



# CONSTRUIRE UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE AUX SAGES-FEMMES

## APPEL À L'ACTION POUR LES DÉCIDEURS

« *Le fait qu'il n'existe pas de consensus clair sur ce qui **constitue** un environnement favorable est l'un des principaux obstacles à une action concertée et stratégique pour **créer** d'un tel environnement<sup>1</sup>. »*

### VUE D'ENSEMBLE

Les sages-femmes font bien plus qu'aider les femmes à mettre au monde des bébés. Elles fournissent des soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et des adolescents (SSRMNA) accessibles, équitables et de qualité dans divers contextes à travers le monde, sur l'ensemble du continuum de l'accouchement et dans le domaine de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction (SDSR). Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le Fonds des Nations unies pour la population et d'autres autorités mondiales, il est urgent que les soins de SSRMNA soient dispensés par des sages-femmes professionnelles dont l'expertise ne bénéficie actuellement d'aucun soutien dans la plupart des systèmes de santé.

**Les services prodigués par les sages-femmes constituent une solution rentable et essentielle pour améliorer les résultats et les expériences en matière de santé pour les femmes et les nouveau-nés, réduire les inégalités en matière d'accès et de qualité, et fournir le continuum de soins de SSRMNA.** Et pourtant, la majorité des pays se heurtent à des obstacles pour créer et maintenir **l'environnement favorable** nécessaire à la mise à l'échelle de la continuité des soins sous la direction des sages-femmes. Dans cette note d'orientation, on entend par environnement favorable aux sages-femmes un environnement qui soutient **l'infrastructure, la profession, et l'intégration au niveau du système** dont les sages-femmes ont besoin pour pratiquer efficacement leur métier dans l'ensemble de leur champ d'exercice. Cette note d'orientation identifie également les politiques nécessaires pour améliorer l'environnement favorable à l'extension des soins prodigués sous la direction des sages-femmes.

Une dynamique se dessine pour faire progresser les soins maternels respectueux et de qualité en développant les soins dirigés par des sages-femmes. Les mouvements de justice sociale, notamment pour l'égalité des sexes et la justice raciale, ont renforcé l'appel à l'action en faveur des sages-femmes à travers le monde<sup>2</sup>. Cela a commencé avec les rapports sur *l'État de la pratique de sage-femme dans le monde* (2011 et 2014)<sup>3,4</sup>, la Série du *Lancet* sur la pratique sage-femme (2014)<sup>5-8</sup>, et *Voix des sages-femmes, réalités de sages-femmes* (2016)<sup>9</sup>, et a culminé par l'annonce de l'OMS que 2020 serait l'Année des sages-femmes et du personnel infirmier<sup>10</sup>, la publication d'une étude de modélisation qui

documente comment les sages-femmes sauvent des vies<sup>11</sup>, et l'*État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021*<sup>12</sup>. La demande de sages-femmes est clairement à la hausse.

Le programme de développement durable à l'horizon 2030 comprend 17 nouveaux objectifs de développement durable (ODD), dont le but est d'assurer une couverture sanitaire universelle (CSU)<sup>13</sup>, et les sages-femmes jouent un rôle central dans la fourniture universelle de soins de SSRMNA. La CSU2030 est un mouvement connexe qui dépend également des sages-femmes pour construire des systèmes de santé plus solides grâce à la collaboration, au plaidoyer et à l'apprentissage<sup>14</sup>. À l'horizon 2030, il est essentiel que les pays exploitent les compétences et les contributions des sages-femmes partout dans le monde pour atteindre les ODD, garantir la CSU et améliorer la qualité des soins de santé. La création et le maintien d'un environnement favorable à la continuité des soins sous la direction des sages-femmes accéléreront en particulier les progrès vers la réalisation de l'ODD 3 : permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ; de l'ODD 5 : parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles ; de l'ODD 8 : promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous ; de l'ODD 10 : réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre ; et promouvoir des sociétés pacifiques et inclusives pour le développement durable, qui assurent l'accès à la justice pour tous et mettent en place des institutions efficaces, redevables et inclusives à tous les niveaux<sup>13</sup>.

Étant donné qu'elles constituent une solution relativement peu coûteuse<sup>15</sup>, fondée sur des données probantes, pour réduire les disparités et améliorer les résultats, les sages-femmes sont le fondement même du système de santé et sont les mieux placées pour apporter des améliorations à grande échelle, partout dans le monde, à la santé et au bien-être des femmes enceintes, des mères et des nouveau-nés. Malgré cela, faute d'un environnement favorable, les sages-femmes se heurtent partout à des obstacles qui les empêchent d'exercer pleinement leur métier. Un environnement favorable solide permettrait d'élargir la profession de sage-femme pour faire de la continuité des soins sous la direction des sages-femmes le modèle dominant de la prestation de soins de SSRMNA, permettant ainsi de sauver des millions de vies, d'atteindre les ODD et de réaliser la CSU. Étant donné que la profession de sage-femme est composée presque exclusivement de femmes<sup>16</sup>, les gouvernements doivent aligner l'esprit actuel en faveur de l'égalité des sexes sur le renforcement de la profession de sage-femme en investissant durablement dans un environnement favorable à l'élargissement de la continuité des soins dirigés par les sages-femmes.

## POURQUOI ÉLARGIR LA CONTINUITÉ DES SOINS SOUS LA DIRECTION DES SAGES-FEMMES

Les sages-femmes peuvent résoudre les trois plus grands défis de la SSRMNA aujourd'hui : prévenir les décès néonataux, les mortinaissances, les décès maternels et les mauvais résultats cliniques ; éliminer les inégalités en matière d'accès, d'expérience et de résultats pour les femmes et les nouveau-nés ; et réduire le coût et l'utilisation de soins de maternité surmédicalisés.

Les sages-femmes sont des expertes du travail et de l'accouchement physiologiques, caractérisés par l'apparition et la progression spontanées du travail et de l'accouchement sans intervention médicale systématique<sup>17</sup>. Les sages-femmes mettent l'accent sur le maintien de la physiologie normale de la mère et sont formées pour considérer la naissance comme un événement normal de la vie, ce qui les distingue des autres professionnels de la santé. La promotion de la santé fait partie intégrante de la profession de sage-femme, tout comme la prévention et la gestion des complications et des urgences. Les analyses du rapport 2021 sur *L'état de la pratique de sage-femme dans le monde* (SoWMy) indiquent que **des sages-femmes entièrement formées, autorisées et intégrées, soutenues par des équipes interdisciplinaires et un environnement favorable peuvent fournir environ 90 % des**

**interventions essentielles de SSRMNA tout au long de la vie<sup>12</sup>**. Pourtant, les sages-femmes représentent moins de 10 % des effectifs mondiaux de SSRMNA, avec en plus une pénurie mondiale de 900 000 sages-femmes<sup>12</sup>. Pour avoir un impact significatif sur les résultats de santé et les expériences dans le système de soins de santé, les sages-femmes doivent être soutenues par un environnement favorable.

