux établissements ne sont pas en mesure d'assurer ce type de soins aux mères



Une femme reçoit des informations de la part d'une sage-femme concernant les méthodes modernes de planification familiale disponibles dans un établissement de santé d'un camp de réfugiées et réfugiés rohingyas au Bangladesh. © FNUAP

et aux nouveau-nés, dans le respect des normes de l'OMS. Cela s'explique principalement par l'absence de soins centrés sur l'individu (45,46) ; la pénurie de ressources humaines compétentes et motivées ; l'indisponibilité de ressources physiques essentielles, telles que les produits de base d'importance vitale ; les lacunes dans l'offre de soins ; et des carences graves dans la prestation de soins de santé (47-49). Nombre de femmes et de nouveau-nés sont victimes de maltraitance pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et les soins postnatals partout dans le monde ; des études menées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (48,50) et les pays à revenu élevé (50-53), ainsi que des études portant sur des pays de tous les niveaux de revenu (45,54,55) en sont la preuve. Le manque de respect et les abus peuvent découler de comportements individuels de soignantes et soignants, de problèmes structurels et systémiques conduisant à des soins irrespectueux, ou des deux à la fois. Il est question ici de violence verbale, physique et/ou sexuelle ; de stigmatisation et discrimination ; de non-respect des normes de soins auxquelles doivent se conformer les professionnelles et professionnels ; de mauvaises relations entre les femmes et les prestataires de soins ; et de soins inadaptés par rapport aux conditions et aux contraintes du système de santé (45,48,54-57). Ces formes de maltraitance peuvent avoir de graves conséquences sur la santé et le bien-être des femmes et des nouveau-nés, pouvant entraîner un risque accru d'anxiété et de dépression postnatales, une diminution du sentiment d'autonomie et une moindre probabilité de recourir aux services de santé par la suite (45,52,58).

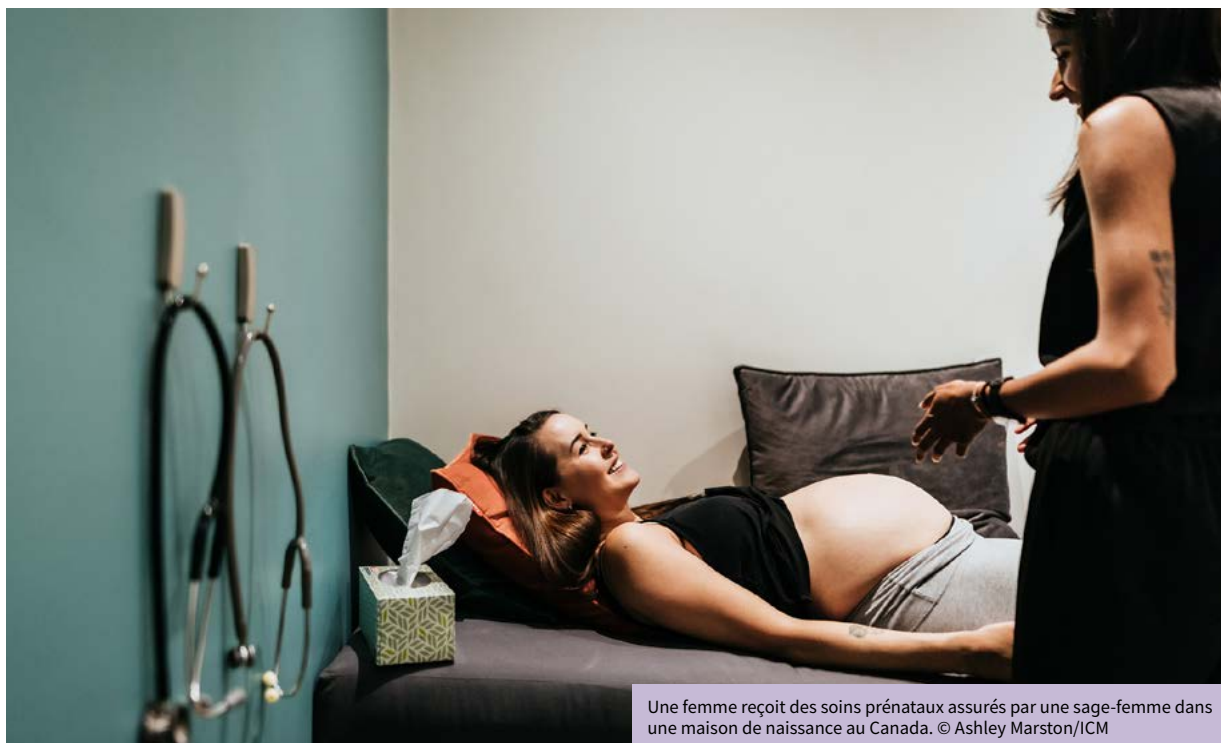
Au cours des dernières décennies, la surmédicalisation de la grossesse et de l'accouchement s'est intensifiée – une tendance mondiale décrite comme « trop agir, trop tôt » (41). Cette pratique implique le recours inapproprié, inutile ou systématique à une intervention sans que cela soit absolument nécessaire, en fonction de l'état de santé de la femme ou de l'enfant. Parmi les interventions auxquelles on a excessivement recours, on peut citer par exemple, l'épisiotomie, l'amniotomie, le déclenchement, les césariennes inutiles et l'aspiration de liquide amniotique clair à la naissance (48,59-61). La surmédicalisation peut avoir des effets néfastes sur la santé (41,59-65) et compromettre la capacité intrinsèque des femmes à accoucher, ce qui peut leur donner l'impression de devenir spectatrices de leur accouchement ; et rend alors leur expérience de l'accouchement négative (41,59,66). En surchargeant des soignantes et soignants déjà sous pression, la surmédicalisation peut également nuire à la qualité des soins et avoir des effets défavorables à court, à moyen et/ou à long terme sur la santé des femmes et des nouveau-nés (41,59,62,63,66,67). Elle aggrave également la charge financière pesant sur les systèmes de santé (67) et augmente les dépenses de santé directes que doivent assumer les femmes et leur famille (68-71), ce qui constitue un obstacle à la réalisation de la CSU.

Lorsqu'elles sont pratiquées à bon escient, les césariennes sauvent des vies. Cependant, le recours à la césarienne non justifiée sur le plan médical entraîne une augmentation des issues défavorables pour les femmes et les nouveau-nés dans le monde entier (61,66) et génère des coûts supplémentaires importants pour les systèmes de santé (61,72). Rien qu'en 2010, les dépenses mondiales attribuées au recours excessif aux césariennes ont été estimées à environ 2,32 milliards de dollars des États-Unis (USD), selon un rapport de l'OMS (67). Ces interventions médicales entraînent en outre des difficultés financières non négligeables pour les femmes et les familles, soit en raison du coût élevé à leur charge, soit en raison des effets négatifs de la césarienne sur la santé des femmes et leur bien-être (68-71). Elles ont également un impact négatif sur l'équité en santé (67) et augmentent la probabilité de faire sombrer les familles dans la pauvreté (ou de les appauvrir davantage).

En vertu du droit international des droits humains, les gouvernements sont tenus de promouvoir, respecter, protéger, garantir et faire respecter le droit des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescentes et adolescents à bénéficier de soins de santé de qualité et à jouir des normes les plus élevées en matière de santé (73). Le Plan d'action « Chaque nouveau-né » et l'initiative pour mettre un terme à la mortalité maternelle évitable favorisent une prise en main par les pays et promeuvent des partenariats à l'échelle mondiale, régionale et nationale pour la mise en œuvre et le suivi de stratégies complémentaires – propres à la santé maternelle et néonatale – afin de renforcer la planification des programmes, le suivi des progrès et le partage des meilleures pratiques (74,75). Ces stratégies visent à améliorer la qualité des soins fournis aux femmes et aux nouveau-nés, ainsi qu'à contribuer à atteindre la CSU pour mettre à disposition des soins complets en matière de santé sexuelle, reproductive, maternelle et néonatale (74,75).

L'OMS approuve la réorientation des systèmes de santé vers les soins de santé primaires (SSP)⁹ en tant qu'étape fondamentale sur la voie de la CSU. Conformément à ce qui est exposé dans la Déclaration d'Astana de 2018

9 L'OMS différencie les soins de santé primaires – une approche de la santé mobilisant l'ensemble de la société – des soins primaires, qui constituent le premier contact avec des services de santé centrés sur la personne, continus, complets et coordonnés.



(76) et précisé dans le cadre opérationnel pour les soins de santé primaires OMS-UNICEF de 2020 (77), les SSP représentent le moyen le plus inclusif, le plus équitable, le plus économique et le plus efficace d'améliorer la santé physique et mentale des populations et de parvenir à la CSU. L'un des leviers mis en avant par le cadre opérationnel OMS-UNICEF comprend la mise en place de modèles de soins adaptés aux contextes nationaux et locaux, et faisant progresser les principes de la promotion de services de santé intégrés complets (77). Le Groupe consultatif stratégique et technique d'experts pour la santé et la nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (STAGE) recommande au minimum, sur le plan des politiques et des stratégies pour une approche des SSP appliquée à la santé et au bien-être des femmes, des enfants, ainsi que des adolescentes et adolescents, d'augmenter la fréquence et la qualité des soins prénatals et postnatals, et d'améliorer les soins intrapartum (y compris les soins d'urgence) répondant aux modèles de soins assurés par les sages-femmes (78).

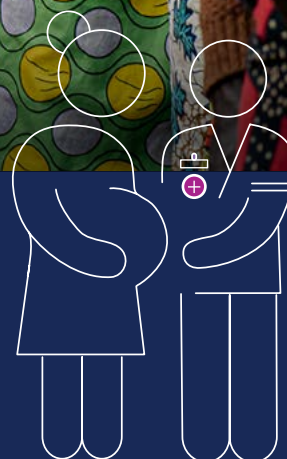
En vue d'assurer la prestation de services de santé de qualité pour améliorer l'état de santé et le bien-être de tous les individus dans le contexte de la CSU, la transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes représente une stratégie d'un bon rapport coût/efficacité pour optimiser les résultats pour les femmes et les nouveau-nés avec un recours minimal à des interventions inutiles (79–85). « Évoluer vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes » fait référence au processus de réorientation des systèmes de santé visant à proposer une alternative au modèle de soins actuel, fragmenté et axé sur le risque, pour adopter un modèle de soins assurés par les sages-femmes dans lequel les femmes et les nouveau-nés reçoivent, de la période préconceptionnelle à la période postnatale, des soins équitables, centrés sur la personne, respectueux, intégrés et de qualité assurés et coordonnés par des sages-femmes travaillant en collaboration au sein d'équipes interdisciplinaires.

Même si l'intérêt porté à cette question ne cesse de croître, il n'existe pas de définition internationale acceptée des « modèles de soins assurés par les sages-femmes ». Le présent document de position mondial cherche à combler ce vide en proposant une définition internationale, en décrivant les principes directeurs des modèles de soins assurés par les sages-femmes et en présentant les bénéfices de l'adoption de tels modèles. Bien que le champ d'exercice des sages-femmes englobe des dimensions plus larges de la santé sexuelle et reproductive et de la santé maternelle, néonatale, de l'enfance et de l'adolescence, ce document se concentre sur l'impact des sages-femmes dans les domaines de la santé maternelle et néonatale. Il reconnaît le rôle essentiel et l'impact que peuvent avoir les sages-femmes au sein des systèmes de santé, tout en soulignant l'importance des soins collaboratifs et intégrés dans le cadre desquels divers professionnels et professionnelles contribuent conjointement à assurer des services de santé maternelle et néonatale de qualité.

2



Une sage-femme apporte son soutien à des femmes et des filles déplacées dans la province d'Ituri en République démocratique du Congo. © FNUAP RDC/Junior Mayindu.



2. Termes et définitions clés

2.1 Qu'est-ce qu'une sage-femme ?

La version anglaise de l'édition 2008 de la Classification internationale type des professions (CITP-08) en vigueur actuellement, une publication du Département des statistiques de l'Organisation internationale du travail (OIT), définit¹⁰ comme suit les professionnelles et professionnels de la pratique sage-femme/maïeutique (86) :

Les professionnelles et professionnels de la pratique sage-femme/maïeutique planifient, assurent et évaluent les soins avant, pendant et après la grossesse et l'accouchement. Ils assurent des soins au moment de l'accouchement afin de réduire les risques pour la santé des femmes et des nouveau-nés, conformément aux dernières normes et pratiques sage-femme/maïeutique ; ils travaillent seuls ou font équipe avec d'autres prestataires de soins. Ils peuvent mener des recherches sur les procédures et pratiques de sage-femme/maïeutique et mettre en œuvre des activités de formation à ces pratiques au sein de contextes tant cliniques que communautaires.

Le site des comptes nationaux des personnels de santé (CNPS) utilise les définitions et les classifications de la CITP-08 comme cadre permettant de surveiller et de communiquer des informations sur les personnels de santé, et demande aux pays de répartir les soignantes et soignants dans les catégories professionnelles définies par la CITP (87). Dans certains pays, il existe des soignantes et soignants qui sont simultanément professionnelles et professionnels des soins infirmiers et de la pratique sage-femme/maïeutique (88,89). La distinction entre ces professions devrait être faite en fonction de la nature du travail effectué et non en fonction du parcours d'études permettant de devenir professionnelle ou professionnel des soins infirmiers et/ou de la pratique sage-femme/maïeutique, comme le souligne la CITP-08 (86) :

La distinction entre personnel infirmier et professionnelles et professionnels de la pratique sage-femme/maïeutique [...] doit être faite sur la base de la nature du travail effectué en relation avec les tâches précisées dans la présente définition et dans les définitions des groupes d'unités concernés. Les qualifications détenues par les personnes ou qui prédominent dans le pays ne sont pas le facteur principal pour faire cette distinction, car les modalités de formation du personnel infirmier et des professionnelles et professionnels de la pratique sage-femme/maïeutique varient considérablement d'un pays à l'autre et ont évolué dans le temps au sein de chaque pays.

Dans le présent document de position, le terme « sages-femmes » désigne à la fois les sages-femmes et les professionnelles et professionnels des soins infirmiers et de la pratique sage-femme/maïeutique, à condition que la nature du travail effectué par cette dernière catégorie corresponde aux tâches devant être menées à bien par les sages-femmes spécifiées et énumérées dans la CITP-08 (86), telles qu'elles sont décrites dans la section suivante.

Les sages-femmes peuvent être des personnes de n'importe quel genre.

10 La définition utilisée dans la CITP, publiée en 2008, sera mise à jour en 2028.

2.2 Que font les sages-femmes ?

Les sages-femmes sont des soignantes et soignants spécialisés dans l'appui à des procédures physiologiques et sans danger pour les femmes et les nouveau-nés tout au long du parcours de soins, s'étendant de la période préconceptionnelle à la fin de la période postnatale ; en fonction du contexte et des besoins, les soins assurés par les sages-femmes peuvent aller au-delà de la période postnatale.



Les sages-femmes exercent selon une philosophie de soins qui (79) :

- encourage une approche des soins centrée sur la personne ;
- accorde de l'importance à la relation et au partenariat entre femme et sage-femme ;
- optimise les processus physiologiques, biologiques, psychologiques, sociaux et culturels ; et
- n'implique un recours aux interventions que lorsque cela est indiqué.

Lorsque les sages-femmes sont des professionnelles et professionnels pleinement formés et agréés, bien intégrés dans les systèmes de santé et travaillant dans un environnement favorable, ils seraient en mesure de répondre – avec le soutien d'équipes interdisciplinaires – à environ 90 % des besoins mondiaux en interventions essentielles en matière de santé sexuelle et reproductive et de santé maternelle, néonatale, de l'enfance et de l'adolescence (89).

