



Association nationale des sages-femmes libérales - ANSFL

Association nationale des sages-femmes orthogénistes - ANSFO

Association nationale des sages-femmes territoriales - ANSFT

Association professionnelle de sages-femmes – APSF

La grossesse et la mise au monde en France

Qu'en-est-il de la physiologie ?

I. Une gestion et une organisation du soin, en France, centrée sur le risque obstétrico-pédiatrique et la pathologie	3
II. Un bilan de la santé périnatale contrasté malgré une forte médicalisation de la naissance3	
III. Une médicalisation de la naissance qui ne laisse aucune place à une approche physiologique	4
IV. La sage-femme, son rôle, son métier	5
A. Définition internationale de la sage-femme et de la pratique sage-femme	5
B. La sage-femme en France	5
C. Évaluation de l'activité des sages-femmes	6
D. La place centrale de la sage-femme dans la santé des femmes et des nouveau-nés.....	6
E. La sage-femme « référente ».....	7
F. La sage-femme, la professionnelle la mieux formée pour accompagner la maternité	8
V. État des lieux en France.....	8
A. Une approche de la santé biaisée par l'accent mis sur le risque et la pathologie	8
B. Les contradictions et les paradoxes du métier de sage-femme	9
C. Conséquences pour le métier de sage-femme.....	10
VI. Le modèle de soin dispensé par les sages-femmes : Midwife-led, midwife-led continuity12	
A. Principe du modèle de soin dispensé par les sages-femmes.....	12
B. Revue de la Cochrane de 2016	14
VII. Analyse des coûts : 4 études et 3 illustrations.....	15
A. Étude de Relph (2020) Costing the impact of interventions during pregnancy	15
B. Étude de Shaw Dorothy - Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman-centred care?	16
C. La valeur socio-économique de la sage-femme – revue systématique, méta- analyse, méta-synthèse et analyse économique des modèles de surveillance par la sage-femme	18
D. Maïeutique et soins de qualité : conclusions d'un nouveau cadre d'analyse des soins maternels et néonataux fondé sur des données probantes.	19
E. Trois illustrations	21
VIII. Un changement de paradigme pour les soins périnataux qui ne seraient pas centrés principalement sur l'identification et le traitement des pathologies d'une minorité, mais sur des soins de qualité pour tous.....	24
IX. Revendications des sages-femmes.....	25
A. Une organisation de la périnatalité plus efficiente et proche du souhait et des besoins des femmes afin de promouvoir leur santé	25
B. Développer les compétences des sages-femmes au profit de la santé des femmes.....	25
C. L'autonomie de la profession de sage-femme	26
X. REFERENCES.....	28

I. Une gestion et une organisation du soin, en France, centrée sur le risque obstétrico-pédiatrique et la pathologie

Qu'en-est-il de la physiologie ?

L'organisation actuelle de la périnatalité repose sur une conception du risque maternel et fœtal façonnée par les obstétriciens et les pédiatres (1). De fait, cette conception du risque légitime une gestion médicalisée et hospitalo-centrée du système par les médecins spécialistes. L'hôpital est, en effet, le lieu de gestion le plus pointu de la maladie, de la pathologie et de la lutte contre le risque vital.

En France, l'accouchement n'est considéré comme normal que deux heures après qu'il ait eu lieu, soit *a posteriori* (2). La médicalisation est basée sur le postulat que tout accouchement est potentiellement risqué, que la survenue d'un problème est imprévisible, et qu'il peut nécessiter une intervention sans délai sous peine de dommages irréparables (3). Ce postulat nécessite la présence des experts du risque et de la pathologie (obstétriciens, pédiatres, anesthésiste).

Alors qu'en France, on ne peut qualifier un accouchement de normal qu'après son achèvement, on ne peut aux Pays-Bas (4) comme dans d'autres pays (Australie, Pays Bas, Nouvelle Zélande, Royaume Uni, Suède) (5) considérer qu'une situation est pathologique qu'au vu d'arguments solides.

II. Un bilan de la santé périnatale contrasté malgré une forte médicalisation de la naissance

Malgré une prise en charge quasi-systématique des accouchements en milieu hospitalier, malgré le développement et l'utilisation de technologies toujours plus sophistiquée, malgré le niveau élevé des dépenses de santé, les résultats de santé périnatale français apparaissent comme médiocres comparés à ceux des autres pays européens (6).

La mortalité autour de la naissance est globalement basse, en France, comme dans les autres pays européens. Cependant la mortinatalité (enfants mort-nés) atteint un niveau plutôt élevé en France (3 décès pour 1000 naissances, 21^{ème} rang), après exclusion des interruptions médicales de grossesse, particulièrement nombreuses dans notre pays, ainsi que la mortalité néonatale (décès dans le 1^{er} mois (2,4 pour 1000 naissances vivantes, 23^{ème} rang). La mortalité néonatale est stable depuis 2005 alors qu'une tendance à la baisse est constatée sur l'ensemble des pays européens (7).

« Ce bilan présente une situation contrastée. Il semble que les efforts menés pour limiter les césariennes ont conduit à des résultats positifs. En revanche la situation concernant la mortalité des

enfants à la naissance est préoccupante. Il est indispensable d'analyser les facteurs et les circonstances des décès pour identifier dans quels domaines et sur quelles populations devraient porter les efforts. »

III. Une médicalisation de la naissance qui ne laisse aucune place à une approche physiologique

Ce postulat « *que certaines complications (certes rares mais graves) peuvent survenir sans que rien ne permette de les prévoir* » (2) ne laisse aucune place à une approche physiologique, centrée sur des processus et des états dit « normaux » avec leurs ressources et leur potentialités, chez des femmes en bonne santé somatique et psychique, et qu'il conviendrait d'optimiser de façon adaptée. L'approche physiologique de la naissance n'a de valeur et d'existence que secondaire, une fois que les exigences de l'approche centrée sur le risque est satisfaite.

De ce fait, à l'hôpital la physiologie est subordonnée à la pathologie, tout comme la sage-femme qui lui est dédiée, est subordonnée au médecin. Pourtant, plus de 70% des accouchements sont dit physiologiques alors que l'immense majorité d'entre eux sont circonscrits à l'univers hospitalier. Mais, même à l'hôpital, avant qu'une situation ne soit cliniquement pathologique il existe des signes, plus ou moins objectifs, qui s'installent progressivement et qui permettent de comprendre qu'un processus objectivement physiologique et « normal » se pathologise peu à peu. Cet « entre-deux » est certainement le temps où la sage-femme exprime son art de façon la plus exemplaire et délicate, lorsqu'elle sait pleinement accompagner les processus physiologiques tout en veillant aux limites de leur bon déroulement pour savoir faire appel au médecin et travailler en complémentarité avec lui. Le temps du médecin est celui de l'intervention et de l'urgence. Il est postérieur à celui du diagnostic de pathologie. Dans une approche centrée sur la physiologie, le temps du médecin est complémentaire, sans confusion ni supervision du temps de la sage-femme.

Parce que l'approche de la physiologie n'a pas de vraie place à l'hôpital, la pensée du physiologique peut y paraître incongrue et le métier de sage-femme n'y a pas vraiment d'existence réelle quant à l'objet de ses compétences auprès des femmes. Reconnaître ce travail de la sage-femme ce serait laisser coexister les deux approches sans les confondre ou les subordonner l'une à l'autre, mais plutôt mieux les articuler pour mieux les reconnaître ; et faire de ces 70% de femmes pour qui la naissance sera physiologique, le centre de la réflexion.

C'est ainsi qu'il y aurait, à l'hôpital, des filières physiologiques qui seraient clairement identifiées, et distinctes des filières pathologiques, avec des staffs également distincts. Elles seraient entièrement dirigées par des sages-femmes, afin faire cesser les confusions, grâce à chefferies de

service co-animées par un médecin et une sage-femme. Elles permettraient de réelles avancées grâce à la recherche au bénéfice des ressources et du pouvoir d'agir des femmes sur leur propre santé, soit, ce qui désigne leur *empowerment*.

IV. La sage-femme, son rôle, son métier

A. Définition internationale de la sage-femme et de la pratique sage-femme

Le Conseil de l'ICM (International Confederation of midwives), propose une définition Internationale des sages-femmes et une définition de sa pratique qui sont révisées à période régulière. La dernière révision a été adoptée le Conseil de l'ICM , à Toronto, en juin 2017 (8,9)

La pratique sage-femme est la profession qu'exercent les sages-femmes, seules les sages- femmes exercent la pratique sage-femme. Elle regroupe un ensemble unique de connaissances, de compétences et d'attitudes professionnelles issues de disciplines partagées par d'autres professions de la santé telles que la science et la sociologie, mais qui sont exercées par des sages-femmes dans un cadre professionnel de pratique sage-femme caractérisée par l'autonomie, le partenariat, l'éthique et la responsabilité.

La pratique sage-femme est une approche de soins prodigués aux femmes et à leur nouveau-né dans le cadre de laquelle les sages-femmes :

- Optimisent les processus biologiques, psychologiques, sociaux et culturels normaux de l'accouchement et du début de la vie du nouveau-né ;
- Travaillent en partenariat avec les femmes, en respectant la situation et les opinions personnelles de chaque femme ;
- Renforcent les capacités personnelles des femmes à prendre soin d'elles-mêmes et de leur famille ;
- Collaborent avec les sages-femmes et d'autres professionnels de la santé, selon les besoins, pour fournir des soins holistiques qui répondent aux besoins individuels de chaque femme.

Les soins de pratique sage-femme sont fournis par une sage-femme autonome

B. La sage-femme en France

Cette définition des compétences et du périmètre d'action de la sage-femme proposée par l'ICM, est conforme à celle du Code de la santé publique qui réglemente la profession de sage-femme en France (10).

Elle indique la finalité du métier de sage-femme par le rôle et la place centrale qui lui revient en matière d'information, de dépistage, de prévention, de santé gynécologique et sexuelle, de contraception, d'éducation, de suivi et d'accompagnement global de la grossesse (EPP), de la maternité et de la parentalité ainsi que dans la santé du tout petit, avec l'initiation des premiers soins, des

premiers liens, dont l'allaitement. Les sages-femmes réalisent 80 % des accouchements voie basse et accompagne tous les bouleversements de la parentalité, y compris avec le coparent et la famille.

