



Photo © Evelyn Gomes dos Anjos (evelynangelfotografia@gmail.com).

Standards Européens pour les Maisons de Naissance



Nous saluons l'élaboration des Standards décrivant la philosophie et l'organisation des soins dans les maisons de naissance à travers l'Europe.

Il existe désormais un corpus convaincant et croissant de preuves indiquant que la continuité des soins dispensés par les sages-femmes est particulièrement adaptée aux femmes en bonne santé présentant des grossesses sans complication, dans des maisons de naissance où les sages-femmes sont formées de manière adéquate et dans le contexte d'un bon système de santé. Ceci s'est traduit par une politique au niveau national et mondial. Dans des cadres similaires, avec des systèmes d'orientation et de transfert efficaces, les soins dispensés par les sages-femmes en extrahospitalier, sont associés à des expériences de grossesse et d'accouchement plus positives, selon les mères, en comparaison à celles des femmes utilisant les soins périnataux intrahospitaliers. De meilleurs résultats sont également observés chez les femmes en bonne santé de toute parité, avec des résultats périnataux équivalents, particulièrement pour le deuxième enfant et les suivants. Ces conclusions se reflètent également dans des documents de politique nationale.

Cependant, il y a encore trop peu de maisons de naissance bien soutenues, avec des ressources pérennes, disponibles à travers le monde; cela limite l'opportunité d'offrir aux femmes et à leurs enfants des soins optimaux, de bonne qualité et sûrs dans une structure économiquement viable.

Si les sages-femmes, les professionnel-le-s de la santé et les décideurs politiques sont déterminés à développer le type de services décrit par ces Standards, partout en Europe, alors les structures intra et extrahospitalières bénéficieraient d'un précieux modèle de bonne pratique sur lequel s'appuyer.

A mesure que les systèmes de santé s'améliorent dans les pays à revenu faible et intermédiaire, ces Standards pourraient aussi être un catalyseur du changement pour les environnements au sein desquels la prise en charge maternelle, intra comme extrahospitalière est sous-optimale.

Nous félicitons le *Midwifery Unit Network* d'avoir pris l'initiative et d'avoir développé ces Standards d'une manière co-productive et inclusive.

Nous voudrions encourager les organisations professionnelles et les responsables de structures à utiliser cet outil dans le but d'améliorer la qualité des soins au niveau local et de prendre l'initiative d'améliorer les soins périnataux dans le futur.

Soo Downe

Professeure en Midwifery Studies
Université de Central Lancashire, Royaume Uni

Franka Cadée

Présidente de l'ICM
International Confederation of Midwives

Jacky Nizard

Professeur d'Obstétrique et Gynécologie
Université de la Sorbonne, Paris, France
Président de l'European Board and College of
Obstetrics and Gynaecology (EBCOG)

Document original produit par:

Midwifery Unit Network et City, University of London

Financé par:

City University of London, National Institute for Health Research et Royal College of Midwives

Auteurs:

Lucia Rocca-Ihenacho
Laura Batinelli
Ellen Thael
Juliet Rayment
Mary Newburn
Christine McCourt

Soutenu par :

European Midwives Association et National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

Traduction en français :

Belgique : Charlotte Housset, sage-femme.

France : Julie Nouvion, co-présidente de l'association des usagers du CALM, maison de naissance parisienne.

Suisse : Emanuela Gerhard, sage-femme indépendante, MSc Midwifery, Co-Vice-Présidente de la Fédération Suisse des Sages-femmes (FSSF).

Coordinatrice:

Shujana Keraudren, Sage-femme, Pre-doctoral fellow à City, University of London et Research Associate à MUNet.

En collaboration avec :

Belgique : Michèle Warnimont, Clémence Vital Durand, Hélène Sinan.

France : Anne Chantry, Isabelle Chevalier, Yasmine Gaborieau, Adrien Gantois, Sandrine Millones.

Suisse : Claire de Labrusse, Sarah Duflon.

Avec la participation de :

Belgique : Union Professionnelle des Sages-femmes Belges (UPSfB)

France : Collège national des sages-femmes (CNSF)

Suisse : Fédération suisse des sages-femmes (FSSF)

© Copyright City, University of London 2018 - 2019.
Publié par Midwifery Unit Network Limited sous licence de City, University of London

© Copyright City, University of London 2018 - 2019.
Published by Midwifery Unit Network Limited under licence from City, University of London

PRÉFACE DE L'UNION PROFESSIONNELLE DES SAGES-FEMMES BELGES

C'est avec une joie très particulière que l'Union Professionnelle des Sage-femmes Belges s'est jointe aux associations professionnelles françaises et suisses pour traduire en français les standards de soins du *Midwifery Unit Network* (MUNet). Nous soutenons avec enthousiasme cette initiative qui participe grandement à amener de la cohérence entre les pratiques déjà existantes et scelle des collaborations à long terme à l'échelle européenne.

Ces standards, dorénavant rendus accessibles dans plusieurs langues nationales et libres de droits, soutiennent une pratique de soins en maison de naissance basée sur les preuves, dans sa définition la plus inclusive :

En mettant en lumière les derniers résultats issus de la littérature :

Pour les grossesses à bas risque, enfanter et naître en maison de naissance est une alternative sûre et qualitative aux unités obstétricales standards. De plus, les soins continus prodigués par des sages-femmes rapportent de nombreuses issues favorables tant pour les mères que pour les nouveau-nés. Parallèlement, les soins menés par les sages-femmes semblent avoir un bon rapport coût-efficacité, ce qui n'est pas négligeable dans un contexte de rationalisation des coûts des soins de santé.

En potentialisant la collaboration et l'expertise des différents prestataires :

Ces résultats favorables sont inhérents à une organisation du soin performante en termes de collaboration entre les professionnels, les structures et les niveaux de soins. Toutes les procédures de travail interdisciplinaire et l'accent porté aux protocoles de transfert sont autant d'initiatives qui vont permettre de renforcer l'interdisciplinarité et potentialiser les échanges d'expertises.

Mais enfin et surtout

En élargissant les possibilités de choix pour les femmes et leur famille :

En apportant de la structure et de l'uniformisation, le MUNet renforce la légitimation des maisons de naissance et participe à l'agrandissement de l'offre de choix pour les femmes et les familles. Une démarche d'autant plus importante à l'heure où les femmes deviennent de réelles partenaires dans leur trajet de soins et où l'expérience positive de la naissance est une variable à part entière dans l'étude des issues de naissance. Par ailleurs, nous espérons que l'accès à l'information de qualité pour toutes pourra participer, en partie, à réduire les inégalités d'accès aux maisons de naissance.

Un immense merci à celles et ceux qui, de près ou de plus loin, ont collaboré à ce travail d'une grande rigueur, un premier pas, nous l'espérons, vers une réflexion permettant le financement de ces structures par nos autorités compétentes.



En collaboration avec l'Association Francophone des Sages-Femmes Catholiques:



PRÉFACE DU COLLÈGE NATIONAL DES SAGES-FEMMES (CNSF) DE FRANCE

C'est un immense plaisir pour le Collège National des sages-femmes de France, que de voir se concrétiser la traduction française des standards des maisons de naissance produits par le MUNet. Si le développement des MDN en France et dans les pays francophones d'Europe reste encore marginal par rapport à nos voisins du Royaume-Uni notamment, nous nous félicitons de voir se dessiner et afficher une philosophie commune pour ces structures.

Cette traduction des standards des maisons de naissance en langue française nous paraît d'autant plus importante qu'elle se produit à un moment important pour les MDN en France. Si on comptait 8 structures en expérimentation jusqu'à présent, la loi votée en décembre 2020 a pérennisé les 8 maisons de naissance existantes et a permis le développement de 12 maisons de naissance supplémentaires, pour atteindre un total de 20 maisons de naissance d'ici 2022.

Ces standards nous n'en doutons pas représenteront une base très utile pour la construction du futur projet de chaque maison de naissance.

Développés par le MUNET sur une base scientifique solide (processus Delphi international), ces standards garantissent l'esprit des maisons de naissance autant sur l'aspect médical que sur le plan organisationnel. Avec une philosophie de soins inclusive, centrée sur la femme et basée sur des connaissances, des compétences et un leadership assumé des sages-femmes, ces standards correspondent en tous points à la philosophie que défend le CNSF depuis les prémises du développement des maisons de naissance en France.

Nous saluons la qualité initiale des standards qui ont pu voir le jour sous l'impulsion de Lucia Rocca-Ihenacho, responsable du MUNet, et saluons également le travail de grande qualité fourni par l'ensemble des collaboratrices et collaborateurs francophones qui ont rendu possible cette traduction. Grâce à tous, la philosophie des maisons de naissance est rendue accessible au plus grand nombre.

Si vous êtes novices sur la question, ce document vous permettra de mieux appréhender ces structures et leur approche si spécifique qui replace la salutogénèse au cœur même de nos pratiques de maïeutique.

Bonne lecture !

Adrien Gantois, *président du Collège National des sages-femmes de France (CNSF), sage-femme libérale.*

Anne Chantry, *RM, PhD, maître de conférences en maïeutique, University Paris Cité.*



PRÉFACE DU COLLECTIF MAISONS DE NAISSANCE - FRANCE

En 2021, la France compte 8 maisons de naissance faisant partie d'une expérimentation débutée en 2015. Notre pays valide enfin ce modèle de soins avec la loi du 14 décembre 2020, dans un contexte de lutte contre les violences gynéco-obstétricales et d'une forte demande des familles pour des naissances plus respectées.

L'association du collectif des Maisons de Naissances françaises a été créée en décembre 2020 pour promouvoir la philosophie et le développement de maisons de naissance gérées exclusivement par des sages-femmes, en lien avec des parents usagers. Elle regroupe actuellement plus d'une vingtaine de projets de maisons de naissance au-delà des 8 déjà en activité. C'est avec un grand enthousiasme que, parents et professionnels, avons accepté d'écrire la préface de la traduction française des standards européens pour les maisons de naissance promus par la Midwifery Unit Network et l'European Midwives Association.

Ces standards, rédigés à partir de bases scientifiques solides, avec une méthodologie rigoureuse et la contribution de nombreux experts européens, arrivent à point nommé pour soutenir le déploiement des maisons de naissance en France. Ce sont des lignes directrices définissant le fonctionnement et la philosophie des maisons de naissance qui viennent élargir la vision habituelle de la naissance, limitée au seul moment de l'accouchement, en replaçant le nouveau-né, la femme, le couple, la famille au centre des soins. L'accompagnement individualisé et global à la parentalité dans le respect de l'autonomie de chacun, parents comme professionnels prend tout son sens, c'est la vision holistique portée par les maisons de naissance françaises dès les débuts de l'expérimentation.

Ces standards apportent une visibilité et une reconnaissance au sérieux du travail des sages-femmes en maison de naissance. Ils serviront également de base commune d'échanges avec les autres maisons de naissance européennes et de guide à tous les professionnels créant une maison de naissance ou y exerçant.

Nous espérons que ces standards vont inspirer de plus en plus de sages-femmes, de décideurs politiques en santé et de maternités, et leur donner l'ambition, l'élan de contribuer à ouvrir de nouvelles maisons de naissance, au bénéfice des familles et de la société de demain.

Alors que la France ne reconnaît que la direction médicale aux sages-femmes dans la loi de décembre 2020, nous souhaitons vivement que ces standards européens appuient l'évolution des textes législatifs pour garantir la gestion exclusive de ces structures par des sages-femmes, ainsi que l'accessibilité financière à tous, avec la création de nouveaux actes remboursés pour le suivi global, et la pérennité des maisons de naissance à travers la définition d'un modèle juridique, économique et financier, viable sur le long terme.

A plus d'un titre, ces standards constituent donc un nouvel outil très utile pour faire connaître et développer l'offre de soins des maisons de naissance en France et en Europe.

PRÉFACE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE PÉRINATALE (SFMP) - FRANCE

Accompagner la démedicalisation

Après une période de médicalisation accrue pour améliorer les résultats périnataux dans les années 70, un équilibre reste à trouver entre la volonté de démedicalisation et les règles de sécurité indispensables à toute naissance. Pionnières dans le développement des maisons de naissances (MdN), les sages-femmes britanniques ont publié des standards pour ces structures. En passe d'être largement diffusés, ils décrivent la philosophie et le cadre des bonnes pratiques à respecter dans ces établissements.

Le Collège National des Sages-Femmes a sollicité la Société Française de Médecine Périnatale (SFMP) pour rédiger une préface à cette publication. Cette demande témoigne de l'attachement de notre société pluridisciplinaire à cette transversalité qui doit respecter les souhaits de toutes les parties. La SFMP chemine depuis longtemps aux côtés des usagers dans le respect de la physiologie tout en garantissant les règles de sécurité les plus élémentaires, fondées sur des preuves scientifiques irréfutables.

En France, l'expérimentation a concerné huit MdN. L'évaluation des pratiques dans ces établissements n'a pas la rigueur scientifique permettant d'établir un bénéfice par rapport aux maternités traditionnelles. Les études rétrospectives manquent de puissance, comportent de nombreux biais et méritent d'être étayées par des travaux plus rigoureux (INSERM).

Dans ces standards, il est rappelé que « la philosophie et l'organisation de ces établissements doit se développer en parallèle aux directives cliniques et médicales connues » et que « les interventions envisagées et justifiées ne le sont que par rapport aux meilleures preuves cliniques ». Un exemple concret est l'utilisation des ocytociques en prévention des hémorragies du postpartum indispensable quel que soit le site de naissance. La SFMP est prête à accompagner de nouvelles modalités de naissance à condition que les normes de sécurité soient respectées de façon intangible. Il en est ainsi pour les MdN qui selon le texte de loi paru en France en 2020, doivent être contiguës à un établissement de santé traditionnel. Selon les standards du MUNet, « les lignes directrices et les procédures utilisées seront coproduites et approuvées par une équipe multidisciplinaire incluant les structures obstétricales classiques voire les services d'urgences. Ces procédures seront fondées sur des preuves et régulièrement mises à jour. Des processus d'évaluation et d'amélioration continus sont nécessaires (notion de transfert anté et postnatal...)».

En conclusion, la SFMP a pris la mesure des demandes des usagers et des sages-femmes. Elle est prête à accompagner les processus médicaux et sociétaux qui se mettent en place pour aboutir à un équilibre des pratiques. Ceci doit se faire dans le cadre de limites sécuritaires fondées sur des preuves et repose sur une évaluation scientifique régulière.

Professeur Michel Dreyfus

Président de la Société Française de Médecine Périnatale



PRÉFACE DE LA FÉDÉRATION SUISSE DES SAGES-FEMMES

Une naissance est le début d'une nouvelle vie, généralement pour toute la famille! Les parents, les proches, les sages-femmes et les médecins, tous souhaitent que les enfants prennent le meilleur départ possible dans la vie. Comment réussir ce départ? Et comment le définir? Lorsqu'on pose la question aux parents, leur désir est le plus souvent que la naissance se passe de manière sûre et naturelle, pour eux-mêmes et pour leur enfant. Cependant, les meilleurs soins périnataux possibles ne sont pas seulement un besoin individuel auquel il faut répondre, mais il s'agit aussi en soi de promotion préventive de la santé. Les accouchements pris en charge de manière inadéquate ne présentent pas seulement un risque pour la santé de la mère et de l'enfant, mais ils peuvent également entraîner des coûts de santé élevés. Toute ingérence dans le déroulement de l'accouchement ne doit se faire que dans le respect des bonnes pratiques et les interventions de routine sont à éviter, car leur bénéfice manque souvent de preuves scientifiques. L'objectif doit être d'éviter autant que possible les interventions inutiles dans le processus d'accouchement.

Un suivi continu, compétent et fiable par des sages-femmes est d'une grande importance pour la santé des femmes qui accouchent et de leurs enfants. Les soins périnataux gérés par les sages-femmes, proposés par exemple dans les maisons de naissance, se caractérisent par le fait que les femmes dont l'accouchement se déroule de manière physiologique sont encouragées à prendre le temps qu'il leur faut. L'accompagnement centré sur la famille est aussi important que celle accordée à l'autodétermination de la femme qui accouche. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : moins de recours à l'anesthésie péridurale, moins d'épisiotomies, moins d'accouchements instrumentés (ventouse, forceps) et moins de naissances prématurées, mais une forte probabilité d'accouchement par voie basse et une meilleure satisfaction des femmes et partenaires. Les soins périnataux gérés par les sages-femmes comportent un grand potentiel et les soutenir de manière appropriée est essentiel.