Le champ d'exercice des sages-femmes est particulièrement large (79,86,90,91) :

- assurer des services d'éducation pour la santé et d'information sanitaire (promotion de la santé) pour les femmes, les partenaires et les familles ;
- évaluer l'état de santé et de bien-être et les besoins des femmes et des nourrissons ;
- dépister les facteurs de risque et les comportements à risque ;
- diriger la planification des soins en collaboration avec les femmes ;
- promouvoir la prise en charge physiologique de la grossesse, du travail, de l'accouchement et de la période postnatale ;
- assurer les soins essentiels aux nouveau-nés et pratiquer certains gestes spécialisés ;
- prescrire, délivrer et administrer des médicaments ou des produits ; et
- demander, réaliser et interpréter des examens de dépistage en laboratoire et/ou par imagerie médicale.

Les tâches spécifiques des sages-femmes, telles qu'elles sont énoncées dans la CITP-08, sont les suivantes :

- planifier, fournir et évaluer des services de soins et d'appui à destination des femmes et des nourrissons avant, pendant et après la grossesse et l'accouchement, conformément aux dernières normes et pratiques applicables aux soins assurés par les sages-femmes ;
- donner des conseils aux femmes et aux familles, et mener à bien des activités d'éducation communautaire sur la santé, la nutrition, l'hygiène, l'exercice, le projet de naissance et les situations d'urgence, l'allaitement maternel, les soins aux nourrissons, la planification familiale et la contraception, le mode de vie, et d'autres sujets liés à la grossesse et à l'accouchement ;
- évaluer le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, prendre en charge les complications et reconnaître les signes avant-coureurs nécessitant une orientation vers une obstétricienne ou un obstétricien ;
- faire un suivi de l'état de santé des nouveau-nés, prendre en charge les complications et reconnaître les signes avant-coureurs nécessitant une orientation vers une ou un néonatalogiste ;
- faire un suivi de la douleur et de l'inconfort ressentis par les femmes pendant le travail et l'accouchement, et atténuer les douleurs au moyen de différents traitements, y compris par l'administration d'analgésiques ;
- déclarer les naissances aux pouvoirs publics afin de respecter les obligations juridiques et professionnelles ;
- mener des recherches sur les procédures et les pratiques sage-femme/maïeutique, et diffuser les résultats, par exemple par le biais d'articles et de rapports scientifiques ; et
- planifier et mener à bien des activités de formation à la pratique sage-femme/maïeutique dans des contextes cliniques et dans les communautés (86).

Les sages-femmes sont responsables de leurs décisions et de leurs actions, pour autant que la situation reste dans leur champ d'exercice (91). Ces professionnelles et professionnels ont les capacités nécessaires pour analyser les situations, évaluer les risques encourus par les femmes et les nouveau-nés, et prendre des décisions éclairées. Ils sont compétents pour détecter les complications à un stade précoce et intervenir dans le but de sauver des vies, par exemple en prodiguant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence les plus élémentaires. Si les femmes et/ou les nouveau-nés ont besoin de soins plus complexes et/ou d'interventions spécialisées qui sortent de leur champ d'exercice, les sages-femmes consulteront des médecins spécialistes – par exemple des obstétriciennes ou obstétriciens, des pédiatres et/ou des anesthésistes – afin de fournir conjointement les meilleurs soins possibles aux femmes et/ou aux nouveau-nés, dans le cadre d'équipes interdisciplinaires (79,91). Si la situation se stabilise et que l'état de santé de la patiente ou du patient redevient bon, les sages-femmes reprennent leur rôle de prestataire de soins principal et de coordination, tout en continuant à collaborer avec d'autres soignantes et soignants. Tout au long du parcours de soins, les femmes et les nouveau-nés sont placés au centre des soins mis en place, qui sont adaptés à leurs besoins. Les soignantes et soignants encouragent activement la participation des femmes et leur permettent de gérer les soins qui leur sont prodigués de façon collaborative grâce à une prise de décisions éclairées.

Étant donné que la frontière est ténue entre une situation sans danger pour la santé et une situation pathologique tout au long du parcours de soins, il est essentiel d'instaurer une relation de confiance professionnelle, une communication réciproque, une coordination étroite et une collaboration sans faille, ainsi que de faire en sorte que les sages-femmes et les autres soignantes et soignants (par exemple, les obstétriciennes et obstétriciens, les pédiatres, le personnel infirmier) comprennent et définissent de la même façon les rôles et responsabilités de chacune et chacun. Ainsi, les soins maternels et néonataux pourront être de qualité, respectueux et centrés sur la personne. Lorsque les femmes et/ou les nouveau-nés ont besoin de soins qui sortent du champ d'exercice des sages-femmes, ces professionnelles et professionnels communiquent – après avoir reçu le consentement de la femme – des informations essentielles à la soignante ou au soignant qui prodiguera ces soins.

La Confédération internationale des sages-femmes (ICM) fournit également une définition et fixe le champ d'exercice des sages-femmes (Encadré 2.1). Voir à l'annexe 1 la philosophie de la pratique sage-femme/maïeutique et les modèles de soins assurés par les sages-femmes de l'ICM.



Une sage-femme lors d'une séance éducative sur la santé maternelle à destination de femmes dans la maison de santé de la famille du district de Shiber à Bamiyan (Afghanistan). © FNUAP

Encadré 2.1 Définition et champ d'exercice des sages-femmes, d'après la Confédération internationale des sages-femmes (ICM)

Définition :

« 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, basé sur les Compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme de l'ICM¹¹ et le cadre des Normes mondiales pour la formation en pratique sage-femme de l'ICM ; qui a obtenu les diplômes requis pour être enregistrée ou avoir le droit d'exercer légalement la profession de sage-femme et d'utiliser le titre de "sage-femme", et qui démontre la maîtrise du champ de compétences de la sage-femme. »

Champ de compétences :

« La sage-femme est une personne professionnelle et responsable qui travaille conjointement avec les femmes pour leur donner un appui essentiel, ainsi que des conseils et des soins nécessaires au cours de la grossesse, lors de l'accouchement et dans la période postpartum. Elle doit être en mesure de prendre toute responsabilité lors d'un accouchement, et de prodiguer les soins nécessaires au nouveau-né et au nourrisson. Ces soins incluent des mesures préventives, la promotion de l'accouchement normal, le dépistage des signes de complications, tant chez la mère que chez le bébé, le recours à l'assistance médicale ou à une assistance d'un autre ordre en cas de besoin, et l'exécution de mesures d'urgence.

La sage-femme joue un rôle important en matière de conseils et d'éducation sanitaires, non seulement pour les femmes et les personnes de la diversité sexuelle de genre dont elles s'occupent, mais aussi au sein des familles et des communautés. Son travail devrait comprendre l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parent et peut aller jusqu'à couvrir la santé sexuelle et reproductive et les soins aux nourrissons et aux jeunes enfants.

Une sage-femme peut s'exercer dans n'importe quel contexte, y compris à domicile, dans la communauté, en milieu hospitalier, dans un dispensaire ou dans des unités sanitaires. »

Source : ICM, 2023 (90).



Des étudiantes sages-femmes au Bangladesh. © FNUAP

11 Les Compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme de l'ICM sont en cours de révision et d'actualisation.



En Ouzbékistan, une femme est soutenue par une sage-femme lors de la mise en route de l'allaitement maternel pendant la période postnatale. © OMS Malin Bring/OMS Ouzbékistan

Les sages-femmes jouent également un rôle central dans de nombreux autres domaines des soins de santé, notamment :

- la planification familiale ;
- la vaccination ;
- le développement du jeune enfant ;
- les interventions nutritionnelles (par exemple, promotion de la mise au sein précoce, conseils en matière de nutrition) ;
- les échographies obstétricales et/ou gynécologiques ;
- l'éducation sanitaire à des fins de prévention du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles, et dépistage de ces maladies, prise en charge et orientation ;
- la rééducation périnéale ;
- l'éducation complète à la sexualité ; et
- la prévention et la détection de la violence et des abus fondés sur le genre, et la prise en charge des survivantes (91).

En fonction des circonstances et des besoins spécifiques dans différents pays et contextes, le champ d'exercice d'une sage-femme peut également inclure des soins complets liés à l'avortement et/ou le dépistage des cancers gynécologiques et/ou des mutilations génitales féminines ainsi que l'éducation sanitaire à des fins de prévention en la matière (16,91).

Tous les aspects des services de santé mentionnés ci-dessus ne sont généralement pas assurés par des sages-femmes ; leur participation est variable et ces professionnelles et professionnels peuvent faire partie d'une équipe interdisciplinaire plus large avec des agentes et agents de santé communautaires, du personnel infirmier, du personnel de santé auxiliaire, des aides-soignantes et aides-soignants, des assistantes médicales et assistants médicaux, ainsi que des médecins généralistes ou spécialistes. Cette collaboration interdisciplinaire permet une intégration harmonieuse des services, adaptée aux besoins spécifiques des femmes, de leurs partenaires, des nouveau-nés, des enfants, des adolescentes et adolescents, des familles et des communautés, en veillant à ce que chacune et chacun reçoive les soins les plus complets possibles dans divers contextes et milieux.

2.3 Que sont les modèles de soins assurés par les sages-femmes ?

L'OMS définit les modèles de soins comme suit :

Conception de la manière dont les services doivent être assurés, notamment en ce qui concerne les procédures de soins, l'organisation des prestataires et la gestion des services, en s'appuyant sur la détermination des rôles et des responsabilités des différentes plateformes et des différents prestataires tout au long des parcours de soins (77).

La définition des modèles de soins assurés par les sages-femmes, telle qu'elle a été établie pour le présent document de position, est fournie dans l'**Encadré 2.2**.

Encadré 2.2 Modèles de soins assurés par les sages-femmes : définition

Modèles de soins dans le cadre desquels les prestataires de soins principaux pour les femmes et les nouveau-nés, de la période préconceptionnelle à la période postnatale, sont des sages-femmes diplômées, agréées et réglementées qui assurent et coordonnent de manière autonome des soins respectueux de qualité dans l'ensemble de leur champ d'exercice, en s'appuyant sur une approche conforme à la philosophie des soins assurés par les sages-femmes, qui :

- i) encourage une approche des soins centrée sur la personne ;
- ii) valorise la relation et le partenariat entre la femme et la sage-femme ;
- iii) optimise les processus physiologiques, biologiques, psychologiques, sociaux et culturels ; et
- iv) n'implique un recours aux interventions que lorsque cela est indiqué.

Dans ces modèles de soins, les sages-femmes assurent des soins intégrés, répondant aux besoins de chaque femme et de chaque nouveau-né, au sein de systèmes de santé fonctionnels et favorables, dotés des ressources nécessaires et mécanismes efficaces de consultation et d'orientation. Les sages-femmes collaborent au sein de réseaux de soins et d'équipes interdisciplinaires fondées sur les principes d'égalité, de confiance et de respect. Cette approche garantit que chaque femme et chaque nouveau-né reçoive des soins personnalisés, adaptés à leurs besoins de santé.

Les modèles de soins assurés par les sages-femmes sont adaptables à tous les niveaux de soins et à tous les contextes, notamment aux soins à domicile, au sein de la communauté et en milieu hospitalier, dans les secteurs public et privé et dans le cadre de partenariats public-privé, dans les environnements à ressources limitées, ainsi que dans les situations de crise et d'urgence humanitaire. Cela permet une large accessibilité, est gage d'équité et garantit la pertinence des soins dans différents contextes culturels pour les femmes, les nouveau-nés, les partenaires, les familles et les communautés.

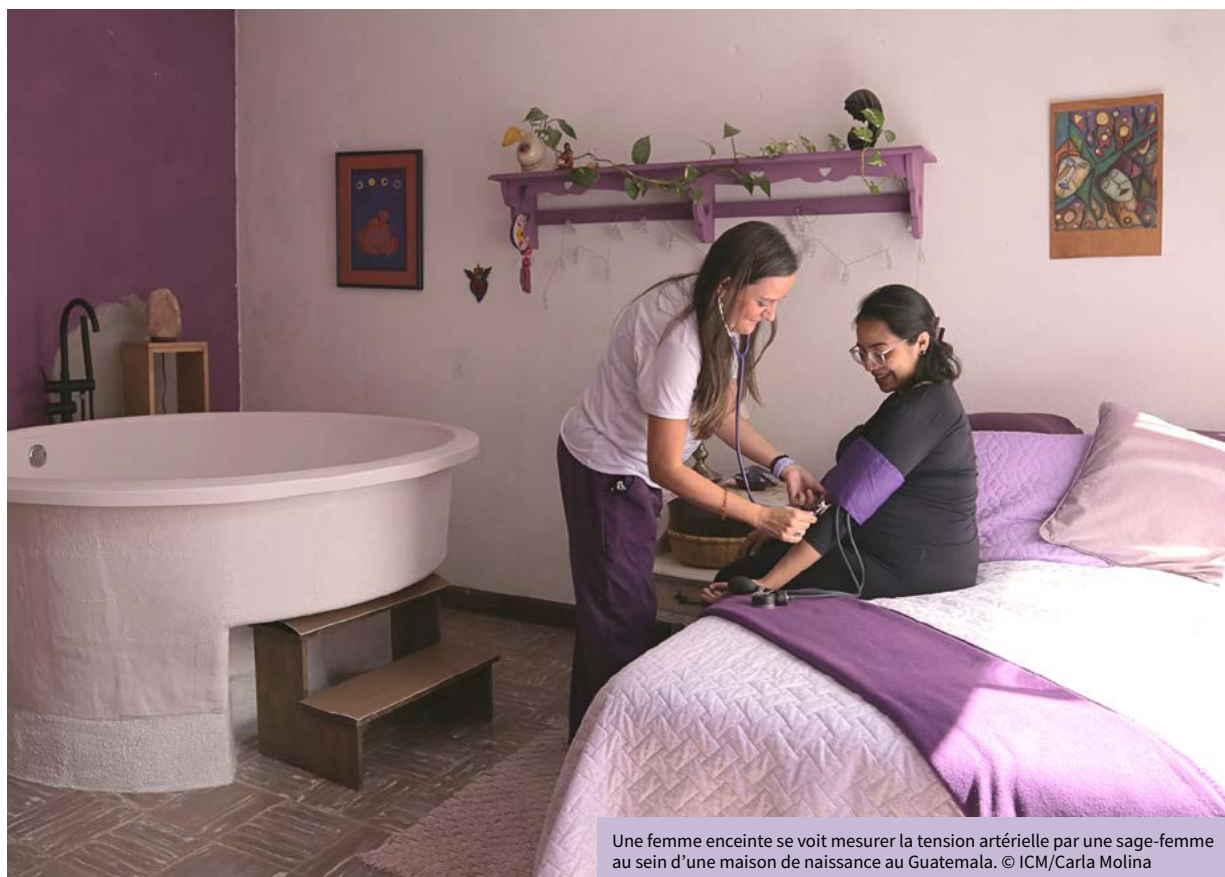
Il existe tout un éventail de modèles de soins assurés par les sages-femmes qui sont mis en œuvre dans le monde entier (92,93), en fonction du contexte et des besoins. Les modèles de « continuité des soins assurés par les sages-femmes »¹² sont les modèles de soins assurés par les sages-femmes les plus connus. Au sein de ces modèles, une sage-femme ou un petit groupe de sages-femmes, connue et de confiance prend en charge une femme et son nouveau-né pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période postnatale.

Cette continuité implique un processus de soins et de soutien émotionnel ininterrompu et attentif aux besoins pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, ainsi que dans les semaines qui suivent (94,95). Il s'agit également de garantir une continuité interpersonnelle (relationnelle), longitudinale, de la prise en charge et de l'information (voir l'**annexe 2**), offrant ainsi des soins plus personnalisés et intégrés (80,96).

12 Les modèles de continuité des soins assurés par les sages-femmes portaient auparavant le nom de « modèles de continuité des soins sous la direction de sages-femmes ».