Depuis le premier rapport SoWMy en 2011, les données disponibles démontrant le rendement des investissements dans les sages-femmes se sont multipliées. Investir dans les sages-femmes permet non seulement de promouvoir des expériences d'accouchement positives, mais aussi d'améliorer les résultats en matière de santé, de garantir le personnel de SSRMNA nécessaire, de favoriser des soins inclusifs et équitables pour les femmes et leurs enfants, de réduire le coût des soins et d'avoir un impact macroéconomique positif<sup>12, 18,19</sup>.

## La continuité des soins sous la direction des sages-femmes est associée à de meilleurs résultats et à des économies de coûts

### Problèmes

Décès néonataux, décès maternels et résultats médiocres

Inégalités d'accès, d'expérience et de résultats pour les mères et les bébés

Coût élevé des soins de maternité surmédicalisés



### Solutions

L'accès universel aux sages-femmes sauve des vies, réduit la souffrance et améliore les résultats

Les sages-femmes intégrées au système de soins de santé réduisent les inégalités et améliorent l'expérience des femmes

La continuité des soins sous la direction des sages-femmes est associée à des économies de coûts

## 1. SAUVER DES VIES

Les partenariats mondiaux et les efforts déployés dans les pays ont permis de réduire les taux de mortalité maternelle et néonatale dans presque tous les pays au cours des deux dernières décennies<sup>12,20</sup>. Malgré ces progrès, on estime que 810 décès maternels surviennent chaque jour<sup>21</sup>, une mortinatalité toutes les 16 secondes<sup>22</sup>, et 2,4 millions de décès de nouveau-nés par an<sup>23</sup>. Lorsqu'ils examinent les raisons pour lesquelles les femmes et les nouveau-nés meurent à des taux aussi alarmants, les experts citent souvent deux situations extrêmes : trop peu de soins, des soins trop tardifs, ou des soins excessifs (surmédicalisation) trop précoces<sup>24</sup>. Le problème est posé en termes de quantité d'interventions médicales fournies plutôt qu'en termes de qualité des soins reçus. S'il est essentiel que les femmes reçoivent les soins dont elles ont besoin, au moment où elles en ont besoin, il est tout aussi important que la façon dont les soins sont dispensés respecte, protège et promeuve les droits de l'être humain<sup>24</sup>, étant donné que la qualité des soins est à la fois un facteur d'amélioration des résultats et d'expériences positives en matière de soins.

Améliorer l'accès aux sages-femmes (qui assurent le continuum de soins de qualité pour l'accouchement) pourrait sauver des millions de vies chaque année. En 2021, une étude de modélisation du *Lancet Global Health* s'est servie de l'outil « Lives Saved » pour estimer le nombre de décès qui seraient évités d'ici 2035 si les soins sous la direction des sages-femmes étaient élargis dans les 88 pays où l'on enregistre la grande majorité des décès maternels et néonataux et des mortinaissances dans le monde<sup>11</sup>. Les auteurs ont estimé que, par rapport à la couverture actuelle des soins dirigés par les sages-femmes, la couverture universelle de ces interventions réalisées par des sages-femmes permettrait d'éviter deux tiers des décès maternels (67 %), des décès néonataux (64 %) et des mortinaissances (65 %), soit 4,3 millions de vies sauvées chaque année d'ici 2035. Même une augmentation modeste (10 % de sages-femmes en plus tous les cinq ans) permettrait d'éviter 22 % des décès maternels, 23 % des décès néonataux et 14 % des mortinaissances, soit 1,3 million de décès en moins par an d'ici 2035<sup>11</sup>. De plus, les auteurs ont reconnu que pour élargir la continuité des soins sous la direction des sages-femmes, celles-ci ont besoin de travailler dans un environnement favorable.

Une étude *Cochrane* a révélé que lorsque les sages-femmes étaient les principales prestataires de soins, les pertes fœtales ou les décès de nourrissons diminuaient de 16 %<sup>25</sup>. Aux États-Unis, une meilleure intégration des sages-femmes dans les systèmes de santé régionaux, quel que soit le contexte, a été associée à des taux significativement plus élevés d'accouchement spontané par voie vaginale, d'accouchement par voie vaginale après césarienne et d'allaitement, et à des taux significativement plus faibles de césariennes, de naissance prématurée, d'insuffisance pondérale des nourrissons et de décès néonataux<sup>26</sup>. Dans les pays à revenu élevé, les modèles de continuité des soins sous la direction des sages-femmes entraînent une réduction des décès néonataux et des naissances prématurées<sup>27</sup>. Au Cambodge, les efforts considérables déployés dans les années 1990 et 2000 pour accroître le nombre de sages-femmes ont permis à près de 1 500 établissements de santé d'offrir des services complets de SSRMNA, avec au moins une sage-femme par établissement. Depuis, le taux de mortalité maternelle au Cambodge est passé de 488 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2000 à 160 en 2017<sup>12</sup>.

## 2. RÉDUIRE LES INÉGALITÉS ET AMÉLIORER LES RÉSULTATS

Augmenter le nombre de sages-femmes permettrait d'améliorer l'accès universel aux soins dirigés par les sages-femmes, en particulier pour les groupes qui ont été socialement ou économiquement marginalisés. Une meilleure intégration des sages-femmes dans le système va de pair avec des taux nettement plus élevés de naissance physiologique, des interventions obstétricales moins nombreuses, une réduction des résultats néonataux indésirables, des taux plus élevés d'allaitement à la naissance et à six mois, et des taux plus faibles de mortalité néonatale en général, mais aussi pour des groupes raciaux/ethniques spécifiques<sup>26</sup>. Par rapport à d'autres modèles de soins, les femmes qui bénéficient de modèles de continuité des soins sous la direction des sages-femmes sont moins susceptibles de subir des interventions (péridurale, épisiotomie, accouchements opératoires)<sup>28</sup> et plus susceptibles d'être satisfaites de leurs soins, sans risque accru de préjudice<sup>18,29</sup>. Comparativement aux soins de maternité standard fournis par différentes sages-femmes travaillant dans la communauté, dans des centres pour enfants ou à l'hôpital, les femmes présentant un risque accru d'accouchement prématuré qui ont bénéficié d'une continuité des soins dirigés par une sage-femme principale avaient un sentiment accru de confiance, de sécurité et de qualité des soins<sup>30</sup>.

Dans les communautés les plus exposées à des résultats défavorables, un meilleur accès aux sages-femmes intégrées dans le système de santé peut améliorer à la fois les résultats sanitaires et les expériences de soins<sup>31</sup>. Au Canada, les soins sous la direction des sages-femmes prodigués aux femmes de condition socio-économique modeste ont été associés à une réduction significative de l'incidence des naissances prématurées, de l'insuffisance pondérale à la naissance et d'autres conséquences négatives<sup>26,32,33</sup>. Aux États-Unis, où les femmes noires sont trois fois plus

susceptibles de mourir d'une cause liée à la grossesse que les femmes blanches<sup>34</sup>, l'accès aux sages-femmes dans tous les contextes et la densité des sages-femmes étaient également nettement plus faibles dans les États où la proportion de naissances chez les Noirs était plus élevée<sup>26</sup>. En Australie, où les familles des Premières Nations reçoivent des soins maternels et infantiles de qualité inférieure et obtiennent des résultats moins bons, les femmes autochtones qui ont reçu des soins dans le cadre d'une pratique de groupe de sages-femmes basées dans la communauté par une sage-femme avec charge professionnelle (continuité des soins sous la direction d'une sage-femme) ont assisté à un plus grand nombre de visites prénatales, étaient moins susceptibles de donner naissance à un enfant prématuré et étaient plus susceptibles d'allaiter exclusivement au sein à leur sortie de l'hôpital<sup>35</sup>.