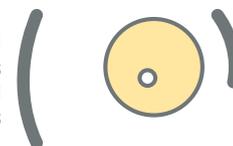
Le Midwifery Unit Network (MUNet) est actif dans toute l'Europe et promeut les soins périnataux gérés par les sages-femmes grâce à la création d'un réseau au sein des pays européens. Les Standards élaborés par MUNet constituent un outil complet permettant de proposer aux femmes et à leurs familles des soins périnataux centrés sur leurs ressources et un accompagnement sécurisé, fondé sur des données probantes. Il est essentiel de préserver les droits des femmes et de leurs familles, car l'accouchement est un événement particulier, unique et intime qui doit être protégé et traité avec respect. Toutefois, la satisfaction à l'égard de l'accouchement est toujours une variable subjective, individuelle, difficilement mesurable, qui dépend finalement de nombreux facteurs. Les éléments essentiels favorisant la satisfaction sont décrits dans les Standards de MUNet. Par exemple, sous le thème « Environnement et Aménagement », figure une description des besoins de la femme qui accouche, en termes d'intimité, de liberté de mouvement et de calme.

Les Standards aident à réfléchir à son propre travail de sage-femme et peuvent être consultés en vue de la création de nouvelles infrastructures gérées par les sages-femmes. Et ce, non seulement en Suisse, mais dans toute l'Europe. Ces Standards ont été initialement rédigés en anglais et ensuite traduits en italien. La traduction et l'adaptation en français sont maintenant disponibles. Nous profitons de cette occasion pour remercier les initiatrices de MUNet, les auteures et les traductrices des Standards pour leur important travail!

Barbara Stocker Kalberer

Présidente de la Fédération suisse des sages-femmes

Schweizerischer Hebammenverband
Fédération suisse des sages-femmes
Federazione svizzera delle levatrici
Federaziun svizra da las spendreras



PRÉFACE COMMUNE DE LA SOCIÉTÉ SUISSE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE (SSGO) ET DE LA SOCIÉTÉ SUISSE DE NÉONATOLOGIE (SSN) :

La Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique (SSGO) reconnaît les standards comme un travail très intéressant et nécessaire. En effet, pouvoir harmoniser les pratiques en Suisse est indispensable pour pouvoir promouvoir et soutenir les accouchements en maisons de naissances en y apportant un cadre strict permettant d'y apporter le plus de sécurité possible. Je suis convaincu que cette pratique prendra de l'ampleur ces prochaines années si les règles de sécurité et de collaborations avec les hôpitaux sont respectées. La SSGO est ouverte à une collaboration et à une discussion concertée concernant la mise en place de vos recommandations.

Docteur Roger Rytz

Spécialiste en gynécologie et obstétrique opératoire
Président de la Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique

De son côté, la Société Suisse de Néonatalogie (SSN) a lu et approuvé les paragraphes concernant l'accompagnement des enfants nés dans des maisons de naissance. Les standards sont largement centrés sur la prise en charge des mères, celle des nouveau-nés n'est mentionnée que brièvement mais de façon adéquate, raison pour laquelle le comité directeur de la SSN, représenté par les Desses R. Arlettaz Mieth et M. Ragazzi, soutient la description de la prise en charge néonatale de ces recommandations.

Professeure Romaine Arlettaz Mieth

Doctoresse Monica Ragazzi
Membres du Comité directeur de la Société Suisse de Néonatalogie

*En bas à droite: © Evelyn Gomes dos Anjos
(evelynangelfotografia@gmail.com).*



PRÉFACE DES ASSOCIATIONS D'USAGER·ÈRE·S - BELGIQUE, FRANCE, SUISSE

Les associations d'usager·ère·s se réjouissent que la réflexion au sujet des maisons de naissance se structure à un niveau européen !

Le travail collaboratif mené par le MUNet est un signal fort pour nos associations respectives : il permet d'asseoir la légitimité des maisons de naissance par delà les frontières et facilite grandement la mise en œuvre de nouveaux projets. Nous savons que la mise en réseau, le partage d'expériences et la mutualisation des bonnes pratiques engendrent des services de santé de qualité.

Elargir l'offre de maisons de naissance répond à une demande des usager·ère·s, contribue à valoriser le métier de sage-femme et participe à une promotion de la santé de type "empuissancement".

Chacune de nos associations d'usager·ère·s défend le droit des femmes à choisir le lieu et le mode de suivi de leur accouchement, dans l'intérêt des nouveau-nés, des mères et de leur partenaire. Or, nombreuses sont les demandes de suivi de grossesse et d'accouchement en maison de naissance qui ne peuvent être satisfaites, par manque de place¹. Selon un récent sondage, en France, près d'une femme sur 5 (19%) souhaite -ou aurait souhaité- de manière certaine un accouchement en maison de naissance². En Belgique, 18% des mamans souhaitent accoucher ailleurs qu'à l'hôpital³. En 2020, 34% des accouchements accompagnés par les sages-femmes indépendantes en Suisse, ont lieu en maison de naissance. Les demandes de suivis par des sages-femmes indépendantes en maison de naissance sont en constante progression depuis plusieurs années⁴. La nécessité de créer des structures alternatives s'impose donc. En tant qu'associations d'usager·ère·s, nous souhaitons que les pouvoirs publics soutiennent ces structures pour les inscrire dans la pérennité.

Pour la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée, Florence Guiot, Belgique.



Pour le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE), Laure Delpierre Lenoir, France.



Pour l'Association 'naît-sens', Sarah Duflon, Suisse.



1 30% des demandes seulement sont satisfaites dans les maisons de naissance existantes en France en 2020.

2 Ce qui représenterait 150 000 naissances par an. Sondage Ipsos mars 2020 / étude menée par Ipsos pour le Collectif des parents des Maisons de Naissance auprès de 1000 femmes interrogées en ligne selon la méthode des quotas et constituant un échantillon représentatif de la population féminine française âgée de 18 à 45 ans.

3 Sondage réalisé par la Ligue des familles, "Baromètre des parents 2020".

4 Rapport statistiques des sages-femmes indépendantes en Suisse 2020 de la Fédération suisse des sages-femmes: FSSF Rapport statistique 2021. pdf (hebamme.ch)

5 Enquête menée par la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée en 2021 "Accoucher à Bruxelles et en Wallonie avant et pendant le COVID". Le pourcentage de VGO en maternité est de 41.87% contre 14.69% en MDN.

SOMMAIRE

Résumé	12
Liste des Thèmes et Standards	13
Introduction	14
Qu'est-ce qu'une Maison de Naissance ?	15
Quelle est la philosophie de soin des maisons de naissance ?	16
Pourquoi les Standards ont-ils été développés ?	18
A qui s'adressent ces Standards ?	18
Comment les Standards peuvent-ils être utilisés dans différents pays européens ?	19
Qu'en est-il si le concept de maisons de naissance n'existe pas encore dans une culture donnée ?	19
Quand les Standards seront-ils révisés ?	19
THÈME 1 - L'approche bio-psycho-sociale des soins	20
THÈME 2 - Égalité, diversité et inclusion sociale	21
THÈME 3 - Travailler au-delà des frontières professionnelles et physiques	22
THÈME 4 - Les parcours de soins des femmes	23
THÈME 5 - Effectifs et charge de travail	26
THÈME 6 - Connaissances, compétences et formation	28
THÈME 7 - Environnement et installations	31
THÈME 8 - Autonomie et responsabilité	33
THÈME 9 - Leadership	34
THÈME 10 - Gouvernance clinique	36
RÉFÉRENCES	38
ANNEXE 1 - Méthodologie pour la création des Standards pour les maisons de naissance	41
ANNEXE 2 - Remerciements	44

RÉSUMÉ

Un des aspects importants de l'implémentation d'un système de soins périnataux fondé sur des données probantes est d'augmenter le nombre de maisons de naissance et d'en faciliter l'accès aux femmes (Renfrew et al., 2014; Miller et al., 2016; WHO, 2016).

Le réseau des maisons de naissance (*Midwifery Unit Network - MUNet*) et l'Association Européenne des Sages-Femmes (*European Midwifery Association - EMA*) ont travaillé en collaboration pour influencer la mise en place de politiques de soins qui promeuvent la sécurité, la santé des femmes et de leurs enfants et l'accès à des soins périnataux basés sur des données probantes.

L'un des objectifs du MUNet est de promouvoir et soutenir la mise en place, le développement et la croissance de maisons de naissance offrant des soins holistiques aux femmes et à leurs familles à travers l'Europe. Nous souhaitons que les maisons de naissance deviennent le parcours de soins privilégié pour les femmes en bonne santé présentant des grossesses physiologiques. Afin d'étendre la création des maisons de naissance, de façon sûre dans toute l'Europe, il est nécessaire de définir des Standards de qualité.

La création de Standards pour les maisons de naissance est le premier résultat de la collaboration entre MUNet et l'EMA. Ces Standards ont été développés pour guider les sages-femmes, leurs responsables et les dirigeant-e-s des politiques de santé, à travers l'Europe, dans la création et le développement des maisons de naissance. Elles se concentrent sur la philosophie de soins et l'organisation des services.

L'objectif de ces Standards pour les maisons de naissance est d'améliorer la qualité des soins périnataux, réduire la variabilité des pratiques et faciliter un modèle bio-psycho-social des soins. Ces Standards combleront le manque d'orientations claires dans le déploiement de maisons de naissance (à la fois en intrahospitalier et en extrahospitalier).

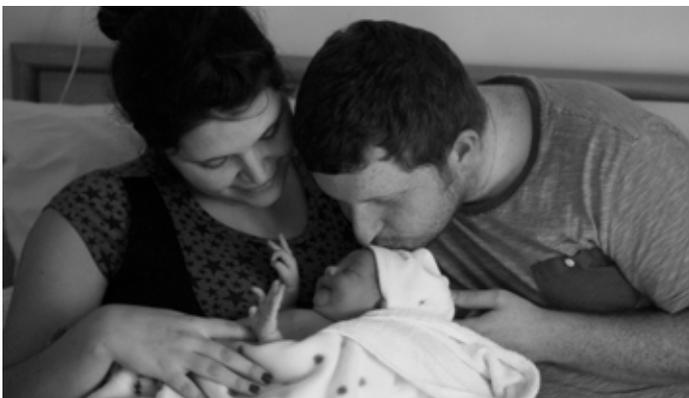


Image © Sarah Ainslie Photography
www.sarahainslie.com

Pour la création et l'élaboration des Standards, un procédé robuste, inclusif, coproduit et basé sur des données probantes a été utilisé. Le détail complet des méthodes et méthodologies utilisées peut être consulté dans l'Annexe 1. Elles se résument par les étapes suivantes :

- 1) Une revue systématique et une synthèse des données qualitatives, en regard de la qualité des soins périnataux prodigués en maison de naissance, a été conduite entre janvier et octobre 2017.
- 2) Une étude Delphi a été menée, utilisant des critères d'expertise clairs. Elle comprenait deux enquêtes en ligne incluant 122 experts invités avec un taux de réponse global de 48%. La première enquête de l'étude Delphi a été lancée en mai 2017, la seconde en février 2018.
- 3) Des entretiens semi-structurés ont été conduits avec les responsables des maisons de naissances performantes pour développer les thèmes qui étaient alors sous-représentés.
- 4) Les résultats de la revue des données probantes étaient intégrés dans les questions de l'enquête Delphi.
- 5) Une série de réunions entre parties prenantes a été organisée pour évaluer les éléments de départ, puis de l'ébauche des Standards, à toutes les étapes clés de son développement. La première réunion des parties prenantes s'est tenue à Londres, la seconde à Toronto pendant le congrès de la Confédération internationale des sages-femmes, en juin 2017. Une troisième réunion des parties prenantes a ensuite eu lieu à Londres en Décembre 2017.
- 6) Finalement, une évaluation par les pairs a été conduite par 12 parties prenantes interdisciplinaires européennes.

Thème 1	L'approche bio-psycho-sociale des soins
Standard 1	La maison de naissance dispose d'une philosophie de soins écrite et publique qui énonce des valeurs et des principes communs
Thème 2	Égalité, diversité et inclusion sociale
Standard 2	La maison de naissance a une politique relative au respect, à la diversité et à l'inclusion
Thème 3	Travailler au-delà des frontières professionnelles et physiques
Standard 3	Il existe un engagement écrit commun en faveur du respect mutuel et du travail transversal dans l'ensemble des services de maternité
Standard 4	La maison de naissance dispose d'interlocuteurs référents : sage-femme chef-fe de la maternité, obstétricien et néonatalogue
Standard 5	Il existe une politique et des procédures claires pour les transferts
Thème 4	Les parcours de soins des femmes
Standard 6	La maison de naissance s'engage dans une démarche de transmission de l'information le plus tôt possible, en gardant ouverts les divers choix possibles
Standard 7	La maison de naissance est un centre intégré à la communauté locale
Standard 8	Le parcours de soins de la maison de naissance est accessible à toutes les femmes pour des soins personnalisés et individualisés
Standard 9	La maison de naissance dispose de procédures de transfert spécifiques vers d'autres services de référence
Thème 5	Effectifs et charge de travail
Standard 10	L'effectif essentiel comprend une équipe de base et un encadrement par une sage-femme responsable, pour promouvoir des standards de qualité élevés, un sentiment d'appartenance et une philosophie de soins appropriée
Standard 11	L'évaluation de la charge de travail de la maison de naissance devrait inclure toutes les activités qui s'y déroulent, et ne pas se limiter à la surveillance de l'accouchement et au nombre de naissances
Thème 6	Connaissances, compétences et formation
Standard 12	Il existe une liste écrite et validée de connaissances et compétences nécessaires aux sages-femmes qui travaillent en maison de naissance
Standard 13	La maison de naissance propose des programmes de formation professionnelle
Standard 14	La maison de naissance dispose d'un cadre pour le préceptorat et l'orientation
Thème 7	Environnement et installations
Standard 15	La maison de naissance offre un environnement qui promeut un modèle bio-psycho-social de soins et le tissage de liens sociaux
Standard 16	La maison de naissance offre un environnement qui encourage la mobilité et un accouchement actif
Standard 17	La maison de naissance offre un environnement qui protège et promeut la relaxation, l'intimité et la dignité
Standard 18	La conception et l'agencement de la maison de naissance témoignent des valeurs bio psycho-sociales du modèle de soins
Standard 19	La maison de naissance est visible et accessible à la population
Thème 8	Autonomie et responsabilité
Standard 20	La maison de naissance a une politique reconnaissant l'autonomie et la responsabilité des sages-femmes
Standard 21	La maison de naissance a une politique reconnaissant l'autonomie des femmes
Thème 9	Leadership
Standard 22	Il existe un leadership visible et cohérent au sein de la maison de naissance
Standard 23	La maison de naissance possède un leadership transformationnel de haute qualité
Standard 24	Il existe un service multidisciplinaire et un groupe consultatif d'usager-ère-s, qui établissent une vision pour la maison de naissance
Thème 10	Gouvernance clinique
Standard 25	La maison de naissance a des lignes directrices, des stratégies et des procédures fondées sur des preuves régulièrement mises à jour
Standard 26	La maison de naissance dispose d'un référentiel professionnel sur les critères d'éligibilité et le choix du lieu de naissance
Standard 27	La maison de naissance est engagée dans un processus d'amélioration continue
Standard 28	La maison de naissance possède un système informatique efficace et sûr
Standard 29	La maison de naissance prévoit des stratégies de communication et de promotion de la structure

INTRODUCTION

Plus de cinq millions de femmes accouchent chaque année à travers l'Union Européenne (UE). Malgré une amélioration importante des soins périnataux, des inégalités persistent dans l'accès aux soins médicaux pour les femmes dans les États membres de l'UE. S'observent notamment des variations significatives dans l'offre de soins périnataux (EBCOG, 2014), la pratique et les issues cliniques (Macfarlane et al., 2016). En augmentant le développement de pratiques de soins basées sur des données probantes et en réduisant les disparités, nous améliorons la santé publique. Il est également important de respecter les droits humains des femmes et de prendre en considération les résultats des recherches sur la satisfaction des femmes. Parallèlement, l'évolution des soins périnataux doit être planifiée dans un contexte de ressources économiques et humaines limitées pour les soins de santé (Macfarlane et al., 2016). Un aspect important de la mise en œuvre de soins fondés sur des données probantes est d'augmenter le nombre de structures de soins dirigées par des sages-femmes et d'améliorer l'accès des femmes à ces structures (*International Confederation of Midwives*, 2011; Renfrew et al., 2014; *WHO and UNFPA*, 2014; Miller et al., 2016; *WHO*, 2016).