Dans la littérature, les modèles de continuité des soins assurés par les sages-femmes sont désignés sous les termes d'« accompagnement global à la naissance », de « continuité des soins sous la direction de sages-femmes » ou de « pratique sage-femme en équipe/de groupe » (92). Ces modèles ont été recommandés par l'OMS dans des contextes où les programmes de pratique sage-femme/maïeutique fonctionnent bien (59,64,65), sur la base du concept de continuité des soins et en se fondant sur les résultats d'une revue systématique publiée en 2016 portant sur 17 674 femmes, pour la plupart issues de pays à revenu élevé, comparant les femmes prises en charge dans le cadre d'un modèle de continuité des soins assurés par les sages-femmes à celles qui ont reçu des soins dans le cadre de l'une des trois approches suivantes (80).¹³

- **Soins assurés par une obstétricienne ou un obstétricien** – ces professionnelles et professionnels sont les principaux prestataires de soins pour la plupart des femmes enceintes et, lorsque l'un d'entre eux (pas nécessairement celui qui a assuré les soins prénatals) est présent lors de l'accouchement, le personnel infirmier s'occupe des soins intrapartum et postnatals.
- **Soins assurés par une ou un médecin de famille** – la ou le médecin de famille, ou médecin généraliste, est le principal prestataire de soins, et il se charge d'orienter la patiente vers des soins obstétricaux spécialisés si nécessaire ; une ou un médecin est présent pour l'accouchement. Du personnel infirmier obstétrique ou des sages-femmes se chargent des soins intrapartum et postnatals immédiats, mais ces professionnelles et professionnels ne participent pas à la prise de décisions et n'interviennent pas à toutes les étapes de la prise en charge.
- **Modèles de soins partagés** – la responsabilité de l'organisation et de la prestation des soins est partagée entre les différents soignants et soignantes, de la première consultation prénatale jusqu'à la période postnatale (80).



13 Cette revue systématique a été mise à jour en 2024 et les résultats mis à jour sont présentés au chapitre 3.

3



Une femme prend son nouveau-né dans ses bras avec le soutien d'une sage-femme à l'hôpital Banadir de Mogadiscio (Somalie). © FNUAP/Luis Tato

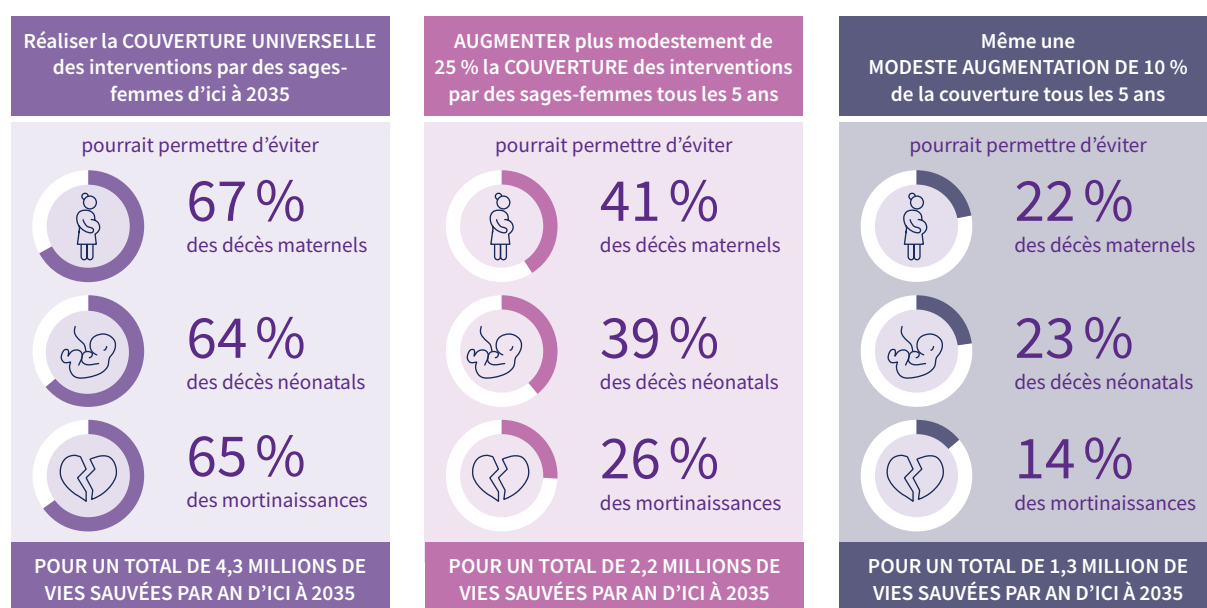


3. Arguments en faveur des modèles de soins assurés par les sages-femmes

3.1 Les modèles de soins assurés par les sages-femmes sauvent des vies et améliorent l'état de santé et le bien-être des femmes, des nouveau-nés, des partenaires, des familles et des communautés

Les sages-femmes sauvent des vies. Plus de 60 % des décès maternels et néonataux ainsi que des mortinaissances pourraient être évités en garantissant la couverture universelle des interventions par des sages-femmes d'ici à 2035, y compris la prestation de services de planification familiale avant la conception,¹⁴ selon une étude de modélisation récente (Figure 3.1) (97). Ainsi, 4,3 millions de vies de femmes et de nouveau-nés pourraient être sauvées chaque année (97). Même une modeste augmentation de 10 % de la couverture tous les cinq ans d'ici à 2035 pourrait permettre de sauver 1,3 million de vies par an (97).

Figure 3.1 Réductions de la mortalité maternelle et néonatale ainsi que des mortinaissances prévues selon l'augmentation de la couverture des interventions par des sages-femmes d'ici à 2035



Source : FNUAP, 2020 (98), adapté de Nove *et al.*, 2021 (97). Reproduction autorisée.

Plus de 50 effets à court, moyen et long terme pour les femmes et les nouveau-nés pourraient être améliorés par des soins de qualité assurés par les sages-femmes, y compris une réduction de la morbidité maternelle et néonatale, ce qui permettrait aux générations futures d'être en meilleure santé (79). La mise en œuvre de modèles de soins assurés par les sages-femmes peut agir sur les causes sous-jacentes des issues défavorables en matière de santé maternelle et néonatale dans différents groupes et environnements, et faire progresser la santé publique dans les pays.

14 Il convient de noter que la planification familiale fait partie du champ d'exercice des sages-femmes, mais les modèles de soins assurés par les sages-femmes ne couvrent que la période allant de la période préconceptionnelle à la fin de la période postnatale.

Une revue systématique mise à jour, regroupant les données de 18 533 femmes ayant participé à des essais randomisés, la plupart issues de pays à revenu élevé, a révélé que les femmes recevant des soins dans le cadre d'un modèle de continuité des soins assurés par les sages-femmes avaient plus de chances d'accoucher spontanément par voie basse et de connaître une expérience d'accouchement positive, et étaient donc moins susceptibles de vivre un accouchement par voie basse avec extraction instrumentale, une épisiotomie ou une césarienne, par rapport aux femmes prises en charge par une obstétricienne ou un obstétricien, ou par une ou un médecin de famille ou s'étant vues dispenser des soins dans le cadre d'un modèle de soins partagés (99).

Les modèles de soins assurés par les sages-femmes appuient les processus physiologiques et respectueux de la santé et ne préconisent le recours aux interventions que lorsque cela est indiqué, réduisant ainsi les issues défavorables et la charge financière associée aux actes médicaux inutiles. D'autres études ont en effet démontré l'impact significatif de la continuité des soins assurés par les sages-femmes, y compris une réduction de la probabilité de recours à des interventions médicales inutiles pendant le travail et l'accouchement (79,99-101), une baisse des taux de césariennes (99,102), une diminution potentielle de l'anxiété et de la dépression postpartum (103), ainsi qu'une hausse du nombre d'allaitements mis en route, une augmentation de la durée de l'allaitement et un renforcement de l'utilisation de la planification familiale (79). Les femmes à qui on pratique une épisiotomie, une extraction instrumentale ou une césarienne de façon systématique, ainsi que celles qui souffrent de dépression postnatale, peuvent subir des conséquences médicales, psychologiques, sociales et économiques à moyen et long terme (13,62,66) ; ces incapacités peuvent potentiellement avoir un impact sur les grossesses ultérieures et mettre en péril la relation mère-enfant (13). La continuité des soins assurés par les sages-femmes peut limiter ces impacts négatifs, qui ont de profondes répercussions sur la vie et le bien-être des femmes, des familles et des communautés, et augmentent également considérablement les coûts pour les femmes et leurs familles, ainsi que pour des systèmes de santé déjà surchargés (67).

Au sein des modèles de soins assurés par les sages-femmes, les sages-femmes sont compétentes et jouent un rôle essentiel dans la prévention, le dépistage, la détection et la prise en charge des maladies transmissibles (par exemple, le paludisme, le VIH/sida, les infections sexuellement transmissibles) et des maladies non transmissibles (par exemple, l'hypertension artérielle, le diabète sucré, le cancer du col de l'utérus ou du sein, les problèmes de santé mentale) chez les femmes et les nouveau-nés dont ils ont la charge. En outre, la grossesse aggrave les maladies infectieuses, qui peuvent entraîner des issues défavorables pour les femmes, les fœtus, les nouveau-nés et les nourrissons, par exemple la prématurité, l'insuffisance pondérale à la naissance, la mortinaissance et les anomalies congénitales. Les MNT sont la principale cause de mortalité dans le monde (20) et l'une des principales causes de mortalité maternelle dans les pays à revenu élevé (4,6,7). Les sages-femmes jouent un rôle qui leur permet de promouvoir et favoriser des comportements favorables à la santé chez les femmes, leurs partenaires et leurs familles. Les périodes prénatale et postnatale constituent des occasions idéales pour encourager les comportements favorables à la santé et insister sur l'importance de prendre soin de soi, ce qui peut passer par l'arrêt du tabac sous toutes ses formes et la non-exposition à la fumée secondaire, l'augmentation de l'activité physique, la réduction de la consommation d'alcool, l'adoption d'une alimentation saine et de comportements moins risqués sur le plan sexuel, ainsi qu'une meilleure acceptation de la vaccination (104). Les conditions dans lesquelles se déroule la grossesse, les événements qui se produisent pendant la petite enfance et l'exposition aux toxines environnementales *in utero* peuvent prédisposer les individus à des handicaps à vie (24,25), à l'obésité, à l'hypertension artérielle, aux cardiopathies et au diabète (105-107), augmentant ainsi le risque de maladies chroniques plus tard dans la vie pour les femmes et leurs enfants (107-109). Certaines interventions mises en place dans le cadre des soins assurés par les sages-femmes, telles que l'appui à l'allaitement maternel exclusif, atténuent les risques pour les femmes et les nouveau-nés de souffrir de MNT plus tard dans la vie, favorisant ainsi l'avènement de générations futures en meilleure santé (29,91).

3.2 Les modèles de soins assurés par les sages-femmes rendent les soins plus humains et répondent aux besoins des femmes

Les modèles de soins assurés par les sages-femmes incarnent l'engagement en faveur de la santé et des droits des femmes, en tenant compte des besoins spécifiques des femmes et des nouveau-nés en matière de santé et de bien-être et en répondant à ces besoins. Bien que ce que souhaitent par-dessus tout les femmes, c'est de survivre à l'accouchement et d'avoir un enfant en bonne santé, elles apprécient également de connaître une expérience positive de la grossesse et de l'accouchement qui répond à leurs attentes personnelles et socioculturelles, voire qui les dépasse

(110). La série d'articles du Lancet sur la pratique sage-femme/maïeutique a analysé 461 revues systématiques Cochrane et 13 méta-synthèses dans le but de déterminer ce que les femmes et les nouveau-nés dans leur ensemble ont besoin que le système de santé leur apporte tout au long du parcours de soins (79). Ces résultats ont été résumés dans le « Cadre pour des soins maternels et néonataux de qualité », comme le montre la Figure 3.2. Les femmes s'attendent à recevoir des soins sûrs, de qualité, attentionnés et individualisés, ainsi que des informations et un soutien adéquats (79,111). L'accès à des soins respectueux, dignes et non discriminatoires pour la santé reproductive et maternelle est l'une des priorités de plus d'un million de femmes interrogées dans le cadre de la campagne « What Women Want » (112). Les femmes souhaitent être prises en charge par des soignantes et soignants respectueux, compétents, empathiques, serviables, gentils, compréhensifs, compatissants et qui prennent leur temps (79,110–112). Elles aspirent à faire l'expérience du processus physiologique du travail et de l'accouchement dans un environnement sûr, avec le soutien des personnes qu'elles ont choisies pour les accompagner (110). Elles souhaitent se sentir activement impliquées dans le processus décisionnel, ce qui leur permet d'avoir un sentiment d'accomplissement personnel et de contrôle (110,111).

Les modèles de soins assurés par les sages-femmes permettent de bien mieux satisfaire les femmes en ce qui a trait à leur suivi et à leur expérience de soins, ce qui répond à l'aspiration à des soins de qualité exprimée par les populations (99,100). Les femmes qui bénéficient de la continuité des soins assurés par les sages-femmes font généralement état d'une expérience plus positive de leur prise en charge et d'une amélioration de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement (99, 100). Cela permet d'accroître le maintien de la prise en charge, le respect des prescriptions médicales et la confiance dans les systèmes de santé, et a une influence positive sur la décision des femmes et des familles de se faire soigner par des agentes et agents de santé compétents (113). Les femmes apprécient la relation qu'elles nouent avec leur sage-femme grâce à la continuité des soins assurés par les sages-femmes, cette relation étant perçue comme un partenariat de confiance et d'amitié entre deux personnes (114-119). Dans ces modèles de soins, les femmes participent à la prise de décisions et se sentent habilitées à prendre des décisions éclairées (115,118). Elles ont également l'impression d'être connues, comprises et respectées, et elles ont une confiance accrue dans les capacités et les compétences des sages-femmes à assurer des soins, ainsi que dans leurs propres capacités (120). Les modèles de soins assurés par les sages-femmes donnent aux femmes les moyens de prendre des décisions éclairées en matière de santé, contribuant ainsi à leur autonomie globale dans la prise de décisions et à leur capacité de jouir pleinement de leur santé sexuelle et reproductive et de leurs droits connexes.

Figure 3.2 Cadre pour des soins maternels et néonataux de qualité : éléments relatifs à la santé maternelle et néonatale dont les femmes enceintes et les nouveau-nés ont besoin dans un système de santé

	Pour l'ensemble des femmes en âge de procréer et des nourrissons			Pour les femmes enceintes et les nourrissons présentant des complications	
Catégories de pratique	Éducation Information Promotion de la santé*	Évaluation Dépistage Planification des soins†	Promotion des processus normaux, prévention des complications‡	Prise en charge des complications en première ligne§ de la santé	Services médicaux d'obstétrique et de néonatalogie¶
Organisation des soins	Services disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité – ressources adéquates, main-d'œuvre compétente Continuité, services intégrés dans la communauté et les installations				
Valeurs	Respect, communication, et connaissance et compréhension de la communauté Soins adaptés à la situation et aux besoins des femmes				
Philosophie	Optimisation des processus physiologiques, biologiques, psychologiques, sociaux et culturels ; renforcement des capacités des femmes Prise en charge fondée sur l'expectative, en ne recourant aux interventions que lorsque cela est indiqué				
Prestataires de soins de santé	Praticiennes et praticiens qui combinent des connaissances et des compétences cliniques avec un savoir-faire interpersonnel et culturel Répartition des rôles et des responsabilités en fonction des besoins, des compétences et des ressources				

* 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 du transfert vers d'autres services au besoin, dépistage des maladies sexuellement transmissibles, du diabète, du VIH, de la prééclampsie, des troubles mentaux, et évaluation de l'évolution du travail.

‡ Exemples de promotion des processus normaux et de prévention des complications : prévention de la transmission mère-enfant du VIH, incitation à bouger pendant le travail, prise en charge clinique, émotionnelle et psychosociale pendant le travail et l'accouchement sans complications, soins immédiats prodigués au nouveau-né, contact peau à peau, et accompagnement de l'allaitement maternel.

§ Exemples de prise en charge des complications en première ligne : traitement des infections pendant la grossesse, administration d'anti-D aux femmes dont le rhésus est négatif pendant leur grossesse, version céphalique externe en cas de présentation par le siège, et soins obstétricaux et néonataux de base et d'urgence (manuel de l'OMS de 2009 sur les soins obstétricaux d'urgence), tels que la prise en charge de la prééclampsie, ainsi que de l'anémie ferriprive et de l'hémorragie du postpartum.