Le modèle de continuité des soins sous la direction des sages-femmes met l'accent sur les soins communautaires, l'établissement de relations étroites, le bien-être prénatal et postnatal, et cherche à éviter les interventions inutiles qui peuvent entraîner des complications potentiellement mortelles<sup>31</sup>. Les sages-femmes situées à proximité de la communauté améliorent l'accès à des soins de santé de qualité pour tous, permettant des accouchements à domicile en toute sécurité pour les femmes à faible risque qui pourraient avoir des difficultés à accéder aux établissements de santé ou qui préfèrent accoucher à domicile. Les sages-femmes certifiées peuvent résoudre les pénuries de soins de maternité qui touchent de manière disproportionnée les femmes rurales et à faible revenu, dont beaucoup sont des femmes de couleur<sup>31,36</sup>. Le modèle de continuité des soins sous la direction des sages-femmes doit être intégré au système de santé dans son ensemble, en veillant à ce que les femmes qui ont besoin d'accéder à des soins supplémentaires de niveau supérieur continuent de recevoir des soins de leur sage-femme en collaboration avec un obstétricien<sup>18,19,37</sup>.

Investir dans les sages-femmes réduit davantage les inégalités entre les sexes en augmentant les opportunités d'emploi des femmes dans le secteur de la santé<sup>12</sup>. Recruter une diversité de personnes en tant que sages-femmes est une occasion de mieux représenter la population qu'elles servent, ce qui est essentiel pour permettre aux femmes d'avoir une expérience positive des soins, surtout parmi les groupes marginalisés<sup>38</sup>.

### 3. RAPPORT QUALITÉ-PRIX

Investir dans les sages-femmes pour obtenir de meilleurs résultats est rentable pour les femmes, quel que soit leur niveau de risque<sup>39</sup> et le contexte. En Australie<sup>40</sup>, les sages-femmes publiques avec charge professionnelle coûtent 22 % de moins que les autres modèles de soins<sup>41</sup>. Au Bangladesh, une évaluation de la valeur a révélé que le déploiement futur de 500 sages-femmes communautaires multipliait par 16 le retour sur investissement<sup>4</sup>. Dans tous les contextes, les sages-femmes encouragent un accouchement physiologique avec moins d'interventions médicales, notamment moins de césariennes et de déclenchements du travail<sup>26,42</sup>, ce qui réduit le coût des soins péri-partum<sup>43,44</sup>. Une étude de modélisation de 58 PFR-PRI utilisant l'outil « Lives Saved » a montré que le développement de la pratique sage-femme à elle seule ou intégrée à l'obstétrique est plus rentable que le développement de l'obstétrique seule, et que lorsqu'on inclut le planning familial, le modèle des soins prodigués par les sages-femmes était presque deux fois plus rentable que le modèle de soins prodigués par des obstétriciens (soit 2 200 \$ contre 4 200 \$ par décès évité)<sup>45</sup>.

Recevoir des soins d'une sage-femme permet également aux femmes d'accoucher à domicile ou dans un centre de naissance dirigé par une sage-femme. Elles ont donc plus de choix quant au lieu où elles souhaitent recevoir leurs soins, ce qui réduit considérablement les dépenses de santé associées aux accouchements à l'hôpital. Les accouchements à faible risque à domicile entraînent une baisse du taux de césariennes, du nombre de jours d'hospitalisation et du nombre d'heures passées dans les unités de soins intensifs, ce qui permet d'économiser des ressources de temps, de personnel et d'argent<sup>46</sup>.

**Commented [R1]:** queried - "avec charge professionnelle" found in this bilingual document [Vol 4 No 3 - Winter 06 \(city.ac.uk\)](#)

**Commented [MC2R1]:** OK

**Commented [PB3R1]:** We are waiting for answer from Sigrid/Charlotte for FR and ES.

**Commented [R4]:** idem

**Commented [MC5R4]:** OK

**Commented [PB6R4]:** idem :-)

## SOLUTION : AMÉLIORER L'ENVIRONNEMENT FAVORABLE AUX SAGES-FEMMES ET LES SOINS MATERNELS ET NÉONATALS DE QUALITÉ

### QU'ENTEND-ON PAR ENVIRONNEMENT FAVORABLE

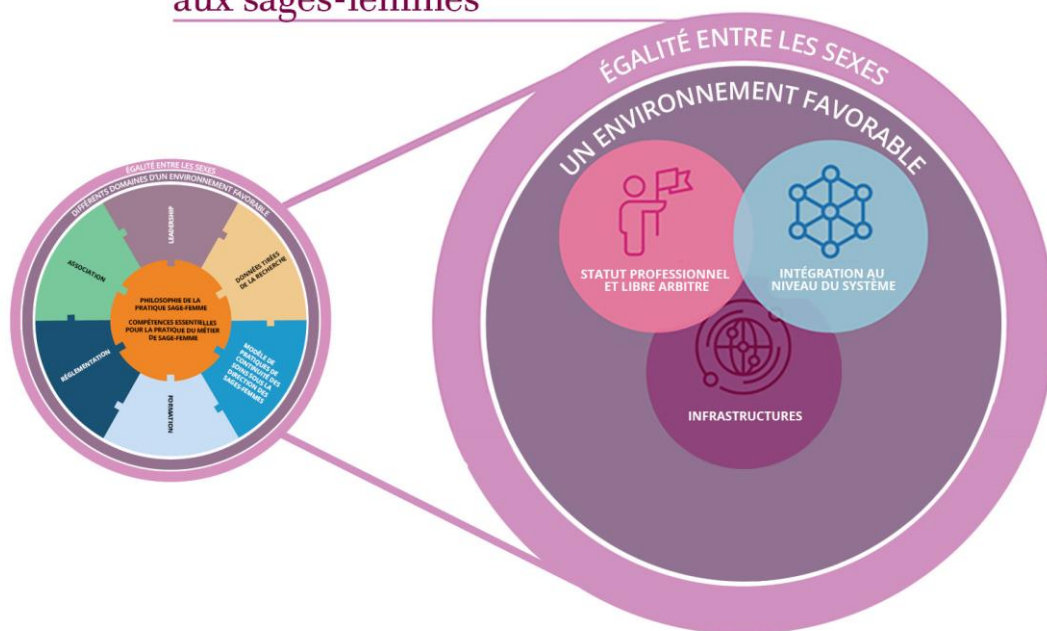
On entend par environnement favorable aux sages-femmes un environnement qui apprécie et respecte les sages-femmes, et qui apprécie et respecte les femmes<sup>47,48</sup>.