Les orientations stratégiques mondiales pour le renforcement des soins infirmiers et des soins dispensés par des sages-femmes au cours de la période 2016-2020 (OMS, 2016) soulignent que les sages-femmes peuvent fournir 87 % des soins essentiels aux femmes et aux nouveau-nés, lorsqu'elles sont formées et encadrées selon les standards internationaux. Les sages-femmes sont également les professionnel-le-s de la santé les plus rentables pour les femmes en âge de procréer. L'Europe dispose d'un grand nombre de sages-femmes bien formées, elle est donc à même de développer cette offre de soins à court et moyen terme. La stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents (Kuruvilla et al., 2016), lancée en 2015, a fixé des objectifs ambitieux pour améliorer la santé des femmes

conformément aux objectifs de développement durable (SDG). Ces objectifs ont été regroupés sous trois thèmes : 1) Survivre (mettre fin aux décès évitables); 2) S'épanouir (promouvoir la santé et le bien-être); et 3) Transformer (développer des environnements favorables). Les sages-femmes sont une ressource essentielle pour atteindre ces objectifs.

En février 2018, l'Organisation Mondiale de la Santé a publié des recommandations sur la nécessité de soins périnataux plus holistiques (OMS, 2018). Le document préconise qu'en plus de fournir des soins périnataux cliniquement efficaces, "il faut faire davantage pour que les femmes se sentent en sécurité et à l'aise pendant le travail et l'accouchement" (OMS, 2018). Le rapport a constaté que la médicalisation de l'accouchement, une expression utilisée pour décrire le recours régulier à des interventions médicales pour initier, accélérer, réguler et surveiller le travail, peut avoir ébranlé la confiance des femmes et leur capacité à donner naissance, et potentiellement diminué "ce qui devrait être une expérience positive, qui change la vie". Ces recommandations mettent l'accent sur la dispense de soins respectueux, le soutien émotionnel, la continuité des relations avec les soignant-e-s, l'encouragement de la mobilité et d'autres mesures visant à résoudre ce problème (OMS, 2018). La déclaration de l'ONG britannique *White Ribbon Alliance*, axée sur les soins maternels respectueux, énonce les droits universels des femmes en âge de procréer tout en soulignant l'importance de soins respectueux et de l'autonomie des femmes (*White Ribbon Alliance*, 2012). Nombre de ces approches et principes sont au cœur des valeurs des soins dispensés par les maisons de naissance.

La Confédération internationale des sages-femmes (ICM) a créé de nombreux standards mondiaux utiles, sur des sujets tels que la formation des sages-femmes, l'évaluation des capacités ainsi que les compétences (Confédération internationale des sages-femmes, 2013), mais à ce jour, aucun standard spécifique n'a été proposé pour les maisons de naissance.

QU'EST-CE UNE MAISON DE NAISSANCE ?

Dans certains pays européens, dont l'Angleterre, le Pays de Galles et l'Écosse, les maternités, les centres de santé communautaires ou les maisons de naissance organisées et gérées par des sages-femmes ont une longue histoire. Avant que les accouchements à l'hôpital ne soient courants, les maternités locales constituaient la principale offre de prestations, avec l'accouchement à domicile.

Cependant, depuis les années 1970, malgré le manque de preuves, les femmes de la plupart des pays européens reçoivent le conseil d'accoucher à l'hôpital et de nombreuses maisons de naissance ont fermé. À la suite de la première analyse des soins intrapartum par le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2007), une vaste étude de cohorte nationale a été commandée en Angleterre pour traiter les questions de sécurité et de coûts économiques (Brocklehurst et al., 2011).

Cette étude a révélé que chez les femmes en bonne santé dont la grossesse n'est pas compliquée, les soins prodigués lors de l'accouchement dans les maisons de naissance (autant celles situées sur le territoire que celles sur les sites hospitaliers), avec transfert vers un service de maternité si nécessaire, étaient associés à des niveaux plus faibles d'interventions intrapartum et de morbidité maternelle. Les résultats pour les nouveau-nés n'étaient pas différents de ceux de femmes aux profils similaires recevant tous leurs soins intrapartum dans un service d'obstétrique (Brocklehurst et al., 2011).

Le NICE a revu les lignes directrices en matière de soins intrapartum suite à la publication de ces robustes preuves scientifiques relatives aux lieux de naissance (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2014). Les lignes directrices révisées soulignent que pour les multipares et les nullipares en bonne santé qui présentent des grossesses sans complications,

l'accouchement est généralement très sûr, tant pour la femme que pour son nouveau-né. Le NICE a recommandé que ces femmes soient informées du fait que planifier un accouchement dans une maison de naissance (intra- ou extrahospitalière) est "particulièrement adapté pour elles parce que le taux d'interventions est plus faible et que les résultats pour le nouveau-né ne sont pas différents de ceux d'un service d'obstétrique" (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2014).

Les expériences des femmes en matière de soins étaient également plus positives lorsqu'elles étaient suivies dans des maisons de naissance (Overgaard, Fenger-Grøn et Sandall, 2012; Macfarlane et al. 2014a, 2014b). En outre, une évaluation économique comparative des parcours de soins pour les femmes sans complications de grossesse a conclu que les maisons de naissance intra ou extra hospitalières sont moins coûteuses et plus rentables que les soins dans les services de maternité (Schroeder et al., 2011).

Scarf et al. (2018) ont conclu que l'offre de services dans les maisons de naissance dirigées par des sages-femmes devrait être étendue et que les systèmes de soutien au changement, y compris les méthodes didactiques de formation et l'orientation des professionnel-le-s de la santé impliqués, devraient être mis en place.

DÉFINITION - MAISON DE NAISSANCE (MDN)

Une maison de naissance (MdN) est un lieu offrant des soins périnataux aux femmes en bonne santé dont la grossesse est physiologique et dans lequel les sages-femmes assument la responsabilité professionnelle principale des soins. Les maisons de naissance peuvent être situées à l'écart (extrahospitalières) ou à proximité (intra-hospitalières ou adjacentes) d'un service d'obstétrique.

Maisons de naissance adjacentes (intra-hospitalières): pendant le travail et l'accouchement, des services de diagnostic et de traitement médical, y compris les soins obstétricaux, néonataux et anesthésiques, sont disponibles pour les femmes dans une autre partie du même bâtiment, ou dans un bâtiment séparé sur le même site. Ces services peuvent inclure l'accès à des interventions qui peuvent être effectuées par les sages-femmes, par exemple, l'enregistrement cardiotocographique en continu. Pour accéder à ces services, les femmes devront être transférées dans le service d'obstétrique, en civière, en lit ou en fauteuil roulant.

Maisons de naissance indépendantes (extrahospitalières): les services et interventions de diagnostic et de traitement médical ne sont pas disponibles dans le même bâtiment ou sur le même site. L'accès est possible dans le cadre d'un service intégré, mais le transfert implique normalement un trajet en ambulance ou en voiture.

Modifié de : Rowe, R. and the Birthplace in England Groupe de collaboration, 2011

PRÉCISIONS POUR LE CONTEXTE FRANCOPHONE

Les maisons de naissance - ou MdN - regroupent les lieux où les sages-femmes offrent un suivi pendant la grossesse, le travail et l'accouchement.

Le lecteur saura que chaque fois qu'est mentionné "maison de naissance ou MdN" c'est aux réalités des contextes belge, français et suisse que le texte se réfère.

PRÉCISIONS POUR LE CONTEXTE BELGE

Formation

En Belgique, la formation spécifique *Sage-Femme* de plein exercice n'existe que depuis 1995, témoignant d'une situation en pleine mutation pour les sages-femmes belges.

Jusqu'alors, elle était considérée comme une spécialité en complément du diplôme en art infirmier, réalisée sur une année académique. Depuis, de nombreux développements ont eu lieu sur le plan de la législation, de l'enseignement et de la dispensation de soins périnataux, la sage-femme est désormais considérée comme une praticienne autonome dans le domaine de l'art de guérir. Notons que la formation est de trois ans en Région flamande et de quatre ans en région francophone pour le même diplôme.

Pratique sage-femme

Le nombre de sages-femmes actives en Belgique en 2017 pour 113.739 naissances était de 9757, dont 80% comme salariées exclusives, 12 % avec statut combiné et 8 % comme indépendantes exclusives (Plan cadastral, 2020).

Les naissances en maison de naissance extrahospitalière ou à domicile, qu'elles soient planifiées ou inopinées, représentent quant à elles, 1 % du total des naissances.

En dépit d'un cadre législatif et éducatif encadrant la pratique sage-femme, un certain nombre de difficultés liées au paysage politique belge complexifie la reconnaissance et la régulation efficace de la profession.

En effet, la Belgique est composée de 3 communautés, définies par la langue et de 3 Régions qui se partagent les compétences en matière de santé (neuf ministres en tout !).

On constate de ce fait de grandes difficultés à mobiliser les pouvoirs concernés, en particulier concernant l'uniformisation de la formation. Il en est de même dans la reconnaissance de nouvelles compétences, en lien avec l'évolution des pratiques sur le terrain.



Image © Sarah Ainslie Photography - www.sarahainslie.com

Perspectives

Le désir des femmes et des familles d'accéder à des alternatives à l'offre hospitalière, alliée à la volonté des professionnels de répondre à cette demande, ont engendré l'émergence de diverses initiatives. Nous avons ainsi assisté progressivement à l'ouverture de gîte intrahospitalier, de « filières physio », de maisons de naissance. Les plateaux techniques se sont ouverts aux sages-femmes libérales.

En l'absence de reconnaissance officielle et de soutien de la part des services publics belges, la pérennité des MdN est incertaine et trop dépendante de la motivation des sages-femmes qui y travaillent, ainsi que de la contribution financière des parents. Ceci rend l'accès à ces structures difficile pour une frange non négligeable de la population et complique la fluidité des collaborations interdisciplinaires entre intra et extrahospitalier.

Pour que les maisons de naissances puissent dès lors être intégrées de façon performante à l'organisation des soins malgré les obstacles précédemment identifiés, un ensemble de dispositions et partenariats devront être élaborés entre les différentes parties prenantes, notamment en ce qui concerne la régulation des normes de transfert. Une occasion à saisir pour fluidifier et harmoniser les collaborations déjà existantes.

Même s'il reste encore du chemin à parcourir, nous nous réjouissons que le travail de traduction des standards ait permis d'ouvrir la discussion avec le Collège Royal des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française de Belgique concernant les soins intégrés des grossesses à bas risque par les sages-femmes.

Vanessa Wittvrouw

Présidente de l'Union Professionnelle des Sages-femmes Belges (UpSfb)

PRÉCISIONS POUR LE CONTEXTE FRANÇAIS

La France est le pays avec le nombre de naissances le plus élevé (750 000 en 2020) et le taux de fécondité le plus dynamique d'Europe (INSEE). L'accouchement a lieu principalement dans un établissement de santé, au sein des 500 maternités réparties sur l'ensemble du territoire (métropole et DROM). Moins de 1% des femmes accouchent en dehors de ces murs, comprenant les accouchements inopinés comme ceux réalisés en maisons de naissance et à domicile (Enquête nationale périnatale, DRESS).

Au 1^{er} janvier 2021, la France dispose de 23 397 sages-femmes pour accompagner les femmes, les mères et les nouveau-nés (étude DREES). Les sages-femmes exercent avec un diplôme d'état obtenu après 5 ans d'études (Master) et leurs compétences médicales couvrent la santé sexuelle et reproductive (Conseil National de l'ordre des Sages-femmes - CNOSF). La plupart des sages-femmes travaillent en établissements de santé même si depuis 10 ans, une proportion de plus en plus importante de professionnel.le.s s'installent en libéral (34 % en 2021 selon la DRESS).

Au moment de la naissance, le modèle qui prédomine est celui d'un accouchement à la maternité où une sage-femme n'est pas dédiée à la femme (pas de one to one). Cependant, de plus en plus de modèles alternatifs émergent et proposent un modèle d'accompagnement global (one-to-one). Diversifiant l'offre de soins, ils se recentrent sur la femme et proposent un suivi personnalisé tout au long de sa maternité (grossesse, accouchement et post partum). L'accompagnement global réalisé par une même sage-femme ou un binôme de sages-femmes est proposé en maison de naissance, pour les accouchements à domicile, en plateau technique et aussi par quelques sages-femmes hospitalières qui travaillent dans des filières physiologiques. Ces filières physiologiques sont des initiatives locales innovantes, intégrées dans les maternités et encouragées depuis 2009 par la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Elles sont encadrées par une déclaration commune des organisations de sages-femmes de 2014. (Collège National des sages-femmes - CNSF, Conférence Nationale des Enseignantes en Maïeutique - CNEMa).

Les maisons de naissances françaises sont actuellement au nombre de 8 (6 en métropole et 2 dans les DROM). Toutes sont contiguës à une maternité (alongside midwifery units) et les sages-femmes qui y travaillent sont majoritairement libérales. Leur ouverture, en 2015 a été rendue possible grâce à une expérimentation de 5 ans, ensuite pérennisée par la loi de décembre 2020. La législation prévoit également le développement de 12 structures supplémentaires pour atteindre le nombre de 20 sur l'ensemble du territoire français d'ici 2022.

PRÉCISIONS POUR LE CONTEXTE SUISSE

Les maisons de naissance en Suisse présentent une grande diversité par leur taille, forme juridique et organisation. Depuis 2012 les maisons de naissance sont définies dans la loi sur l'assurance maladie (LAMal) et les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Il existe des maisons de naissance qui proposent des accouchements avec séjour ou uniquement des accouchements ambulatoires où la famille retourne à domicile quelques heures après la naissance.

Nous comptons plus d'une vingtaine de maisons de naissance qui diffèrent par leur nombre d'accouchements. Celui-ci varie entre 20 naissances pour les petites structures et 300 naissances pour les plus grandes. Ce qui représente au total environ 2 à 3 % des accouchements en Suisse. En 2019, nous avons franchi la barre des 2000 naissances en maison de naissance. La sollicitation des couples de pouvoir donner naissance à leur enfant en maison de naissance est croissante et pour la plupart des maisons de naissance, il est difficile de pouvoir répondre à toutes les demandes.

L'Association suisse des Maisons de Naissance existe depuis 1992 et soutient la solidarité entre les diverses maisons de naissance et favorise la collaboration. Les maisons de naissance membre de l'Association suisse des Maisons de Naissance sont indépendantes de toutes institutions cliniques et où la direction obstétricale est sous la responsabilité exclusive de la sage-femme.

Pour de plus amples informations:

www.maison-de-naissance.ch



QUELLE EST LA PHILOSOPHIE DE SOINS DES MAISONS DE NAISSANCE ?

La recherche a démontré comment les maisons de naissance adoptent et promeuvent un modèle de soins bio-psycho-social qui répond aux besoins physiques, psychologiques et sociaux, également appelé modèle social de soins (Walsh et Newburn, 2002). Ce modèle favorise l'égalité entre les femmes et les soignant·e·s, l'autonomie corporelle et la prise de décision éclairée (McCourt et al., 2012; Overgaard, Fenger-Grøn et Sandall, 2012; Macfarlane et al., 2014a, 2014b; McCourt et al., 2014). Les services sont organisés autour des besoins sociaux des femmes et des familles, et visent ainsi à offrir une atmosphère confortable et familière, plutôt qu'un environnement clinique, qui peut sembler impersonnel, froid et effrayant.

Les services aspirant à travailler dans le cadre de cette philosophie de soins cherchent à respecter et à autonomiser les femmes et leurs partenaires, pendant la grossesse et l'accouchement, ainsi qu'à faciliter une transition positive vers la parentalité. Afin de fournir ce type de service, il est important d'offrir aux sages-femmes un environnement de travail responsabilisant, ainsi qu'à tous les professionnel·le·s de la santé afin de s'assurer que l'équipe adopte une culture de travail positive qui favorise l'apprentissage et le développement continu (McCourt et al., 2011, 2014; Rocca-Ihenacho, Newburn et Byrom, 2017).

POURQUOI LES STANDARDS ONT-ILS ÉTÉ DÉVELOPPÉS ? A QUI S'ADRESSENT CES STANDARDS ?

Les preuves de plus en plus nombreuses des résultats positifs des maisons de naissance (MdN), en particulier les preuves du *Birthplace in England Programme* en 2011, ont confirmé l'intérêt pour le développement des MdN à travers l'Europe. Au Royaume-Uni, le *National Institute of Health and Care Excellence* (NICE) a mis à jour ses lignes directrices, recommandant aux professionnel·le·s de la santé d'offrir des informations impartiales, et de faire savoir aux femmes en bonne santé ayant des grossesses sans complications que les soins en MdN peuvent leur convenir particulièrement, tout en les soutenant, quelle que soit leur décision relative au cadre de la naissance (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2014).

Des recommandations et des changements de politiques similaires sont également susceptibles de se produire en Europe continentale. Avec l'augmentation du nombre de maisons de naissance, la première réunion européenne Midwifery Unit Network en 2016 a soulevé le besoin d'orientations pratiques sur ce que sont les maisons de naissance, les soins qu'elles dispensent et les caractéristiques d'un bon fonctionnement des MdN.