¶ Exemples de prise en charge de complications graves : césariennes programmées et d'urgence, transfusions sanguines, soins aux femmes en cas de naissances multiples et de complications médicales telles que le VIH et le diabète, et services destinés aux enfants prématurés, petits pour l'âge gestationnel et malades.

Les traductions de cet article de la série ont été réalisées par des traducteurs officiels de l'OMS. Les processus éditoriaux du Lancet n'ont été appliqués qu'au texte original en anglais, qui doit servir de référence pour ce manuscrit — 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; 384:1129–45.

Source : Traduit de Renfrew *et al.*, 2014 (79). Reproduction autorisée.

3.3 Les modèles de soins assurés par les sages-femmes contribuent à rendre la société meilleure et font progresser le capital humain dans un monde où règne l'incertitude

Les sages-femmes ont toujours joué un rôle central au sein des sociétés et des cultures, comme le reconnaît l'inscription récente de « La maïeutique : connaissances, compétences et pratiques » sur la Liste représentative du patrimoine culturel immatériel de l'humanité de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) (121).

Les sages-femmes s'efforcent de créer un environnement qui fait progresser, respecte, protège, garantit et défend les droits des femmes et des nouveau-nés à jouir du meilleur état de santé qu'ils sont capables d'atteindre et leurs droits à l'éducation et à l'information (122,123). La mise en œuvre de modèles de soins assurés par les sages-femmes améliore l'accès aux services de santé maternelle et néonatale dans les pays pour l'ensemble des femmes et des nouveau-nés, ce qui permet de combler les lacunes critiques du système de santé et d'agir sur la capacité de ce dernier à répondre aux besoins de la population. Les sages-femmes facilitent également l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive ainsi qu'aux droits connexes pour les femmes et les adolescentes, les hommes et les adolescents, les familles et les communautés, et peuvent avoir un impact sur la réduction des violences, des pratiques néfastes et de la discrimination. Ces professionnelles et professionnels induisent des changements positifs dans les normes et les traditions sociétales, culturelles et de genre, ce qui contribue à maintenir la productivité et la participation des femmes dans l'économie.

Les sages-femmes peuvent pratiquer des interventions susceptibles de sauver la vie des mères et des nouveau-nés en temps de crise (122–129). Les situations de crise dans le monde sont de plus en plus fréquentes, variées et/ou prolongées. En 2020, l'OMS a publié une liste de 13 défis cruciaux en matière de santé dans le monde pour la décennie 2020-2030. En voici quatre : donner une plus grande place à la santé dans les débats sur le climat ; assurer la prestation de services de santé dans les situations de conflit et de crise (y compris en cas d'épidémie) ; rendre les soins de santé plus équitables (réduire les inégalités) ; et se préparer aux épidémies (130). Les sages-femmes peuvent assurer la continuité des soins maternels et néonataux dans toutes ces situations. Ces professionnelles et professionnels continuent de prodiguer des soins relevant de la pratique sage-femme/maïeutique et de prendre en charge des femmes et des nouveau-nés dans des circonstances difficiles, par exemple dans les camps de personnes réfugiées ou déplacées à l'intérieur de leur propre pays (131,132), les situations de conflit armé (133–138) et les catastrophes naturelles (122,139–141). Leur aide peut contribuer à atténuer les conséquences du stress intense vécu par les femmes en situation de crise (142).

En 2022, lors des graves inondations d'origine climatique ayant atteint des niveaux historiques au Pakistan et au Bangladesh, les sages-femmes ont continué à prodiguer des soins même si les services de santé étaient perturbés pendant la catastrophe, certains professionnels et professionnelles ayant été déployés dans des établissements de santé en milieu rural pour assurer la continuité des soins pour les personnes touchées (129,143,144). Dans le Queensland (Australie), la continuité des soins assurés par les sages-femmes a permis d'atténuer les effets des inondations graves soudaines qui se sont produites en 2011 sur les niveaux d'anxiété, de stress subjectif et de dépression que ressentaient les femmes (142).

Pendant la pandémie de COVID-19, les femmes enceintes étaient exposées à un risque accru de décès maternels, d'admission en soins intensifs et d'accouchement prématuré (145). Les sages-femmes ont été au cœur de la riposte à la pandémie et ont contribué de manière significative à assurer la continuité des soins des femmes pendant cette période (146-152), malgré des conditions de travail extrêmement difficiles, y compris des situations dans lesquelles les équipements de protection individuelle n'étaient pas en quantité suffisante pour prévenir la contamination (153-155). Au cours de cet épisode sans précédent, ces professionnelles et professionnels ont rapidement ajusté la façon dont ils prodiguaient des soins grâce à la mise en œuvre de la télémedecine, aussi bien dans les pays à revenu élevé que dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (147,149,152,156,157).

3.4 Les modèles de soins assurés par les sages-femmes garantissent des interventions d'un bon rapport coût/efficacité qui présentent des avantages économiques potentiels à long terme

La mise en œuvre de modèles de soins assurés par les sages-femmes maximise l'efficacité de l'allocation des ressources, en veillant à ce que les fonds publics soient investis dans les pratiques de soins de santé aux mères et aux nouveau-nés les plus efficaces et ayant le plus d'impact. Il a été déterminé que les soins assurés par les sages-femmes constituaient la meilleure stratégie pour améliorer les résultats en matière de santé maternelle et néonatale tout en optimisant l'allocation des ressources, en les associant à des soins assurés par des obstétriciennes et obstétriciens en cas de complications pour la femme (79,81–84,99). Les modèles de continuité des soins assurés par les sages-femmes permettent de réaliser des économies pendant les périodes prénatale et intrapartum, par rapport à d'autres modèles de soins (99). Le bon rapport coût/efficacité actuel des soins assurés par les sages-femmes s'explique par plusieurs facteurs, notamment :

- une formation plus courte et bien moins chère par rapport à celle des obstétriciennes et obstétriciens ;
- la réduction des coûts associés à la mortalité et à la morbidité que permet la pratique sage-femme/maïeutique, y compris la prévention des complications de santé à long terme ; et
- la réduction des dépenses associées à la grossesse, à l'accouchement et à la période postnatale – qui s'explique par la diminution du nombre d'interventions médicales, par exemple de césariennes (79,81,82,99,158,159).

Les analyses économiques indiquent que les dépenses moyennes par femme sont inférieures pour les soins assurés par les sages-femmes par rapport aux soins dispensés par les médecins, avec une différence de 182 euros (EUR) par femme en Irlande (160) et de 2262 USD par femme aux États-Unis d'Amérique pour les grossesses à faible risque (158). Une analyse de minimisation des coûts a révélé qu'en Suisse, la sortie précoce de la maternité combinée à l'accompagnement à domicile par une sage-femme a permis de réaliser des économies de 1221 francs suisses (CHF) par couple mère-enfant (161). En Australie, les dépenses associées aux coûts de la pratique sage-femme/maïeutique en groupe étaient inférieures de 22 % à celles des autres modèles de soins (162), ce qui a permis d'économiser chaque année 1394,88 dollars australiens (AUD) par rapport aux soins assurés par des obstétriciennes et obstétriciens du secteur privé, et 1935 AUD par rapport à la prise en charge hospitalière standard (83). L'augmentation de 8,9 % à 20 % sur huit ans du pourcentage de femmes bénéficiant de soins assurés par des sages-femmes pourrait permettre d'économiser 4 milliards USD aux États-Unis d'Amérique (163).

Une analyse par modélisation a été réalisée dans 58 pays à revenu faible ou intermédiaire afin de simuler les effets de l'expansion des soins assurés par les sages-femmes et par les obstétriciennes et obstétriciens sur les coûts et sur la mortalité maternelle, foetale et néonatale. L'étude a révélé que les soins assurés par les sages-femmes, qu'ils soient dispensés séparément des soins assurés par les obstétriciennes et obstétriciens ou de façon intégrée, présentaient un rapport coût/efficacité près de deux fois meilleur que les soins assurés par les seuls obstétriciennes et obstétriciens (2200 USD contre 4200 USD par décès évité) (81). Le coût par décès évité le moins élevé (2100 USD) correspondait aux scénarios décrits comme une « montée en puissance de l'ensemble des parties prenantes », impliquant l'intégration des soins assurés par les sages-femmes et assurés par les obstétriciennes et obstétriciens avec des services de planification familiale élargis, ce qui engendrait des économies de 2,7 milliards USD au total par rapport à la montée en puissance de l'obstétrique seule (81). Au Maroc, une analyse comparative a identifié un rapport coûts/bénéfices de près de 16 concernant les investissements dans la pratique sage-femme/maïeutique, en se concentrant uniquement sur la réduction des décès maternels et néonataux et en excluant les avantages plus larges des modèles de soins assurés par les sages-femmes (164).

Cependant, il convient de noter les limites des éléments susmentionnés : il se peut que les résultats présentés ci-dessus aient été obtenus au moyen de méthodes d'évaluation économique incohérentes et qu'ils dépendent de la structure du système dans un pays, du type de données collectées et des facteurs pris en compte pour l'analyse.

4



Une femme en travail reçoit un soutien holistique de la part d'une sage-femme à l'hôpital de Panzi (République démocratique du Congo). © FNUAP République démocratique du Congo/Lisa Thanner

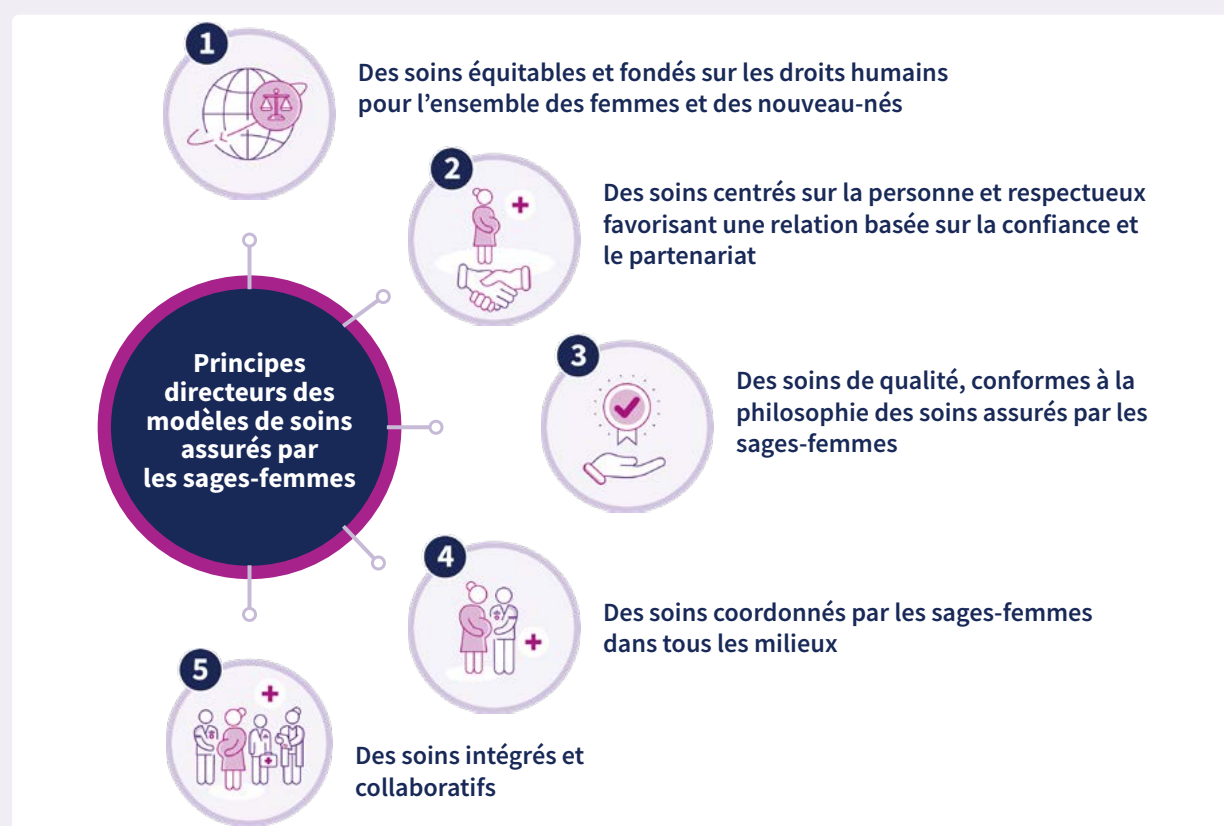


4. Principes directeurs des modèles de soins assurés par les sages-femmes

Les principes directeurs des modèles de soins assurés par les sages-femmes, tels qu'ils sont présentés dans la Figure 4.1, sont adaptés aux besoins et aux demandes des femmes (79,112,115). Ces principes sont fondés sur une philosophie de soins qui optimise les processus physiologiques, biologiques, psychologiques, sociaux et culturels et qui met l'accent sur l'importance d'une approche centrée sur la personne et les droits humains, fondée sur un partenariat et une relation de confiance entre les femmes et les sages-femmes (79,115,165,167). Les sages-femmes assurent et coordonnent, dans l'ensemble de leur champ d'exercice, des soins équitables, centrés sur la personne, globaux, respectueux, de qualité et intégrés tout au long du parcours de soins, dès la période préconceptionnelle et jusqu'à la période postnatale, au sein d'équipes interdisciplinaires et dans le cadre de réseaux de soins.

Les principes directeurs sont en conformité avec les principes fondamentaux des services de santé intégrés centrés sur la personne (168), des soins de santé primaires (77), du Plan d'action « Chaque nouveau-né » et de l'Initiative pour mettre un terme à la mortalité maternelle évitable (74,75). Ils sont également en conformité avec la Charte internationale des droits de l'homme¹⁵ (169) et avec les textes clés énumérés ci-après, qui sont tous essentiels à la réalisation de la CSU et de l'égalité des genres : la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (170), la Convention relative aux droits de l'enfant (171), la Convention relative aux droits des personnes handicapées (172), le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 (173) et la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (174).

Figure 4.1 Principes directeurs des modèles de soins assurés par les sages-femmes



Il faut s'efforcer de mettre en conformité chaque modèle de soins assurés par les sages-femmes avec ces principes directeurs

15 La Charte internationale des droits de l'homme comprend la Déclaration universelle des droits de l'homme, ainsi que le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

1



PRINCIPE DIRECTEUR 1

4.1 Des soins équitables et fondés sur les droits humains accessibles à l'ensemble des femmes et des nouveau-nés

Dans les modèles de soins assurés par les sages-femmes, l'ensemble des femmes et des nouveau-nés peuvent être pris en charge de façon équitable. En toute circonstance et quel que soit le niveau de risque, les femmes et les nouveau-nés ont toutes et tous la même chance de recevoir des soins assurés par les sages-femmes non discriminatoires et adaptés à leurs besoins et à leur culture, sans encourir de difficultés financières (79,112,175). Les modèles de soins assurés par les sages-femmes rapprochent les services de santé de l'endroit où vivent les femmes, les nouveau-nés et les familles (par exemple, dans le cadre des soins à domicile ou communautaires), ce qui facilite l'accès rapide aux soins pour toutes et tous. Les soins assurés par les sages-femmes atténuent les inégalités et les désavantages sociaux (94,176–179).

Les sages-femmes jouent un rôle important dans la promotion des droits humains, en particulier des droits des femmes et des nouveau-nés (180). Les sages-femmes s'efforcent de protéger le droit à jouir du meilleur état de santé que chacune et chacun est capable d'atteindre, ainsi que les droits à l'éducation et à l'information (170). En outre, les sages-femmes font progresser l'accès aux services de santé, jouent un rôle central dans la défense des droits sexuels et reproductifs des femmes, et sont des partenaires de poids dans la promotion de l'égalité des genres. Ces professionnelles et professionnels assurent des soins respectueux et non discriminatoires, aident les femmes à prendre des décisions éclairées concernant leur santé et leur bien-être, et s'engagent à créer des environnements propices à la réalisation des droits des femmes et des nouveau-nés (180).