Un environnement favorable signifie que les sages-femmes<sup>12</sup> :

- > peuvent exercer pleinement leur métier,
- > sont responsables de leurs propres décisions dans le cadre du système de réglementation des professionnels de la santé qui reconnaît et maintient leur autonomie et leur responsabilisation,
- > ont accès à un développement professionnel continu, à des filières de carrière et à des mécanismes professionnels de soutien,
- > travaillent dans le cadre d'une infrastructure sanitaire opérationnelle dotée de ressources humaines, de services de diagnostic, d'équipements et de fournitures adéquats,
- > ont accès à une consultation, une collaboration et une orientation respectueuses et au bon moment, y compris à des systèmes de transport et de communication,
- > sont à l'abri de toute atteinte physique et émotionnelle, et
- > reçoivent une rémunération juste et équitable, qui prend en compte le salaire et les conditions de travail.

L'environnement favorable à l'élargissement de soins de qualité sous la direction des sages-femmes inclut l'environnement favorable aux soins maternels et néonataux de qualité, mais il en est également distinct<sup>9</sup>. Alors que ce dernier couvre entre autres les infrastructures et concerne tous les travailleurs de la santé, un environnement favorable aux sages-femmes en particulier est nécessaire pour faire face aux obstacles uniques auxquels elles sont confrontées. L'environnement favorable aux soins dirigés par des sages-femmes est axé sur la promotion de la profession de sage-femme et son intégration au sein du système de soins. Un environnement favorable aux sages-femmes doit s'inscrire dans un mouvement plus large en faveur de l'égalité des sexes, compte tenu de la composition des effectifs et des personnes qu'elle sert. Les catégories nécessaires à la mise en place de l'environnement favorable sont énumérées dans le tableau ci-dessous.

## Créer un environnement favorable aux sages-femmes



Différents domaines d'un environnement favorable Comprend les catégories suivantes :

## ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES



### **Autonomisation et respect des femmes et des accoucheurs ou accoucheuses :**

Les voix sont entendues, les droits sont défendus et les préférences sont respectées

### **Autonomisation et respect des sages-femmes :**

- > Davantage de postes et conditions de travail respectueuses pour les sages-femmes
- > L'autonomie professionnelle et le champ d'exercice des sages-femmes sont reconnus et respectés
- > Les sages-femmes sont non seulement considérées comme des professionnelles de la santé, mais aussi comme des leaders communautaires et des défenseurs de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation

### **Sécurité sociale, physique et psychologique :**

- > Sûreté et sécurité sur le lieu de travail et lors des trajets
- > Bien-être social des sages-femmes, y compris leur santé mentale et autres soutiens

---

## INFRASTRUCTURES



### **Offre et disponibilité des ressources :**

- > Accès à des installations sanitaires opérationnelles, lits, services de diagnostic, équipements, médicaments et fournitures
- > Accès à des aménagements tels que des toilettes, de l'eau et des vestiaires propres

### **Systèmes de communication et de transport :**

Des systèmes de communication et de transport sont en place pour permettre des voies d'orientation efficaces et respectueuses sur l'ensemble du continuum de soins

---



## STATUT PROFESSIONNEL ET LIBRE ARBITRE



### Autonomie professionnelle :

- > Les sages-femmes disposent d'une autonomie et d'une flexibilité professionnelles qui leur permettent de contrôler, d'organiser et d'établir des priorités dans leur propre travail, de réfléchir à leur pratique avec leurs pairs et leurs collègues, de partager des idées et des informations et d'optimiser la prestation de leurs services
- > Les sages-femmes peuvent interagir avec le système de santé et bénéficier de son soutien au même titre que les obstétriciens, les infirmières et les autres professionnels de la santé
- > Les sages-femmes sont soutenues pour travailler de manière indépendante dans tous leurs domaines d'activité et de responsabilités définis et protégés
- > Les sages-femmes ont accès à un développement professionnel continu, à différentes filières de carrière et à un soutien professionnel

**Commented [PB7]:** "Agency" see question in the non-editable text file.

### Sensibilisation et demande :

Génération d'une demande à grande échelle pour assurer la sensibilisation et la reconnaissance sociales à l'égard des sages-femmes, de ce qu'elles font et de la manière dont elles améliorent les soins

### Équité et soutien financiers :

- > Équité et soutien financiers, y compris parité des salaires avec les professionnels de la santé qui ont un niveau de compétence et d'éducation similaires, ou qui effectuent un travail de valeur égale
- > Possibilités de progression de carrière et de salaire pour les sages-femmes
- > Financement des gouvernements, des ONG ou versement de subventions pour promouvoir et soutenir l'environnement favorable

## INTÉGRATION AU NIVEAU DU SYSTÈME



### Continuité des soins entre les différents niveaux du système de santé et les autres secteurs :

- > Les sages-femmes sont intégrées à tous les niveaux et dans tout le système de santé
- > Systèmes et processus efficaces et respectueux pour la consultation et l'orientation vers des sages-femmes et d'autres professionnels de la santé, ainsi que vers des niveaux de soins plus élevés
- > Les sages-femmes sont intégrées dans les communautés, le système éducatif et d'autres secteurs

### Collaboration interdisciplinaire et développement professionnel :

- > Travail d'équipe tout au long du continuum de soins
- > Soutien collégial, y compris encadrement, mentorat et possibilités de retour d'information de la part de pairs et de professionnels de la santé plus expérimentés
- > Opportunités d'apprentissage continu pour faciliter le développement de carrière

### Gouvernance des sages-femmes au sein du système :

- > Sages-femmes en position de pouvoir, de leadership et d'influence
- > Intégration des sages-femmes dans la prise de décision et l'élaboration des politiques

## CHANGEMENTS À APPORTER AU NIVEAU DES POLITIQUES POUR RENFORCER UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE AUX SAGES-FEMMES

**Pour élargir le modèle de continuité des soins sous la direction des sages-femmes sur lequel repose l'amélioration du bien-être des femmes et des nouveau-nés du monde entier, il est essentiel de créer un environnement favorable.** Afin d'allouer efficacement du temps et des ressources à la mise en place d'un environnement favorable, les décideurs politiques doivent établir des priorités parmi les nombreux domaines décrits dans le cadre ci-dessus et s'engager à mettre en place des politiques qui renforcent tout particulièrement les effectifs de sages-femmes. Comme il est détaillé dans le guide de communication (diapositives 14-30), nous recommandons la feuille de route suivante pour créer un plan de priorisation pour les décideurs politiques, dans le cadre duquel les partenaires de développement nationaux, les leaders de la profession de sage-femme, les autres décideurs et parties prenantes effectueront l'évaluation de leurs propres besoins pour renforcer l'environnement favorable. Les pays donneront ensuite la priorité aux activités menant à un environnement favorable et les organiseront en fonction **du temps, du coût, de l'impact et de la volonté politique.**

Tandis que nous enrichissons nos connaissances lors de projets pilotes et de la mise en œuvre de cette note d'orientation, l'ICM restera le leader au niveau national et l'organisation référente chargée de fournir un soutien technique et des conseils aux gouvernements qui visent à mettre en place un environnement favorable pour étendre la continuité des soins sous la direction des sages-femmes.