Elles développent leur activité également avec bon nombre de formations complémentaires telles, par exemple, l'échographie, l'acupuncture, l'ostéopathie.

Elles exercent en milieu hospitalier, en clinique, à la PMI (Protection Maternelle et Infantile), en Centre de Planification et d'Éducation Familiale, ou encore en cabinet libéral.

C. Évaluation de l'activité des sages-femmes

Les bénéfiques de l'activité des sages-femmes, au profit de la santé des femmes et des nouveau-nés, sont reconnus et attestés par de sérieuses études internationales (11,12). Ce, dans tous les aspects que la notion de santé convoque :

- c'est à dire pas seulement pour la santé somatique, liée à la physiologie d'un fonctionnement corporel, dans la grossesse et l'accouchement
- mais aussi pour la santé mentale, relative à ce vécu corporel, porté par un sujet féminin et sa subjectivité dans le processus du « devenir mère »
- ainsi que pour des contextes sociaux donnés, influençant ce processus. En particulier pour les conditions sanitaires qui déterminent étroitement les possibilités et les moyens, fournis à chaque femme, individuellement et/ou collectivement, de promouvoir sa propre capacité à agir au profit de sa santé, de manière adaptée et autonome, avec l'aide de la sage-femme.

D. La place centrale de la sage-femme dans la santé des femmes et des nouveau-nés

La sage-femme est ainsi, pour les femmes et les nouveau-nés, la professionnelle qui répond le mieux à la définition holistique donnée par l'OMS à la santé (13) : ***un état de bien-être physique, mental et social complet.***

Ce qui se comprend aisément dans le cas de la grossesse : car un suivi, une préparation et un accompagnement à la maternité ne se réduisent pas à un suivi médical de la grossesse ; ou encore à un suivi médical additionné d'un suivi social, ou d'un suivi psychologique, si besoin, etc... Tout comme un suivi de la santé sexuelle ne se réduit pas à un suivi gynécologique additionné d'un autre suivi, par exemple.

En effet, les bouleversements et les adaptations demandées par la maternité et la parentalité sont multiples. Ils demandent à n'être pas morcelés entre les professionnels, particulièrement sans la référence à un professionnel de proximité susceptible de les accompagner dans leur globalité, tout en coordonnant les différentes actions autour du libre choix de la femme et des parents.

Dans l'exercice PMI des sages-femmes, ce soutien et cet accompagnement, tissés de façon continue d'avant à après la naissance, quel que soit le suivi médical, psychologique ou social, en est un bel

exemple. Toutefois il s'adresse, le plus souvent, spécifiquement aux situations de vulnérabilité alors que toute femme devrait pouvoir en disposer, grâce à une sage-femme référente (Ministère des Solidarités and Peyron, 2018).

E. La sage-femme « référente »

C'est bien dans cet esprit que la « sage-femme référente » avait été proposée en Assemblée nationale, avec *la proposition de loi visant à améliorer le système de soins par la confiance et la simplification*, faisant suite au Ségur de la Santé et à la commission des 1000 jours coordonnée par Boris Cyrulnik (15).

Cette proposition est tout à fait en adéquation avec la revue de la littérature de la Cochrane présentée plus loin dans ce document (*Sandall et al., 2016*).

Elle est aussi sans confusion dans la plupart des autres pays lorsque la séparation des filières consacrées au pathologique, avec le médical, est distincte du physiologique, avec la sage-femme. Sans pour autant empêcher les sages-femmes de faire de la recherche en leur domaine, quel que soit leur statut (17).

En effet, un entretien prénatal précoce, des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, voire même un entretien postnatal en plus, s'ils sont isolés et morcelés, ne sauront pas répondre pleinement aux besoins des femmes devenant mères et à ceux des futurs parents. C'est à dire, sans pouvoir constituer une enveloppe tissée dans la continuité, à la fois étayante, sécurisante et soutenante. Là où dans notre société l'enveloppe culturelle, pour les accompagner, a été surtout peu à peu réduite à un dispositif sanitaire ; ainsi qu'au dispositif du couple, avec le soutien du co-parent en postnatal.

Comme en relief, témoignant des difficultés de ces bouleversements, la 6^{ième} enquête confidentielle sur les morts maternelles en France (ENCMM), publiée en janvier 2021 donne désormais le suicide maternel comme première cause responsable du décès des mères avec les pathologies cardio-vasculaires (18).

Comme le définit l'OMS, la santé ne se réduit pas au diagnostic de « l'absence de pathologie ». De ce fait, il ne s'agit pas de rechercher des pathologies mentales supplémentaires à diagnostiquer et à prendre en charge pour éviter le décès des femmes. Mais bien de s'occuper de la santé mentale des femmes dans la maternité, en amont. C'est elle qui demande à être renforcée et accompagnée plutôt que de faire des diagnostics tardifs de pathologies mentales constituées. D'autant plus qu'il est reconnu que 10 à 20 % des femmes supportent actuellement une dépression postnatale, toujours plus ou moins délétère pour le développement de l'enfant. Et dont les plus graves seraient de 3 à 6 %. C'est

pourquoi, l'accompagnement de la santé des femmes, dans le processus holistique de la maternité, réclame des moyens et des actions, avec une sage-femme au coeur de chaque projet bébé (19).

F. La sage-femme, la professionnelle la mieux formée pour accompagner la maternité

La sage-femme est formée à exercer la démarche diagnostique puisqu'elle doit identifier un contexte pathologique, pour lequel elle devra orienter vers un médecin. La sage-femme française est d'ailleurs la mieux formée en ce sens (*5 années de formation qui confèrent le grade master*).

Toutefois, le cœur de son métier relève de la santé et de la prévention. Elle est aussi la mieux formée pour aider la femme à rester en bonne santé et pour optimiser ses ressources individuelles en ce sens. C'est bien ce « halo » (20) d'une impression première et d'une perception sélective bien connue en psychologie sociale, qui l'identifie positivement et spécifiquement, dans les projections et les représentations, au milieu de tous les experts de la pathologie ; que ce soit dans le suivi et l'accompagnement de la maternité ou que ce soit dans le suivi de la santé gynécologique et sexuelle. Un halo positif et valorisant pour les potentialités et les ressources des femmes puisqu'il n'y est question, avant tout, que de leurs propres capacités et de la manière de les promouvoir.

V. État des lieux en France

A. Une approche de la santé biaisée par l'accent mis sur le risque et la pathologie

Toutefois, en France, cette approche positive de la maternité et de la santé gynécologique et sexuelle se heurte à une approche de la maternité centrée sur le risque et la pathologie, aussi bien à travers la limitation des compétences des sages-femmes, qu'à travers l'organisation des soins et un système de santé valorisant le modèle biomédical de la naissance. Les maternités sont de type 1, 2 ou 3 mais elles sont toutes « à risque », même pour le type 1 puisqu'on parle de « bas risque ». C'est à dire la valorisation d'une approche diagnostique, qui avec la recherche de l'absence de pathologie, tente de cerner la normalité et la santé par un procédé «d'élimination ». C'est ainsi que la grossesse ne pourrait être considérée comme normale qu'*a posteriori*. Alors que la très grande majorité des grossesses ont un déroulement et une issue tout à fait normale (21).

Il s'agit d'un jugement de valeur qui n'a rien de scientifique et d'universel, puisque d'autres pays, avec un accès aux soins et des progrès médicaux équivalents, ont fait le choix d'une autre approche, basée sur la prévention et centrée sur la santé, en soutenant les ressources et les potentialités des sages-femmes elles-mêmes. (*voir chapitre III*).

Cette approche a montré de nombreux avantages dans la mesure où elle se révèle :

- plus économique en termes de coûts (*voir chapitre IV*) lorsque l'expert médical est plus cher et souvent non conventionné (22).

- plus juste dans la réduction des inégalités pour l'accès aux soins puisque la sage-femme est conventionnée, spécialisée et de proximité, notamment en PMI, où elle est aussi accessible sans couverture sociale (14).
- plus efficace en termes de santé publique dans les comparaisons à l'échelle européenne des résultats de la morbi-mortalité maternelle (6,23).
- mais aussi avec une nette satisfaction des femmes. (24). Une satisfaction qui conditionne très fortement leur santé en matière de bien-être pour elles-mêmes et pour leur enfant, pour laquelle l'OMS milite par ses recommandations. Car, selon l'OMS, « Toutes les femmes ont le droit de vivre positivement la naissance de leur enfant » (25).

Cette approche spécifique à la France, explique les réticences pour les Maisons de naissances (MDN), l'Accouchement à domicile (AAD), l'absence d'unités physiologiques, la mise en place d'une sage-femme référente quel que soit le suivi médical, mais aussi les réticences opposées à la pratique de l'IVG instrumentale pour les femmes en bonne santé, par les sages-femmes. Car il s'agit, par-là, de promouvoir un meilleur accès à ce un droit spécifique relevant de la santé des femmes, dès lors qu'une grossesse n'est pas une pathologie.

Face à cette approche s'exprime de plus en plus le souhait d'avoir un accompagnement moins médicalisé qui pousse les femmes à s'orienter vers celui, personnalisé, pratiqué par une sage-femme en maison de naissance, voire l'AAD pour lesquels les SF qui le pratiquent n'ont aucune couverture. Alors, même, que les unités physiologiques autonomes et dirigées par des sages-femmes, promises depuis les revendications professionnelles de 2013-2014, font toujours défaut à l'hôpital. Celui-ci est devenu, par ailleurs, le lieu contraint et presque exclusif de toutes les naissances en France.

Cette situation, qui restreint le choix et la demande des femmes, est en contradiction avec le principe de la démocratie sanitaire de la loi Kouchner (2002), relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (26). En effet, les femmes ne peuvent ni accéder à des alternatives moins médicalisées, ni à des lieux qu'elles considèrent plus respectueux de leur intimité pour la naissance. Pourtant, dans les pays alentours, avec le même niveau de progrès médicaux et le même accès possible aux soins, c'est possible, et considéré comme sûr pour des femmes en bonne santé.