Une sage-femme prend la température d'un nouveau-né à l'hôpital Banadir de Mogadiscio (Somalie). © FNUAP/Luis Tato



PRINCIPE DIRECTEUR 2

4.2 Des soins centrés sur la personne et respectueux favorisant une relation basée sur la confiance et le partenariat entre femmes et sages-femmes

Les femmes et les nouveau-nés sont au cœur des soins assurés par les sages-femmes (92,115). Au sein des modèles de soins assurés par les sages-femmes, les femmes développent une relation personnelle et un partenariat basés sur la confiance et de nature solide et positive avec leur sage-femme ou leurs sages-femmes (114-119). Les femmes et les nouveau-nés reçoivent des soins adaptés à leurs préférences, à leurs besoins et à leurs valeurs. Les femmes apprécient l'expérience de la continuité des soins assurés par une sage-femme de confiance et qu'elles connaissent, qui est au fait de leurs antécédents médicaux, psychologiques et sociaux (94,115,120,175,182).

Au sein **des modèles de soins assurés par les sages-femmes, les femmes sont en mesure de planifier leurs soins de façon collaborative** grâce à une prise de décisions éclairées et sont pleinement engagées dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des services de santé dont elles bénéficient, prenant ainsi le contrôle de leur santé et de leur bien-être (77,85,116,175). Elles sont respectées, écoutées et comprises (183). Elles reçoivent une éducation en santé adaptée à leur culture portant sur l'autoprise en charge et elles sont accompagnées sur la voie de la résilience et de l'autonomie, ce qui renforce les capacités des femmes à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs proches (79,183). Au sein des modèles de soins assurés par les sages-femmes, les femmes se sentent écoutées et prennent activement part à la prise de décisions, ce qui améliore leur capacité à demander de l'aide en temps opportun (94,115,120,175,182). Cela peut atténuer l'anxiété et le stress, améliorer la coordination des soins et renforcer la sécurité (94,95,103,115,181,182).

Au sein **des modèles de soins assurés par les sages-femmes, les femmes et les nouveau-nés se voient prodiguer des soins respectueux par les sages-femmes**, ce qui préserve la dignité, la vie privée et la confidentialité des femmes ; les protège des effets dommageables, de la violence, de la discrimination et des mauvais traitements ; et leur permet de faire des choix éclairés et de bénéficier d'un soutien continu tout au long du parcours de soins, de la période préconceptionnelle à la fin de la période postnatale.

Les partenaires, les hommes, les adolescents, les familles et les communautés bénéficient également des soins assurés par les sages-femmes, principalement par le biais d'initiatives de promotion de la santé, d'éducation à la santé et de soins préventifs relevant de la santé sexuelle et reproductive ainsi que de la santé maternelle, néonatale, de l'enfance et de l'adolescence (184). L'engagement des hommes et des adolescents entraîne une augmentation du recours aux soins de santé ; une amélioration des pratiques de soins à domicile, comme l'allaitement maternel ; un renforcement de la communication dans les couples ; et des prises de décisions équitables en matière de santé maternelle et néonatale (184-186). Des recherches supplémentaires sont nécessaires dans ces domaines. Les sages-femmes interagissent avec les partenaires pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période postnatale, tout en préservant l'autonomie des femmes dans la prise de décisions et leur capacité à faire valoir pleinement leur santé sexuelle et reproductive ainsi que les droits connexes sans coercition (184). Tout au long du parcours de soins, de la période préconceptionnelle à la fin de la période postnatale, les sages-femmes accompagnent les futurs parents dans leur transition vers la parentalité et les aident à développer leurs compétences parentales. En cas de deuil périnatal, par exemple de fausse couche, de mortinaissance ou de décès néonatal, les sages-femmes contribuent, en collaboration avec d'autres soignantes et soignants, à accompagner la femme et sa ou son partenaire dans leur deuil, en fonction de leurs besoins individuels (187).

3



PRINCIPE DIRECTEUR 3

4.3 Des soins de qualité, conformes à la philosophie des soins assurés par les sages-femmes

Au sein des modèles de soins assurés par les sages-femmes, les femmes et les nouveau-nés reçoivent des soins sur la base de la philosophie et des valeurs de la pratique sage-femme/maïeutique, qui favorise une approche des soins centrée sur la personne ; accorde de l'importance à la relation et au partenariat entre femme et sage-femme ; optimise les processus physiologiques, biologiques, psychologiques, sociaux et culturels ; et n'implique un recours aux interventions que lorsque cela est indiqué. La philosophie des soins assurés par les sages-femmes considère la grossesse, le travail, l'accouchement et la période postnatale comme des processus physiologiques naturels, exempts de complications graves pour la majorité des femmes et des nouveau-nés. Elle met également l'accent sur les aspects de la prise en charge consistant à favoriser la santé plutôt que de viser uniquement à faire en sorte d'éviter les préjudices et les événements indésirables (59). Lorsque les professionnelles et professionnels des soins assurés par les sages-femmes décèlent des complications, ils œuvrent de façon à favoriser l'accès à des services spécialisés en fonction des besoins de chaque femme et de chaque nouveau-né. Cela garantit une approche des soins centrée sur la personne, adaptée aux circonstances uniques de chaque femme, chaque nouveau-né et chaque famille.

Au sein des modèles de soins assurés par les sages-femmes, les femmes et les nouveau-nés reçoivent des soins éthiques et de qualité. Les sages-femmes adhèrent à un code de déontologie qui les aide à se conformer à des normes de conduite éthique dans leur pratique. Les femmes et les nouveau-nés reçoivent des soins assurés par les sages-femmes qui sont non seulement équitables (Principe directeur 1) et centrés sur la personne (Principe directeur 2), mais aussi sans danger, efficaces, pratiqués en temps opportun, efficaces et intégrés (Principe directeur 5). Les sages-femmes utilisent les données factuelles les meilleures et les plus récentes à disposition, obtenues au terme de recherches rigoureuses, dans le but de prodiguer aux femmes et à leurs nouveau-nés des soins de qualité fondés sur des données de ce type. L'application de pratiques fondées sur des données factuelles améliore la qualité des soins dont bénéficient les femmes et les nouveau-nés, les effets sur leur santé et leur sécurité, tout en réduisant les coûts (188). Cette démarche augmente également la satisfaction au travail chez les sages-femmes et favorise le perfectionnement professionnel (188). Pour générer des pratiques sage-femme/maïeutique fondées sur des données factuelles, les professionnelles et professionnels ont la possibilité de faire progresser les connaissances scientifiques et de piloter des recherches dans leur domaine d'expertise. Les sages-femmes ont également recours à la santé mobile/électronique (m-santé/cybersanté), y compris à l'intelligence artificielle, le cas échéant, ce qui améliore leur productivité et donc leur disponibilité (189).

4



PRINCIPE DIRECTEUR 4

4.4 Des soins assurés et coordonnés par des sages-femmes autonomes, diplômées et réglementées et bénéficiant d'un accompagnement dans tous les contextes et à tous les niveaux du système de santé

Au sein des modèles de soins assurés par les sages-femmes, les femmes et les nouveau-nés reçoivent des soins assurés et coordonnés par des sages-femmes en tant que prestataires principales de soins et de point d'entrée vers les soins maternels et néonataux. Les sages-femmes assurent et coordonnent les soins qui relèvent de leur champ d'exercice, en s'appuyant sur une prise de décisions partagée avec les femmes et les familles, tout au long du parcours de soins, de la période préconceptionnelle à la fin de la période postnatale, à tous les niveaux du système de santé. Grâce à leur ensemble unique de connaissances et de compétences, les sages-femmes ayant reçu une formation et un agrément et exerçant une profession réglementée disposent des outils nécessaires pour prodiguer aux femmes et aux nouveau-nés des soins de qualité et éthiques dans tout le champ d'exercice de la pratique sage-femme/maïeutique tout au long du parcours de soins. Après avoir obtenu le consentement éclairé des femmes et/ou des parents du nouveau-né, les sages-femmes prennent des décisions en toute autonomie dans leur champ d'exercice, ce qui les rend responsables de leurs décisions et de leurs actions en tant que praticiennes et praticiens indépendants. Lorsqu'ils sont assurés en continu, les soins assurés par les sages-femmes permettent à ces professionnelles et professionnels de travailler tout au long du parcours de soins et dans l'ensemble de leur champ d'exercice, ce qui leur permet de gagner en compétence pour mieux déterminer les besoins des femmes et de renforcer leur approche afin de prendre en charge des personnes différentes (120).

Les modèles de soins assurés par les sages-femmes sont adaptables à tous les niveaux de soins et à tous les contextes, notamment aux soins à domicile, au sein de la communauté et en milieu hospitalier, dans les secteurs public et privé et dans le cadre de partenariats public-privé, dans les environnements à ressources limitées, ainsi que dans les situations de crise et d'urgence humanitaire. Les sages-femmes peuvent travailler à tous les niveaux des soins (primaires, secondaires et tertiaires), où elles peuvent prendre en charge et/ou contribuer à assurer des soins relevant de la pratique sage-femme/maïeutique au sein d'équipes interdisciplinaires. Le champ d'exercice des sages-femmes leur permet de continuer à prodiguer des soins aux femmes et aux nouveau-nés tout au long de leur parcours dans le système de santé, en fonction de leurs besoins en matière de soins – par exemple, lorsque des cas sont orientés des soins primaires vers les soins secondaires et inversement. Cela permet une large accessibilité, est gage d'équité et garantit la pertinence des soins dans différents contextes culturels pour les femmes, les nouveau-nés, les partenaires, les familles et les communautés (94,95).

Pour offrir des soins de qualité, les professionnelles et professionnels de la pratique sage-femme/maïeutique doivent être soutenus, respectés et intégrés dans un système de santé fonctionnel. Ils doivent travailler dans un environnement sûr et favorable, exempt de discrimination, de violence et de harcèlement fondés sur le genre. Il convient de leur garantir des conditions de travail décentes et un accès à des ressources de base suffisantes, notamment l'eau, l'assainissement, l'électricité et les fournitures, par exemple les produits de base susceptibles de sauver des vies (190).

5



PRINCIPE DIRECTEUR 5

4.5 Des soins intégrés dispensés dans le cadre d'équipes interdisciplinaires au sein de réseaux de soins

Une collaboration étroite avec d'autres soignantes et soignants, mais également d'autres travailleuses et travailleurs sociaux, reposant sur de solides mécanismes de consultation et d'orientation, est nécessaire et essentielle pour assurer des services de haute qualité relevant de la CSU (77,168,191,192). Les modèles de soins organisés autour d'équipes interdisciplinaires, qui englobent un éventail de compétences et de champs d'exercice particulièrement adaptés, améliorent la productivité des personnels tout en répondant efficacement aux différents besoins des populations et des communautés (189).

Être au premier plan du suivi des mères et des nouveau-nés et travailler en autonomie professionnelle n'implique pas que les sages-femmes travaillent de façon isolée. Au sein des modèles de soins assurés par les sages-femmes, les sages-femmes sont membres d'équipes interdisciplinaires, dans le cadre de réseaux de soins, au sein de systèmes de santé qui prévoient des mécanismes efficaces de consultation et d'orientation. Cette approche collaborative et intégrée du suivi représente une stratégie efficace pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales, tout en conservant un bon rapport coût-efficacité (79–81). Elle assure la continuité interpersonnelle, longitudinale, des soins et de l'information (annexe 2). Cette collaboration nécessite une clarification des rôles et des accords entre les professionnelles et professionnels au sein des secteurs et entre eux, des stratégies et des voies d'orientation claires, une planification individualisée et adaptée des soins, la gestion au cas par cas des femmes et des nouveau-nés ayant des besoins complexes, le partage et la synchronisation des dossiers de soins, et des protocoles cliniques normalisés dans tous les lieux où sont prodigués des soins (175).

Les sages-femmes collaborent et exercent de façon coordonnée avec un large éventail d'autres soignantes et soignants : obstétriciennes et obstétriciens, pédiatres, néonatalogistes, anesthésistes, psychiatres, médecins généralistes, personnel infirmier, personnel de santé auxiliaire (par exemple, accompagnantes et accompagnants à la naissance), professions associées, psychologues, nutritionnistes, diététiciennes et diététiciens, pharmaciennes et pharmaciens, physiothérapeutes, travailleuses sociales et travailleurs sociaux, et autres personnels de santé et d'aide à la personne. Ce travail d'équipe est basé sur des relations continues fondées sur la confiance mutuelle, le respect, la communication positive et régulière, la pratique collaborative, la prise de décisions éclairées, le leadership efficace, ainsi que la supervision et le mentorat de soutien, au sein de chaque établissement de santé et de chaque niveau de soins et de façon transversale (193–195). Les réseaux de soins assurent également une continuité longitudinale et de l'information (annexe 2) avec les autres soignantes et soignants qui prennent en charge les femmes et les nouveau-nés pour des problèmes de santé sans lien avec la grossesse et/ou qui leur assurent des soins avant la grossesse et après la période postnatale.

Au sein **des modèles de soins assurés par les sages-femmes, ces professionnelles et professionnels et les autres soignantes et soignants sont en lien par l'intermédiaire de réseaux de soins fonctionnels**, qui favorisent le partage d'informations et l'apprentissage collaboratif (193,194). Les réseaux au sein desquels la collaboration et la coordination sont étroites et dans lesquels règne un partenariat de confiance permettent à d'autres soignantes et soignants – notamment les obstétriciennes et obstétriciens, les pédiatres, le personnel infirmier, les médecins généralistes et les agentes et agents de santé communautaire – de se rendre compte de l'ampleur du potentiel et de la portée de la pratique sage-femme/maïeutique et de soutenir la mise en œuvre de modèles de soins assurés par les sages-femmes. Ils permettent également aux sages-femmes de continuer à assurer des soins relevant de la pratique sage-femme/maïeutique en cas de complications nécessitant un suivi plus complexe. Lorsque les femmes ou les nouveau-nés ont besoin de soins spécialisés, des médecins spécialistes coordonnent le suivi et collaborent avec les sages-femmes. Cela limite le risque de fragmentation des soins et garantit que les femmes et les nouveau-nés continuent de recevoir des soins personnalisés assurés par les sages-femmes. Ce suivi peut être adapté au niveau de complexité de leur situation, dans tous les contextes et à tous les niveaux du système de santé (175).



Une femme enceinte bénéficie d'une échographie prénatale, réalisée par un homme sage-femme à l'aide d'un appareil portable à l'hôpital de niveau 4 du sous-comté de Ntimaru à Kehancha, dans le comté de Migori (Kenya). © FNUAP Kenya

5



Une femme enceinte, à quatre pattes, est accompagnée par des sages-femmes pendant son accouchement au Japon. © ICM/Noriko Hayashi



5. Conclusion

Le présent document fournit une définition internationale des modèles de soins assurés par les sages-femmes, justifie leur importance sur le plan programmatique et détermine les contours des principes directeurs fondamentaux, intégrés dans les principales composantes des soins de santé primaires.

Au sein de ces modèles, les sages-femmes sont les principaux prestataires de santé pour les femmes et les nouveau-nés tout au long du parcours de soins, dès la période préconceptionnelle et jusqu'à la période postnatale, en passant par la grossesse, le travail et l'accouchement. Elles assurent et coordonnent, dans l'ensemble de leur champ d'exercice, des soins de santé maternelle et néonatale équitables, centrés sur la personne et de qualité, en utilisant une approche conforme à la philosophie des soins assurés par les sages-femmes. Bien que les sages-femmes travaillent de manière autonome dans le cadre de leur champ d'exercice, ces professionnelles et professionnels collaborent au sein d'équipes interdisciplinaires, qui s'inscrivent dans le cadre de réseaux de soins, afin d'assurer des soins continus, intégrés et collaboratifs, qui soient respectueux et d'un bon rapport coût/efficacité.