Ces Standards font suite aux travaux approfondis de l'*American Association of Birth Centres*, qui a approuvé les premiers *Standards for Birth Centers* en 1985. Au Royaume-Uni, le *Royal College of Midwives* a publié les *Standards for Birth Centres in England* en 2009, qui sont restés jusqu'à présent le seul document de Standards publié pour les maisons de naissance en Europe.

- À toutes personnes mettant en place, dirigeant ou travaillant dans une maison de naissance;
- Aux parties prenantes responsables de l'organisation des services de santé nationaux, régionaux et locaux et de l'allocation des ressources;
- Aux professionnel·le·s de la santé qui apportent leur soutien à une maison de naissance, tels que les services d'ambulance, les clinicien·ne·s des services d'obstétrique et les gestionnaires de services;
- Aux professionnel·le·s de la santé de la maison de naissance afin d'auto-évaluer leurs prestations au regard des critères clés de qualité et de planifier l'amélioration du service.

COMMENT LES STANDARDS PEUVENT-ILS ÊTRE UTILISÉS DANS DIFFÉRENTS PAYS EUROPÉENS ?

Les Standards se concentrent sur la philosophie de soins et l'organisation des soins, et sont destinés à être utilisés parallèlement aux directives cliniques.

Dans certains pays, les soins dispensés par les sages-femmes pour une grossesse et une naissance physiologique sont plus établis que d'autres. Certains pays n'ont pas encore d'offre de soins dirigés par des sages-femmes et n'ont pas de maisons de naissance selon la définition utilisée pour ce document, et certains sont en train de les implémenter. Nous reconnaissons que, bien que la profession de sage-femme ait été réglementée au niveau européen, il existe une grande diversité des modèles de soins et des pratiques cliniques à l'intérieur et entre les pays (Macfarlane et al., 2015). Les Standards permettront aux différents services d'auto-évaluer leur philosophie de soins, l'organisation des soins et les pratiques connexes, leur permettant de comparer leurs prestations, d'identifier des objectifs et de développer des plans d'implémentation.

QU'EN EST-IL SI LE CONCEPT DE MAISONS DE NAISSANCE N'EXISTE PAS ENCORE DANS UNE CULTURE DONNÉE ?

Le changement dans l'offre de services se fait souvent lentement. Une série de différents facteurs peut être un catalyseur du changement.

Il est important de tenir compte des circonstances locales, des opportunités et des besoins. Il n'existe pas de solution unique. Par exemple, les maisons de naissance sont de différentes tailles et utilisent différents modèles d'organisation. En ce qui concerne le nombre de femmes et de familles qu'elles accompagnent, en Angleterre, le nombre annuel de naissances varie de <100 jusqu'à environ 2 000 (Walsh et al., 2018). Bien que quelques MdN continuent de limiter leur offre aux soins intrapartum, d'autres fournissent une large gamme de services avec des contributions financières de différentes sources, comme la santé des enfants, la prévention anti-tabac ou la santé mentale. Certaines maisons de naissance sont ouvertes par des sages-femmes de la communauté lorsqu'une femme est en travail mais sont fermées à d'autres moments.

Nous espérons que ces Standards stimuleront la réflexion et le débat sur l'amélioration des services offerts aux femmes et aux familles, ainsi que sur le développement des opportunités de soins par des sages-femmes. Les services peuvent différer de ces Standards de manière à faire sens dans leur propre contexte. Tous les Standards ne seront pas actuellement atteignables ou intégralement pertinents dans tous les pays, mais nous espérons que, quelle que soit la réalité actuelle, des changements positifs pourront être apportés en ce qui concerne les thèmes clés.

QUAND LES STANDARDS SERONT-ILS RÉVISÉS ?

Au fur et à mesure que les preuves disponibles augmentent, que l'expérience se développe, que les cadres politiques et que les lignes directrices nationales évoluent, nous envisageons qu'il sera nécessaire de réviser et d'actualiser les Standards et de reconsidérer leur portée. Nous avons pour objectif de réexaminer les Standards dans cinq ans, ou plus tôt si des preuves significatives sont publiées incitant le besoin d'anticiper une révision. En tant que lecteur de ces Standards, vous êtes invité à nous faire part de vos commentaires et de vos idées ainsi que de votre expérience de leur utilisation.

Dr Rocca-Ihenacho.

Centre for Maternal and Child Health Research
School of Health Sciences
City, University of London
1 Myddelton Street
London, EC1R 1UB, UK

Email: Lucia.Rocca-Ihenacho@city.ac.uk

THÈME 1 - L'approche bio-psycho-sociale des soins

La maison de naissance fournit des soins basés sur le modèle bio-psycho-social de soins (Jordan et Davis-Floyd, 1993; Davis-Floyd, 2001; Bryers et Van Teijlingen, 2010; Renfrew et al. 2014; Miller et al. 2016; OMS, 2016). Ce modèle reconnaît l'accouchement en tant que processus physiologique qui comporte des dimensions socioculturelles et psychologiques inhérentes (Walsh et Newburn, 2002). Il démontre que ces dimensions sont difficilement séparables et que des soins périnataux de qualité devraient toutes les prendre en compte.

Les maisons de naissance visent à encourager un sentiment d'autonomie chez les femmes, une promotion active de la santé et du bien-être, ainsi que la prévention d'événements indésirables. Ces objectifs sont englobés dans les deux concepts clés de salutogenèse et de sécurité (Downe, 2010; Renfrew et al., 2014; Kennedy et al., 2018).

STANDARD 1

La maison de naissance dispose d'une philosophie de soins écrite et publique qui énonce des valeurs et des croyances communs

La MdN possède un document écrit sur la philosophie de soins qui doit être accepté mutuellement par les parties prenantes. Ce document doit être conforme à la philosophie des soins et des valeurs des services de maternité qui l'englobent et comprend un engagement pour :

1.1 Faciliter une grossesse, un accouchement, une naissance et des soins physiologiques pour le nouveau-né

- a) elle soutient les compétences et les pratiques des professionnel-le-s de la santé qui facilitent la grossesse physiologique, le travail, la naissance, le lien d'attachement, les soins néonataux et la transition vers la parentalité;
- b) elle affirme que les interventions doivent être envisagées et justifiées par rapport aux meilleures preuves cliniques, sur la base des avantages potentiels plus importants que les inconvénients.

1.2 Offrir des soins personnalisés et de soutien qui favorisent le bien-être physique et psychologique

- a) elle reconnaît la naissance comme un événement clé de la vie et une transition pour les mères, les nouveau-nés, les familles et les accompagnant-e-s;
- b) elle promeut le bien-être émotionnel pendant la grossesse, le travail et l'accouchement ainsi que les premiers jours de la maternité;

- c) elle respecte les droits humains et reproductifs des femmes à la dignité, à la vie privée et à l'autonomie;
- d) elle accueille les accompagnant-e-s choisis par la femme;
- e) elle s'engage à donner un bon départ à la prise en charge du nouveau-né, notamment en travaillant selon les critères de l'initiative Amis des bébés (UNICEF, 2017);
- f) elle approuve si besoin une prise en charge accrue et un transfert efficace et rapide vers le service de soins obstétricaux, tout en se concentrant sur les expériences positives et les soins de soutien personnalisés;
- g) elle reconnaît explicitement que l'attention portée au bien-être des sages-femmes aide à promouvoir des pratiques de soins bienveillantes.

1.3 Promouvoir un modèle social de soins

- a) elle fournit des soins holistiques, centrés sur la femme et la famille, qui répondent à la réalité de la vie des personnes et favorisent l'égalité d'accès, l'égalité et la diversité culturelle;
- b) elle dispose d'une philosophie écrite des soins comprenant des déclarations sur l'autonomie, la diversité et l'égalité, et la manière de les atteindre, notamment pour les droits reproductifs des femmes et les choix de soins périnataux;
- c) elle offre un large éventail de services et d'activités intégrés, y compris, mais sans s'y limiter, des ateliers de naissance active, des groupes de massage pour bébés, des groupes d'allaitement et des groupes de soutien aux nouveaux parents. En décidant de cette offre, il sera tenu compte des moyens concrets avec lesquels la MdN peut promouvoir le sentiment de bien-être des femmes et leur capacité à se préparer à l'accouchement. En outre, les MdN peuvent fonctionner comme un centre communautaire et offrir des prestations, ne se limitant pas aux soins périnataux et de santé;
- d) elle accueille tout usager-ère potentiel des services, en lui offrant des informations et un soutien concernant la grossesse, la naissance et la période postnatale, ainsi que la possibilité de visiter la structure;
- e) elle renforce la compréhension du fait que tous les professionnel-le-s de la santé dans le champ des soins périnataux bénéficieraient d'une sensibilisation et d'une formation à un modèle social de soins, en reconnaissant leur impact sur les expériences des femmes et des familles et sur la qualité globale des soins.

THÈME 2 – Égalité, diversité et inclusion sociale

L'égalité, la diversité et l'inclusion sociale sont des indicateurs clés d'une bonne qualité des soins périnataux (OMS, 2017).

Lorsque les services planifient de manière proactive les moyens d'atteindre et de faire participer toutes les femmes, afin que chacune puisse avoir accès au modèle de soins qui convient à sa situation personnelle, cela peut s'avérer très efficace pour remédier aux inégalités existantes. Les MdN peuvent offrir un environnement salubre pour la promotion de la santé dans lequel les femmes marginalisées, discriminées ou en situation de vulnérabilité, et leurs enfants, peuvent s'épanouir (Overgaard, Fenger-Grøn et Sandall, 2012).

STANDARD 2

La maison de naissance a une politique relative au respect, à la diversité et à l'inclusion

- a) Chaque MdN dispose d'une analyse de son utilisation par catégorie socio-économique et origine ethnique des usager-ère-s, et la confronte à l'analyse de la population locale pour examiner dans quelle mesure elle sert l'ensemble de la population;
- b) Chaque MdN examinera périodiquement le profil des besoins de sa population locale, afin de renseigner et aligner les services qu'elle propose sur ces besoins;
- c) Avant et régulièrement après l'ouverture d'une MdN, les responsables et les sages-femmes intègrent la communauté locale et impliquent les dirigeant-e-s de cette communauté pour comprendre les expériences et les besoins de la population;
- d) La MdN vise à maximiser l'accès aux soins en mettant l'accent sur l'accessibilité pour les femmes en situation de vulnérabilité et en améliorant l'accès aux soins en temps utile et de manière appropriée;
- e) La MdN dispose d'un soutien linguistique et de communication pour les personnes qui ont des besoins linguistiques et/ou de communication afin de s'assurer qu'elles peuvent comprendre les informations, qu'elles puissent être comprises par les professionnel-le-s de la santé et prendre des décisions en toute connaissance de cause concernant leurs soins; cela peut inclure de la médiation culturelle;
- f) La structure de la MdN respecte les droits des minorités et travaille en partenariat avec des réseaux locaux qui soutiennent les familles et les enfants socialement défavorisés.



Image © Sarah Ainslie Photography
www.sarahainslie.com

THÈME 3 - Travailler au-delà des frontières professionnelles et physiques

L'expérience prouve que des relations interprofessionnelles positives, fondées sur le respect et la confiance mutuels, sont essentielles pour obtenir de bons résultats cliniques, des expériences positives d'usager·ère·s et des vies professionnelles satisfaisantes (EBCOG, 2014). Les recherches menées sur les services d'obstétrique ont montré que les relations entre les professionnel·le·s de la santé des maternités et celui des maisons de naissance pourraient souvent être plus positives; il existe parfois des preuves d'une culture de conflit sur le modèle du "Eux et Nous" dans ces établissements (McCourt et al., 2011, 2014; Rocca-Ihenacho, Newburn et Byrom, 2017).

Les données (Kirkham, 2010; McCourt et al., 2011; Rocca-Ihenacho, Newburn et Byrom, 2017) sur les maisons de naissance ont montré que les structures en difficulté présentent souvent des caractéristiques communes, notamment :

- un leadership médiocre;
- une culture de la naissance dans laquelle le service d'obstétrique est considéré comme la "norme" et la maison de naissance comme une alternative coûteuse;
- un manque de collaboration interdisciplinaire, ainsi que des difficultés liées aux frontières entre le service d'obstétrique et la maison de naissance.

Les frontières géographiques peuvent également influencer la façon dont les groupes de professionnel·le·s de la santé travaillent ensemble et peuvent créer des obstacles à des parcours de soins sans faille. Cependant, lorsque les parties prenantes travaillent en collaboration pour identifier les barrières culturelles ou géographiques, et pour établir des priorités de coopération afin de faciliter des parcours de soins fluides et bien intégrés, les femmes et les familles en bénéficient. Il s'agit notamment de faciliter les consultations avec d'autres professionnel·le·s de la santé pour les femmes qui reçoivent des soins dispensés par une sage-femme, ainsi que les transferts des soins vers le service d'obstétrique lorsque cela est nécessaire.

Les maternités peuvent introduire des procédures et des pratiques qui reconnaissent l'importance d'une culture organisationnelle positive quant au travail au-delà des frontières professionnelles et physiques, de coproduction et de collaboration avec toutes les parties prenantes (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

STANDARD 3

Il existe un engagement écrit commun en faveur du respect mutuel et du travail transversal dans l'ensemble des services de maternité

Le document comprend des déclarations sur :

- a) La promotion du sentiment d'appartenance à l'équipe des professionnel·le·s de la santé de la maternité;
- b) L'encouragement d'une communication pluridisciplinaire ouverte et positive au sein du service de maternité et entre toutes les parties impliquées dans le suivi périnatal;
- c) L'organisation de rencontres pour des révisions, des coproductions, des sessions de planification et des événements de célébration.

STANDARD 4

La maison de naissance dispose d'interlocuteurs référents : sage-femme chef-fe de la maternité, obstétricien et néonatalogue

- a) Le référent de chaque discipline professionnelle est consulté pour les décisions organisationnelles et cliniques clés;
- b) Les référents apportent leur soutien à la MdN.

STANDARD 5

Il existe une politique et des procédures claires pour les transferts

La politique et les procédures de transfert comprennent :

- a) Les accords avec les services d'ambulance locaux (s'il s'agit d'une MdN extrahospitalière);
- b) Des procédures de transfert opérationnelles qui favorisent l'intégration des services et des parcours sans faille pour les femmes qui passent d'une MdN à une maternité;
- c) Une vision commune et une planification stratégique entre les établissements de soins primaires et secondaires, et entre les services de soins secondaires adjacents, le cas échéant.

THÈME 4 - Les parcours de soins des femmes

Les parcours de soins des femmes doivent être planifiés le plus uniformément possible et visent à garantir une expérience positive indépendamment du lieu où la femme accouche : à la maison, dans une MdN indépendante, dans une MdN adjacente ou à la maternité. Les données probantes suggèrent que les femmes veulent recevoir des informations fiables, fondées sur des preuves scientifiques concernant le lieu de naissance et leur pertinence pour leur situation individuelle au début de la grossesse, avec de fréquentes occasions de discussions lors des rencontres prénatales pour en parler de manière respectueuses et centrée sur la femme (Coxon, Sandall et Fulop, 2013). Les recherches suggèrent également que lorsque les soins sont bien coordonnés, et que les professionnel-le-s de la santé ont une philosophie et des valeurs communes, l'expérience des femmes et des personnes accompagnant la naissance est plus positive (Rocca-Ihenacho, Newburn et Byrom, 2017).

Le parcours d'une femme peut comprendre une consultation avec un-e professionnel-le plus expérimenté pour discuter la situation spécifique de la femme et considérer ses options. Le plan de soins ultérieur sera développé en partenariat avec la femme, en prenant en considération les conseils fondés sur des preuves des clinicien-ne-s. Ce plan est continuellement revu et rediscuté au cours du parcours de la femme en matière de soins périnataux.

STANDARD 6

La maison de naissance s'engage dans une démarche de transmission de l'information le plus tôt possible, en gardant les possibilités de choix ouvertes

- a) Les informations fondées sur des données probantes concernant les parcours de soins et le lieu de naissance sont disponibles dès le début des soins prénataux et par la suite;
- b) Les femmes et leurs proches ont un accès égal aux informations sur les MdN et les parcours de soins, indépendamment de leurs facteurs socioculturels et cliniques;
- c) Tous les membres de l'équipe multidisciplinaire doivent fournir des informations cohérentes, impartiales et fondées sur des preuves, concernant le lieu de naissance et le parcours de soins, dans une démarche de respect et de reconnaissance de l'autonomie de la femme.