B. Les contradictions et les paradoxes du métier de sage-femme

La force de ces freins, en France, se mesure aux paradoxes et aux injonctions contradictoires que supporte la profession de sage-femme, notamment par l'inscription de son activité dans un cadre d'exercice médical, et un domaine qui, avec la médecine, lutte surtout contre la maladie et la mort, alors qu'elle est essentiellement dédiée à la santé des femmes et à sa prévention.

En effet, la démarche de la sage-femme n'est pas d'abord centrée sur la pathologie et le risque, liés à la morbidité ou la mortalité, qui seraient présents ou absents. Elle est, avant tout, centrée sur une démarche appréciative (*appreciative inquiry*)¹ (27) qui prend en compte ce qui existe déjà concrètement. C'est à dire tout ce qui est relatif à la santé de chaque femme, avec ses capacités, ses ressources et ses potentialités propres, avec l'objectif de les promouvoir dans leur autonomie. L'autonomie de chaque femme, en la matière, dépend ainsi étroitement de l'autonomie et de l'indépendance laissées à la sage-femme, en ce sens, pour faire cette promotion.

Cette démarche, préventive et positive, se heurte tout particulièrement en France, aux faibles moyens alloués, et depuis longtemps, au secteur de la prévention (28). Pour les données de 2017, le principal poste de dépense concerne l'hôpital alors que les dépenses consacrées à la prévention représentaient moins de 2 % de l'ensemble des dépenses de santé, soit une part inférieure aux 3,1 % de moyenne de l'UE (29).

C. Conséquences pour le métier de sage-femme

Il découle de cette situation paradoxale et discutable :

- la limitation des compétences des sages-femmes lorsqu'elles sont évaluées, à l'aune de la pathologie alors qu'elles devraient être évaluées à l'aune de leur activité au bénéfice de la santé holistique des femmes, de leur enfant et de leur famille (30).
- l'exploitation de leurs compétences techniques et diagnostiques dans les maternités, au profit des protocoles médicaux, de la surcharge dans l'organisation des soins pour faire face au turn over des patientes, au détriment du soutien émotionnel et de l'accompagnement holistique des femmes (30).
- les confusions entretenues quant à l'identité professionnelle des sages-femmes, n'étant ni médecin, ni infirmière, par des règlements administratifs et sanitaires contradictoires, contrevenant à leur statut d'exercice médical, pourtant inscrit dans le code de la santé publique.

¹L'approche appréciative (en anglais, *appreciative inquiry*), parfois aussi appelée approche positive, a été développée à la fin des années 1980 par David Cooperrider et Suresh Srivastva du Département du comportement organisationnel de la Case Western Reserve University, en Ohio. Elle remet en cause l'approche traditionnelle de résolution de problèmes qui vise à cibler des dysfonctionnements ou des problèmes pour y apporter une solution. Avec l'approche appréciative, on cherche plutôt à souligner ce qui est positif et ce qu'il y a de meilleur chez les personnes et dans les organisations, puis à miser sur ceci, l'idée étant que, ce faisant, on tend vers mieux encore. Cette approche est notamment mise en oeuvre, au Canada, pour promouvoir le sentiment de compétence et d'efficacité parentale, plutôt que de se centrer en priorité sur le diagnostic des dysfonctionnement.

En particulier, pour les sages-femmes de la fonction publique hospitalière et territoriale lorsque l'autonomie et l'indépendance professionnelle relative à une profession médicale ne sont que vœu pieux dans la hiérarchie administrative et sanitaire. D'ailleurs, le classement INSEE les catégorise en 186.3, parmi les professions infirmières et les activités non médicales. (31). Cette nomenclature est pourtant une référence pour de nombreux traitements administratifs, de tous ordres, qui discriminent les sages-femmes.

- une absence de reconnaissance professionnelle, sanitaire et sociale quant à l'objet de leur activité exclusive, soit la santé et la promotion de celle-ci pour les femmes. Ce notamment, avec l'entretien des confusions qui réduisent l'absence de pathologie au domaine d'exercice de la sage-femme, au détriment d'une vision holistique de la santé pour les femmes (30).
- une absence de reconnaissance professionnelle quant au faible salaire, sans rapport avec leurs responsabilités, qui plus est, discriminatoire, comme c'est le cas pour l'immense majorité des professions essentiellement féminines (Rapports nombreux de l'institut européen pour l'égalité entre les femmes et les hommes ou du Bureau International du Travail). Le salaire des sages-femmes, actuellement, est presque aussi faible que le salaire infirmier, lui-même 22^e sur 33 en 2017 dans les pays de l'OCDE (23).
- un ensemble de confusions qui sont en contradiction avec les différentes législations nationales et européennes relatives à l'égalité professionnelle, dont le bureau international du travail à Genève. Notamment en termes de discrimination de genre, puisque la profession concerne presque exclusivement des femmes tout comme elle concerne également exclusivement des femmes de par l'objet de son activité (32,33)
- une confiscation de leur autonomie avec l'accès à la recherche pour les sages-femmes, à l'université, lorsque leur discipline, la maïeutique dédiée à la santé, est classée en médecine, elle-même dédiée à la maladie et à la pathologie. Soit sans section indépendante, comme c'est le cas maintenant pour les nouvelles « sciences infirmières » et « sciences de réadaptation ». La recherche en maïeutique est ainsi assimilée à la recherche en médecine. Ce qui est contradictoire face à la « research in midwifery », qui existe depuis longtemps au niveau international, et qui a permis de légitimer les savoirs propres des sages-femmes ainsi que des organisations de soins tel « *midwifery-led* » (voir chapitre III)². Qui plus est, avec le classement

² Pourtant un Master européen de *Sciences in Midwifery* existe depuis 2009. Il spécifie le domaine de recherche propre aux sages-femmes. Il est financé par l'union européenne avec la collaboration de 5 universités: Caledonian University de Glasgow (Grande-Bretagne), Medizinische Hochschule de Hannover (Allemagne), Academie

de maïeutique en médecine, les 3 premiers professeurs en maïeutique, nommés à l'université, sont complètement étrangers à la profession (biologiste, pharmacien et médecin). Un plafond de verre et une situation dénoncés publiquement (32,33).

- la souffrance des sages-femmes qui se mesure à l'augmentation considérable des risques psycho-sociaux professionnels, auxquels elles sont ainsi exposées. Ils conduisent les sages-femmes à désertier le métier, à ne plus vouloir travailler à l'hôpital, à être démotivées et insatisfaites à leur travail, alors qu'en milieu hospitalier, elles n'ont pas les moyens de proposer aux femmes un accompagnement de qualité et qu'elles se vivent maltraitantes, loin de leurs valeurs et de leurs motivations professionnelles (34). L'enquête récente, 2020, du conseil de l'ordre des sages-femmes montre que 96% d'entre elles considèrent leur profession peu valorisée, 73% peu reconnue, alors que 55% ont déjà pensé changer de métier (35).

La pétition récente, « Je suis maltraitante », de la sage-femme Anna Roy, qui a recueilli près de 70 000 signatures fin janvier 2021, fait état de cette souffrance (36). Notamment, avec la dimension suraiguë de la « souffrance éthique », une douleur qui naît du reniement de ses propres valeurs au travail (34). Cette réalité a été bien décrite et conceptualisée par l'approche psychodynamique du travail du psychiatre Christophe Dejours(37).

En somme, la profession de sage-femme, bien que de statut médical, avec un exercice autonome et indépendant, de droit dans les textes, se heurte à une réalité de terrain incompatible avec la loi. Les activités dédiées à la santé sont essentiellement subordonnées à la pathologie et la nécessité d'accumuler des « actes » de soins plutôt que d'avoir la disponibilité nécessaire au suivi et à l'accompagnement de la maternité et de la santé des femmes.

Le statut de profession médicale n'est ni clair, ni respecté. L'exercice mixte est compliqué à mettre en place et la toute nouvelle recherche en maïeutique est subordonnée à la recherche médicale au sein de l'université, soit une fois de plus sans autonomie pour la discipline. Or cette autonomie est indispensable.

VI. Le modèle de soin dispensé par les sages-femmes : Midwife-led, midwife-led continuity

A. Principe du modèle de soin dispensé par les sages-femmes

Verloskunde de Maastrich (Pays-Bas), University College of Health Studies de Ljubljana (Slovénie), Université des Sciences Appliquées (Suisse Occidentale). Disponible <https://cnema.fr/cnema/international/master-europeen/>

Dans certains pays d'Amérique du Nord ou en France, les médecins sont les principaux praticiens de premier recours (*primary care providers*) pour la majorité des femmes enceintes alors que dans des pays comme l'Australie, la Nouvelle Zélande, les Pays Bas, le Royaume Uni, et l'Irlande, la Suède, différents modèles de suivi de grossesse sont proposés aux femmes enceintes :

- modèles impliquant un suivi uniquement par des sages-femmes (*midwife-led, midwife-led continuity*)
- modèles impliquant un suivi uniquement par des médecin (*medical-led*)
- modèles de suivi partagé entre médecin et sage-femme (*shared models of care*).

Dans le cadre des soins dispensés par une sage-femme, l'accent est mis sur l'idée de normalité, de continuité des soins et de prise en charge par une personne connue, et de confiance, pendant l'accouchement. La continuité des soins dispensés par une sage-femme est proposée dans le cadre d'un réseau multidisciplinaire de consultations et de références incluant d'autres professionnels de la santé. Elle s'inscrit en opposition avec les modèles de soins médicaux, dans lesquels un obstétricien, ou le médecin traitant, est le premier responsable des soins ; et en opposition avec les soins conjoints, dans lesquels la responsabilité est partagée entre différents prestataires de soins. Il y a eu un certain débat pour déterminer si le modèle de soins dispensés par une sage-femme est plus efficace et une revue systématique de la Cochrane a étudié ce modèle de prise en charge (Hattem et al., 2009, 2008; Sandall et al., 2016).