Des soins assurés par les sages-femmes de haute qualité sauvent des vies et pourraient améliorer plus de 50 résultats en matière de santé et de bien-être, tandis que la continuité de ces soins permet aux femmes, aux partenaires, aux familles et aux communautés de vivre une meilleure expérience et d'être davantage satisfaits des soins reçus. La transition vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes représente une solution d'un bon rapport coût/efficacité à adopter de toute urgence pour sauver la vie de femmes et de nouveau-nés dans le monde entier et pour améliorer leur vie et leur bien-être, tout en respectant les droits humains. Les données factuelles disponibles au sujet des modèles de soins assurés par les sages-femmes proviennent principalement de pays à revenu élevé, ce qui met en lumière la nécessité de mener des recherches sur la mise en œuvre dans ce domaine dans les pays à revenu faible ou intermédiaire afin de continuer à développer la base de connaissances. Afin de faciliter l'adoption de modèles de soins assurés par les sages-femmes dans les pays, un document d'orientation détaillé pour la mise en œuvre de tels modèles, comprenant des études de cas, est en cours d'élaboration pour accompagner le présent document de position. Ces documents appuieront les pays dans leur transition progressive vers des modèles de soins assurés par les sages-femmes adaptés au contexte qui est le leur, contribuant ainsi à la réalisation de la CSU et des ODD et, au bout du compte, améliorant la vie et le bien-être de leurs populations.

Références bibliographiques¹⁶

1. United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/366225>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Graham W, Woodd S, Byass P, Filippi V, Gon G, Virgo S et al. Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. *Lancet*. 2016;388(10056):2164–75 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31533-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31533-1)).
3. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/362880>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Knight M. The findings of the MBRRACE-UK confidential enquiry into Maternal Deaths and Morbidity. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 2019;29(1):21–3 (<https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2018.12.003>).
5. Chin K, Wendt A, Bennett IM, Bhat A. Suicide and maternal mortality. *Curr Psychiatry Rep*. 2022;24(4):239–75 (<https://doi.org/10.1007/s11920-022-01334-3>).
6. Diguisto C, Saucedo M, Kallianidis A, Bloemenkamp K, Bødker B, Buoncristiano M et al. Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems: descriptive population based study. *BMJ*. 2022;379:e070621 (<https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070621>).
7. Santé publique France. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018. Saint-Maurice, Santé Publique France, 2024, p. 232. 7e rapport. (<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/maladies-vasculaires-de-la-grossesse/documents/enquetes-etudes/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir-7e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>).
8. Miller S, Belizán JM. The true cost of maternal death: individual tragedy impacts family, community and nations. *Reprod Health*. 2015;12:56 (<https://doi.org/10.1186/s12978-015-0046-3>).
9. National Research Council (US) Committee on Population, Reed HE, Koblinsky MA, Mosley WH. Evidence on the consequences of maternal mortality. In: The consequences of maternal morbidity and maternal mortality: report of a workshop. National Academies Press (US); 2000 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225436/>).
10. Vogel J, Souza J, Mori R, Morisaki N, Lumbiganon P, Laopaiboon M et al. Maternal complications and perinatal mortality: findings of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2014;121(Suppl 1):76–88 (<https://doi.org/10.1111/1471-0528.12633>).
11. Geller SE, Koch AR, Garland CE, MacDonald EJ, Storey F, Lawton B. A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality. *Reprod Health*. 2018;15(Suppl 1):98 (<https://doi.org/10.1186/s12978-018-0527-2>).
12. Gon G, Leite A, Calvert C, Woodd S, Graham WJ, Filippi V. The frequency of maternal morbidity: A systematic review of systematic reviews. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;141(Suppl 1):20–38 (<https://doi.org/10.1002/ijgo.12468>).
13. Vogel JP, Jung J, Lavin T, Simpson G, Kluwagant D, Abalos E et al. Neglected medium-term and long-term consequences of labour and childbirth: a systematic analysis of the burden, recommended practices, and a way forward. *Lancet Glob Health*. 2024;12(2):e317–30 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00454-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00454-0)).
14. Akhter S. Maternal morbidity: the lifelong experience of survivors. *Lancet Glob Health*. 2024;12(2):e188–9 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(23\)00553-3](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(23)00553-3)).
15. World family planning 2022: meeting the changing needs for family planning: contraceptive use by age and method. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2022 (UN DESA/POP/2022/TR/No. 4; <https://desapublications.un.org/publications/world-family-planning-2022-meeting-changing-needs-family-planning-contraceptive-use>).
16. Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/365337>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
17. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020;8(9):e1152–61 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30315-6)).
18. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323–33 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(14\)70227-x](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(14)70227-x)).
19. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and trends in child mortality: report 2023, estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: United Nations Children's Fund; 2024 (<https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2024/>).
20. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. In: The Global Health Observatory [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>).

16 Pour toutes les références disponibles en ligne, les liens ont été consultés le 3 juillet 2024, sauf indication contraire.

21. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. *Lancet*. 2023;402(10409):1261–71 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00878-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00878-4)).
22. Okwaraji YB, Kravsevic J, Bradley E, Conkle J, Stevens GA, Gatica-Domínguez G et al. National, regional, and global estimates of low birthweight in 2020, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet*. 2024;403(10431):1071–80 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01198-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01198-4)).
23. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet Child Adolesc Health*. 2022;6(2):106–15 ([https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00311-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00311-4)).
24. *Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn*. World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/326495>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
25. World Health Organization, Partnership for Maternal Newborn and Child Health, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund. *Born too soon: decade of action on preterm birth*. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/367620>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
26. Barker DJP. The origins of the developmental origins theory. *J Intern Med*. 2007;261(5):412–7 (<https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2007.01809.x>).
27. Watkins DA, Msemburi WT, Pickersgill SJ, Kawakatsu Y, Gheorghe A, Dain K et al. NCD Countdown 2030: efficient pathways and strategic investments to accelerate progress towards the Sustainable Development Goal target 3.4 in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2022;399(10331):1266–78 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02347-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02347-3)).
28. Hanson MA, Gluckman PD. Early developmental conditioning of later health and disease: physiology or pathophysiology? *Physiol Rev*. 2014;94(4):1027–76 (<https://doi.org/10.1152/physrev.00029.2013>).
29. NEOVITA Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Glob Health*. 2016;4(4):e266–75 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)00040-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)00040-1)).
30. Breastfeeding. In: UNICEF DATA [website]. New York: United Nations Children's Fund; 2023 (<https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/>, accessed 19 October 2023).
31. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). *Never forgotten: the situation of stillbirth around the globe*. New York: United Nations Children's Fund; 2023 (<https://data.unicef.org/resources/never-forgotten-stillbirth-estimates-report/>).
32. *State of inequality: reproductive, maternal, newborn and child health*. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://iris.who.int/handle/10665/164590>).
33. Sully EA, Biddlecom A, Darroch JE, Riley T, Ashford LS, Lince-Deroche N et al. *Adding it up: investing in sexual and reproductive health 2019*. New York: Guttmacher Institute; 2020 (<https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>).
34. *Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation*. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/373300>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
35. *Global humanitarian overview 2024*. Geneva and New York: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2023 (<https://doi.org/10.18356/9789213587089>).
36. *Global Report 2022*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2022 (<https://reporting.unhcr.org/global-report-2022>).
37. Bendavid E, Boerma T, Akseer N, Langer A, Malembaka EB, Okiro EA et al. The effects of armed conflict on the health of women and children. *Lancet*. 2021;397(10273):522–32 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00131-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00131-8)).
38. Homer CS, Turkmani S, Wilson AN, Vogel JP, Shah MG, Fogstad H et al. Enhancing quality midwifery care in humanitarian and fragile settings: a systematic review of interventions, support systems and enabling environments. *BMJ Glob Health*. 2022;7(1):e006872 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006872>).
39. Jawad M, Hone T, Vamos EP, Cetorelli V, Millett C. Implications of armed conflict for maternal and child health: a regression analysis of data from 181 countries for 2000–2019. *PLoS Med*. 2021;18(9):e1003810 (<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003810>).
40. *Global humanitarian overview 2023*. Geneva and New York: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2022 (<https://doi.org/10.18356/9789210024136>).
41. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*. 2016;388(10056):2176–92 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)).
42. Maternal and newborn health coverage. In: UNICEF Data [website]. New York: United Nations Children's Fund; 2022 (<https://data.unicef.org/resources/dataset/maternal-newborn-health/>, accessed 20 April 2024).
43. Ahmed S, Anastasi E, Laski L. Double burden of tragedy: stillbirth and obstetric fistula. *Lancet Glob Health*. 2016;4(2):e80–2 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00290-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00290-9)).
44. Kruk ME, Gage AD, Joseph NT, Danaei G, García-Saisó S, Salomon JA. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet*. 2018;392(10160):2203–12 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)).
45. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med*. 2015;12(6):e1001847 (<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>).

46. Bohren MA, Iyer A, Barros AJD, Williams CR, Hazfiarini A, Arroyave L et al. Towards a better tomorrow: addressing intersectional gender power relations to eradicate inequities in maternal health. *eClinicalMedicine*. 2024;67:102180 (<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102180>).
47. Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/254673>).
48. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health*. 2014;11(1):71 (<https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71>).
49. O'Neil S, Naeve K, Ved R. An examination of the maternal health quality of care landscape in India. Cambridge, USA: Mathematica Policy Research; 2017 (https://www.macfound.org/media/files/50268_landscape_report_2017.03.02.pdf).
50. Khalil M, Carasso KB, Kabakian-Khasholian T. Exposing obstetric violence in the Eastern Mediterranean region: a review of women's narratives of disrespect and abuse in childbirth. *Front Glob Womens Health*. 2022;3:850796 (<https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.850796>).
51. Limmer CM, Stoll K, Vedam S, Leinweber J, Gross MM. Measuring disrespect and abuse during childbirth in a high-resource country: development and validation of a German self-report tool. *Midwifery*. 2023;126:103809 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103809>).
52. Schroll AM, Kjærgaard H, Midtgaard J. Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:74 (<https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-74>).
53. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE). Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Rapport n° 2018-06-26-SAN-034. Paris, HCE, 2018, p. 164 (https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf).
54. Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet*. 2014;384(9948):e42-4 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60859-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60859-x)).
55. Sacks E. Defining disrespect and abuse of newborns: a review of the evidence and an expanded typology of respectful maternity care. *Reprod Health*. 2017;14(1):66 (<https://doi.org/10.1186/s12978-017-0326-1>).
56. Afulani PA, Phillips B, Aborigo RA, Moyer CA. Person-centred maternity care in low-income and middle-income countries: analysis of data from Kenya, Ghana, and India. *Lancet Glob Health*. 2019;7(1):e96-109 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30403-0](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30403-0)).
57. Downe S. Focusing on what works for person-centred maternity care. *Lancet Glob Health*. 2019;7(1):e10-1 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30544-8](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30544-8)).
58. Minckas N, Gram L, Smith C, Mannell J. Disrespect and abuse as a predictor of postnatal care utilisation and maternal-newborn well-being: a mixed-methods systematic review. *BMJ Glob Health*. 2021;6(4):e004698 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004698>).
59. Recommandations sur l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/339794>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
60. Fawke J, Wyllie J, Udaeta E, Rüdiger M, Ersdal H, Wright MD et al. Suctioning of clear amniotic fluid at birth: a systematic review. *Resusc Plus*. 2022;12:100298 (<https://doi.org/10.1016/j.resplu.2022.100298>).
61. Souza J, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med*. 2010;8:71 (<https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-71>).
62. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(2):CD000081 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>).
63. Belghiti J, Kayem G, Dupont C, Rudigoz RC, Bouvier-Colle MH, Deneux-Tharaux C. Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study. *BMJ Open*. 2011;1(2):e000514 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000514>).
64. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénataux pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/259584>).
65. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352658>).
66. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018;392(10155):1349-57 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31930-5)).
67. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi 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. *Health Systems Financing, World Health Report 2010, Background Paper No. 30*. Geneva: World Health Organization; 2010, p. 32 (<https://www.researchgate.net/publication/265064468>).
68. Kumbeni MT, Afaya A, Apanga PA. An assessment of out of pocket payments in public sector health facilities under the free maternal healthcare policy in Ghana. *Health Econ Rev*. 2023;13(1):8 (<https://doi.org/10.1186/s13561-023-00423-0>).
69. Haider MR, Rahman MM, Moinuddin M, Rahman AE, Ahmed S, Khan MM. Ever-increasing caesarean section and its economic burden in Bangladesh. *PLoS One*. 2018;13(12):e0208623 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208623>).
70. Mori AT, Binyaruka P, Hangoma P, Robberstad B, Sandoy I. Patient and health system costs of managing pregnancy and birth-related complications in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Health Econ Rev*. 2020;10(1):26 (<https://doi.org/10.1186/s13561-020-00283-y>).

71. Binyaruka P, Mori AT. Economic consequences of caesarean section delivery: evidence from a household survey in Tanzania. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):1367 (<https://doi.org/10.1186/s12913-021-07386-0>).
72. Shaw D, Guise JM, Shah N, Gemzell-Danielsson K, Joseph K, Levy B et al. Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman-centred care? *Lancet*. 2016;388(10057):2282–95 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31527-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31527-6)).
73. Human rights-based approach to reduce preventable maternal morbidity and mortality: technical guidance. Geneva; Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2012 (<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/TGReduceMaternalMortality.pdf>).
74. Every newborn: an action plan to end preventable deaths. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://iris.who.int/handle/10665/127938>).
75. Ending preventable maternal mortality (EPMM): a renewed focus for improving maternal and newborn health and well-being. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/350834>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
76. Déclaration d'Astana : Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Astana (Kazakhstan), 25 et 26 October 2018. Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/328129>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
77. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires : De l'ambition à l'action. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/351687>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
78. WHO Strategic and Technical Advisory Group of Experts for maternal, newborn, child, and adolescent health and nutrition (STAGE). Transforming women's, children's, and adolescents' health and wellbeing through primary health care. *Lancet*. 2023;402(10413):1606–8 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)01909-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)01909-8)).
79. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129–45 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60789-3)).
80. 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*. 2016;(4):CD004667 (<https://doi.org/10.1002/14651858.cd004667.pub5>).
81. Bartlett L, Weissman E, Gubin R, Patton-Molitors R, Friberg IK. The impact and cost of scaling up midwifery and obstetrics in 58 low- and middle-income countries. *PLoS One*. 2014;9(6):e98550 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098550>).
82. Bernitz S, Aas E, Øian P. Economic evaluation of birth care in low-risk women. A comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Norway: a randomised controlled trial. *Midwifery*. 2012;28(5):591–9 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.001>).
83. Tracy SK, Welsh A, Hall B, Hartz D, Lainchbury A, Bisits A et al. Caseload midwifery compared to standard or private obstetric care for first time mothers in a public teaching hospital in Australia: a cross sectional study of cost and birth outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:46 (<https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-46>).
84. Homer CS, Matha DV, Jordan LG, Wills J, Davis GK. Community-based continuity of midwifery care versus standard hospital care: a cost analysis. *Aust Health Rev*. 2001;24(1):85–93 (<https://doi.org/10.1071/ah010085>).
85. Fonds des Nations Unies pour la population, Organisation mondiale de la Santé, Confédération internationale des sages-femmes. 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 (<https://www.unfpa.org/fr/featured-publication/l%C3%89tat-de-la-pratique-de-sage-femme-dans-le-monde-2014>).
86. Classification internationale type des professions : CITP-08. Genève, Organisation internationale du travail, 2008 (<https://ilostat.ilo.org/fr/methods/concepts-and-definitions/classification-occupation/>).
87. National Health Workforce Accounts Web Portal [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://apps.who.int/nhwaportal/>).
88. Health workforce-related terminology: terminology work carried out by the WHO Language department at the request of the Health Workforce department. World Health Organization; 2021 (<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/hwp/202100608-health-workforce-terminology.pdf>).
89. Fonds des Nations Unies pour la population, Organisation mondiale de la Santé, Confédération internationale des sages-femmes. L'état de la pratique de sage-femme dans le monde 2021. Accompagner le personnel de santé pour répondre aux besoins des femmes, des nouveau-nés et des adolescents partout dans le monde. New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2021 (<https://www.unfpa.org/fr/publications/letat-de-la-pratique-de-sage-femme-dans-le-monde-2021>).
90. Confédération internationale des sages-femmes. Document de base : Définition et champ de compétences de la sage-femme. 2023 (<https://internationalmidwives.org/fr/resources/3675/>).
91. Compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme, édition 2024. La Haye, Confédération internationale des sages-femmes, 2024 (<https://internationalmidwives.org/fr/resources/essential-competencies-for-midwifery-practice/>).
92. Bradford BF, Wilson AN, Portela A, McConville F, Fernandez Turienzo C, Homer CSE. Midwifery continuity of care: a scoping review of where, how, by whom and for whom? *PLoS Glob Public Health*. 2022;2(10):e0000935 (<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000935>).
93. Sandall J, Coxon K, Mackintosh N, Rayment-Jones H, Locock L, Page L et al. Relationships: the pathway to safe, high-quality maternity care. Report from the Sheila Kitzinger symposium at Green Templeton College. Oxford: Green Templeton College; 2015 (<https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/en/publications/relationships-the-pathway-to-safe-high-quality-maternity-care-she>).
94. Rayment-Jones H, Harris J, Harden A, Turienzo CF, Sandall J. Project20: Maternity care mechanisms that improve (or exacerbate) health inequalities: a realist evaluation. *Women Birth*. 2023;36(3):e314–27 (<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.11.006>).