### FEUILLE DE ROUTE

#### 1 ÉVALUER LE PAYSAGE

Évaluer le paysage national actuel des soins sous la direction des sages-femmes en examinant, entre autres sources, les profils du *Compte à rebours 2030*<sup>49</sup> et les profils nationaux de l'*État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021*<sup>50</sup>.

#### 2 EXAMINER ET ANALYSER

Examiner les activités liées à un environnement favorable et effectuer une analyse des lacunes afin de déterminer quelles activités doivent être renforcées dans le pays.

#### 3 SÉLECTIONNER LES ACTIVITÉS

Sélectionner 3 à 5 activités liées à l'environnement favorable qui bénéficieront d'un investissement ciblé et d'un renforcement.

#### 4 ÉVALUER LES ACTIVITÉS

Évaluer les activités en fonction du temps, du coût, de l'impact potentiel et de la volonté politique ou de l'adhésion requise.

## 5 ÉLABORER DES POLITIQUES ET DES PLANS

Élaborer des politiques qui s'aligneront sur les priorités identifiées ainsi que des plans d'action chiffrés et assortis de délais pour mettre en œuvre les priorités sélectionnées.

## 6 OBTENIR L'APPROBATION REQUISE

Suivre le processus politique du pays pour obtenir l'approbation requise.

## ÉTUDES DE CAS

Partout dans le monde, les pays prennent des mesures stratégiques pour renforcer un environnement favorable aux sages-femmes. D'autres pays peuvent s'en inspirer pour montrer que de petits changements politiques peuvent apporter de vastes améliorations à la formation, au déploiement et aux pratiques des sages-femmes.

## Sages-femmes en chef du gouvernement (GCMO) ou sages-femmes en chef nationales

En 2019 et 2020, le National Health Service for England et le Colegio de Matronas y Matrones de Chile ont nommé leurs premières sages-femmes en chef, un poste distinct de celui d'infirmière en chef<sup>53,54</sup>. La sage-femme en chef est la sage-femme qui occupe le rang le plus élevé dans le pays. Elle est chargée de fournir un leadership professionnel, stratégique et clinique à ses collègues au niveau national<sup>53,54</sup>. Au Paraguay, une sage-femme du nom de Sandra Recalde dirige la division obstétrique du ministère paraguayen de la Santé publique<sup>55</sup>.

## Déploiement de sages-femmes dans les établissements de santé du secteur public

Le Bangladesh ne disposait pas de sages-femmes professionnelles dédiées dans les établissements de santé du secteur public jusqu'en 2018, date à laquelle le pays a lancé un programme national de formation et de déploiement de sages-femmes diplômées dans les établissements publics. Une étude de suivi à méthodologie mixte, publiée en 2020, a révélé que les sages-femmes du programme étaient très motivées, satisfaites de nombreux aspects de l'emploi qu'elles occupaient et possédaient des connaissances et des compétences adéquates<sup>56</sup>.

## Cadre pour les services de pratique sage-femme (MSF)

Le cadre pour les services de pratique sage-femme, développé par l'ICM, est un processus fondé sur des preuves et un ensemble de ressources destinées à aider les pays à améliorer leurs services de SSRMNA en renforçant et élargissant les soins sous la direction des sages-femmes. Six pays – l'Afghanistan, le Bangladesh, le Ghana, le Kirghizistan, le Lesotho et le Togo – ont testé le MSF, en identifiant les domaines de travail prioritaires et en créant des groupes de travail techniques pour cibler les priorités. Le MSF a ouvert de nouveaux canaux de communication entre l'ICM, les ministères nationaux de la Santé et d'autres parties prenantes clés, et a aidé les associations nationales de sages-femmes à gagner en visibilité auprès des responsables politiques et des décideurs<sup>57</sup>.

## Groupe de travail national sur la pratique sage-femme dirigé par le gouvernement

En 2018, l'Inde a créé le premier groupe de travail national sur la pratique sage-femme dirigé par le gouvernement. Le groupe de travail a réuni les parties prenantes et a permis aux sages-femmes de jouer un rôle clé dans l'élaboration de la politique nationale. Le groupe de travail a également apporté des contributions essentielles aux premières *directives 2018* du gouvernement *sur les services de pratique sage-femme en Inde*. Des sous-groupes ont depuis été créés pour traiter de sujets spécifiques tels que la révision du programme d'études pour répondre aux normes internationales<sup>52</sup>.

## Associer les sages-femmes aux actions de plaidoyer

Les sages-femmes ont reçu un soutien de l'ICM et du programme des jeunes sages-femmes leaders qui leur a permis de participer à la réponse contre la COVID-19 du Malawi et de la Namibie, qui au départ n'incluait pas les sages-femmes. Les réseaux créés grâce à l'ICM ont permis aux sages-femmes de participer activement aux discussions sur la réponse à la pandémie de COVID-19<sup>12</sup>.

## Cerner les besoins des femmes et y répondre

La campagne mondiale « *Ce que veulent les femmes* », menée par la White Ribbon Alliance, avait pour but d'identifier le type de soins de santé reproductive et maternelle souhaités par les femmes, et à exiger que ces besoins soient satisfaits. En collaboration avec plus de 100 partenaires, l'Inde a lancé cette campagne en 2016 et a

interrogé près de 150 000 femmes dans 24 États. Depuis, la campagne a été lancée dans de nombreux autres pays, dont le Kenya, le Malawi, le Mexique, le Nigeria, le Pakistan, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie. *Ce que veulent les femmes* recommande aux responsables politiques et aux décideurs à tous les niveaux d'écouter la voix des femmes et d'agir en conséquence pour améliorer les services et les résultats sanitaires<sup>12</sup>. Selon le rapport final, publié en 2020, sur 1,2 million de réponses à une question ouverte, le 4<sup>e</sup> souhait des femmes est « davantage de sages-femmes et d'infirmières compétentes et bénéficiant d'un meilleur soutien<sup>58</sup> ».

### Cerner les besoins des sages-femmes et y répondre

Début 2020, le bureau régional de l'UNFPA pour l'Amérique latine et les Caraïbes a administré une enquête en ligne auprès des sages-femmes afin d'étudier l'impact de la pandémie sur leur travail et d'identifier tout soutien supplémentaire nécessaire. Après avoir reçu plus de 1 000 réponses de 12 pays, l'UNFPA a créé un modèle pour documenter les ajustements novateurs apportés à la prestation de services pour les associations de sages-femmes professionnelles nationales ; il a organisé des vidéoconférences avec les dirigeants des associations de sages-femmes 2 à 4 fois par mois ; et, dans certains cas, il a accordé des subventions pour soutenir à distance le développement professionnel des sages-femmes pendant la pandémie de COVID-19<sup>12</sup>.