Dans les pays où la politique périnatale est fondée sur un système « *midwifery led-care* », en cas de grossesse « normale », dite aussi grossesse physiologique, les femmes sont suivies uniquement par des sages-femmes. Lorsqu'une complication survient, la femme est orientée vers un médecin.

Les concepts de physiologie de la grossesse, de normalité de l'accouchement, de continuité des soins et de prise en charge du travail et de l'accouchement, par une sage-femme que la femme connaît, et à qui elle donne toute sa confiance, constituent les principes philosophiques propres aux modèles de surveillance de la grossesse par les sages-femmes tout au long de la grossesse (*Midwife-led continuity models*).

Ces modèles s'appuient sur la capacité naturelle des femmes de vivre la naissance avec des interventions médicales, réduites au minimum, pendant le travail et l'accouchement.

En France, dans l'enquête périnatale de 2010 (40), les chercheurs ont demandé quelle était la qualification de la personne consultée principalement. Les résultats montrent que 71,5 % des femmes ont consulté principalement un gynécologue-obstétricien (66,8%) ou un généraliste (4,7%), et dans

seulement **11,7 %** des cas, une sage-femme. Cette enquête a porté sur la totalité des naissances survenues pendant une semaine, si la naissance a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhées. **Par rapport à 2003**, il est noté une augmentation des consultations faites par une sage-femme, puisque le pourcentage de femmes qui ont consulté une sage-femme en maternité est passé de 26,6 % à 39,4 %; et que celui des consultations d'une sage-femme hors maternité est passé de 5,0 % à 19,8 % (41).

Dans **l'enquête de 2016 (21)**, le professionnel principalement responsable du suivi durant les 6 premiers mois était une sage-femme dans 11,6% des cas (**formulation des questions différentes en 2010 et 2016**) .

B. Revue de la Cochrane de 2016

Les soins obstétricaux qui impliquent **une sage-femme en tant que principale prestataire de soins entraînent de meilleurs résultats chez la plupart des femmes** (16).

Dans cette revue systématique publiée dans *The Cochrane Library*, les chercheurs ont examiné les données de 13 essais impliquant un total de 16 242 femmes. Huit essais ont inclus des femmes présentant un faible risque de complications et cinq essais ont inclus des femmes présentant un risque élevé de complications. Ils ont examiné les critères de jugement chez les mères et leurs bébés lorsque les sages-femmes étaient les principales prestataires de soins, par rapport à des modèles de soins médicaux ou de soins conjoints. **Et les résultats rapportés sont sans appel.**

A chaque fois que les sages-femmes étaient en première ligne durant toute la période de grossesse, les femmes étaient moins susceptibles d'accoucher avant 37 semaines ou de perdre leur bébé avant 24 semaines. Pour celles qui étaient prises en charge par un obstétricien ou un médecin traitant, les résultats étaient moins satisfaisants.

Les femmes étaient aussi plus satisfaites des soins qu'elles avaient reçus, avaient eu moins d'anesthésies péridurales, moins d'accouchements assistés (extraction instrumentale) et moins d'épisiotomies.

Enfin, ces femmes accompagnées par des sages-femmes avaient moins de risque de subir une césarienne, même si les auteurs ont toutefois noté qu'elles étaient en phase de travail pendant environ une demi-heure de plus en moyenne.

Les chercheurs ont donc estimé que pour les femmes ayant bénéficié de soins continus tout au long de la grossesse jusqu'à l'accouchement, dispensés par des sages-femmes, les femmes étaient moins susceptibles d'accoucher prématurément et avaient nécessité moins d'interventions pendant

le travail et l'accouchement, que celles pour qui la prise en charge de leurs soins était partagée entre différents professionnels, obstétriciens, médecins généralistes et sages-femmes.

En conclusion selon les chercheurs,

- toutes les femmes devraient bénéficier de la continuité des soins dispensés par une sage-femme sauf si elles souffrent de graves complications médicales ou obstétricales
- « Les décideurs dans les régions du monde où les systèmes de santé ne proposent pas de soins dispensés par une sage-femme devraient prendre en compte l'importance des sages-femmes pour améliorer les soins obstétricaux et la manière dont le financement de services de soins dispensés par les sages-femmes peut être revu dans ce sens. »

Par ailleurs, cinq études ont pris en compte le coût des soins dispensés par une sage-femme comparés à des soins conjoints. Tandis que les soins dispensés par les sages-femmes étaient plus rentables pendant le travail, les résultats pour les soins postnataux n'étaient pas concluants. « *On observe un manque de cohérence entre les méthodes avec lesquelles les soins obstétricaux ont été estimés dans les études, mais il semblerait que les soins dispensés par une sage-femme ont tendance à entraîner un effet économique* » a déclaré la chercheuse, J. Sandall.

VII. Analyse des coûts : 4 études et 3 illustrations

A. Étude de Relph (2020) Costing the impact of interventions during pregnancy

L'objectif de cette revue de la littérature récente était de résumer les données actuelles relatives au coût de l'utilisation des ressources dans le domaine des soins périnataux au Royaume-Uni, afin de faciliter l'estimation de l'impact des ressources et des coûts supplémentaires potentiellement attribuables aux interventions en matière de soins de maternité (42).

Méthodes : Un examen systématique des évaluations économiques a été réalisé en effectuant des recherches sur Medline, le Health Management Information Consortium, la base de données des évaluations économiques du National Health Service (NHS), le CINAHL et les lignes directrices du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) pour les évaluations économiques des soins de maternité au Royaume-Uni, publiées entre janvier 2010 et août 2019 en anglais. Les coûts unitaires des activités de soins de santé fournis aux femmes pendant la période prénatale, intrapartum et postnatale ont été « gonflés » aux prix de 2018-2019. L'évaluation de la qualité de l'étude a été effectuée à l'aide de la liste de contrôle de la qualité des analyses économiques de la santé.

Résultats : Sur 5084 titres ou textes intégraux examinés, 37 articles ont été inclus dans l'examen final (27 articles de recherche primaire, 7 articles de synthèse et 3 évaluations économiques tirées des lignes directrices de NICE). Sur les 27 articles de recherche primaire, 21 ont été jugés de haute qualité, 3 de qualité moyenne et 3 de faible qualité. Des variations ont été constatées dans les estimations de coûts des activités de soins de santé tout au long du parcours de soins de maternité : pour la consultation externe dirigée par une sage-femme, la fourchette était de 27,34 £ à 146,25 £ (moyenne de 81,78 £), la césarienne d'urgence, de 1 056,44 £ à 4 982,21 £ (moyenne de 3508,93 £) et l'admission postnatale, de 103,00 £ à 870,10 £ par jour (moyenne de 469,55 £). *Pour information : 1 £ = 1.14 € environ*)

Conclusions : Il existe de grandes variations dans les coûts appliqués aux activités de soins de santé liées à la maternité, ce qui rend difficile l'imputation des coûts aux activités liées à la maternité. Le niveau de variation dans les calculs de coûts est susceptible de refléter l'incertitude du système et doit être traité par la réalisation d'analyses de sensibilité. Des prix convenus au niveau national pour les coûts unitaires granulaires sont nécessaires pour normaliser les évaluations de la rentabilité des nouvelles interventions dans le domaine des soins de maternité, à utiliser soit à des fins de recherche soit pour les décisions concernant l'adoption d'interventions au niveau national.

Activité dans le cadre du parcours de soins*	Estimation de coût la plus basse*	Estimation de coût la plus élevée
Consultation prénatale	31€ (43)	165€ (44)
Deux échographies	2× 47,7€	2× 158€ (NICE, 2015)
	95,5€ (46)	316€
Cinq consultations prénatales menées par une sage-femme	5× 31€ (43)	5× 165€ (44)
	154,5€	821€
Une seule participation au « triage » des naissances	7,40€ (47)	469€ (48)
Accouchement voie basse spontané sans complication	1271,36€ (49)	2904€(50)
Sortie 6h après naissance	0€	0€
Total	~ 1559 €	~4680€

Exemple pris pour l'étude de coûts : une femme enceinte à faible risque multipare, âgée de 35 ans, avec antécédent de deux accouchements par voie basse et ne présentant aucun signe de complication médicale ou obstétricale.

* **conversion livre (£) en euro (€) par les auteurs du document**

B. Étude de Shaw Dorothy - Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman-centred care?

Cette étude (51) est issue d'un numéro spécial sur la santé maternelle publié dans le Lancet en 2016 (52). Un résumé de l'étude est proposé sur le site de Conférence Nationale des enseignants en maïeutique (53).

Principaux résultats de l'étude :

Dans les pays à revenu élevé, les interventions médicales visant à traiter les risques connus liés à la grossesse et à l'accouchement ont permis d'obtenir des niveaux très faibles de mortalité maternelle et néonatale. Dans cette étude, Dorothy Shaw de l'University of British Columbia à Vancouver et ses collègues ont examiné les modèles de prise en charge périnatale de 14 pays à revenus élevés, **dont la France**, et les améliorations à apporter. Ils ont notamment détaillé deux cas d'étude: les États-Unis et la Suède (51). Dans ces deux pays, presque tous les accouchements sont assistés par un personnel qualifié. Toutefois, la pratique, le cadre, la taille de l'établissement et le lieu de naissance varient considérablement : les accouchements ont lieu à domicile, dans des centres de naissance, dans des unités d'accouchement dirigées par des sages-femmes dans les hôpitaux et dans des centres d'accouchement hospitaliers à forte intervention.

Tous les soins ne sont pas fondés sur des données probantes et certaines prestations de soins peuvent être préjudiciables.

Dans certains lieux, les coûts de la responsabilité médicale sont énormes, le manque de ressources humaines sont courantes et les coûts des soins périnataux délivrés peuvent être très élevés. De nouveaux défis liés à l'altération de la santé par certains indicateurs, tels que l'obésité et l'âge de la mère pendant la grossesse, sont également présents. Souvent, les données ne sont pas facilement disponibles pour informer les politiques et les pratiques en temps utile et la surveillance exige une attention et des investissements plus importants. Les résultats ne sont pas équitables, et les groupes défavorisés de la population sont confrontés à des problèmes d'accès et à des risques sensiblement élevés.