95. Dahlberg U, Aune I. The woman's birth experience: the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*. 2013;29(4):407–15 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>).
96. Freeman GK, Olesen F, Hjortdahl P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Fam Pract*. 2003;20(6):623–7 (<https://doi.org/10.1093/fampra/cm601>).
97. Nove A, Friberg IK, de Bernis L, McConville F, Moran AC, Najjemba M et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. *Lancet Glob Health*. 2021;9(1):e24–32 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30397-1](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30397-1)).
98. New study reveals investing in midwives could save millions of lives. New York: United Nations Population Fund; 2020 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Midwives_Save_Lives_Infographic.pdf).
99. Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;(4):CD004667.pub6 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6>).
100. Sutcliffe K, Caird J, Kavanagh J, Rees R, Oliver K, Dickson K et al. Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. *J Adv Nurs*. 2012;68(11):2376–86 (<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05998.x>).
101. Waldenström U, Turnbull D. A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998;105(11):1160–70 (<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1998.tb09969.x>).
102. Chapman A, Nagle C, Bick D, Lindberg R, Kent B, Calache J et al. Maternity service organisational interventions that aim to reduce caesarean section: a systematic review and meta-analyses. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):206 (<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2351-2>).
103. Cibralic S, Pickup W, Diaz AM, Kohlhoff J, Karlov L, Stylianakis A et al. The impact of midwifery continuity of care on maternal mental health: a narrative systematic review. *Midwifery*. 2023;116:103546 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103546>).
104. Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to the prevention, treatment and management of noncommunicable diseases in practice: policy and advocacy, research and education. Human Resources for Health Observer Issue 12. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://www.who.int/publications/m/item/9789241504157>).
105. Barker DJ, Osmond C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet*. 1986;1(8489):1077–81 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(86\)91340-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(86)91340-1)).
106. Painter RC, Roseboom TJ, Bleker OP. Prenatal exposure to the Dutch famine and disease in later life: an overview. *Reprod Toxicol*. 2005;20(3):345–52 (<https://doi.org/10.1016/j.reprotox.2005.04.005>).
107. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://iris.who.int/handle/10665/94384>).
108. Brohan MP, Daly FP, Kelly L, McCarthy FP, Khashan AS, Kublickiene K et al. Hypertensive disorders of pregnancy and long-term risk of maternal stroke: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;229(3):248–68 (<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.03.034>).
109. Gluckman PD, Hanson MA, Cooper C, Thornburg KL. Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *N Engl J Med*. 2008;359(1):61–73 (<https://doi.org/10.1056/nejmra0708473>).
110. Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PLoS One*. 2018;13(4):e0194906 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>).
111. Small R, Roth C, Raval M, Shafiei T, Korfker D, Heaman M et al. Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:152 (<https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-152>).
112. What women won: demands for quality healthcare. Washington, DC: White Ribbon Alliance; 2022 (<https://whiteribbonalliance.org/resources/what-women-won-report/>).
113. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1196–252 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30386-3)).
114. Turkmani S, Nove A, Bazirete O, Hughes K, Pairman S, Callander E et al. Exploring networks of care in implementing midwife-led birthing centres in low- and middle-income countries: a scoping review. *PLoS Glob Public Health*. 2023;3(5):e0001936 (<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001936>).
115. Perriman N, Davis DL, Ferguson S. What women value in the midwifery continuity of care model: a systematic review with metasynthesis. *Midwifery*. 2018;62:220–9 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.011>).
116. Bradfield Z, Hauck Y, Duggan R, Kelly M. Midwives' perceptions of being “with woman”: a phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):363 (<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2548-4>).
117. Shahinfar S, Abedi P, Najafian M, Abbaspoor Z, Mohammadi E, Alianmoghaddam N. Women's perception of continuity of team midwifery care in Iran: a qualitative content analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):173 (<https://doi.org/10.1186/s12884-021-03666-z>).
118. Walsh D, Devane D. A metasynthesis of midwife-led care. *Qual Health Res*. 2012;22(7):897–910 (<https://doi.org/10.1177/1049732312440330>).
119. Styles C, Kearney L, George K. Implementation and upscaling of midwifery continuity of care: the experience of midwives and obstetricians. *Women Birth*. 2020;33(4):343–51 (<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.08.008>).

120. McInnes RJ, Aitken-Arbuckle A, Lake S, Hollins Martin C, MacArthur J. Implementing continuity of midwife carer – just a friendly face? A realist evaluation. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):304 (<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05159-9>).
121. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. La maïeutique : connaissances, savoir-faire et pratiques [site Web]. 2023 (<https://ich.unesco.org/fr/RL/la-maieutique-connaissances-savoir-faire-et-pratiques-01968?RL=01968>).
122. Rescapée du séisme au Maroc, Maria, sage-femme, met au monde des enfants et sauve des vies en pleine catastrophe [Communiqué de presse]. Fonds des Nations Unies pour la population, 25 septembre 2023 (<https://www.unfpa.org/fr/news/rescap%C3%A9-du-s%C3%A9isme-au-maroc-maria-sage-femme-met-au-monde-des-enfants-et-sauve-des-vies>).
123. Midwives in humanitarian settings: realities of strengthening an essential health workforce. *New Security Beat.* 5 July 2023 (<https://www.newsecuritybeat.org/2023/07/midwives-humanitarian-settings-realities-strengthening-essential-health-workforce/>).
124. Nove A, Bytyqi A, Boyce M, Castro Lopes S. Midwives on the front line: delivering midwifery services in difficult times: a snapshot from selected Arab countries. Cairo: United Nations Population Fund, Arab States Regional Office; 2016 (<https://arabstates.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/AS%20-%20Midwifery%20in%20Difficult%20Times%20in%20Selected%20Countries%202016.pdf>).
125. The role of midwives in humanitarian setting [news release]. United Nations Population Fund South Sudan; 28 July 2022 (<https://southsudan.unfpa.org/en/news/role-midwives-humanitarian-setting>).
126. Beek K, McFadden A, Dawson A. The role and scope of practice of midwives in humanitarian settings: a systematic review and content analysis. *Hum Resour Health.* 2019;17(1):5 (<https://doi.org/10.1186/s12960-018-0341-5>).
127. Les sages-femmes pour la paix : le rôle des sages-femmes dans les conflits [Communiqué de presse]. Confédération internationale des sages-femmes, 6 avril 2022 (<https://internationalmidwives.org/fr/les-sages-femmes-pour-la-peace-le-role-des-sages-femmes-dans-les-conflits/>).
128. Comment les sages-femmes polonaises aident les Ukrainiennes ayant fui leur logis [Communiqué de presse]. Organisation mondiale de la Santé, 4 mai 2022 (<https://www.who.int/europe/fr/news/item/04-05-2022-how-polish-midwives-help-ukrainian-women-fleeing-their-homes>).
129. Purno NH, Biswas A, Anderson R, Hoque DME. Responding to humanitarian crises: midwifery care in Bangladesh. *J Midwifery Womens Health.* 2023;68(3):371–5 (<https://doi.org/10.1111/jmwh.13524>).
130. Urgent health challenges for the next decade [news release]. World Health Organization; 13 January 2020 (<https://www.who.int/news-room/photo-story/detail/urgent-health-challenges-for-the-next-decade>).
131. Myanmar's "red angel" midwives prepare to bring care to displaced women in Rakhine [news release]. United Nations Population Fund; 28 May 2014 (<https://www.unfpa.org/news/myanmars-red-angel-midwives-prepare-bring-care-displaced-women-rakhine>).
132. Male midwife champions safe motherhood for South Sudan refugees [news release]. United Nations Population Fund; 17 June 2015 (<https://www.unfpa.org/news/male-midwife-champions-safe-motherhood-south-sudan-refugees>).
133. Health needs escalate as crisis in Gaza continues [news release]. United Nations Population Fund; 24 July 2014 (<https://www.unfpa.org/news/health-needs-escalate-crisis-gaza-continues>).
134. Amid grinding conflict, Yemen's midwives go to heroic lengths to save lives [news release]. United Nations Population Fund; 4 May 2018 (<https://www.unfpa.org/news/amid-grinding-conflict-yemens-midwives-go-heroic-lengths-save-lives>).
135. As a midwife, I always feel responsible for two lives at the same time: the mother and her child [news release]. Médecins Sans Frontières; 10 March 2020 (<https://www.msf-me.org/media-centre/news-and-stories/midwife-i-always-feel-responsible-two-livessame-time-mother-and-her>).
136. Coyle R. As a midwife, I have seen what happens to women when they do not receive prenatal care: an MSF midwife shares her story from Taiz Houban, Yemen. *ReliefWeb*; 15 August 2023 (<https://reliefweb.int/report/yemen/midwife-i-have-seen-what-happens-women-when-they-do-not-receive-prenatal-care>).
137. Mortensen B, Lieng M, Diep LM, Lukasse M, Atieh K, Fosse E. Improving maternal and neonatal health by a midwife-led continuity model of care: an observational study in one governmental hospital in Palestine. *eClinicalMedicine.* 2019;10:84–91 (<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.04.003>).
138. Mortensen B, Lukasse M, Diep LM, Lieng M, Abu-Awad A, Suleiman M et al. Can a midwife-led continuity model improve maternal services in a low-resource setting? A non-randomised cluster intervention study in Palestine. *BMJ Open.* 2018;8(3):e019568 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019568>).
139. Au Bangladesh, les sages-femmes offrent de l'espoir aux survivantes du cyclone Mocha, dans le plus grand camp de réfugié-e-s du monde [Communiqué de presse]. Fonds des Nations Unies pour la population, 15 juin 2023 (<https://www.unfpa.org/fr/news/au-bangladesh-les-sages-femmes-offrent-de-l%E2%80%99espoir-aux-survivantes-du-cyclone-mocha>).
140. « L'espoir est arrivé en la personne de Rahna » : les sages-femmes sauvent des vies après le séisme en Afghanistan [Communiqué de presse]. Fonds des Nations Unies pour la population, 2 novembre 2023 (<https://www.unfpa.org/fr/news/%C2%AB-l%E2%80%99espoir-est-arriv%C3%A9-en-la-personne-de-rahna-%C2%BB-les-sages-femmes-sauvent-des-vies-apr%C3%A8s-le>).
141. Son histoire : une mousson intense, un hôpital inondé et des jumeaux à naître – récit d'une sage-femme au Bangladesh [Communiqué de presse]. Fonds des Nations Unies pour la population, 7 avril 2022 (<https://www.unfpa.org/fr/news/son-histoire-une-mousson-intense-un-h%C3%B4pital-inond%C3%A9-et-des-jumeaux-%C3%A0-na%C3%Aetre-%E2%80%93-r%C3%A9cit-d%E2%80%99une-sage>).
142. Kildea S, Simcock G, Liu A, Elgebeili G, Laplante DP, Kahler A et al. Continuity of midwifery carer moderates the effects of prenatal maternal stress on postnatal maternal wellbeing: the Queensland flood study. *Arch Womens Ment Health.* 2018;21(2):203–14 (<https://doi.org/10.1007/s00737-017-0781-2>).

143. Idress A, Rehman AU, Mohsin A, Lee KY. Pregnant women lose all hope of help as Pakistan drowns in floods. *Health Sci Rep*. 2023;6(10):e1082 (<https://doi.org/10.1002/hsr2.1082>).
144. Hadid D. The fearless midwives of Pakistan: in the face of floods, they do not give up [news release]. NPR; 19 October 2022 (<https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2022/10/08/1127631160/midwives-in-pakistan-are-mobilizing-to-help-women-and-children-after-the-floods>).
145. Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;370:m3320 (<https://doi.org/10.1136/bmj.m3320>).
146. Pallangyo E, Nakate MG, Maina R, Fleming V. The impact of COVID-19 on midwives' practice in Kenya, Uganda and Tanzania: a reflective account. *Midwifery*. 2020;89:102775 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102775>).
147. Ortiz J, Castro MD. Buenas prácticas de parteras profesionales en respuesta a la pandemia por COVID-19 en América Latina y el Caribe, 2020–2021. Panama City: United Nations Population Fund, Latin America and the Caribbean Regional Office; 2022 (<https://lac.unfpa.org/es/publications/buenas-practicas-de-parteras-profesionales>).
148. Helping women give birth during the pandemic: the experience of four midwives [news release]. Pan American Health Organization; 5 May 2020 (<https://www.paho.org/en/stories/helping-women-give-birth-during-pandemic-experience-four-midwives>).
149. UN Regional Information Centre (UNRIC) Brussels. Midwives step up to support pregnant women during pandemic. United Nations; no date (<https://www.un.org/en/pregnant-women-are-worried-about-giving-birth-during-pandemic>).
150. Amid pandemic and unrest, midwives undeterred in saving lives in Conakry [news release]. United Nations Population Fund; 11 February 2021 (<https://www.unfpa.org/news/amid-pandemic-and-unrest-midwives-undeterred-saving-lives-conakry>).
151. Schantz C, Tiet M, Evrard A, Guillaume S, Boujahma D, Quentin B et al. A strong capacity to face the shock of the health crisis: MaNaO, a midwife-led birthing centre in France. *Midwifery*. 2023;127:103837 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103837>).
152. Islam A, Begum F, Williams A, Basri R, Ara R, Anderson R. Midwife-led pandemic telemedicine services for maternal health and gender-based violence screening in Bangladesh: an implementation research case study. *Reprod Health*. 2023;20(1):128 (<https://doi.org/10.1186/s12978-023-01674-0>).
153. Hartz DL, Tracy SK, Pairman S, Yates A, Renard C, Brodie P et al. Midwives speaking out on COVID-19: The International Confederation of Midwives global survey. *PLoS One*. 2022;17(11):e0276459 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276459>).
154. Coxon K, Turienzo CF, Kweekel L, Goodarzi B, Brigante L, Simon A et al. The impact of the coronavirus (COVID-19) pandemic on maternity care in Europe. *Midwifery*. 2020;88:102779 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102779>).
155. Alnuaimi K. Understanding Jordanian midwives' experiences of providing care during the COVID-19 pandemic crisis: a phenomenological study. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2021;9(3):238–50 (<https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2021.88793.1545>).
156. Foulhy C, Knezovic N, Guillaume S, Ettienne C, Guignard M, Perrin L. Les sages-femmes face à la crise sanitaire (Midwives facing the health crisis). *Sages-Femmes*. 2020;19(5):29–32 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1637408820301358>).
157. Rousseau A, Gaucher L, Gautier S, Mahrez I, Baumann S. How midwives implemented teleconsultations during the COVID-19 health crisis: a mixed-methods study. *BMJ Open*. 2022;12(4):e057292 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057292>).
158. Attanasio LB, Alarid-Escudero F, Kozhimannil KB. Midwife-led care and obstetrician-led care for low-risk pregnancies: a cost comparison. *Birth*. 2020;47(1):57–66 (<https://doi.org/10.1111/birt.12464>).
159. Friedman H, Liang M. Costs of pre-service midwifery education. Background document for the State of the World's Midwifery 2011. June 2011 (<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=c0b2bfdbf46f3884b765bdec933cf933c46ce29>).
160. Kenny C, Devane D, Normand C, Clarke M, Howard A, Begley C. A cost-comparison of midwife-led compared with consultant-led maternity care in Ireland (the MidU study). *Midwifery*. 2015;31(11):1032–8 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.06.012>).
161. Petrou S, Boulvain M, Simon J, Maricot P, Borst F, Perneger T et al. Home-based care after a shortened hospital stay versus hospital-based care postpartum: an economic evaluation. *BJOG*. 2004;111(8):800–6 (<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00173.x>).
162. Callander EJ, Slavin V, Gamble J, Creedy DK, Brittain H. Cost-effectiveness of public caseload midwifery compared to standard care in an Australian setting: a pragmatic analysis to inform service delivery. *Int J Qual Health Care*. 2021;33(2):mzab084 (<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab084>).
163. Kozhimannil K, Attanasio L, Alarid-Escudero F. More midwife-led care could generate cost savings and health improvement: policy brief. Minneapolis: University of Minnesota School of Public Health; 2019, p. 4 (<https://www.sph.umn.edu/sph-2018/wp-content/uploads/docs/policy-brief-midwife-led-care-nov-2019.pdf>).
164. Boukhalfa C, Ouakhzan B, Masbah H, Acharai L, Zbiri S. Investing in midwifery for sustainable development goals in low- and middle-income countries: a cost-benefit analysis. *Cost Eff Resour Alloc*. 2024;22(1):1 (<https://doi.org/10.1186/s12962-023-00507-y>).
165. MacKenzie Bryers H, Van Teijlingen E. Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*. 2010;26(5):488–96 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.003>).
166. McFarland AK, Jones J, Luchsinger J, Kissler K, Smith DC. The experiences of midwives in integrated maternity care: a qualitative metasynthesis. *Midwifery*. 2020;80:102544 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102544>).
167. Eri T, Berg M, Dahl B, Gottfreðsdóttir H, Sommerseth E, Prinds C. Models for midwifery care: a mapping review. *Eur J Midwifery*. 2020;4:30 (<https://doi.org/10.18332/ejm/124110>).