STANDARD 7

La maison de naissance est un centre intégré à la communauté locale

- a) Toutes les femmes du secteur peuvent accéder à la majorité des prestations de maternité via la MdN, indépendamment du lieu où elles ont l'intention d'accoucher;
- b) Pour une MdN indépendante, l'intégration à la communauté pourrait consister en une équipe de sages-femmes, accompagnant aussi bien des accouchements au sein de la MdN qu'à domicile et/ou le partenariat, comme au Royaume Uni, avec une équipe de caseloading* sages-femmes proposant l'accompagnement global pour des naissances prévues à l'hôpital;
- c) Pour une MdN adjacente, l'intégration à la communauté pourrait être constituée par des sages-femmes indépendantes effectuant des vacations au sein de la MdN et/ou par l'intégration des sages-femmes de l'équipe caseloading y accompagnant des femmes en phase de travail;
- d) Toutes les femmes et nouveau-nés utilisant la MdN ont accès à des services de soutien prénatal et postnatal, notamment de soutien proactif relatifs aux changements physiques et émotionnels, en matière d'alimentation de l'enfant, ainsi qu'en termes de dépistage auditif, d'examen du nouveau-né, d'autres examens cliniques, etc.

THÈME 4 – Les parcours de soins des femmes

LA CONTINUITÉ DES SOINS OBSTÉTRICAUX : LE MODÈLE CASELOAD

Par caseloading, nous entendons le modèle d'accompagnement dans lequel la continuité des soins par une sage-femme est garantie tout au long de l'accouchement : de la première entrevue, pendant la période prénatale, à l'accouchement et tout au long du post-partum. La sage-femme de référence de la femme s'occupe de la planification, de l'organisation et de l'accompagnement. Elle est pour la femme le premier point de contact, elle se réfère aux conseils d'autres professionnel-le-s de la santé et/ou spécialistes lorsque cela est nécessaire. Ce modèle est associé aux meilleurs résultats cliniques périnataux et à la meilleure satisfaction rapportée autant de la part des femmes que des sages-femmes.

(Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women, J. Sandall, H. Soltani, S. Gates, A. Shennan, D. Devane, Cochrane Database Syst. Rev, 2016)

Modifié de : Rowe, R. and the Birthplace in England Groupe de collaboration, 2011

DÉFINITION – ACCOMPAGNEMENT GLOBAL

Dans le domaine de la maïeutique, l'accompagnement global à la naissance (ou suivi global) est une forme d'exercice autonome du métier de sage-femme. Il s'intéresse aux processus physiologiques périnataux et cible les grossesses dites à bas risque obstétrical. Seule ou en équipe restreinte, la ou les sages-femmes assurent pour une même patiente la surveillance médicale de la grossesse, la préparation à la naissance, l'accompagnement et la responsabilité de l'accouchement ainsi que les soins postnataux de la mère et de l'enfant. A distance, elles peuvent également réaliser la consultation du post-partum.

Le suivi global repose sur une confiance mutuelle et le partage d'un espace personnalisé. La continuité chronologique est l'un de ses aspects les plus spécifiques et assure une véritable vigilance préventive. En s'inscrivant dans le temps sans le morceler, cette pratique respecte un suivi médical réglementé et cohérent, sans discontinuité dans les soins et en partenariat avec un réseau de santé défini et indispensable.

Le suivi global encourage la mère et le co-parent à être acteurs et à devenir les premiers protagonistes de la naissance de leur enfant. Son intention est d'accompagner le couple sur son propre chemin et de le conduire vers une appropriation du moment : Chacun est acteur, partenaire et responsable.

Groupe de travail de la Traduction en Français

CONTEXTE SUISSE

Sages-femmes agréées

Les sages-femmes agréées sont des sages-femmes indépendantes travaillant seules ou en équipe de sages-femmes et proposant un accompagnement global des familles pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

La sage-femme agréée possède un contrat avec une maison de naissance ou un hôpital qui l'autorise à pratiquer des accouchements dans ses locaux et si besoin faire participer l'équipe médicale. Dans ce cas précis, la sage-femme se réfère aux protocoles de la maternité, participe activement aux éventuelles interventions médicales nécessaires et elle reste, dans tous les cas, la référente de la parturiente tout au long de l'accouchement.

Procédure de reconnaissance des soins périnataux gérés par les sages-femmes

La Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) a pour but de promouvoir le suivi des femmes par des sages-femmes tout au long de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum et, dans un souci d'égalité, de le rendre accessible à toutes les femmes en Suisse.

Pour la FSSF, il est important que les soins périnataux gérés par des sages-femmes soient reconnus en Suisse. Pour cela, il est nécessaire que non seulement les maisons de naissance, mais aussi les hôpitaux développent davantage les offres de modèles de suivis par des sages-femmes, afin que les femmes puissent être au courant de ces possibilités et en faire usage.

Les hôpitaux sont encouragés à développer des services d'obstétrique autonomes qui prennent en charge les femmes de manière professionnelle et dont la direction opérationnelle est sous la responsabilité de sages-femmes. Dans le but de soutenir les hôpitaux dans le développement et la mise en œuvre de tels soins périnataux, un groupe d'expertes de la FSSF a mis au point un catalogue de critères définissant les conditions structurelles auxquelles les institutions doivent répondre. Le catalogue a été élaboré sur la base des conditions prévalant dans les maisons de naissance et du travail que les sages-femmes y effectuent.

FSSF, 2019,

https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2019/07/NEU_Infolyer_Anerkennungsverfahren-hebammengeleitete-Geburtshilfe_f.pdf

STANDARD 8

Le parcours de soins de la maison de naissance est ouvert à toutes les femmes pour des soins personnalisés et individualisés

- Chaque MdN fait référence aux lignes directrices basées sur des données probantes pour évaluer l'adéquation des femmes à recevoir un accompagnement autonome par les sages-femmes (par exemple, NICE, 2014; RQIA / GAIN, 2016 ou Healy & Gillen, 2017 Guidelines);
- Chaque MdN a la possibilité d'offrir à chaque femme un rendez-vous pour rédiger un projet de naissance durant lequel sont discutés ses souhaits, indépendamment des complexités de la grossesse (par exemple : options pour la naissance);
- Au cours de ce rendez-vous, la femme peut discuter ses propres options avec une sage-femme expérimentée de l'équipe;
- Il existe un plan de soins personnalisé et un-e professionnel-le de la santé désigné responsable des soins de chaque femme et de chaque nouveau-né.

STANDARD 9

La maison de naissance dispose de procédures de transfert spécifiques vers d'autres services de référence

- Concernant les indications et les modalités de transfert vers un service d'obstétrique ou un service de néonatalogie (qui reconnaît clairement l'autonomie de la femme);
- Pour les services locaux de santé et d'aide sociale;
- Des protocoles spécifiques pour la prise en charge pluridisciplinaire et interinstitutionnelle;
- Pour l'orientation vers des soins primaires, des médecins de famille ou des médecins généralistes.

THÈME 5 – Effectifs et charge de travail

Les services d'une MdN sont nécessaires 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Ceci peut être possible si la maison de naissance dispose de sages-femmes présentes en continu ou avec des sages-femmes de garde. L'offre de la maison de naissance reconnaît que les accouchements spontanés ont plus souvent lieu pendant la nuit que pendant la journée, et que leur nombre est maximal entre 1h00 et 7h00 du matin (Macfarlane et al., 2018). Pendant la grossesse et dans la période postnatale, les femmes ont souvent un besoin régulier et/ou urgent des soins d'une sage-femme. Des données probantes suggèrent que les parcours qui garantissent la continuité de soignant-e-s obtiennent les meilleurs résultats (Sandall et al., 2016) et que les systèmes de santé devraient mettre en place cette continuité dans les maisons de naissance, autant que possible, même lorsqu'un transfert à la maternité a lieu ainsi que durant la période postnatale. Cela peut impliquer qu'il y ait une équipe de sages-femmes qui travaillent à la fois dans des maisons de naissance attenantes à un hôpital, dans des maisons de naissance autonomes et à domicile, offrant des soins anténataux, intra et postnataux, selon les préférences de la femme.

Il se peut qu'il ne soit pas possible ou nécessaire d'avoir une MdN physique qui ait un effectif présent la plupart du temps (en continu 7 jours sur 7) mais le principe est d'être en mesure de fournir les soins à chaque fois qu'il est nécessaire, rattachant la sage-femme à la femme plutôt qu'à un site. Les MdN offrent une opportunité unique de mettre en place la continuité des soins et une flexibilité des services des sages-femmes autour des besoins des femmes et de leurs préférences.



Image © Sarah Ainslie Photography
www.sarahainslie.com

STANDARD 10

L'effectif essentiel comprend une équipe de base et un encadrement par une sage-femme responsable pour promouvoir des standards de qualité élevés, un sentiment d'appartenance et une philosophie de soins appropriée

Il y a suffisamment de sages-femmes pour assurer :

- a) Un service disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Dans certains contextes, cela peut impliquer des sages-femmes disponibles pour offrir des soins à domicile ou dans une MdN si nécessaire, plutôt qu'un effectif permanent en continu (tours de garde);
- b) Des soins individualisés et une présence continue pendant l'accouchement;
- c) Des soins sûrs pour la maman et le fœtus avec un protocole local clair qui décrit les parcours de soins appropriés en cas de complication, incluant le transfert vers un service de maternité si nécessaire;
- d) Les sages-femmes qui proposent des soins dans la MdN peuvent participer au transfert avec la femme quand elle souhaite ou nécessite d'être transférée en maternité;
- e) Le soutien par une sage-femme expérimentée, disponible à tout moment (en personne ou à distance);
- f) Les sages-femmes pratiquent l'examen clinique du nouveau-né. Elles collaborent avec l'équipe pédiatrique de la maternité, le pédiatre référent ou le médecin de famille et planifient une visite pour l'examen médical du nouveau-né requis, au plus tard dans la première semaine de vie.
- g) Une seconde sage-femme est présente pendant la deuxième phase du travail et l'accouchement;
- h) Un nombre adéquat de personnels pour soutenir le travail des sages-femmes.

STANDARD 11

L'évaluation de la charge de travail de la maison de naissance devrait inclure toutes ses activités, pas uniquement la surveillance du travail et le nombre de naissances

Les soins que la MdN dispense incluent :

- a) Évaluation par une sage-femme (idéalement la sage-femme attirée ou l'équipe) par téléphone, à domicile ou à la MdN quand cela est requis par la femme en éprouvant la nécessité, tant pendant la grossesse qu'en début de travail;
- b) Organisation de la sortie de la MdN;
- c) Soutien à l'allaitement, examen du nouveau-né, test auditif etc.
- d) Consultations en anténatal et postnatal;
- e) Visite de la MdN;
- f) Groupe anténatal et postnatal;
- g) Autres groupes, sessions ou activités, organisés par les sages-femmes ou auxquels elles participent.

THÈME 6 – Connaissances, compétences et formation

Il est impératif que les sages-femmes qui travaillent en maison de naissance intra ou extrahospitalière prodiguent des soins sûrs, efficaces, basés sur des preuves probantes, qui soient adaptés aux besoins et préférences des femmes (International Confederation of Midwives, 2013; National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

Comme la plupart des formations de sages-femmes se font encore dans des unités obstétricales, il est essentiel que toutes les sages-femmes soient soutenues dans le développement d'une philosophie, de connaissances et de compétences requises pour accompagner les femmes dans les maisons de naissance (Rocca-Ihenacho, Newburn and Byrom, 2017; Walker et al., 2018). La recherche montre également que la culture organisationnelle ainsi que l'esprit de l'équipe peuvent fortement influencer la création d'un environnement d'apprentissage positif (Alderwick et al., 2017). La recherche antérieure portant sur les maisons de naissance, suggère qu'elles fonctionnent bien lorsqu'il y a une volonté d'apprentissage en commun, de partage de bonnes pratiques (apprendre les uns des autres) ainsi que des relations de confiance au sein de l'équipe (McCourt et al., 2011, 2014; Rayment et al., 2015; Rocca-Ihenacho, Newburn and Byrom, 2017).

STANDARD 12

Il existe une liste écrite et validée de connaissances et compétences nécessaires aux sages-femmes qui travaillent en maison de naissance

La MdN dispose d'un document détaillant les connaissances et les compétences nécessaires aux sages-femmes, incluant mais non limité à :

- a) Une compréhension globale de la physiologie et de l'anatomie en lien avec la grossesse, l'accouchement et la période postnatale;
- b) Aptitude à fournir des soins respectueux;
- c) Capacité à faire face à des situations interpersonnelles difficiles;
- d) Communication et techniques de soutien pour le travail physiologique et l'accouchement;
- e) Compréhension et mise en oeuvre d'une pratique basée sur des données probantes;
- f) Compréhension de la manière d'utiliser les données probantes et les recommandations comme des guides et non des règles pour prendre soin des femmes dans leur individualité;
- g) Capacité à remettre en question sa pratique et mise en oeuvre d'une pratique réflexive;
- h) Surveillance du fœtus incluant l'auscultation intermittente;
- i) Utilisation de l'eau pendant le travail et accouchement dans l'eau;
- j) Gestion des urgences obstétricales dans la maison de naissance (soins initiaux, communication efficace et transfert fluide);
- k) Réanimation maternelle et néonatale;
- l) Prescription et administration de médicaments;
- m) Pose d'un cathéter intraveineux;
- n) Sutures;
- o) Faculté à prendre des décisions concernant la nécessité de recommander un transfert vers un service de maternité (lors de l'examen initial et continu)



Image © Rory Flint

PRÉCISIONS POUR LE CONTEXTE SUISSE QUANT AU SUIVI NÉONATAL – SSN

La Société Suisse de Néonatalogie (SSN) que nous remercions pour sa collaboration dans la relecture de la traduction en français et la considération des Standards actuels émet les suggestions et précisions suivantes :

- concernant le transfert du nouveau-né, la MdN doit permettre l'accessibilité à un incubateur de transport (Standard 9).
- l'examen clinique du nouveau-né est effectué par les sages-femmes qui assurent et organisent également les tests requis (POx, test de dépistage néonatal, test auditif, etc.), administrent les vitamines recommandées (vit. K et vit. D), assurent de la détection de l'ictère, et surveillent l'évolution du bien-être néonatal (Standard 10).

CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES SUISSES EN RÉANIMATION NÉONATALE:

En Suisse, depuis le 1er janvier 2020, les sages-femmes indépendantes (membres actif-ve-s de la Fédération suisse des sages-femmes - FSSF) ont l'obligation de suivre les deux cours de formation continue "Urgences et réanimation de l'adulte" et "Réanimation du nouveau-né". Ils doivent être suivis chacun une fois au cours d'un cycle de trois ans de formation continue. Le prestataire de formation peut être choisi librement. Les offres internes et externes, nationales ou internationales, sont reconnues, à condition d'être certifiées Basic Life Support (certificat BLS) et start4neo. Cette décision se fonde en partie sur l'article 16, lit.b, Obligation professionnelles de la loi fédérale sur les professions de la santé, entrée en vigueur le 1er février 2020. Article consacré à l'apprentissage tout au long de la vie (Standard 12-13).

Recommandations révisées de la Société Suisse de Néonatalogie (SSN, 2017): https://sgar-ssar.ch/fileadmin/user_upload/sgar-ssar/public/Services/Downloads/Qualitaetsmanagement/Soutient_Adaptation___Reanimation_du_NN_Paediatria_2018.pdf

THÈME 6 – Connaissances, compétences et formation

STANDARD 13

La maison de naissance propose des programmes de formation professionnelle

- a) Les sages-femmes de la MdN disposent de temps dédiés à la formation, la cohésion de l'équipe et aux réunions de l'équipe;
- b) Des journées de formation interdisciplinaires sont organisées réunissant sages-femmes, aides soignant-e-s, néonatalogues, ambulanciers, médecins gynécologues-obstétriciens et généralistes (certaines de ces journées d'étude devraient avoir lieu à la MdN);
- c) Organisation de formations pour l'équipe interdisciplinaire proposant des connaissances et compétences en matière des soins centrés sur l'individu, l'autonomie des femmes ainsi que le travail et l'accouchement physiologique;
- d) Toutes les sages-femmes doivent être familières avec les données probantes les plus récentes et présenter des compétences de communication pour partager ces informations avec les femmes;
- e) Il y a des réunions d'équipe (au moins une fois par mois) pour apprendre les uns des autres et maintenir une philosophie et une vision commune de la MdN;
- f) L'organisation soutient l'adhésion aux initiatives, comme le programme Amis des bébés de l'UNICEF;
- g) La formation (au moins une fois par an) devrait inclure et ne pas être limitée :
 - A la promotion de l'accouchement physiologique;
 - Aux compétences de communication;
 - Au partenariat dans le processus de décision et autonomie des femmes;
 - A la surveillance du bien-être foetal et auscultation intermittente;
 - Aux urgences obstétricales dans le contexte de naissances extrahospitalières et aux compétences pour les procédures de transfert;
 - A la réanimation maternelle et néonatale.