Les auteurs constatent, cependant, que les pays ayant à la fois les plus faibles taux d'intervention, les meilleurs résultats en termes de santé périnatale, et les coûts de santé les plus faibles, ont intégré les soins réalisés par les sages-femmes à travers différents modèles, allant du travail en équipe (sages-femmes et médecins) à l'hôpital, à la création d'unités de prise en charge des grossesses à faible risque accolées aux hôpitaux, et à la pratique des accouchements à domicile par les sages-femmes.

Les auteurs se sont penchés également sur la tendance des 20 dernières années à fermer les petites maternités, observée dans les pays à revenus élevés, obligeant les femmes à parcourir de plus longues distances pour accoucher. Ils ont noté que **les petits hôpitaux ont des taux plus bas d'interventions obstétricales et de meilleurs résultats néonataux chez les femmes à faible risque.**

La télémédecine peut aussi être un facteur de changement, en particulier pour les femmes isolées géographiquement. Selon les auteurs, des essais randomisés devraient être menés pour évaluer les initiatives d'e-santé visant à améliorer l'accès aux soins, la prise en charge centrée sur la patiente, et

l'issue de la grossesse. De même, les modèles de prise en charge de la maternité dans les pays à revenus élevés sont en train de changer, et **un facteur central au progrès est :**

"la capacité de passer d'une perception selon laquelle la femme enceinte et en cours de travail représente un risque à venir, à une perception selon laquelle la naissance est normalisée, afin d'apporter les meilleurs résultats pour la plupart des femmes, avec des services disponibles dans le cas de la survenue d'une complication"

C. La valeur socio-économique de la sage-femme – revue systématique, méta- analyse, méta-synthèse et analyse économique des modèles de surveillance par la sage-femme

Socioeconomic value of the midwife – a systematic review, méta-analyses, meta-synthesis and economic analysis of midwife- led models of care (5)

Ce rapport porté par le Royal College of Midwives (RCM) - le Collège royal des sages-femmes du Royaume Uni - publié en 2010, démontre qu'investir dans la pratique des sages-femmes et dans les soins qu'elles prodiguent, est primordial pour assurer une prise en charge de haute qualité des femmes et des nouveau-nés lors de la grossesse, de la naissance et de ses suites.

Le but de ce rapport était de fournir une évaluation robuste de preuves sur l'efficacité clinique et socio-économique des modèles de soins dispensés par la sage-femme, et défini dans la littérature par "Midwifery-led care".

Il fournit aux politiques de santé des niveaux de preuve sur la qualité et la sécurité des modèles de santé qui prennent en compte les compétences de la sage-femme pour accompagner les femmes et les nouveau-nés lors de la naissance.

Ce rapport présente des méthodes et des recherches menées sur l'évaluation de la pratique sage-femme. Il est divisé dans trois sections :

- **La Section 1** présente une revue systématique et une méta-analyse des essais randomisés des modèles de soin menés par sage-femme, comparés à d'autres modèles de soin pour la maternité. Elle s'appuie sur les revues systématiques de la célèbre Cochrane Database.
- **La Section 2** présente une méta-synthèse des recherches qualitatives évaluant la pratique sage-femme et les soins dispensés par les sages-femmes.
- **La Section 3** présente une évaluation "Coût-efficacité" des soins dispensés par la sage-femme, pour des femmes éligibles au Royaume-Uni, et met en évidence l'efficacité d'une politique périnatale quand le rôle des sages-femmes est privilégié, comme cela est le cas dans de nombreux pays du monde : Australie, Pays Bas, Nouvelle Zélande, Royaume Uni, Suède.

Les résultats de cette analyse indiquent que les économies financières sont possibles en changeant les modèles de soins afin de permettre aux sages-femmes d'exercer toutes leurs compétences dans le cadre de la prise en charge des mères, des nouveau-nés, des familles, pour les maternités qui respectent les critères d'éligibilité indiqués dans les études. Le principal résultat de cette étude est une réduction des coûts de £ 12,38 (~ € 14,10) par maternité, soit une réduction globale annuelle des coûts de £ 1,16 millions (~ € 1,32 millions).

Le niveau de preuve des études économiques (faible nombre de femmes incluses) amène cependant à une certaine prudence dans l'interprétation des résultats et nécessitera d'autres recherches. **Toutefois, les résultats concordants témoignent de l'intérêt qu'il convient d'apporter à des modèles de soins basés sur le modèle "Midwifery-led care". Ils doivent encourager la poursuite de recherches sur ce thème afin d'assurer le développement d'une politique de la naissance humaniste, holistique et efficiente.**

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

Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care (11).

Cet article est le premier d'une série de quatre articles et cinq commentaires consacrés à la maïeutique, publiés dans la revue médicale The Lancet le 23 juin 2014 (54). Afin de rendre ces textes accessibles pour les francophones, un financement a été agréé pour la traduction des articles. Celle-ci est téléchargeable sur le site de l'Association professionnelle des sages-femmes (APSF) (55).

Le Lancet avait déjà publié trois autres séries d'articles traitant de sujets directement liés à la maternité qui démontrent l'engagement du Lancet vis-à-vis de la santé maternelle et infantile :

- 2005 Neonatal Survival également traduit en français : « La survie néonatale » https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/lancet_neonatal_survival/fr/
- 2011 Stillbirths (Mortinaissance) <https://www.thelancet.com/series/stillbirth/>
- 2014 Every newborn (Chaque nouveau-né) <https://www.thelancet.com/series/everynewborn/>

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

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

La grande majorité des décès maternels et néonataux se retrouvent dans les pays à faibles revenus, mais, dans les pays à revenus élevés, il ne fait aucun doute que l'utilisation excessive d'interventions initialement destinées à des situations pathologiques, mais maintenant appliquées de façon inappropriée aux femmes en bonne santé, a entraîné une morbidité iatrogène, et ceci sans compter la charge économique inutile que ces pratiques inconsidérées font peser sur l'individu, les familles, les contribuables et la société.

On peut ici parler de simples interventions qui sont maintenant devenues routinières dans les pays à revenus plus importants : l'utilisation systématique ou quasi-systématique du monitoring électronique fœtal pour enregistrer le rythme cardiaque fœtal pendant le travail, la péridurale, l'augmentation importante des taux de césarienne, le jeûne pendant le travail, le travail dirigé, les ultrasons inutiles pour n'en citer que quelques-uns.

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

Renfrew et al. ont défini ce en quoi consiste la maïeutique :

Les soins spécialisés, éclairés et attentionnés pour les femmes enceintes, nouveau-nés et familles pendant la période avant et pendant la grossesse, l'accouchement, les suites des couches et les premières semaines de vie. Les éléments clés comprennent l'optimisation des processus physiologiques, psychologiques, sociaux et culturels de la reproduction et du début de la vie; la prévention précoce et la prise en charge des complications; la consultation et l'orientation des femmes vers d'autres services spécialisés; le respect de l'individualité et du point de vue des femmes; travaillant en partenariat avec elles pour renforcer leur capacité de prendre soin d'elles-mêmes et de leurs familles (55).

Le développement d'un cadre d'évaluation de la qualité de la pratique de la sage-femme a inclus trois aspects spécifiques, mais néanmoins complémentaires :

1. des méta synthèses (équivalent d'une revue systématique pour des études qualitatives) des points de vue et expériences des femmes, avec identification des éléments de soins que celles-ci jugent importants,
2. des revues systématiques des pratiques de soins maternels et néonataux avec identification des pratiques et caractéristiques efficaces et inefficaces et révision du cadre d'évaluation,
3. et, enfin, des revues systématiques des groupes professionnels dispensant certains aspects des soins relevant de la maïeutique avec identification des données factuelles relatives aux sages-femmes, médecins généralistes, obstétriciens et travailleurs de santé communautaires et traditionnels.

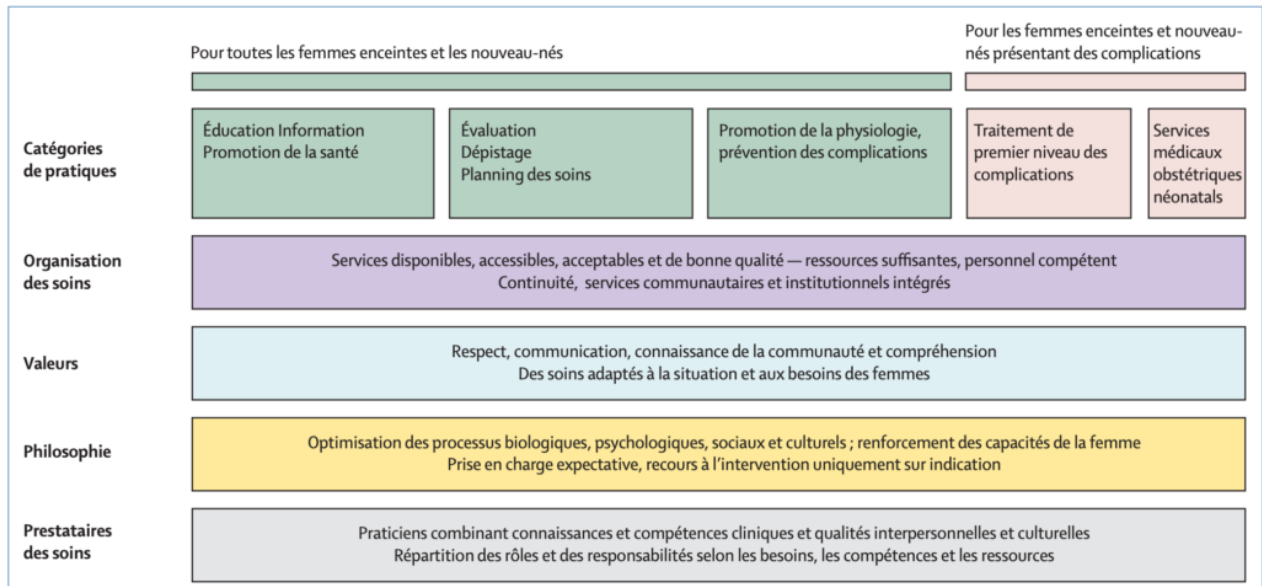
Bien que l'ensemble des informations soit très intéressant, deux aspects paraissent particulièrement utiles dans le cadre des activités de recherche des sages-femmes françaises.