168. Conseil exécutif, cent trente-huitième session. Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne : Rapport du Secrétaire. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (EB138/37 ; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_37-fr.pdf).
169. Charte internationale des droits de l'homme : Bref historique et présentation des deux Pactes internationaux. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, non daté (<https://www.ohchr.org/fr/what-are-human-rights/international-bill-human-rights>).
170. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. New York, 18 décembre 1979. New York, Organisation des Nations Unies, 1980 (https://treaties.un.org/doc/Treaties/1981/09/19810903%2005-18%20AM/Ch_IV_8p.pdf).
171. Convention relative aux droits de l'enfant. New York, 20 novembre 1989. New York, Organisation des Nations Unies, 1989 (https://treaties.un.org/doc/Treaties/1990/09/19900902%2003-14%20AM/Ch_IV_11p.pdf).
172. Convention relative aux droits des personnes handicapées. New York, Organisation des Nations Unies, 2006 (A/RES/61/106 ; <https://docs.un.org/fr/A/RES/61/106>).
173. Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre, 1994. Fonds des Nations Unies pour la population, 2004 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ICPD-PoA-Fr-FINAL.pdf>).
174. Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. New York, 10 décembre 1984. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 1987. (<https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-against-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading>).
175. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated peoplecentred health services. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
176. Homer CS, Leap N, Edwards N, Sandall J. Midwifery continuity of carer in an area of high socio-economic disadvantage in London: a retrospective analysis of Albany Midwifery Practice outcomes using routine data (1997–2009). *Midwifery*. 2017;48:1–10 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.02.009>).
177. Hadebe R, Seed PT, Essien D, Headen K, Mahmud S, Owasil S et al. Can birth outcome inequality be reduced using targeted caseload midwifery in a deprived diverse inner city population? A retrospective cohort study, London, UK. *BMJ Open*. 2021;11(11):e049991 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049991>).
178. Khan Z, Vowles Z, Fernandez Turienzo C, Barry Z, Brigante L, Downe S et al. Targeted health and social care interventions for women and infants who are disproportionately impacted by health inequalities in high-income countries: a systematic review. *Int J Equity Health*. 2023;22(1):131 (<https://doi.org/10.1186/s12939-023-01948-w>).
179. Kildea S, Gao Y, Hickey S, Nelson C, Kruske S, Carson A et al. Effect of a Birthing on Country service redesign on maternal and neonatal health outcomes for First Nations Australians: a prospective, non-randomised, interventional trial. *Lancet Glob Health*. 2021;9(5):e651–9 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(21\)00061-9](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(21)00061-9)).
180. Thompson JE. Midwives and human rights: dream or reality? *Midwifery*. 2002;18(3):188–92 (<https://doi.org/10.1054/midw.2002.0320>).
181. Dharni N, Essex H, Bryant MJ, Cronin De Chavez A, Willan K et al., on behalf of the Better Start Bradford Innovation Hub. The key components of a successful model of midwifery-led continuity of carer, without continuity at birth: findings from a qualitative implementation evaluation. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):205 (<https://doi.org/10.1186/s12884-021-03671-2>).
182. Brigante L, Coxon K, Fernandez Turienzo C, Sandall J. “She was there all the time”: a qualitative study exploring how women at higher risk for preterm birth experience midwifery continuity of care. *Women Birth*. 2023;36(4):e397–404 (<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.01.003>).
183. Mathias LA, Davis D, Ferguson S. Salutogenic qualities of midwifery care: a best-fit framework synthesis. *Women Birth*. 2021;34(3):266–77 (<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.006>).
184. Tokhi M, Comrie-Thomson L, Davis J, Portela A, Chersich M, Luchters S. Involving men to improve maternal and newborn health: a systematic review of the effectiveness of interventions. *PLoS One*. 2018;13(1):e0191620 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191620>).
185. Yargawa J, Leonardi-Bee J. Male involvement and maternal health outcomes: systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(6):604–12 (<https://doi.org/10.1136/jech-2014-204784>).
186. Kraft JM, Wilkins KG, Morales GJ, Widyono M, Middlestadt SE. An evidence review of gender-integrated interventions in reproductive and maternal-child health. *J Health Commun*. 2014;19(Suppl 1):122–41 (<https://doi.org/10.1080/10810730.2014.918216>).
187. Xie J, Hunter A, Biesty L, Grealish A. The impact of midwife/nurse-led psychosocial interventions on parents experiencing perinatal bereavement: an integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2024;157:104814 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104814>).
188. Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/353672>).
189. Building the primary health care workforce of the 21st century. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/328072>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
190. Filby A, McConville F, Portela A. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective. *PLoS One*. 2016;11(5):e0153391 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153391>).
191. Mattison CA, Lavis JN, Wilson MG, Hutton EK, Dion ML. A critical interpretive synthesis of the roles of midwives in health systems. *Health Res Policy Syst*. 2020;18(1):77 (<https://doi.org/10.1186/s12961-020-00590-0>).

192. Organisation mondiale de la Santé, Organisation de coopération et de développement économiques, Banque internationale pour la reconstruction et le développement. La qualité des services de santé : Un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/324737>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
193. Kalaris K, Radovich E, Carmone AE, Smith JM, Hyre A, Baye ML et al. Networks of care: an approach to improving maternal and newborn health. Glob Health Sci Pract. 2022;10(6):e2200162 (<https://doi.org/10.9745/ghsp-d-22-00162>).
194. Agyekum EO, Kalaris K, Maliqi B, Moran AC, Ayim A, Roder-DeWan S. Networks of care to strengthen primary healthcare in resource constrained settings. BMJ. 2023;380:e071833 (<https://doi.org/10.1136/bmj-2022-071833>).
195. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://iris.who.int/handle/10665/70185>).

Annexe 1. Confédération internationale des sages-femmes (ICM) – Philosophie et modèle de soins de pratique sage-femme

Philosophie des soins de pratique sage-femme de l'ICM

- La grossesse est un processus physiologique normal.
- La grossesse est une expérience profonde qui a une grande signification pour la femme, sa famille et la communauté dans laquelle elle vit.
- Les sages-femmes sont les prestataires de soins les mieux placés pour assister les femmes enceintes.
- Les soins prodigués par les sages-femmes encouragent, protègent et soutiennent la santé et les droits humains, génésiques et sexuels des femmes et respectent leur diversité ethnique et culturelle. Ils se basent sur les principes éthiques de justice, d'équité et de respect pour la dignité humaine.
- Les soins prodigués par les sages-femmes sont par nature holistiques et continus, ancrés dans la compréhension des expériences sociales, émotionnelles, culturelles, spirituelles, psychologiques et physiques des femmes.
- Les soins prodigués par les sages-femmes sont émancipateurs puisqu'ils protègent et améliorent le statut sanitaire et social des femmes et renforcent leur confiance en soi et leur capacité à faire face à l'accouchement.
- Les soins prodigués par les sages-femmes ont lieu en partenariat avec les femmes, ils reconnaissent le droit à l'autodétermination et sont respectueux, personnalisés, continus et non autoritaires.
- Les soins éthiques et compétents prodigués par les sages-femmes sont orientés et guidés par une formation officielle et continue, la recherche scientifique et l'utilisation de données probantes.

Modèle de soins de pratique sage-femme de l'ICM

- Les sages-femmes favorisent et protègent la santé et les droits des femmes et des nouveau-nés.
- Les sages-femmes respectent les femmes et ont confiance en leurs capacités pendant l'accouchement.
- Les sages-femmes encouragent et défendent la non-intervention pendant un accouchement normal.
- Les sages-femmes fournissent aux femmes des informations et conseils appropriés de façon à encourager la participation et à améliorer la prise de décisions.
- Les sages-femmes prodiguent des soins respectueux, anticipés et flexibles, qui répondent à la totalité des besoins des femmes, de leurs nouveau-nés, de leur famille et de leur communauté et s'intéressent dans un premier temps à la nature de la relation entre la femme qui recherche les soins d'une sage-femme et cette dernière.
- Les sages-femmes donnent aux femmes les moyens d'assumer la responsabilité de leur propre santé et de celle de leur famille.
- Les sages-femmes prodiguent leurs soins en collaboration et en consultation avec d'autres professionnels de la santé afin de répondre aux besoins des femmes, de leurs nouveau-nés, de leur famille et de leur communauté.
- Les sages-femmes entretiennent leurs compétences et s'assurent que leur pratique est fondée sur des données probantes.
- Les sages-femmes utilisent la technologie de façon appropriée et orientent la femme en temps voulu, en cas de problème.
- Les sages-femmes sont individuellement et collectivement responsables du développement des soins relevant de la pratique sage-femme, en formant la nouvelle génération de sages-femmes et de collègues au concept d'apprentissage tout au long de la vie.

Source : Philosophie et modèle de soins de pratique sage-femme. Confédération internationale des sages-femmes, 2014 (<https://internationalmidwives.org/fr/resources/philosophie-et-modele-de-soins-de-pratique-sage-femme/>).

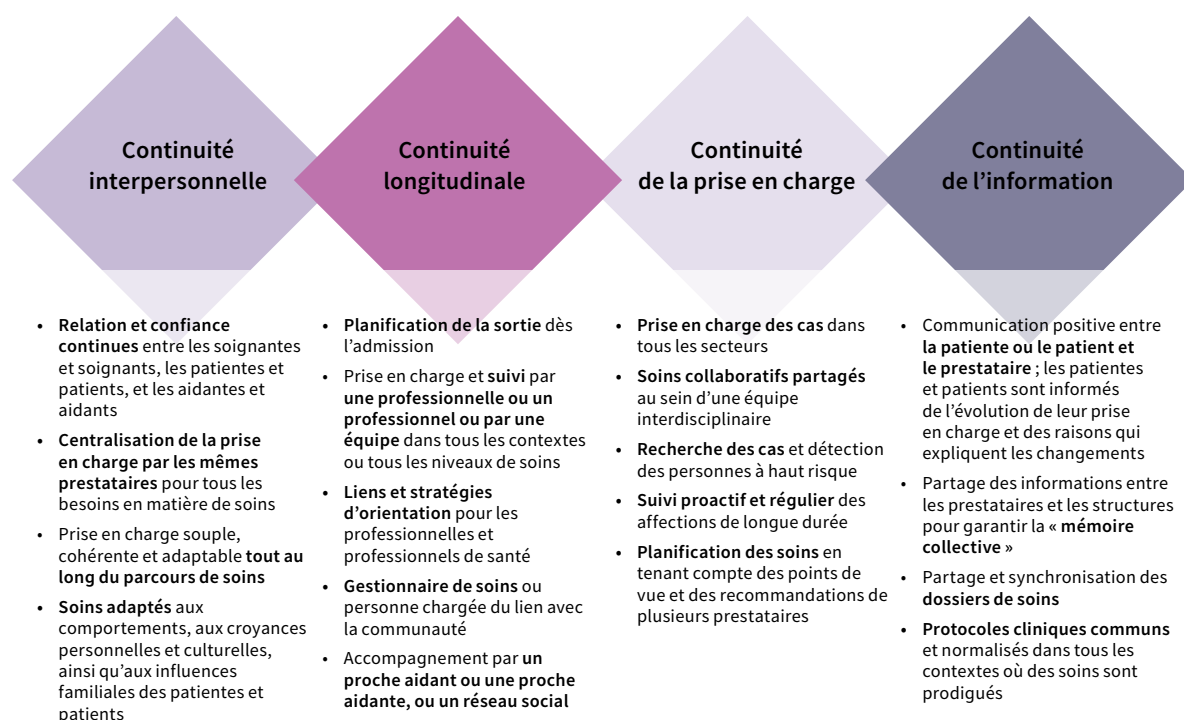
Annexe 2. Continuité des soins et moyens d'y parvenir

La continuité des soins a été formulée par Deeny *et al.* (2017) comme un concept complexe impliquant quatre domaines :

- la continuité interpersonnelle – expérience subjective de la relation de soins entre les patientes et patients et les soignantes et soignants ;
- la continuité longitudinale – historique d'interactions avec la même soignante ou le même soignant dans le cadre d'une série d'épisodes ponctuels ;
- la continuité de la prise en charge – collaboration efficace des équipes au-delà des frontières des soins afin d'assurer une prise en charge en toute fluidité ; et
- la continuité de l'information – disponibilité des informations cliniques et psychosociales lors de toutes les rencontres avec les professionnelles et professionnels (1,2).

Les approches et les interventions qui peuvent être utilisées pour assurer la continuité des soins – dans chacun de ces domaines – sont répertoriées dans la Figure A1.1 ci-dessous.

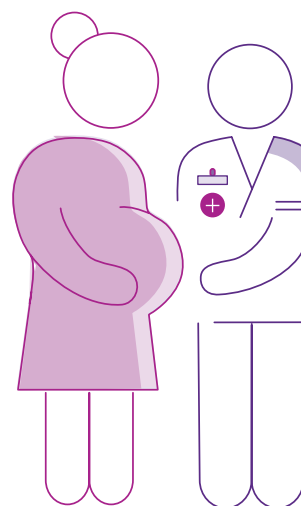
Figure A1.1 Éventail des approches et des interventions permettant d'assurer la continuité des soins



Sources : Traduit de OMS, 2018 (1), adapté de Deeny S., *et al.*, 2017 (2).

Références pour l'annexe 2

1. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Deeny S, Gardner T, Al-Zaidy S, Barker I, Steventon A. Briefing: reducing hospital admissions by improving continuity of care in general practice. Londres, The Health Foundation, 2017 (<https://www.health.org.uk/sites/default/files/ReducingAdmissionsGPContinuity.pdf>).



Organisation mondiale de la Santé

20 avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

**Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant
et de l'adolescent, et vieillissement**

Courriel : mncah@who.int

Site Web : <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing>

www.who.int