STANDARD 14

La maison de naissance dispose d'une procédure spécifique pour l'insertion et l'orientation de son personnel

- a) Maximiser les opportunités pour que les différent-es professionnel-le-s de la santé impliqués dans les soins périnataux et les étudiant-e-s soient exposé-e-s à la normalité, la physiologie et aux soins dispensés par les sages-femmes, de façon à ce que cette philosophie diffuse à travers tout le système de maternité, tout en respectant le caractère unique du moment et la vie privée des femmes;
- b) Chaque professionnel-le-s de la santé de la maternité visite la MdN pour se familiariser avec l'environnement, l'équipement et les sages-femmes;
- c) Le dossier de bienvenue et/ou la documentation relative à l'intégration dans la MdN mentionnent les valeurs et compétences spécifiques de la MdN;
- d) Tou-te-s les professionnel-le-s de la santé et les étudiant-e-s en soins périnataux ont l'opportunité de faire un stage dans le contexte d'une MdN pendant leur formation.



Image © Ellen Thaels, Midwifery Unit Network

THÈME 7 – Environnement et installations

L'aspect environnemental joue un rôle important dans l'expérience de l'utilisateur (McCourt et al., 2016). L'environnement de la maison de naissance influence et potentiellement promeut la santé et le bien-être des femmes, de leur famille et des professionnel·le·s de la santé utilisant le site (Jenkinson, Josey and Kruske, 2013; Hammond, Homer and Foureur, 2017).

Il est important de considérer l'emplacement de la maison de naissance par rapport au service d'obstétrique, autant que de s'assurer que l'environnement favorise la salutogenèse (McCourt et al., 2016) dans la maison de naissance elle-même. Cet environnement doit promouvoir la santé, l'établissement de relations positives et épanouissantes, répondre aux besoins de la mère qui accouche (comme l'intimité, l'espace pour se mobiliser, l'atmosphère calme) et également être adapté aux besoins des accompagnant·e·s et des membres de la famille.

Chaque MdN se réfère aux règles de sécurité spécifiques au pays respectif pour tout ce qui regarde la sécurité dans les infrastructures publiques.

STANDARD 15

La maison de naissance offre un environnement qui promeut un modèle bio-psycho-social de soins et le tissage de liens sociaux

- a) La philosophie de la MdN doit être communiquée à travers l'environnement physique et à travers toutes les images visuelles et écrites, comme des photos d'accouchement dans l'eau, des nouveau-nés allaités, des paysages relaxants, l'utilisation de couleurs, de tissus et de textures etc.;
- b) Les MdN disposent d'espaces sociaux communs comme un espace où les femmes peuvent passer du temps ensemble, les usager·ère·s et les sages-femmes peuvent utiliser un espace de cuisine commun etc.

* Le concept de naissance active repose sur 3 notions fondamentales:

1. L'usage spontané de positions verticales est encouragé lors de l'accouchement;
2. Durant le travail, la sécrétion hormonale naturelle est stimulée;
3. La femme est mise en confiance pour prendre ses propres décisions concernant la naissance.

(www.activebirthcentre.com, visité en April 2022)

STANDARD 16

La maison de naissance offre un environnement qui encourage la mobilité et une naissance active*

- a) Les salles d'accouchement dans les MdN ont l'espace pour que la femme se mobilise librement pendant le travail et l'accouchement, et le lit n'occupe pas une position prédominante dans la salle;
- b) La chambre est aménagée de manière à faciliter le déplacement du mobilier et de l'équipement;
- c) Du matériel est mis à disposition pour promouvoir l'accouchement actif : matelas d'accouchement, pouf, ballon de mobilisation, etc.;
- d) Dans toutes les salles il y a une baignoire d'accouchement ou une grande baignoire et/ou une douche;
- e) Si possible, l'accessibilité à un espace vert à l'extérieur est offerte, pour encourager les femmes à marcher dans un environnement naturel pendant le travail.

© Evelyn Gomes dos Anjos
(evelynangelfotografia@gmail.com).



THÈME 7 – Environnement et installations

STANDARD 17

La maison de naissance offre un environnement qui protège et promeut la relaxation, l'intimité et la dignité

- a) La salle d'accouchement donne la flexibilité d'adapter l'éclairage, filtrer la lumière du jour extérieure, varier les couleurs et peut être ajustée aux préférences personnelles de la femme en travail;
- b) Il y a une distance entre l'espace public et les salles d'accouchement pour protéger l'intimité et s'assurer d'une atmosphère calme. Ceci peut être obtenu grâce à l'organisation architecturale de la salle ou si nécessaire en utilisant des meubles;
- c) Les fenêtres dans les salles d'accouchement et les salles de consultations doivent permettre l'intimité ainsi que l'obtention d'une atmosphère plus sombre si nécessaire.

STANDARD 18

La conception et l'agencement de la maison de naissance témoignent des valeurs bio psycho-sociales du modèle de soins

- a) L'emplacement de la MdN est choisi en fonction de la présence d'autres services. Les MdN doivent rester un espace délimité et indépendant avec une porte séparée, un accueil, des salles de consultation et des salles communes comme la cuisine ou un espace de rencontres;
- b) Le nombre de salles d'accouchement nécessaires peut être calculé sur la base de l'estimation annuelle de naissances anticipées (36% des naissances estimées selon Walsh et al, 2018). En considérant que la capacité maximale annuelle d'une salle se situe entre 100 et 150 naissances (maximum);
- c) Une MdN comporte :
 - des salles de consultation pour les consultations anténatales et postnatales;
 - des espaces de stockage, pour éviter par exemple que le matériel médical, les fournitures et l'équipement soient laissés visibles dans les espaces communs;
 - des aménagements d'espaces spécifiques à la gestion des déchets domestiques et du linge sale;
 - un système de livraison de marchandises et de services;

- de l'équipement pour les urgences obstétricales et la réanimation néonatale conforme aux directives nationales en vigueur qui est régulièrement entretenu est idéalement gardé hors de vue;
- du mobilier qui facilite le nettoyage conformément aux recommandations de contrôle des infections spécifiques aux MdN;
- en fonction de la nature des services offerts, un espace pour les groupes anténataux et postnataux ainsi que les cours (par exemple, préparation à l'allaitement, atelier de préparation à l'accouchement, éducation anténatale, massage bébé, formation etc...);

d) La salle d'accouchement comprend :

- un lit double pour le repos postnatal qui permet aux partenaires ou accompagnant-e-s de rester confortablement pour la nuit;
- une salle de bain attenante;
- une baignoire d'accouchement où cela est possible;
- du matériel de soins, médical et d'urgence, rangé quand il n'est pas nécessaire;
- le matériel de réanimation néonatale dans la salle (non visible) ou bien des tables de réanimation portables gardées en dehors de la salle;
- du matériel de suture adéquat (rangé quand il n'est pas utilisé);

e) Les femmes doivent pouvoir être accueillies dans la même chambre pour le travail, l'accouchement et leur séjour postnatal si elles le souhaitent;

f) Les MdN suivent les recommandations de contrôle des infections spécifiques aux MdN.

STANDARD 19

La maison de naissance est visible et accessible à la population

- a) La MdN est facilement visible et accessible au public grâce à un nom et une signalétique intuitive et claire. Des signes clairs indiquent le chemin le plus facile pour accéder à la MdN, le parking pour les sages-femmes et les usager-ère-s du site ainsi que les accès avec les transports publics.
- b) La MdN est facilement accessible et son agencement est adapté à un transfert rapide vers la salle d'accouchement de la maternité ou un service de pédiatrie quand cela est nécessaire ou en cas d'urgence.

THÈME 8 – Autonomie et responsabilité

Malgré les preuves solides suggérant que les structures dans lesquelles les sages-femmes exercent de manière autonome sont associées à de meilleurs résultats pour les femmes en bonne santé dont la grossesse n'est pas compliquée et leurs enfants, l'offre est encore insuffisante et sous utilisée. Au niveau des politiques nationales et au sein des services de santé, les sages-femmes dans de nombreux pays européens luttent encore pour être représentées dans les systèmes et pour avoir les structures et installations en place pour leur permettre d'exercer leur profession de manière autonome (Confédération internationale des sages-femmes, 2011).

Les services de maternité en Europe n'ont pas toujours été construits et organisés autour des besoins des femmes et le droit de faire des choix éclairés (White Ribbon Alliance, 2012). Les maisons de naissance offrent un environnement où l'autonomie des femmes peut et doit être maintenue, parallèlement à l'autonomie des sages-femmes pour qu'elles puissent soutenir les femmes dans leurs choix.

STANDARD 20

La maison de naissance a une politique reconnaissant l'autonomie et la responsabilité des sages-femmes

La politique de la MdN comprend :

- a) Une déclaration claire reconnaissant le domaine de compétences des sages-femmes et leur autonomie en matière de soins prodigués aux mères et aux nouveau-nés en bonne santé;
- b) Une déclaration claire concernant l'obligation et la capacité des sages-femmes à fournir des soins personnalisés;
- c) Une structure de soutien pour les sages-femmes (et l'équipe interdisciplinaire) qui fournit des conseils et des soins adaptés pour les femmes qui décident d'accoucher en MdN indépendamment de la complexité clinique et nécessitant des soins qui sont "en dehors lignes directrices locales");
 - temps suffisant pour les sages-femmes pour pouvoir discuter des préférences et options en matière de soins avec les femmes;
 - une sage-femme référente ou un spécialiste du groupe multidisciplinaire disponible pour des conseils cliniques et professionnels;
 - un système de documentation des discussions avec la femme, des conseils cliniques fondés sur des preuves données et sa décision dans son dossier obstétrical.

STANDARD 21

La maison de naissance a une politique reconnaissant l'autonomie des femmes

La politique de la MdN :

- a) Évite une dichotomie rigide entre les femmes à faible risque / les femmes à risque élevé et promeut une évaluation personnalisée et des soins holistiques;
- b) Prévoit des systèmes qui garantissent le soutien des femmes optant pour des soins dans les MdN;
- c) Inclut une déclaration claire reconnaissant et encourageant l'autonomie des femmes dans la prise de décision;
- d) Inclut des dispositions visant à recueillir les retours des femmes et de leurs partenaires, y compris les expériences positives, les plaintes, les compte rendus de transferts et les recommandations sur l'impact d'éventuelles expériences négatives.

THÈME 9 – Leadership

Des preuves solides associent la qualité, la sécurité et la durabilité des soins périnataux avec un leadership de qualité (Alderwick et al., 2018). Les résultats de recherche sur les maisons de naissance ont souligné que le bon fonctionnement de la profession sage-femme est souvent caractérisé par un leadership fort et transformationnel (McCourt et al., 2011, 2014).

Au Royaume-Uni, ce type de leadership est souvent assuré par des sages-femmes consultantes et une étude récente sur le fonctionnement des maisons de naissance a constaté que les services avec une sage-femme dans le rôle de responsable avaient plus de probabilité d'avoir un bon fonctionnement (Walsh et al., 2018).

Indépendamment des légères différences observées par les maisons de naissance hautement performantes, les études de cas de recherche qualitative décrivent les points clés suivants :

- Leadership axé sur la mise en place d'une culture et d'une philosophie de soins positives
- Sentiment d'appartenance par les professionnel-le-s de la santé qui y collaborent
- Respect de l'autonomie des femmes et des sages-femmes
- Promotion active de relations positives et inclusives au sein du service de maternité

En Angleterre, le rôle de la sage-femme consultante a pour but d'implémenter les caractéristiques présentées ci-dessus afin d'assurer un leadership transformationnel pour les services de maternité et les maisons de naissance.

Le rôle de la Sage-femme Consultante au Royaume-Uni

Le rôle de la sage-femme consultante (Consultant Midwife) a été établi au sein du Service National de Santé britannique (NHS) en 2000 suite à la publication d'une circulaire du Service de santé (1999). Ce rôle avait pour but de fournir de meilleurs résultats pour les femmes et les nouveau-nés en améliorant les services et leur qualité, de renforcer le leadership et d'offrir une nouvelle opportunité de carrière en vue d'encourager les sages-femmes expérimentées et expertes à rester dans la pratique.

Le rôle devait contenir quatre éléments clés :

- une fonction d'expertise clinique;
- une fonction de leadership;
- une fonction d'éducation et de développement;
- une fonction de recherche et d'évaluation.

Il s'agit de sages-femmes expérimentées ayant suivi des études de second cycle, des compétences et une expertise clinique qui apportent un leadership clinique professionnel aux sages-femmes et à d'autres collègues au sein de l'équipe de la maternité. Une caractéristique importante de ce rôle est de contribuer à l'élaboration des procédures et à la planification stratégique des services et plusieurs de ces sages-femmes consultantes ont mis en place de nouveaux services tels que des maisons de naissance, des équipes pour les suivis des femmes en situation de précarité sociale et des démarches de soins personnalisés.

Les sages-femmes consultantes exercent avec un haut degré d'autonomie personnelle et professionnelle, leur permettant de faire preuve d'esprit critique et d'initiatives face aux situations inédites. Nombre d'entre elles se concentrent sur le renforcement et l'implémentation de pratiques cliniques efficaces tout en soutenant les choix éclairés des femmes. Les postes de sage-femme consultante nécessitent qu'au moins 50% du temps disponible soit consacré au travail directement avec les bénéficiaires de soins pour préserver les compétences professionnelles et maintenir un haut niveau d'expertise.

Pauline Cooke, Sage-femme Consultante, Imperial College Healthcare NHS Trust

STANDARD 22

Il existe un leadership visible et cohérent au sein de la maison de naissance

- a) Une présence continue est assurée par une responsable clinique chargée de fournir un soutien aux sages-femmes moins expérimentées;
- b) Une sage-femme est responsable au niveau opérationnel pour la MdN. Cette personne est responsable de la philosophie de la MdN, des effectifs, de la qualité et de la sécurité, des équipements, du matériel, de la gouvernance, de la sécurité et des normes de contrôle des infections, ainsi que du bon fonctionnement général;
- c) Il existe un rôle stratégique chargé de prendre des décisions concernant les ressources et les procédures ainsi que d'agir en tant que défenseur de la MdN. Cette personne est :
 - visible dans la MdN, s'implique dans la pratique clinique "quotidienne";
 - capable de soutenir les sages-femmes par une pratique clinique sur le terrain;
 - capable de partager son expertise (y compris les conseils pour les cas cliniques en dehors des directives cliniques habituelles, les gardes, etc.)

STANDARD 23

La maison de naissance dispose de leadership transformationnel de haute qualité

Les responsables à tous les niveaux doivent remplir les conditions suivantes :

- a) Expérience clinique pertinente de travail en MdN;
- b) Capacité à articuler une vision forte pour la MdN;
- c) Volonté et engagement visible à l'égard du rôle et de la pérennité de la MdN;
- d) Connaissance des preuves scientifiques et compétences pertinentes;
- e) Style de leadership positif, inclusif et accessible;
- f) Capacité à défendre la MdN et son équipe de professionnel-le-s de la santé;
- g) Soutien des choix des femmes;

- h) Approche professionnelle et capacité d'être une source d'inspiration pour les professionnel-le-s de la santé;
- i) Capacité à favoriser de bonnes relations de travail entre les responsables et entre les différents groupes professionnels;
- j) Processus de prise de décisions partagé avec l'équipe;
- k) Capacité à réagir en temps utile et de manière cliniquement appropriée aux incidents critiques.

STANDARD 24

Il existe un service multidisciplinaire et un groupe consultatif d'usager-ère-s, qui établissent une vision pour la maison de naissance

- a) Le groupe consultatif est composé d'usager-ère-s du service représentatifs de la population locale, des sages-femmes de la MdN, d'autres clinicien-ne-s, des services d'ambulance et de dirigeant-e-s.

L'objectif de ce groupe est de permettre l'engagement et l'implication de la communauté, de faciliter la collaboration avec les professionnel-le-s de la santé, et de soutenir une culture de la responsabilité envers le public;

- b) Le groupe consultatif doit être mis en place lors de la planification de l'ouverture d'une nouvelle MdN;
- c) Le groupe consultatif se réunit au moins une fois par trimestre, pour être informé et consulté sur le nombre de femmes qui ont l'intention d'accoucher dans la MdN, les tendances en matière de transferts, les informations fournies aux parents, le marketing, les relations avec les services spécifiques, le développement personnel des sages-femmes et de la MdN, les retours des usager-ère-s, etc.

D'autres activités et résultats peuvent inclure : un rapport annuel, des revues cliniques multidisciplinaires pour inclure les meilleures pratiques, les audits des transferts ainsi qu'une journée annuelle de présentation de la structure à la communauté locale.