### Intégration des sages-femmes dans les communautés, le système éducatif et d'autres secteurs

De 2000 à 2017, les décès maternels ont diminué de 63 % au Maroc<sup>59</sup>. Les accouchements sont devenus plus sûrs au fur et à mesure que les effectifs de sages-femmes professionnelles ont grossi. Aujourd'hui, près de 90 % des accouchements au Maroc sont assistés par des sages-femmes professionnelles<sup>60</sup>. Dans ce pays, les sages-femmes ne se contentent pas d'assister les femmes pendant l'accouchement. Elles fournissent des soins préventifs aux mères et aux enfants, une éducation sanitaire à toute la famille, des conseils sur le planning familial, la vaccination, l'éducation sanitaire et la gestion de la ménopause, ainsi que des soins confidentiels et sans jugement aux femmes et aux filles marginalisées<sup>60</sup>.

Les Pays-Bas sont dotés d'un système de soins de maternité qui intègre la pratique sage-femme et plus de 75 % de toutes les femmes qui accouchent sont assistées par une sage-femme<sup>12</sup>. Les soins de maternité sont organisés autour des soins primaires communautaires, de sorte que les sages-femmes sont les seuls soignants dans 57 % des naissances<sup>12</sup>. Aux Pays-Bas, 72 % des sages-femmes travaillent comme sages-femmes communautaires indépendantes dans le cadre des soins primaires, et les 28 % restants travaillent comme sages-femmes cliniciennes dans les hôpitaux, sous la supervision d'un obstétricien<sup>61</sup>. Les femmes s'adressent elles-mêmes à une sage-femme pour les soins de maternité, ce qui maintient la demande de sages-femmes à un niveau élevé, et reçoivent leurs soins de maternité primaires dans la communauté et accouchent à domicile<sup>12</sup>. Les femmes bénéficient également d'un assistant maternel qui aide les sages-femmes pendant l'accouchement et reste ensuite avec la mère pendant une partie de la période postnatale pour assurer la continuité des soins et l'orientation en cas de complications<sup>62</sup>.

### Continuité des soins sous la direction des sages-femmes

En Nouvelle-Zélande, la continuité des soins sous la direction des sages-femmes (MLCC) est le modèle de soins de maternité type<sup>63,64</sup>. En 1990, le pays a rétabli l'autonomie des sages-femmes et une voie d'accès direct à la formation de sage-femme pour l'inscription à l'ordre des sages-femmes, et a commencé à mettre en œuvre un modèle de MLCC<sup>63</sup>. En Nouvelle-Zélande, quatre mères sur cinq (81,1 %) reçoivent des soins dirigés par une sage-femme, contre 5,5 % de femmes qui reçoivent des soins dirigés par un obstétricien<sup>65</sup>. Le gouvernement néo-

zélendais verse le même salaire aux deux types de prestataires en fonction des services fournis<sup>65</sup>. Les sages-femmes fournissent des soins aux femmes dans tous les contextes, y compris à domicile, et continuent de s'occuper de leurs clientes lorsque celles-ci ont besoin de soins supplémentaires, ou si la femme choisit d'accoucher à l'hôpital ou y est obligée<sup>66</sup>. Certaines régions de Palestine<sup>67</sup>, du Royaume-Uni, d'Australie<sup>68</sup>, du Canada, de Suède, de Norvège, des Pays-Bas et du Danemark<sup>19</sup> disposent également d'un modèle de MLCC, bien qu'il ne soit pas aussi intégré qu'en Nouvelle-Zélande.

## CONCLUSION ET APPEL À L'ACTION

Les sages-femmes sont la solution par excellence pour atteindre les objectifs mondiaux suivants : sauver des vies, réduire la morbidité et améliorer les inégalités en matière d'accès, d'expérience et de résultats sanitaires. Tant que les soins dirigés par les sages-femmes ne seront pas pleinement intégrés dans les systèmes de santé et soutenus par un environnement favorable, les femmes et les nouveau-nés continueront à subir des expériences de naissance traumatisantes, des accouchements hypermédicalisés et une morbidité et une mortalité évitables. Les gouvernements du monde entier doivent donner dès maintenant la priorité à la mise en place d'un environnement favorable au développement des soins sous la direction des sages-femmes afin de répondre aux exigences d'égalité des sexes dans le secteur de la santé. En identifiant, priorisant et appliquant des politiques spécifiques à cet environnement favorable, les systèmes de santé peuvent commencer à progresser vers une expérience d'accouchement plus sûre, plus équitable et plus positive pour les femmes du monde entier.

## DÉFINITIONS

### Sage-femme

Une sage-femme est une personne qui a réussi un programme de formation des sages-femmes qui est basé sur les Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme de l'ICM et le cadre des Normes globales pour la formation des sages-femmes de l'ICM et dûment reconnu dans le pays où il est enseigné ; qui a obtenu les diplômes requis pour être enregistrée et/ou avoir le droit d'exercer légalement la profession de sage-femme et d'utiliser le titre de « sage-femme » ; et démontre la maîtrise des compétences du métier de sage-femme<sup>69</sup>.

### Champ d'application de la pratique sage-femme

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 post-partum. 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 comme conseillère en matière de santé et d'éducation, non seulement pour les femmes, mais aussi au sein de la famille et de la communauté. Son travail devrait comprendre l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parent ; son intervention peut aussi s'étendre à la santé de la femme, à la santé sexuelle ou reproductive et aux soins des enfants.

La pratique sage-femme peut être exercée dans tous les endroits, y compris à domicile, dans la communauté, en milieu hospitalier ou en clinique, et dans les unités sanitaires<sup>69</sup>.

### Pratique sage-femme

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<sup>69</sup>.

### Modèles de continuité des soins sous la direction des sages-femmes

Les modèles de continuité des soins sous la direction des sages-femmes (MLCC), dans lesquels une sage-femme ou un petit groupe de sages-femmes connues de la femme la soutiennent tout au long du continuum prénatal, intrapartum et postnatal, sont recommandés pour les femmes enceintes dans des contextes où les programmes de pratique sage-femme fonctionnent bien<sup>72</sup>. Ce modèle de soins est axé sur la femme et fondé sur le respect de la dignité humaine, la compassion, la promotion des droits de l'être humain et le principe selon lequel la grossesse et l'accouchement sont des événements normaux de la vie<sup>18,70,71</sup>.

Le modèle de continuité des soins sous la direction des sages-femmes permet à chaque femme et à sa sage-femme (ou à une petite équipe de sages-femmes) d'apprendre à se connaître et de construire une relation basée sur la



confiance, l'équité, le choix éclairé, la prise de décision partagée et la responsabilité partagée. Les relations sont négociées entre les partenaires, et sont dynamiques et responsabilisantes pour les deux parties<sup>12</sup>.

Ce modèle de soins prodigue des informations, un accompagnement psychologique et des soins prénataux adaptés aux besoins spécifiques de la personne ; des soins continus pendant le travail, l'accouchement et la période post-partum immédiate et un soutien permanent pendant la période postnatale. Il préconise l'accouchement comme un processus normal et recommande un minimum d'interventions. En cas de complications, les femmes sont correctement orientées et la sage-femme continue à fournir des soins en collaboration avec le médecin spécialiste<sup>18,72</sup>.

# REMERCIEMENTS

## **Nous tenons à remercier les collaborateurs suivants pour leurs précieux commentaires et conseils sur ce projet :**

Nous tenons à remercier les membres de l'ICM suivants : Sally Pairman, Shree Mandke, Franka Cadée, et les membres du conseil d'administration de l'ICM représentant les régions suivantes : Pacifique occidental, Méditerranée orientale, Afrique anglophone, Afrique francophone, Europe et Amérique latine.