1. Les méta synthèses sur les aspects que les femmes ont identifiés comme étant importants et les revues systématiques sur les pratiques efficaces et inutiles ont permis de développer le cadre d'évaluation de la qualité des soins maternels et néonataux, mais aussi - et ceci est sans doute très important dans le cadre de la maïeutique en France - de cerner le champ d'application de la maïeutique.
2. Le cadre d'évaluation de la qualité des soins reprend plusieurs composantes des services de santé maternelle et néonatale qui pourraient se résumer à : "quoi ?", "comment ?", "pourquoi ?", "est-ce la meilleure manière de le faire ?" et "par qui ?". **La question du "pourquoi ?" reprend deux aspects: les valeurs humaines inhérentes à la pratique de la maïeutique et l'optimisation de la normalité.** Ce dernier aspect semble particulièrement important dans le cadre de la pratique de la sage-femme française. **Les auteurs identifient clairement l'importance de l'optimisation des processus biologiques, psychologiques, sociaux et culturels et le renforcement des capacités de la femme mais aussi la prise en charge expectative, et donc patiente, dans le recours à intervention**

E. Trois illustrations

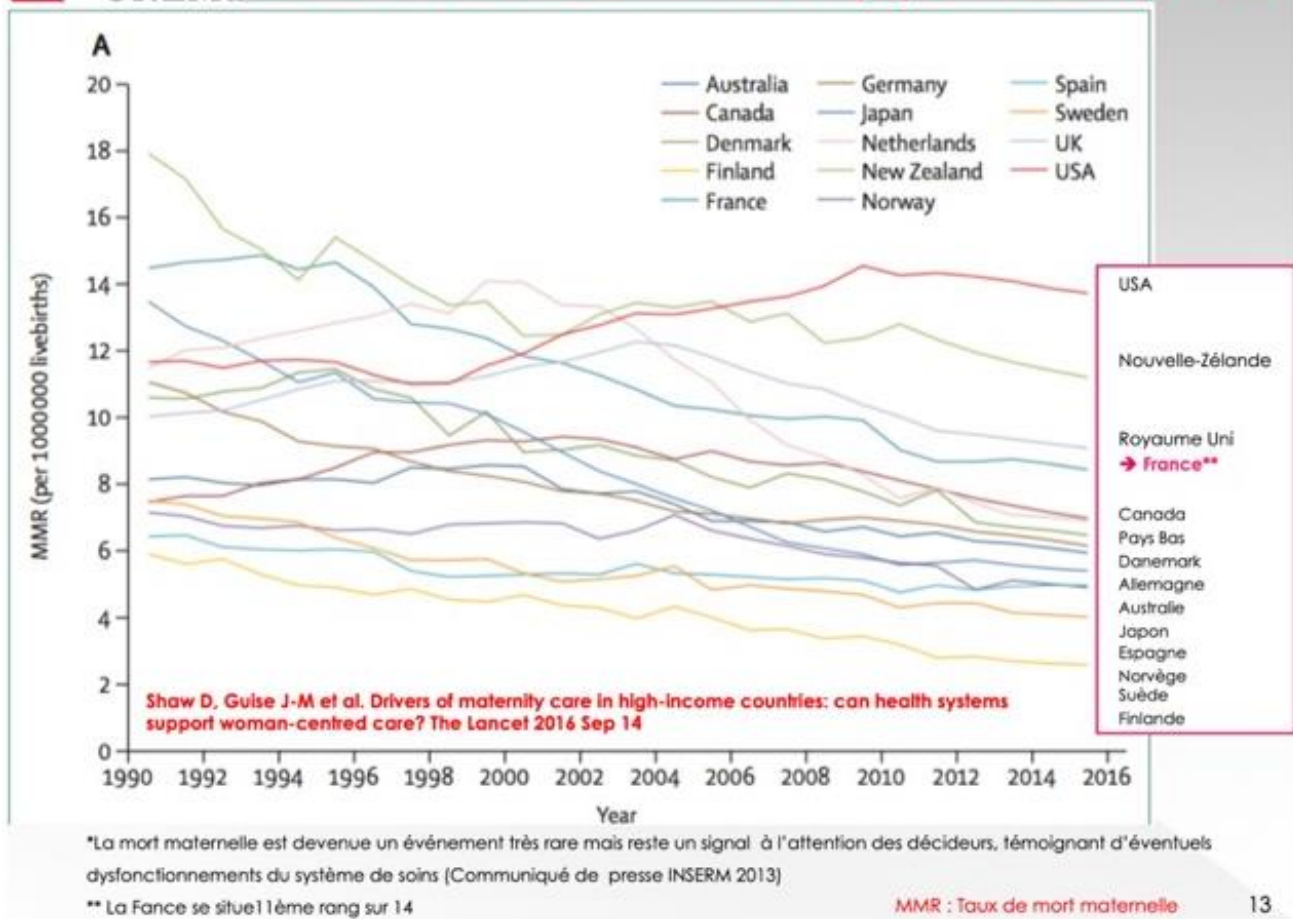
Un cadre d'analyse de soins maternels et néonataux de qualité (Figure 1) a servi à évaluer les données probantes relatives aux besoins des femmes et des nouveau-nés en matière de soins périnataux (55, page 12). L'évaluation a montré par exemple que l'information et l'éducation sont essentielles pour permettre aux femmes d'apprendre par elles-mêmes, de valoriser leurs propres atouts et d'accéder aux soins périnataux rapidement. Elle a également montré que les femmes recherchaient des soins prodigués de manière respectueuse par un personnel digne de confiance, empathique et bienveillant. En particulier les femmes souhaitent un suivi de leur grossesse, de leur accouchement et de ses suites par des professionnels de santé sachant allier des connaissances et un savoir-faire cliniques à des compétences interpersonnelles et culturelles. Les sages-femmes françaises acquièrent de telles compétences grâce à une formation initiale exigeante.

Figure 1 : Le cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité. Composante maternelle et néonatales d'un système de santé requises par les femmes enceintes et les nouveau-né (tiré de Renfrew et al. (56)



Ces dernières années, les études sont de plus en plus nombreuses à apporter les preuves qu'investir dans la pratique des sages-femmes et dans les soins qu'elles prodiguent est primordial pour assurer une prise en charge de haute qualité des femmes et des nouveau-nés, lors de la grossesse, de la naissance et de ses suites. Alors que les articles scientifiques apportent leur conclusions avec de hauts niveaux de preuve et que le concept de « une femme – une sage-femme » est privilégié par les politiques de santé des pays européens qui ont les meilleurs résultats en terme de mortalité maternelle (Pays Bas, Suède), la Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique (CNEMA) a exprimé le 20 septembre 2017, devant l'ensemble des associations et syndicats professionnels réunis par les élus du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes français, sa vision **de la contribution de la formation dans le champ de la périnatalité et de la santé génésique (57)**. Les taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes entre 1990 et 2015 pour 14 pays aux ressources élevées (Figure 2) issue de l'étude de Shaw y était exposés (51).

Figure 2 : Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes entre 1990 et 2015 pour 14 pays aux ressources élevées



La figure 3 est extraite de l'article de Shaw consacré à la santé maternelle dans les pays aux ressources élevées (51). Les auteurs ont comparé les taux d'interventions associées aux différents modèles de prise en charge ainsi que le coût d'un accouchement par voie basse ou par césarienne, entre 14 pays à revenus élevés de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) selon ces pays.

Les résultats montrent que le **coût d'une naissance aux États-Unis**, où la santé périnatale est essentiellement prise en charge par les obstétriciens, **est disproportionné par rapport à tous les autres pays à revenus élevés au sein** de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) - où la prise en charge est partagée entre sages-femmes et obstétriciens : 10.232 dollars pour une naissance par voie basse et 15.591 dollars pour une césarienne. Les coûts les plus faibles sont observés en Norvège pour les naissances par voie basse (1.434 dollars) et en Espagne pour les césariennes (2.909 dollars). En France, les coûts correspondants s'élèvent à 3.676 dollars et 6.686 dollars. *Pour information : 1 USD = 0.83 EUR environ*

Figure 2 : Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes entre 1990 et 2015 pour 14 pays aux ressources élevées



Exemple des pays européens (Shaw D, The Lancet 2016 Sep 14)