THÈME 10 – Gouvernance clinique

Il est important qu'une structure de gouvernance clinique solide soutienne la maison de naissance. Il est nécessaire de développer une culture organisationnelle qui inculque un sentiment d'appartenance pour les professionnel·le·s de la santé et l'inclusion du service des usager·ère·s dans l'amélioration de la MdN (Ross et Naylor, 2017). Une culture d'ouverture dans la maison de naissance et dans l'ensemble des services de maternité - dans lesquels les cas sont examinés et les causes de tout événement indésirable ou de toute mauvaise expérience sont identifiées, discutées et réfléchies - encouragera l'apprentissage et facilitera l'amélioration continue du service (Jabbal, 2017).

STANDARD 25

La maison de naissance a des lignes directrices, des stratégies et des procédures fondées sur des preuves régulièrement mises à jour

- Les lignes directrices et les procédures sont coproduites et approuvées par une équipe multidisciplinaire, incluant le service d'obstétrique et les services d'urgence;
- Les lignes directrices en matière de transfert favorisent l'intégration des services et des parcours pour les femmes et leurs nouveau-nés transférés entre les MdN et les maternités;
- Une révision annuelle des procédures opérationnelles et des lignes directrices est prévue.
- Une procédure pour la dotation en sages-femmes ainsi que pour les soins cliniques est en place, reconnaissant l'autonomie de la MdN. Les services d'obstétrique ont leur propre système de garde pour éviter de déplacer les sages-femmes hors de la MdN;
- Il existe une politique écrite de la gestion des risques et un système d'audit de conformité;
- Les lignes directrices maternelles et néonatales ainsi que les documents de la MdN se réfèrent aux directives basées sur des données probantes (y compris l'utilisation des lignes directrices internationales le cas échéant).

STANDARD 26

La maison de naissance dispose d'un référentiel professionnel sur les critères d'éligibilité et le choix du lieu de naissance

- Les valeurs seuils caractéristiques qui pourraient déclencher une discussion entre les femmes, les sages-femmes de la MdN et l'équipe obstétricale de l'hôpital de référence, sont fixées pour déterminer le plan de soins optimal et le lieu de naissance choisi;
- Lorsqu'il existe à la fois une MdN extrahospitalière et une MdN intrahospitalière, la procédure indique s'il existe des différences entre les valeurs seuils caractéristiques pour les soins dans les différentes MdN.

STANDARD 27

La maison de naissance est engagée dans un processus d'amélioration continue

La MdN promeut l'amélioration continue du service par :

- Un suivi des procédures de réclamation autant pour les professionnel·le·s de la santé que pour les usager·ère·s du service;
- Une collecte et un suivi de routine des retours des professionnel·le·s de la santé et des usager·ère·s du service;
- Un processus d'amélioration continu s'appuyant sur les résultats et les expériences des usager·ère·s du service et des professionnel·le·s de la santé;
- Diffusion rapide des enseignements tirés des revues d'incidents;
- Temps professionnel consacré à l'audit;
- Vérification continue du nombre de femmes qui s'inscrivent, des naissances, des résultats et des transferts;
- Présentation semestrielle de l'audit à l'ensemble du service de maternité.
- La MdN collecte des données conformément à ce qui est suggéré par les programmes nationaux, notamment en ce qui concerne l'amélioration de la santé publique et la réduction des inégalités en matière de santé :
 - Augmentation des naissances physiologiques;
 - Réduction des interventions non nécessaires (par exemple, les césariennes);

- k) Réduction de la morbidité maternelle et infantile (incluant les issues de santé physique et mentale);
- l) Amélioration de l'accès précoce aux soins;
- m) Augmentation de l'allaitement maternel;
- n) Arrêt du tabagisme, de l'abus d'alcool et de substances, amélioration de l'alimentation maternelle;
- o) Soutien des femmes en situation de vulnérabilité.

STANDARD 28

La maison de naissance a un système informatique efficace et sûr

La MdN dispose d'un système d'information conforme à la 'Réglementation européenne sur la protection et le stockage des données' qui assure :

- a) Une tenue de registre et un stockage des données rigoureux, actualisés et soumis à un contrôle régulier;
- b) Des systèmes d'information efficaces, des outils de collecte de données facilitant l'établissement de rapports, de contrôle des activités et des résultats;
- c) Les professionnels de la santé primaires et secondaires partagent les mêmes systèmes d'information;
- d) Une collecte électronique d'informations sur les activités et les résultats des soins;
- e) Un système permettant de signaler les incidents, de réaliser une enquête transparente et une résolution de tout incident;
- f) Les enregistrements électroniques sont accessibles à distance de la MdN avec des statistiques régulières mises à la disposition du public.

STANDARD 29

La maison de naissance prévoit des stratégies de communication et de promotion de la structure

- a) Promotion et liens avec la communauté par le biais de :
 - bulletins d'informations réguliers des sages-femmes rendant compte des activités, des résultats, des incidents, des histoires positives et célébrations des succès;
 - bulletins d'informations publics réguliers comprenant des informations sur les services disponibles sur la MdN, les histoires et expériences récentes.
- b) Informations et éducation des femmes par :
 - la possibilité de visites régulières;
 - l'utilisation des réseaux sociaux pour promouvoir la MdN;
 - des séances de préparation prénatales/postnatales
- c) Promotion de la MdN par :
 - des systèmes pour faciliter la connaissance par le "bouche à oreille" au sein de la population;
 - possibilités pour les familles de s'informer sur la MdN pendant la grossesse (par exemple en l'utilisant comme lieu de rencontre pour les groupes, les cours et les rendez-vous prénataux).
- d) La MdN doit avoir une stratégie de promotion de sa structure qui prend en compte les quatre étapes de la prise de décision - tel que l'AIDA (Awareness, Interest, Desire, Action), modèle de prise de décision incluant la sensibilisation, l'intérêt, le désir et l'action (Priyanka, 2013) - pour garantir que les choix des femmes locales soient soutenus.
- e) Les activités de collecte de fonds offrent des possibilités à la MdN de sensibiliser et d'impliquer la communauté dans ses activités, d'accroître la participation des usager-ère-s et les sages-femmes, de générer des revenus qui pourraient être utilisés à différentes fins, par exemple pour des événements, de la formation, des conférences, des équipements, etc.

REFERENCES

- AABC American Association of Birth Centres (2017) *Birth Center Standards*. [online] Available at: <https://www.birthcenters.org/page/Standards> [Accessed 1 June 2018].
- Ackerman, B., Cooke, P. and Hutcherson, A. (2009) *Standards for birth centres in England: a Standards document*. RCM, London.
- Alderwick, H., Jones, B., Charles, A. and Warburton, W. (2018) *Making the case for quality improvement. The King's Fund*. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-case-quality-improvement> (Accessed: 1 June 2018).
- Baby Friendly Initiative (2017) *Guide to the Baby Friendly Initiative Standards – Baby Friendly Initiative*. Available at: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/guidance-for-health-professionals/implementing-the-baby-friendly-standards/guide-to-the-baby-friendly-initiative-standards/> (Accessed: 9 June 2018).
- Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, C., Marlow, N., Miller, A., Newburn, M., Petrou, S., Puddicombe, D., Redshaw, M., Rowe, R., Sandall, J., Silvertown, L. and Stewart, M. (2011) Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, 343(nov23 4), pp.d7400-d7400.
- Bryers, H. M. and Van Teijlingen, E. (2010) Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, 26(5), pp.488-496.
- Coxon, K., Sandall, J. and Fulop, N. (2013) To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health, Risk & Society*, 16(1), pp.51-67.
- Davis Harte, J., Leap, N., Fenwick, J., Homer, C. and Foureur, M. (2014) Methodological insights from a study using video-ethnography to conduct interdisciplinary research in the study of birth unit design. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 8(1), pp.36-48.
- Davis-Floyd, R. (2001) The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, pp.S5-S23.
- Downe, S. (2010) *Towards salutogenic birth in the 21st century. Essential midwifery practice: intrapartum care*. Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd., pp.289-95.
- European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (2014) *Standards of Care for Women's Health in Europe*. EBCOG. Available at: <https://www.ebcog.org/single-post/2017/08/21/Standard-of-care-published> (Accessed: 1 June 2018).
- Hammond, A., Homer, C. and Foureur, M. (2017) Friendliness, functionality and freedom: design characteristics that support midwifery practice in the hospital setting. *Midwifery*, 50, pp.133-138.
- Healy M, Gillen P. (2016) *Planning birth in and admission to a midwife-led unit: development of a GAIN evidence-based guideline*. *Evidence Based Midwifery* 14(3): 82-86
- GAIN (RQIA, 2016) *Guideline for Admission to Midwife-Led Units in Northern Ireland & Northern Ireland Normal Labour & Birth Care Pathway*. RQIA: Belfast
- International Confederation of Midwives (2011) *ICM Position Statement. Midwifery: an autonomous profession*. Internationalmidwives.org. Available at: <https://internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-position-statements-general/> (Accessed: 1 June 2018).
- International Confederation of Midwives (2013) *ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*. Internationalmidwives.org. Available at: <https://internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-position-statements-general/> (Accessed: 1 June 2018).
- Jabbal, J. (2017) *Embedding a culture of quality improvement*. The King's Fund. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/embedding-culture-quality-improvement> (Accessed: 4 June 2018).
- Jenkinson, B., Josey, N. and Kruske, S. (2013) *BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design*. Queensland: Centre for Mothers & Babies, The University of Queensland.
- Jordan, B. and Davis-Floyd, R. (1993) *Birth in four cultures*. Prospect Heights, Ill.: Waveland Press.
- Kennedy, H. P., Cheyney, M., Dahlen, H. G., Downe, S., Foureur, M. J., Homer, C. S. E., Jefford, E. McFadden, A. Michel-Schuldt, M., Sandall, J., Soltani, H., Vedam, S. and Renfrew, M.J. (2018) Asking different questions: a call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*. 2018;1-10.
- Kirkham, M. (2010) *Sustained by joy: the potential of flow experience for midwives and mothers*. In *Sustainability, Midwifery and Birth*, pp. 105-118. Routledge.
- Kuruville, S., Bustreo, F., Kuo, T., Mishra, C.K., Taylor, K., Fogstad, H., Gupta, G.R., Gilmore, K., Temmerman, M., Thomas, J. and Rasanathan, K. (2016) *The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030): a roadmap based on evidence and country experience*. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(5), p.398.
- Macfarlane, A.J., Rocca-Ihenacho, L., Turner, L. and Roth, C.

- (2014a) Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England – 1: Methods and women's overall ratings of care. *Midwifery*, 30(9), pp.998-1008.
- Macfarlane, A. J., Rocca-Ihenacho, L. and Turner, L. R. (2014b) Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England: – 2: Specific aspects of care. *Midwifery*, 30(9), pp.1009-1020.
- MacFarlane, A. J., Blondel, B., Mohangoo, A. D., Cuttini, M., Nijhuis, J., Novak, Z., Ólafsdóttir, H. S. and Zeitlin, J. (2016) Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(4), pp.559-568.
- McCourt, C., Rance, S., Rayment, J. and Sandall, J. (2011) *Birthplace qualitative organisational case studies: how maternity care systems affect the provision of care in different settings*. Birthplace in England research programme. Final report part 6. London: NIHR Service Delivery and Organisation programme.
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. and Sandall, J. (2012) Organisational strategies and midwives' readiness to provide care for out of hospital births: An analysis from the Birthplace organisational case studies. *Midwifery* 28(5), pp.636-645.
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. and Sandall, J. (2014) *An ethnographic organisational study of alongside midwifery units: a follow-on study from the Birthplace in England programme*. Health Services and Delivery Research, 2(7).
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S. and Sandall, J. (2016) Place of birth and concepts of wellbeing: an analysis from two ethnographic studies of midwifery units in England. *Anthropology in Action*, 23(3), pp.17-29.
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C., Pileggi, V., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J., Vogel, J. and Althabe, F. (2016) Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), pp.2176-2192.
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence, (2007) *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during labour*. NICE Clinical Guideline No. 55. London: NICE; September 2007.
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence, (2014) *Intrapartum care for healthy women and babies*, Clinical guideline [CG190] Published date: December 2014 Last updated: February 2017. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190> (Accessed: 9 June 2018).
- Overgaard, C., Fenger-Grøn, M. and Sandall, J. (2012a) Freestanding midwifery units versus obstetric units: does the effect of place of birth differ with level of social disadvantage? *BMC Public Health*, 12(1), p.478.
- Overgaard, C., Fenger-Grøn, M. and Sandall, J. (2012b) The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Social Science & Medicine*, 74(7), pp.973-981.
- Rawal, P. (2013) AIDA Marketing communication model: stimulating a purchase decision in the minds of the consumers through a linear progression of steps. *International journal of multidisciplinary research in social & management sciences*, 1(1), pp.37-44.
- Rayment, J., McCourt, C., Rance, S. and Sandall, J. (2015) What makes alongside midwifery-led units work? Lessons from a national research project. *The Practising Midwife*, 18(6).
- Renfrew, M., McFadden, A., Bastos, M., Campbell, J., Channon, A., Cheung, N., Silva, D., Downe, S., Kennedy, H., Malata, A., McCormick, F., Wick, L. and Declercq, E. (2014) Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), pp.1129-1145.
- Rocca-Ihenacho, L. (2017) *An ethnographic study of the philosophy, culture and practice in an urban freestanding midwifery unit*. PhD Thesis. City, University of London.
- Rocca-Ihenacho, L., Newburn, M. and Byrom, S. (2017) The Midwifery Unit Network: creating a community of practice to enhance maternity services. *The Practising Midwife* 20(6):24-27.
- Ross S. and Naylor C. (2017) *Quality improvement in mental health*. London: The King's Fund. Available at: www.kingsfund.org.uk/publications/quality-improvement-mental-health (accessed: 1 June 2018).
- Rowe, R. and Birthplace in England Collaborative Group (2011) *Birthplace terms and definitions: consensus process*. Birthplace in England research programme. Final report part 2: NIHR Service Delivery and Organisation programme. Available at: <https://www.npeu.ox.ac.uk/birthplace> (Accessed: 6 June 2018).
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. and Devane, D. (2016) *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database of Systematic Reviews.

REFERENCES

- Scarf, V., Rossiter, C., Vedam, S., Dahlen, H., Ellwood, D., Forster, D., Foureur, M., McLachlan, H., Oats, J., Sibbritt, D., Thornton, C. and Homer, C. (2018) Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 62, pp.240-255.
- Schroeder L., Petrou S., Patel N., Hollowell J., Puddicombe D., Redshaw M., et al. (2011) *Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: individual level analysis. Birthplace in England research programme. Final report part 5.* NIHR Service Delivery and Organisation programme.
- UNFPA, ICM and WHO (2018) *State of the World's Midwifery 2014*. Available at: <https://www.unfpa.org/sowmy> (Accessed: 21 June 2018).
- Walsh, D. and Newburn, M. (2002) Towards a social model of childbirth. *British Journal of Midwifery*, 10, 9, pp. 540–544.
- Walsh, D. (2006a) Birth centres, community and social capital. *MIDIRS Midwifery Digest*, 16(1), pp.7-15.
- Walsh, D. (2006b) 'Nesting' and 'Matrescence' as distinctive features of a free-standing birth centre in the UK. *Midwifery*, 22(3), pp.228-239.
- Walsh, D. (2006c) Subverting the assembly-line: childbirth in a free-standing birth centre. *Social Science & Medicine*, 62(6), pp.1330-1340.
- Walsh, D., Spiby, H., Grigg, C. P., Dodwell, M., McCourt, C., Culley, L., Bishop, S., Wilkinson, J., Coleby, D., Pacanowski, L. and Thornton, J. (2018) Mapping midwifery and obstetric units in England. *Midwifery*, 56, pp.9-16
- White Ribbon Alliance (2012) *Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women*. Washington DC: White Ribbon Alliance; October 2011. Available from: http://whiteribbonalliance.org/wpcontent/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf (accessed: 1st June 2018).
- World Health Organization (2016a) *The global strategic directions for strengthening nursing and midwifery*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2016b) *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2018) *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

ANNEXE 1 – Méthodologie pour la création des Standards pour les maisons de naissance

L'élaboration de ces Standards a permis l'acquisition de connaissances provenant de deux sources clés :

A. Littérature de recherche publiée

Nous avons procédé à une revue systématique de la littérature qualitative relative aux maisons de naissance (indépendantes et attenantes).

Les publications ont été incluses si les recherches avaient fait l'objet d'un examen par des pairs, ou s'il s'agissait de thèses de doctorat non publiées. Par ailleurs, la littérature qualitative sur l'organisation, la gestion et l'expérience des maisons de naissance dans les pays à haut revenu a été incluse.