Nous tenons également à remercier les personnes suivantes : Holly Powell-Kennedy, Petra ten Hoope-Bender, Robyn Churchill, Cristina Alonso, Courtney Massaro, Saraswathi Vedam, Eugene Declercq, Sarah Bar-Zeev, Kate Somers et Fran McConville.

Nous tenons à remercier les membres d'Ariadne Labs suivants pour leurs contributions à la recherche, la rédaction et la conception graphique : Rose Molina, Aizpea Murphy, Victoria Paterson, Katherine Semrau, Neel Shah et Courtney Staples.

## Bibliography

1. What constitutes an enabling environment for the poor to succeed in their own development? – The Movement for Community-led Development. <https://mclid.org/1994/04/01/what-constitutes-an-enabling-environment-for-the-poor-to-succeed-in-their-own-development/>. Accessed May 25, 2021.
2. Black Maternal Health Momnibus | Black Maternal Health Caucus. <https://blackmaternalhealthcaucus-underwood.house.gov/Momnibus>. Accessed May 25, 2021.
3. United Nations Population Fund. *The State of the World's Midwifery 2011*. New York: United Nations Population Fund; 2011.
4. United Nations Population Fund, International Confederation Of Midwives, World Health Organization. *State Of The World's Midwifery 2014*. New York: United Nations Population Fund; 2014.
5. Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *Lancet*. 2014;384(9949):1215-1225. doi:10.1016/S0140-6736(14)60919-3
6. Homer CSE, Friberg IK, Dias MAB, et al. The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet*. 2014;384(9948):1146-1157. doi:10.1016/S0140-6736(14)60790-X
7. ten Hoop-Bender P, de Bernis L, Campbell J, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet*. 2014;384(9949):1226-1235. doi:10.1016/S0140-6736(14)60930-2
8. 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(9948):1129-1145. doi:10.1016/S0140-6736(14)60789-3
9. World Health Organization, International Confederation of Midwives, The White Ribbon Alliance. *Midwives' Voices Midwives' Realities: Findings from a Global Consultation on Providing Quality Midwifery Care*. Geneva: World Health Organization; 2016.
10. Year of the Nurse and the Midwife 2020. <https://www.who.int/campaigns/annual-theme/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>. Accessed April 29, 2021.
11. Nove A, Friberg IK, de Bernis L, 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*. 2020;9(1):e24-e32. doi:10.1016/S2214-109X(20)30397-1
12. United Nations Population Fund, International Confederation of Midwives, World Health Organization. *The State of the World's Midwifery 2021*. New York: United Nations Population Fund; 2021.
13. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development | Department of Economic and Social Affairs. <https://sdgs.un.org/2030agenda>. Accessed June 5, 2021.
14. Taking action for universal health coverage - UHC2030. <https://www.uhc2030.org/>. Accessed June 5, 2021.
15. Australian Institute of Health and Welfare. International health data comparisons, 2020, Remuneration of health professionals. <https://www.aihw.gov.au/reports/international-comparisons/international-health-data-comparisons-2018/contents/remuneration-of-health-professionals>. Published 2020. Accessed June 4, 2021.
16. Likis FE, King TL. Gender diversity and inclusion in midwifery. *J Midwifery Women's Health*. 2020;65(2):193-194. doi:10.1111/jmwh.13103
17. Supporting healthy and normal physiologic childbirth: A consensus statement by ACNM, MANA, and NACPM. *J Perinat Educ*. 2013;22(1):14-18. doi:10.1891/1058-1243.22.1.14
18. 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. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub5
19. Ricchi A, Rossi F, Borgognoni P, et al. The midwifery-led care model: a continuity of care model in the birth path. *Acta Biomed*. 2019;90(6-S):41-52. doi:10.23750/abm.v90i6-S.8621
20. Organization WH, United Nations Children's Fund (UNICEF). *Protect the Progress: Rise, Refocus and Recover: 2020 Progress Report on the Every Woman Every Child Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030)*. World

Health Organization; 2020.

21. WHO | Maternal mortality: Levels and trends. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>. Accessed May 22, 2021.
22. A neglected tragedy: The global burden of stillbirths 2020 | UNICEF. <https://www.unicef.org/reports/neglected-tragedy-global-burden-of-stillbirths-2020>. Accessed May 22, 2021.
23. Levels and Trends in Child Mortality: 2020 Report | Population Division. <https://www.un.org/development/desa/pd/news/levels-and-trends-child-mortality-2020-report>. Accessed May 22, 2021.
24. Miller S, Abalos E, Chamillard M, 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):2176-2192. doi:10.1016/S0140-6736(16)31472-6
25. Ota E, da Silva Lopes K, Middleton P, et al. Antenatal interventions for preventing stillbirth, fetal loss and perinatal death: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;12:CD009599. doi:10.1002/14651858.CD009599.pub2
26. Vedam S, Stoll K, MacDorman M, et al. Mapping integration of midwives across the United States: Impact on access, equity, and outcomes. *PLoS ONE*. 2018;13(2):e0192523. doi:10.1371/journal.pone.0192523
27. Medley N, Vogel JP, Care A, Alfirevic Z. Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;11:CD012505. doi:10.1002/14651858.CD012505.pub2
28. Yu S, Fiebig DG, Scarf V, Viney R, Dahlen HG, Homer C. Birth models of care and intervention rates: The impact of birth centres. *Health Policy*. 2020;124(12):1395-1402. doi:10.1016/j.healthpol.2020.10.001
29. Mattison CA, Dion ML, Lavis JN, Hutton EK, Wilson MG. Midwifery and obstetrics: Factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience. *Birth*. 2018;45(3):322-327. doi:10.1111/birt.12352
30. Fernandez Turienzo C, Silverio SA, Coxon K, et al. Experiences of maternity care among women at increased risk of preterm birth receiving midwifery continuity of care compared to women receiving standard care: Results from the POPPIE pilot trial. *PLoS ONE*. 2021;16(4):e0248588. doi:10.1371/journal.pone.0248588
31. Martin N. A Larger Role for Midwives Could Improve Deficient U.S. Care for Mothers and Babies — ProPublica. Lost Mothers: Maternal Care and Preventable Deaths. <https://www.propublica.org/article/midwives-study-maternal-neonatal-care>. Published February 22, 2018. Accessed April 27, 2021.
32. McRae DN, Janssen PA, Vedam S, et al. Reduced prevalence of small-for-gestational-age and preterm birth for women of low socioeconomic position: a population-based cohort study comparing antenatal midwifery and physician models of care. *BMJ Open*. 2018;8(10):e022220. doi:10.1136/bmjopen-2018-022220
33. McRae DN, Muhajarine N, Stoll K, et al. Is model of care associated with infant birth outcomes among vulnerable women? A scoping review of midwifery-led versus physician-led care. *SSM Popul Health*. 2016;2:182-193. doi:10.1016/j.ssmph.2016.01.007
34. Working Together to Reduce Black Maternal Mortality | Health Equity Features | CDC. <https://www.cdc.gov/healthequity/features/maternal-mortality/index.html>. Accessed May 24, 2021.
35. Kildea S, Gao Y, Hickey S, 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-e659. doi:10.1016/S2214-109X(21)00061-9
36. Association of American Medical Colleges. *The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections From 2018 to 2033*. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 2020.
37. Edmonds JK, Ivanof J, Kafalafula U. Midwife led units: transforming maternity care globally. *Ann Glob Health*. 2020;86(1):44. doi:10.5334/aogh.2794
38. American College of Nurse-Midwives, Black Mamas Matter Alliance, International Confederation of Midwives. *Eliminating the Racial Disparities Contributing to the Rise in U.S. Maternal Mortality: Perspectives from the American College of*

Nurse - Midwives (ACNM), Black Mamas Matter Alliance (BMMMA), and International Confederation of Midwives (ICM) . American College of Nurse-Midwives; 2020.