	Home birth rate (%)	Birth centre birth rate (%; free-standing)	Vaginal birth rate (%)	Caesarean-section rate (%)	Episiotomy rate (% of vaginal births)	Epidural in labour (%)	Main care provider	Most common remuneration type for physicians	Cost to patient	Cost of vaginal birth (2015 US\$)	Cost of caesarean section (2015 US\$)	Overall health expenditure (% of GDP) 2014	Year of data
Australia	0.4%	2.2%	67.7%	32.3%	15.6%	29.9%	Midwife/GP/obstetrician	Salary	None (can pay privately)	\$6775	\$10499	9.03%	2011/2012/2014
Canada	1.2%	N/A	72.9%	27.1%	17.0%	58.7%	Obstetrician/FP/GP/midwife	Government-set fee for service	None	\$2930	\$5420	11.18%	2002-03/ 2011-12/ 2013-14
Denmark	1.2%	N/A	77.9%	22.1%	4.9%	N/A	Midwife/obstetrician	Salary	None	\$2517	N/A	11.15%	2005/2010-12
Finland	0.6%	N/A	83.2%	16.8%	24.1%	49%	Midwife/obstetrician	Salary	None (facility fee €17)	\$2784	\$4561	8.85%	2008/2010/2013
France	0.0%	N/A	79.0%	21.0%	26.9%	82%	Midwife/GP/obstetrician	Salary	N/A	\$3676	\$6686	11.63%	2010/2012
Germany	0.0%	N/A	68.7%	31.3%	27.7%	<10%	Midwife/obstetrician	Salary (hospital)	N/A	\$2592	\$4253	11.06%	2010/2013
Japan	1.1%	N/A	80.8%	19.2%	N/A	10-50%	Midwife/obstetrician	Government-set fee for service	No net cost	\$3931	\$3931	9.27%	2010/2011
Netherlands	20.0%	11.4%	83.0%	17.0%	30.3%	11.3%	Midwife-obstetrician consultant role	Fee for service	None	\$2889	\$5618	11.96%	2010/2012/2013
New Zealand	3.3%	10.1%	74.7%	25.3%	12.0%	24.7%	Midwife/obstetrician/GP	Salary	None (can pay privately)	\$2477	\$4896	10.08%	2012
Norway	0.8%	0.5%	82.9%	17.1%	18.8%	28%	Midwife/obstetrician	Salary	None	\$1434	\$3801	9.07%	2010
Spain	N/A	N/A	75.0%	25.0%	43.0%	N/A	Midwife/obstetrician	Salary	None (can pay privately)	\$2303	\$2909	9.44%	2010/2011/2012
Sweden	<1%	N/A*	82.9%	17.1%	6.6%	34.4%	Midwife-obstetrician consultant role	Salary	None (facility fee US\$10 per day)	\$3025	\$6025	9.36%	2008/2010/2014
UK (England, Wales)	2%	2.3%	75.4%, 73.9%	24.6%, 26.1%	19.4%, 20.1%	16%	Midwife-obstetrician consultant role	Salary	None	\$2741	\$4604	9.32%	2010/2013-14
USA	0.91%	0.43%	67.8%	32.2%	14.4%	71%	Obstetrician	Fee for service	N/A	\$10232	\$15591	17.85%	2012/2014

References in appendix. GP=general practitioner, FP=family practitioner, N/A=not available. *Sweden's only birth centre is now closed.

Table 1: Variations in interventions related to birth and cost comparisons in selected high-income countries

VIII. Un changement de paradigme pour les soins périnataux qui ne seraient pas centrés principalement sur l'identification et le traitement des pathologies d'une minorité, mais sur des soins de qualité pour tous.

Tous ces travaux, ainsi que les résultats de l'étude de Renfrew et al. (2014), publiés dans la revue *The Lancet*, plaident de façon indiscutable, en faveur d'un changement d'organisation des soins périnataux qui ne seraient pas centrés principalement sur l'identification et le traitement des pathologies d'une minorité, mais sur des soins de qualité pour tous.

Il s'agit de sortir d'un modèle centré sur la pathologie et le risque, et une démarche essentiellement diagnostique, pour une approche essentiellement centrée sur la santé. Une approche positive, qui tient compte de ce qui existe déjà concrètement, et par là conditionne le futur. Ce changement comprend une approche de prévention et de soutien capable de renforcer les capacités et les ressources propres des femmes (11). La pratique de sage-femme est ici cruciale.

Les données dont on dispose actuellement montrent que les soins de maïeutique prodigués par les sages-femmes sont avantageux sur le plan du rapport coût/efficacité, abordables et

durables. Le retour sur investissement de la formation et du déploiement de sages-femmes communautaires est similaire au coût par décès évité par la vaccination (56).

IX. Revendications des sages-femmes

Dans cet esprit, les sages-femmes demandent :

A. Une organisation de la périnatalité plus efficiente et proche du souhait et des besoins des femmes afin de promouvoir leur santé

- Mise en place d'une **sage-femme référente** pour chaque femme enceinte qui aurait un rôle d'accompagnement, de soutien et de coordination du parcours périnatal, non réductible à des « soins »
- **Augmentation des effectifs de sages-femmes dans les maternités** afin que chaque femme puisse bénéficier des soins, du soutien et de l'accompagnement d'une sage-femme dédiée, à tout moment, pour chaque naissance (une femme-une sage-femme)
- **Mise en place effective des unités physiologiques dirigées par des sages-femmes** au sein des services hospitaliers, avec une responsabilité équivalente au chef de service pour la sage-femme coordonnatrice.
- **Développement et la valorisation des maisons de naissances** et création d'une **offre de lieux d'accouchement diversifiée incluant l'accouchement à domicile** permettant aux parents de faire un choix

B. Développer les compétences des sages-femmes au profit de la santé des femmes

- Création d'un **entretien postnatal** (EPN) à proposer systématiquement dans la continuité de l'entretien prénatal précoce (EPP) devenu obligatoire depuis mai 2020, pour assurer un suivi et un accompagnement continu, de l'avant à l'après, pour chaque femme dans son parcours maternité, ainsi que pour prévenir les difficultés majeures liées à de tels bouleversements.
- Mise en place d'un véritable parcours du suivi et du soutien postnatal par :
 - **2 visites post natales supplémentaires à 3 mois et 6 mois.**
 - des **séances collectives de soutien à la parentalité** sur le modèle des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Ce, en référence à ce que la PMI, avec les sages-femmes, propose depuis longtemps.
- Création d'un acte plus large que la rééducation périnéale afin de **soutenir tous les remaniements inhérent à la maternité, qu'ils soient corporels ou psychiques**
- Autorisation de **prescrire tous les médicaments nécessaires** au bon exercice de leur Art (comme c'est le cas pour les chirurgiens-dentistes).

- Autorisation de **prescrire ou de renouveler un arrêt de travail** pendant toute la période périnatale, car c'est reconnaître les besoins spécifiques des femmes pour leur maternité sans que la grossesse ne soit identifiée comme une pathologie.
- Autorisation de **l'IVG instrumentale aux sages-femmes**, (dans les limites de pratique identique à celle des médecins et fixées par la loi). La compétence nouvelle en matière d'IVG médicamenteuse acquise par les sages-femmes a montré la motivation et l'excellence de l'expertise de ces dernières tant au plan technique que psychologique. L'apport que permet l'association de l'IVG à l'image populaire de la sage-femme, permet que cet événement de la vie des femmes soit associé, à un acte de fécondité physiologique exempt de ses pesanteurs moralisantes.
- Mise en place d'un **suivi du deuil périnatal** par au moins trois visites à domicile en sortie d'hospitalisation, après une interruption médicale de grossesse ou un décès périnatal inopiné, grâce à une cotation spécifique auprès de l'Assurance maladie.
- **Pérennisation du remboursement des actes de télémédecine**, comme c'est le cas pour les médecins

C. L'autonomie de la profession de sage-femme

- Renforcer et clarifier le statut de **profession médicale** en mettant en cohérence tous les règlements administratifs et sanitaires avec le code de la santé publique tout comme avec ceux de la fonction publique hospitalière et territoriale, dans le respect de la hiérarchie des normes.
- Promouvoir **l'égalité professionnelle**, que ce soit au sein des professions médicales dont les sages-femmes font partie, ou que ce soit en termes d'égalité relative au genre
- **Revaloriser les salaires et les cotations** des sages-femmes afin qu'ils soient cohérents avec leur niveau de compétences et de responsabilité médicale.
- Créer un **statut d'emploi spécifique pour la sage-femme fonctionnaire** afin que son activité ne soit pas coordonnée ou supervisée par une autre profession (médecin, infirmière, éducatrice, etc...). Notamment dans la fonction publique territoriale, où l'activité des sages-femmes devrait, toujours et uniquement, être coordonnée par une sage-femme, soit en tant que coordinatrice, soit en tant que coordonnatrice, mais nécessairement adjointe au chef de service.
- Simplifier et favoriser **l'exercice mixte** : hospitalier/territoriale/libéral
- Donner à la **recherche en maïeutique**, à l'université, une véritable autonomie, semblable à *the research in midwifery* à l'international, par la création d'une section maïeutique autonome comme c'est le cas pour les sciences infirmières, les sciences de la réadaptation et l'odontologie. Car c'est rendre possible une harmonisation de la profession à l'échelle européenne. C'est permettre aux sages-femmes de légitimer leurs propres savoirs ainsi que la promotion d'une approche holistique de la santé des femmes, avec des dispositifs sanitaires fondés sur cette approche.

- Donner l'accès au **double statut hospitalier et universitaire**, pour les sages-femmes chercheuses, afin que l'ouverture à la recherche ne soit pas un droit aussitôt démenti dans la réalité.

Le 22 février 2021, pour

- l'association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL) : Laurence Platel - 06 89 85 42 12
- l'association nationale des sages-femmes orthogénistes (ANSFO) : Chantal Birman- 06 61 20 10 50
- l'association nationale des sages-femmes territoriales (ANSFT) : Claudine Schalck - 06 64 98 12 24
- l'association professionnelle de sages-femmes (APSF) : Christine Morin - 06 09 60 74 20