Cet examen a permis d'identifier 24 articles pertinents, un rapport et 3 thèses de doctorat (PhD).

Une métasynthèse de la littérature a été réalisée, identifiant et codant les thèmes se dégageant des conclusions des sections de toutes les études, en utilisant le logiciel NVivo. Ceci a généré une liste de 43 thèmes qui sont chacun apparus au moins une fois dans l'ensemble des données (un compte rendu complet des méthodes d'examen et des résultats seront présentés séparément).

B. Connaissances d'experts

1. Enquêtes Delphi

Un corpus d'experts de maisons de naissance a été invité à participer à deux enquêtes. Un appel a été lancé sur des forums pertinents et des invitations ciblées ont été envoyées à des experts de renom et à celles et ceux recommandés par les organisations professionnelles concernées afin de recueillir leurs avis.

Le statut d'expert a été défini comme ayant de l'expérience dans le développement (sages-femmes consultantes, gestionnaires, etc.), la gestion (sage-femme responsables, chefs d'équipe, etc.), l'évaluation (chercheurs, enseignants, etc.) ou travaillant dans le domaine clinique (minimum 2 ans d'expérience) dans les maisons de naissance. Le statut d'expert comprenait également des sages-femmes, des obstétriciens et des néonatalogues liés à une MdN et les professionnel-le-s de la santé. Certains des experts ont été inclus pour obtenir leur point de vue sur l'ensemble des questions internationales. Au total, 120 experts ont été invités à participer à la première enquête et 122 à la seconde.

L'enquête Delphi a comporté deux cycles, menés en ligne en utilisant le logiciel Qualtrics.

Le formulaire d'enquête initial était basé sur les Standards du RCM (2009), utilisant ainsi les connaissances d'origine des d'experts ayant étayé la production de ce document de Standards.

Quatre-vingt-dix-huit experts ont complété le premier document Delphi et 64 personnes ont répondu à l'enquête.

Pour la deuxième enquête Delphi, 64 personnes/experts ont complété l'enquête et 52 l'ont complété. Le taux de réponse global a été de 48 %.

Dans chaque cas, les participants ont été invités à évaluer chacun des Standards sur une échelle de type Likert de 1 à 5 (de "extrêmement important" à "pas important du tout") et à ajouter des réponses en texte libre ou des suggestions de nouveaux Standards sur tous les aspects du document. Les Standards ont ensuite été éliminés si 75 % ou plus des participants les ont notés entre 3 et 5 (moins important).

Après l'analyse et la synthèse avec d'autres sources de données (voir ci-dessous), un projet de document de Standards révisé a été fourni pour le deuxième tour de l'enquête. Soixante-quatre experts ont participé au deuxième panel du questionnaire Delphi en utilisant la même échelle que le premier questionnaire Delphi.

Là encore, les Standards à faible score ont été supprimés au même seuil.

2. Réunions des parties prenantes et groupes de discussion

L'enquête Delphi a été complétée par trois réunions de groupe des parties prenantes. La première a réuni 28 participants et s'est tenue à Londres le 8 juin 2017. La deuxième a eu lieu le 21 juin 2017 à Toronto, lors de la Conférence triennale de l'ICM. Les parties prenantes qui ont participé (environ 50 délégués à la conférence) ont formé des groupes de travail pour discuter des Standards RCM existants. En décembre 2017, les Standards ont été présentés et discutés lors de la troisième réunion des parties prenantes à Londres. Ce groupe d'experts (18 participants) se sont concentrés sur les questions clés découlant des Standards révisés nouvellement générés par l'Enquête Delphi premier tour (sous-représentés dans les Standards initiaux du RCM). Les notes de ces discussions ont été intégrées dans le processus d'analyse et le projet révisé.

3. Entretiens d'étude de cas avec les responsables sages-femmes du Birth Centre Beacon Site

Selon la revue de la littérature, le premier événement engageant la partie prenante et l'enquête Delphi, trois thèmes sont restés sous-investigués : établir des liens avec la communauté, travailler au-delà des frontières, et l'autonomie des femmes. Trois entretiens d'étude de cas ont été réalisés avec les professionnel-le-s du Midwifery Unit Network Birth Centre Beacon Sites : des sites très performants avec une expertise particulière dans ces trois domaines, afin d'obtenir plus de contenu. Ce nouveau contenu a été vérifié et noté pour consensus lors de la deuxième enquête Delphi (voir analyse).

Analyse

L'équipe du projet a rassemblé :

- Les Standards issus du document RCM 2009 (selon l'enquête Delphi, classement du premier tour)
- Des Standards et thèmes supplémentaires suggérés par l'enquête Delphi dans les commentaires en texte libre
- Les thèmes clés du premier focus sur les parties prenantes et discussions de groupe
- Les 43 thèmes générés par la métasynthèse
- Des contenus supplémentaires issus des entretiens conduits pour les études de cas

Ces sources de données ont ensuite été synthétisées à l'aide d'une approche systématique :

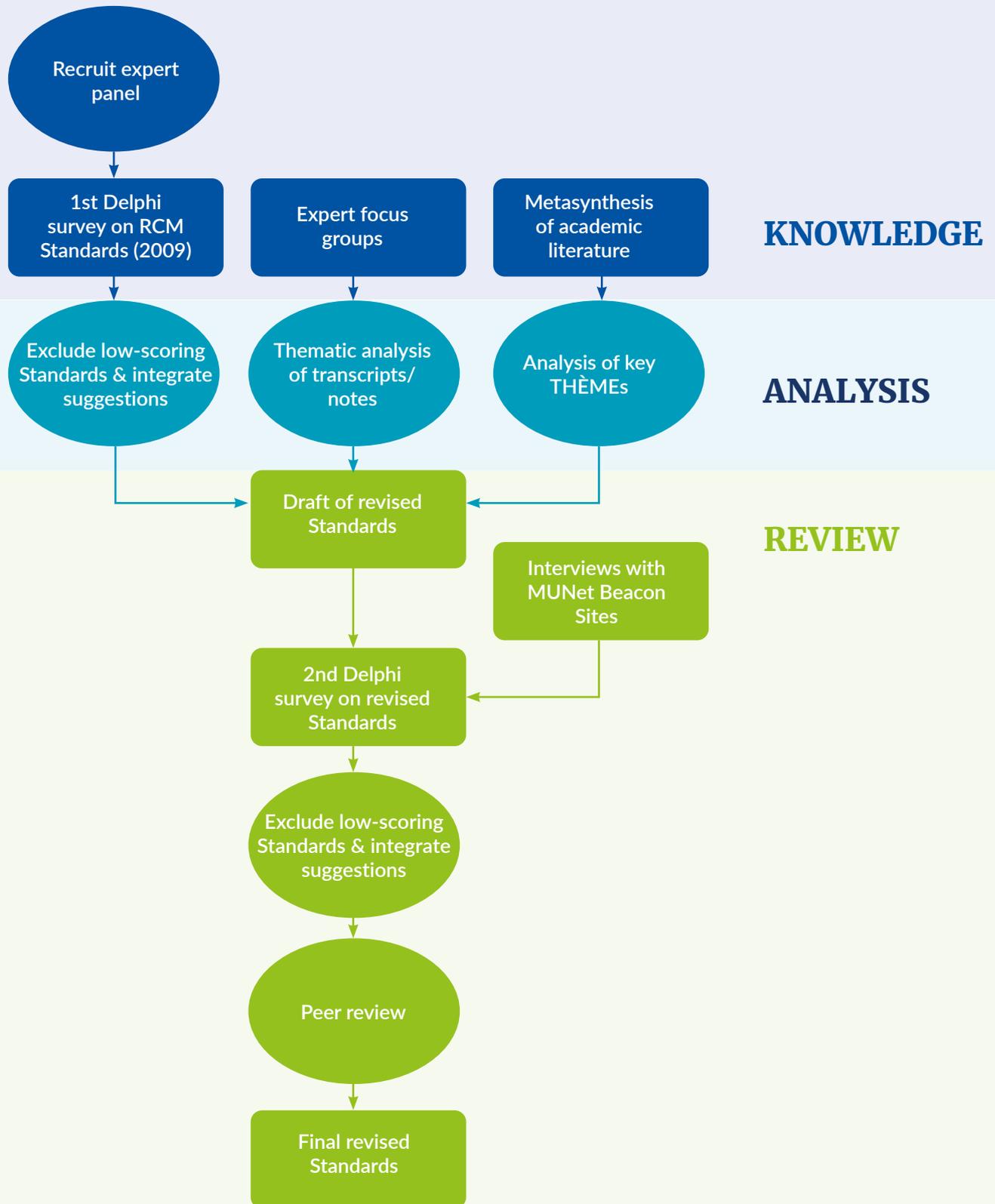
Chaque élément (c'est-à-dire le Standard ou le thème) a été écrit sur un papier séparé, les doublons ont été éliminés et des codes ont été ensuite regroupés sous des catégories émergentes et globales. L'objectif était de générer le plus petit nombre de catégories qui pourraient accueillir tous les codes.

Les catégories ont été affinées lors d'une réunion ultérieure et les dix derniers ont ensuite formé les thèmes révisés pour les nouveaux Standards. Celles-ci ont ensuite été testées dans le cadre de l'enquête Delphi Deuxième tour, en utilisant le processus de classement décrit ci-dessus.

Examen par les pairs

La version finale des Standards a été examinée par des pairs par 12 des experts européens interdisciplinaires (voir annexe).

Figure 1- Processus de création des Standards pour les maisons de naissance



ANNEXE 2 – Remerciements

Equipe de recherche

Lucia Rocca-Ihenacho	Mary Newburn
Juliet Rayment	Nathalie Leister
Laura Batinelli	Claire Biros
Ellen Thael	Deirdre Munro
Shujana Keraudren	Christine McCourt

Révision par les pairs

- 1) **Birte Harlev-Lam**, Clinical Director – Maternity and Children, NHS Improvement, England
- 2) **Catherine Williams**, Maternity Service User Representative, Reading Maternity Voices (MVP) and National Maternity Voices, England
- 3) **Claire de Labrusse**, Associate professor, Midwifery School, School of Health Sciences (HESAV), University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland (HES-SO), Switzerland
- 4) **Jessica Read**, Regional Maternity Lead for London, NHS England, England
- 5) **Johanne Dagustun**, Service User Representative, Greater Manchester and Eastern Cheshire, England
- 6) **Laura Iannuzzi**, Lead Midwife-Physiological Pregnancy Pathway and Margherita Birth Centre, Careggi University Hospital, Florence, Italy
- 7) **Maria Booker**, Programmes Director, Birthrights, England
- 8) **Mervi Jokinen**, President, European Midwives Association
- 9) **Pauline Cooke**, Consultant Midwife, Imperial College Healthcare NHS Trust, England
- 10) **Ramon Escuriet**, Divisió d'Innovació i Cartera de Serveis Sanitaris, Àrea d'Atenció Sanitària, Servei Català de la Salut, Spain
- 11) **Sandra Morano**, Professor of Obstetrics, Università degli Studi di Genova Facoltà di Medicina e Chirurgia, Italy
- 12) **Susan Bewley**, Professor of Women's Health, King's College London (academic obstetrician)

Traduction en français et contextualisation

Belgique : Charlotte Huset, sage-femme légiste CPVS de Bruxelles, CHU Saint-Pierre.

France : Julie Nouvion, co-présidente de l'association des usagers du CALM, maison de naissance parisienne.

Suisse : Emanuela Gerhard, sage-femme indépendante, MSc Midwifery, Co-Vice-Présidente de la Fédération Suisse des Sages-femmes (FSSF).

Coordination: Shujana Keraudren (UK), Sage-femme, Pre-doctoral fellow à City, University of London et Research Associate à MUNet.

Révision par les pairs de la version en français

Belgique :

Hélène Sinan (BE), Sage-femme indépendante.

Céleste Vincent (BE), Sage-femme, hôpital Saint-Pierre, Bruxelles.

Clémence Vital Durand (BE), Sage-femme, BSc, MSc.

Michèle Warnimont (BE), Sage-femme référente du Gîte de Naissance 'Le Cocon' au sein de l'Hôpital Erasme, Bruxelles.

France :

Anne Chantry (FR), Maître de conférences en maïeutique, Université Paris Cité.

Isabelle Chevalier (FR), Sage-femme coordinatrice et responsable médicale de la filière physiologique ANAE au sein de l'hôpital Simone Veil à Eaubonne (95).

Yasmine Gaborieau (FR), Sage-femme membre de l'ANSFL, France.

Adrien Gantois (FR), Président du Collège National des sages-femmes de France (CNSF), sage-femme libérale.

Sandrine Millones (FR), Sage-femme libérale, consultante en lactation IBCLC, doctorante en sciences de l'éducation et de la formation UPEC/LIRTES.

Suisse :

Claire de Labrusse (CH), Professeure associée HES, Doyenne Filière Sage- Femme, Haute Ecole de Santé, Vaud (HESAV).

Sarah Duflon (CH), cofondatrice de l'Association naît-sens, thérapeute de couple Imago, représentante des usagers-ères.

Contributions

Abigail Holmes	Helen ED Shallow	Mechthild M. Gross
Alison Searle	Irene Gonzalez Perez	Michele Warnimont
Allison Mascagni	Ivana Arena	Miranda Scanlon
Amanda Mansfield	Jackie Moulla	Natalie Sedlicka
Carmel Bradshaw	Jaki Lambert	Nicoletta Setola
Caroline Homer	Jacky Nizard	Pauline Cooke
Cate Langley	Jane Parker-Wisdom	Pearl Kowlessar-Manoo
Caterina Raniolo	Jane Sandall	Petra Ann Kovařčíková
Cath Reeves-Jones	Jennifer Stevens	Phyllis Winters
Catherine Williams	Jessica Read	Rachel Rowe
Cecilia Grigg	Jo Goss	Rachel Scanlan
Chantelle Winstanley	Jo Ryalls	Ramón Escuriet
Christine McCourt	Juan Soria	Rémi Béranger
Christine Saunders	Juliet Rayment	Richard Hallett
Claire Biros	Kate Brintworth	Rineke Schram
Claire de Labrusse	Kay Cassidy	Rosalie Wright
Cristina Alonso	Keith Brainin	Rosie Goode
Dawn Lewis	Kerstin Lelubre	Sandra Morano
Deb Jackson	Kirstie Coxon	Seána Talbot
Debbie Edwards	Laura Batinelli	Sharon Dickinson
Deirdre Munro	Laura Iannuzzi	Sheena Byrom
Denis Walsh	Louise Silverton	Shona Solly
Eilish Crowson	Louise Taylor	Shujana Keraudren
Elaine Frail	Lucia Rocca-Ihenacho	Soo Downe
Elizabeth Duff	Lucrezia D'Antuono	Stan Shaffer
Elizabeth Margaret	Lynn Bayes	Susan Bewley
Ellen Thael	Maggie Davies	Susan Crowther
Emma Spillane	Maria Healy	Susan Davies
Fiona Cullinane	Marie Lewis	Susan Stapleton
Francesca Sulli	Marieke Hermus	Tracey Cooper
Francisca Postigo Mota	Martin Nemrava	Vicki Grayson
Gill Walton	Mary Newburn	Wendy Cutchie
Graciela Etcheverry	Mary Turay-Olusile	

Birth Centre Beacon Sites

Lewisham and Greenwich NHS Trust: Lynn Bayes and Kerstin Lelubre

Sandwell and West Birmingham Hospitals NHS Trust: Kathryn Gutteridge

Lancashire Teaching Hospitals NHS Trust: Joanne Goss and Emma Ashton

Organisations des parties prenantes

RCM Royal College of Midwives (UK)

ICM International Confederation of Midwives

FNOPO Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica (Italy)

FAME Federacion de Asociaciones de Matronas de Espana (Spain)

APODAC Asociace pro Porodní Domy a Centra, (Czech Republic)

Contributeurs pendant le Congrès ICM

Nous aimerions remercier tous les participants ayant assisté au Midwifery Unit Standards stakeholder meeting le 1er juin 2017 au 31e Congrès de l'ICM à Toronto.

Expert contribution

Nicoletta Setola est co-auteure de la section 'Environnement et installations'. Nicoletta est architecte, PhD et professeure assistante dans le Département d'Architecture - TESIS Centre à l'Université de Florence, Italie.

Ce document présente une recherche indépendante financée par le National Institute for Health Research (NIHR).

Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne sont pas nécessairement celles du NHS, du NIHR ou du Département de la Santé.

© City, University of London, July 2018, Tous droits réservés.



www.midwiferyunitnetwork.org



@midwiferyunits



Midwifery Unit Network online community