39. Tracy SK, Hartz DL, Tracy MB, et al. Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. *Lancet*. 2013;382(9906):1723-1732. doi:10.1016/S0140-6736(13)61406-3
40. Tracy SK, Welsh A, Hall B, 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. doi:10.1186/1471-2393-14-46
41. 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*. May 2021. doi:10.1093/intqhc/mzab084
42. Nove A, Moyo NT, Bokosi M, Garg S. The Midwifery Services Framework: The process of implementation. *Midwifery*. 2018;58:96-101. doi:10.1016/j.midw.2017.12.013
43. Callander EJ, Creedy DK, Gamble J, et al. Reducing caesarean delivery: An economic evaluation of routine induction of labour at 39 weeks in low-risk nulliparous women. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2020;34(1):3-11. doi:10.1111/ppe.12621
44. Tracy SK, Tracy MB. Costing the cascade: estimating the cost of increased obstetric intervention in childbirth using population data. *BJOG*. 2003;110(8):717-724. doi:10.1111/j.1471-0528.2003.02045.x
45. 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. doi:10.1371/journal.pone.0098550
46. Callander EJ, Bull C, McInnes R, Toohill J. The opportunity costs of birth in Australia: Hospital resource savings for a post-COVID-19 era. *Birth*. 48(2):274-282. doi:10.1111/birt.12538
47. Cadee F, Goodarzi B, Herbert E, et al. The Enabling Environment for Midwives. Presented at the: Global Midwifery Symposium; 2018.
48. Empowered Midwives Could Save More Lives. <https://www.newsecuritybeat.org/2019/08/empowered-midwives-save-lives/>. Accessed May 25, 2021.
49. The Countdown country profile: a tool for action – Countdown 2030. <https://www.countdown2030.org/country-profiles>. Accessed June 8, 2021.
50. The State of the World's Midwifery 2021: Webappendices | UNFPA - United Nations Population Fund. <https://www.unfpa.org/sowmy-webappendices>. Accessed June 8, 2021.
51. Chile Establishes National Chief Midwife Position. <https://internationalmidwives.org/icm-news/chile-establishes-national-chief-midwife-position.html>. Accessed April 28, 2021.
52. World Health Organization, United Nations Population Fund, UNICEF, International Confederation of Midwives. *Strengthening Quality Midwifery Education for Universal Health Coverage 2030: Framework for Action*. Geneva: World Health Organization; 2019.
53. NHS England » Chief Midwifery Officer. <https://www.england.nhs.uk/nursingmidwifery/chief-midwifery-officer/>. Accessed May 27, 2021.
54. World Health Organization. *Roles and Responsibilities of Government Chief Nursing and Midwifery Officers: A Capacity-Building Manual*. Geneva: World Health Organization; 2015.
55. O'Grady S. Health workers and U.N. agency raise alarm that women and girls are losing access to crucial care as pandemic drags on. *The Washington Post*. May 8, 2020.
56. Zaman RU, Khaled A, Sabur MA, et al. Experiences of a new cadre of midwives in Bangladesh: findings from a mixed method study. *Hum Resour Health*. 2020;18(1):73. doi:10.1186/s12960-020-00505-8
57. Garg S, Moyo NT, Nove A, Bokosi M. The Midwifery Services Framework: Lessons learned from the initial stages of implementation in six countries. *Midwifery*. 2018;62:189-195. doi:10.1016/j.midw.2018.04.014

58. White Ribbon Alliance. *What Women Want: Demands for Quality Reproductive And Maternal Healthcare from Women and Girls*. White Ribbon Alliance; 2020.
59. United Nations Population Fund, World Health Organization, UNICEF, WorldBank Group, United Nations Population Division. *Trends in Maternal Mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, WorldBank Group and the United Nations Population Division*. Geneva: World Health Organization; 2019.
60. United Nations Population Fund. Maternal deaths declining in Morocco thanks to midwives, but more support needed. <https://www.unfpa.org/news/maternal-deaths-declining-morocco-thanks-midwives-more-support-needed>. Published February 14, 2020. Accessed June 8, 2021.
61. Hollander M, de Miranda E, Vandenbussche F, van Dillen J, Holten L. Addressing a need. Holistic midwifery in the Netherlands: A qualitative analysis. *PLoS ONE*. 2019;14(7):e0220489. doi:10.1371/journal.pone.0220489
62. World Health Organization Regional Office for Europe. Nursing and midwifery - Renate de Bie – a Dutch midwife shares her experiences of safe and peaceful home births. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/news/news/2020/01/renate-de-bie-a-dutch-midwife-shares-her-experiences-of-safe-and-peaceful-home-births>. Published January 31, 2020. Accessed June 8, 2021.
63. New Zealand College of Midwives. New Zealand Midwifery. <https://www.midwife.org.nz/midwives/midwifery-in-new-zealand/>. Accessed June 17, 2021.
64. Ministry of Health New Zealand. Maternity care. <https://www.health.govt.nz/your-health/pregnancy-and-kids/services-and-support-during-pregnancy/maternity-care>. Accessed June 17, 2021.
65. Regulation and Funding of Alternative Maternity Care Providers. Library of Congress. <https://loc.gov/law/help/maternity-care/newzealand.php>. Published December 30, 2020. Accessed June 17, 2021.
66. New Zealand College of Midwives. *Continuity of Care in Aotearoa New Zealand: Partnership in Action*. (Dixon L, Guillard K, eds.). New Zealand College of Midwives; 2019.
67. 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. doi:10.1016/j.eclinm.2019.04.003
68. World Health Organization. Midwife-led care delivers positive pregnancy and birth outcomes. <https://www.who.int/workforcealliance/media/news/2013/midwifecochrane/en/>. Accessed June 17, 2021.
69. International Confederation of Midwives. ICM Core Document: International Definition of the Midwife. 2017.
70. International Confederation of Midwives. Position Statement: Midwifery Led Care, the First Choice for All Women. 2011.
71. International Confederation of Midwives. ICM Core Document: Philosophy and Model of Midwifery Care. 2014.
72. International Confederation of Midwives. Midwifery Services Framework 2020: A manual on how to implement MSF 2020. 2020.