X. REFERENCES

1. Naiditch M. La sage-femme face aux pouvoirs : une analyse politique de la grève de 2013-2014. Prof Sage Femme. 2014;208:22-8.
2. Nisand I. Démédicaliser ou humaniser. Doss Obstétrique. 1994;(213):15.
3. Akrich M. Accoucher à domicile ? Comparaison France/Pays-Bas. Santé Homme - INPES. 2007;(391):46-7.
4. Akrich M, Pasveer B. La sécurité de la naissance en France et aux Pays-Bas: coordonner par la technique ou par l'organisation? Rev Fr Adm Publique. 1995;76:575-84.
5. Devane D, Begley C, Clarke M, Walsh D, Sandall J, ., Ryan P, et al. Socioeconomic value of the Midwife - A systematic review, meta- analysis, meta-synthesis and economic analysis of midwife-led models of care. London: Royal College of Midwives; 2010.
6. Euro-Peristat. European Perinatal Health Report 2015 [Internet]. EURO PERISTAT. 2015 [cité 23 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.euoperistat.com/index.php/reports/scientific-publications.html>
7. EPOPé, INSERM. Une nouvelle photographie de la santé périnatale en France et en Europe en 2015 [Internet]. EPOPé. 2018 [cité 8 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/une-nouvelle-photographie-de-la-sante-perinatale-en-france-et-en-europe-en-2015-1225>
8. Confédération Internationale des sages-femmes. Définition Internationale de la sage-femme [Internet]. 2017 [cité 4 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.internationalmidwives.org/fr/notre-travail/politique-et-pratique/definitions-de-licm.html>
9. Confédération Internationale des sages-femmes. Définition de la pratique sage-femme [Internet]. 2017 [cité 4 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.internationalmidwives.org/fr/notre-travail/politique-et-pratique/definitions-de-licm.html>
10. République Française. Code de la santé publique - Titre V : Profession de sage-femme (Articles L4151-1 à L4152-4). Code de la santé publique. Sect. Quatrième partie - Livre Ier - 2016.
11. 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. The Lancet. 20 sept 2014;384(9948):1129-45.
12. Ten Hoop-Bender P, and coll. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. Lancet. 2014;384(9949):1226-35.
13. Organisation Mondiale de la santé. Constitution de l'Organisation Mondiale de la santé [Internet]. 1946. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
14. Ministère des Solidarités et de la, Peyron M. Rapport de Michèle Peyron : pour sauver la PMI, agissons maintenant ! [Internet]. 2018 [cité 7 févr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>
15. Cyrulnik B, Commission d'experts. Le rapport des 1000 premiers jours : là où tout commence. 2020 p. 130.
16. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2016 [cité 15 févr 2017]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
17. Blanchard L. Sages-femmes en Europe: vers une analyse comparative de la formation et des conditions d'exercice de la profession en Europe [Mémoire en vue du diplôme d'Etat de sage-femme]. Pierre et Marie Curie; 2016.
18. CNEMM. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCM) 2013-2015. [Internet]. 2021 [cité 6 janv 2021]. Disponible sur: </import/les-morts-maternelles-en-france-mieux->

comprendre-pour-mieux-prevenir.-6e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles

19. Tissot H, Frascarolo F, Despland J-N, Favez N. Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *Psychiatr Enf.* 28 déc 2011;Vol. 54(2):611-37.
20. Asch SE. Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgments. In: *Groups, leadership and men; research in human relations*. Oxford, England: Carnegie Press; 1951. p. 177-90.
21. Blondel B. Enquête nationale périnatale Rapport 2016. Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010 [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>
22. Cour des comptes. Rapport de la sécurité sociale 2011 : Le rôle des sages-femmes dans le système de soins [Internet]. 2011 p. Pages 173-198. Disponible sur: <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Securite-sociale-2011>
23. OCDE. Panorama de la santé 2019: Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. 2019 [cité 24 janv 2021]. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2019_5f5b6833-fr
24. CIANE. Enquête sur les accouchements, dossier n°3 Respect des souhaits et vécu de l'accouchement [Internet]. 2012 [cité 18 nov 2018]. Disponible sur: <http://ciane.net/blog/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>
25. OMS. Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement [Internet]. 2018 [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/fr/>
26. Cardin H. La loi du 4 mars 2002 dite "loi Kouchner". *Trib Sante*. 25 avr 2014;n° 42(1):27-33.
27. Cooperrider DL, Srivastva S. Appreciative Inquiry in Organizational Life. R. Woodman and W. Pasmore. Emerald Group Publishing Limited; 1987. 129-169 p. (Research in organizational change and development; vol. 1).
28. Fenina G, Minc R, Sarlon S. Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France. *Drees - Etudes Résultats*. 2006;504:1-7.
29. OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies. France: Profils de santé par pays 2019, State of Health in the EU [Internet]. OECD Publishing, Paris; 2019 [cité 16 févr 2021]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_fr_french.pdf
30. Schalck C, Morin C. « Au royaume du patriarcat, pour subordonner les femmes, il faut subordonner les sages-femmes ». *Le Monde* [Internet]. 14 déc 2020 [cité 7 févr 2021]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/12/14/au-royaume-du-patriarcat-pour-subordonner-les-femmes-il-faut-subordonner-les-sages-femmes_6063278_3232.html
31. Institut national de la statistique et des études économiques. Nomenclature d'activités française (NAF) Sous classe 86.90D-Activités des infirmiers et des sages-femmes. 2008.
32. da Silva G. Pour les sages-femmes, le plafond de verre continue à l'université [Internet]. 2021 [cité 7 févr 2021]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/debats/2021/01/26/pour-les-sages-femmes-le-plafond-de-verre-continue-a-l-universite_1818414/
33. Schalck C, Morin C. Le plafond de verre de la recherche pour les femmes : Le cas des sages-femmes pour la maïeutique. *Sage-Femme Pratique* [Internet]. In Press 2021 [cité 17 févr 2021]; Disponible sur: <https://www.sagefemme-pratique.com/recherche>
34. Schalck C, Morin C. Les sages-femmes aux femmes, quelle humanité pour la naissance ? *Liberation* [Internet]. *Tribune*. 27 nov 2020 [cité 7 févr 2021]; Disponible sur:

https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/12/14/au-royaume-du-patriarcat-pour-subordonner-les-femmes-il-faut-subordonner-les-sages-femmes_6063278_3232.html

35. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. « 2020 : 20 propositions pour la santé des femmes ». Contribution générale [Internet]. 2020. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2020/07/CONTRIBUTION-VF-CNOSF-20-propositions-pour-la-sant%C3%A9-des-femmes.pdf>
36. Sarlat C. Pour une naissance respectée ! Une femme = une sage femme [Internet]. Change.org. 2020 [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.change.org/p/olivier-v%C3%A9ran-permettons-aux-femmes-d-accoucher-humainement-une-femme-%C3%A9gale-une-sage-femme>
37. Dejours C. Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale [Internet]. Seuil. 2014 [cité 16 févr 2021]. 256 p. (Sciences humaines). Disponible sur: <https://www.seuil.com/ouvrage/souffrance-en-france-christophe-dejours/9782757841983>
38. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(4):CD004667.
39. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Comparaison des modèles de soins obstétricaux dirigés par les sages-femmes à d'autres modèles de soins offerts aux femmes enceintes : une revue systématique Cochrane. *Prat Organ Soins*. 2009;40(4):267.
40. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [Internet]. 2011 [cité 20 mai 2013]. Disponible sur: https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/14305/1/rapport_naissances2010.pdf
41. Blondel B, Sipernant K, du Mazaubrun C, Bréard G. Enquête nationale périnatale. 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998 [Internet]. 2005 [cité 12 oct 2014]. Disponible sur: http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/plan/enquete_nationale/enquete_perinatale_2003.pdf
42. Relph S, Delaney L, Melaugh A, Vieira MC, Sandall J, Khalil A, et al. Costing the impact of interventions during pregnancy in the UK: a systematic review of economic evaluations. *BMJ Open*. 30 oct 2020;10(10):e040022.
43. Mistry H, Heazell AEP, Vincent O, Roberts T. A structured review and exploration of the healthcare costs associated with stillbirth and a subsequent pregnancy in England and Wales. *BMC Pregnancy Childbirth*. 17 déc 2013;13:236.
44. Vatish M, Strunz-McKendry T, Hund M, Allegranza D, Wolf C, Smare C. sFlt-1/PIGF ratio test for pre-eclampsia: an economic assessment for the UK. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. déc 2016;48(6):765-71.
45. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Diabetes in Pregnancy [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2015 [cité 31 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK293625/>
46. O'Donnell A, McParlin C, Robson SC, Beyer F, Moloney E, Bryant A, et al. Treatments for hyperemesis gravidarum and nausea and vomiting in pregnancy: a systematic review and economic assessment. *Health Technol Assess Winch Engl*. oct 2016;20(74):1-268.
47. Xydopoulos G, Perry H, Sheehan E, Thilaganathan B, Fordham R, Khalil A. Home blood-pressure monitoring in a hypertensive pregnant population: cost-minimization study. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. avr 2019;53(4):496-502.
48. Duckworth S, Chappell LC, Seed PT, Mackillop L, Shennan AH, Hunter R. Placental Growth Factor (PIGF) in Women with Suspected Pre-Eclampsia Prior to 35 Weeks' Gestation: A Budget Impact Analysis. *PLoS One*. 2016;11(10):e0164276.
49. Schroeder E, Petrou S, Patel N, Hollowell J, Puddicombe D, Redshaw M, et al. Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 18 avr 2012;344:e2292.
50. Ussher M, Lewis S, Aveyard P, Manyonda I, West R, Lewis B, et al. The London Exercise And Pregnant smokers (LEAP) trial: a randomised controlled trial of physical activity for smoking

cessation in pregnancy with an economic evaluation. *Health Technol Assess Winch Engl.* oct 2015;19(84):vii-xxiv, 1-135.

51. Shaw D, Guise J-M, 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? *The Lancet.* 2016;388(10057):2282-95.
52. McDougall L, Campbell OMR, Graham W. Maternal Health- An Executive Summary for The Lancet's Series. *The Lancet.* 2016;
53. CNEMa. Santé maternelle – Septembre 2016 (The Lancet Numéro spécial) [Internet]. 2016 [cité 17 févr 2021]. Disponible sur: <https://cnema.fr/cnema/2016/09/27/the-lancet-numero-special-sur-la-sante-maternelle-septembre-2016/>
54. Executive Group. Midwifery - Executive summary [Internet]. *The Lancet*; 2014 [cité 8 oct 2017]. Disponible sur: http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/midwifery/midwifery_exec_summary.pdf
55. Executive Group. Maïeutique - Résumé analytique de la série du Lancet [Internet]. *The Lancet*; 2014 [cité 3 nov 2016]. Disponible sur: http://apsf.fr/wp-content/uploads/2021/01/Lancet-Midwifery-zot-French_CompleteWeb-1.pdf
56. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Maïeutique et soins de qualité : conclusions d'un nouveau cadre d'analyse des soins maternels et néonataux fondé sur données probantes. *The Lancet.* 2014;9-25.
57. CNEMa. La contribution de la formation dans le champ de la périnatalité et de la santé génésique [Internet]. 2016 [cité 17 févr 2021]. Disponible sur: <http://cnema.fr/cnema/wp-content/uploads/2016/10/CNEMa-CNOSF-contribution-formation-périnatalité-2016-09-27-CM.pptx-1.pdf>