


**Gesundheits-
und Fürsorgedirektion
des Kantons Bern**

**Direction de la santé
publique et de la
prévoyance sociale
du canton de Berne**

 Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion
Versorgungsplanung

Spitalamt

Office des hôpitaux

Rathausgasse 1
Case postale
3000 Berne 8
Tél. +41 31 633 79 65
Fax +41 31 633 79 67
www.gef.be.ch
info.spa@gef.be.ch



Soins périnataux gérés par les sages-femmes : rapport de synthèse du groupe de travail bicantonal sur les exigences et les critères d'inclusion et d'exclusion applicables aux maisons de naissance

Date 6 décembre 2018

Version 01

Sommaire

1	Introduction	1
1.1	Contexte	1
1.1.1	Canton de Berne.....	1
1.1.2	Canton de Zurich	2
1.2	Démarche commune des cantons de Berne et de Zurich	2
1.2.1	Création d'un groupe de travail bicantonal	2
1.2.2	Mission du groupe de travail bicantonal	2
1.2.3	Réunions, sujets traités et bases	3
1.3	Procédure de consultation	4
1.4	Rapport de synthèse sur les exigences et les critères d'inclusion et d'exclusion applicables aux maisons de naissance.....	4
1.5	Prochaines étapes.....	4
2	Inscription sur les listes des hôpitaux et signification	5
2.1	Bases de l'établissement des listes des hôpitaux	5
2.2	Octroi de mandats de prestations cantonaux sur les listes des hôpitaux.....	5
2.3	Contrôle des mandats de prestations cantonaux	5
3	Commentaires des résultats et indications pour le contrôle du respect des exigences par les autorités	7
3.1	Personnel des maisons de naissance.....	7
3.1.1	Exigences	7
3.1.2	Commentaires.....	7
3.1.3	Vérification des exigences	9
3.2	Infrastructure des maisons de naissance.....	9
3.2.1	Exigences	9
3.2.2	Commentaires.....	9
3.2.3	Vérification des exigences	10
3.3	Processus thérapeutiques	10
3.3.1	Exigences	10
3.3.2	Commentaires.....	11
3.3.3	Vérification des exigences	13
3.4	Critères pour une prise en charge en maison de naissance.....	13
3.4.1	Critères d'inclusion et d'exclusion	13
3.4.2	Commentaires.....	14
3.4.3	Vérification des critères d'inclusion et d'exclusion	15

4	Avis sur le rapport de travail	16
4.1	Synthèse	16
4.2	Nécessité de modifier ou non la proposition du groupe de travail	17
4.3	Exigences et critères d'inclusion et d'exclusion : propositions non prises en compte	17
 Annexe 1 : soins périnataux dans les maisons de naissance : exigences et critères		19
 Annexe 2 : composition du groupe de travail		23
 Bibliographie		25

Abréviations

AWMF : *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* (Allemagne)

BFH : Haute école spécialisée bernoise

CG : *Clinical Guideline (NICE)* (Royaume-Uni)

DGGG : *Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* (Allemagne)

FSSF : Fédération suisse des sages-femmes

GEB1.1.1 : Mandat de prestations Obstétrique spécialisée

GEB1.1 : Mandat de prestations Obstétrique

GEB1 : Mandat de prestations Soins de base en obstétrique

GEBH : Mandat de prestations Maisons de naissance

GesG : *Gesundheitsgesetz vom 2. April 2007* (canton de Zurich)

GPPH : Groupes de prestations pour la planification hospitalière

IGGH-CH® : Association suisse des maisons de naissance

LAMal : Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie

LSH : Loi du 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers (canton de Berne)

NICE : *National Institute for Health and Care Excellence* (Royaume-Uni)

NIH : *National Institutes of Health* (Royaume-Uni)

OAMal : Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie

OMS : Organisation mondiale de la Santé

OSH : Ordonnance du 23 octobre 2013 sur les soins hospitaliers (canton de Berne)

PN : Poids de naissance

QS : *Quality Standard (NICE)* (Royaume-Uni)

RCM : *The Royal College of Midwives* (Royaume-Uni)

SG : Semaine de grossesse

SGB : *Sozialgesetzbuch* (Allemagne)

SpFG : *Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz vom 2. Mai 2011* (canton de Zurich)

SSGO : gynécologie suisse / Société suisse de gynécologie et d'obstétrique

VBAC : *Vaginal Birth after Cesarean*

ZHAW : Haute école des sciences appliquées de Zurich

1 Introduction

1.1 Contexte

A l'échelle internationale, le modèle de soins périnataux gérés par les sages-femmes est considéré comme un élément innovant et s'inscrivant à part entière dans une stratégie de soins focalisée sur les processus physiologiques de la phase périnatale, la continuité de la prise en charge et les besoins des futures mères. Il répond aux priorités définies par le Conseil fédéral en matière de politique de santé (Santé2020, promouvoir une offre de soins moderne). Les cantons ne peuvent toutefois pas contraindre les hôpitaux à mettre ce modèle en place.

Ils ont pour tâche de planifier la prise en charge hospitalière, de définir sur cette base des mandats de prestations qui sont ensuite inscrits sur les listes cantonales des hôpitaux et de procéder à l'assurance-qualité externe. Dans ce cadre, ils peuvent promouvoir la mise en place de modèles hospitaliers de soins périnataux gérés par les sages-femmes, mais n'ont en règle générale que peu d'influence sur l'offre ambulatoire de cette catégorie de soins.

1.1.1 Canton de Berne

Le 14 mai 2013, la députée Natalie Imboden (Les Verts, Berne) a déposé une motion concernant les soins périnataux gérés par les sages-femmes dans le canton de Berne¹, que le Grand Conseil a adoptée sous forme de postulat en septembre 2013. Il a donc accueilli favorablement cette motion demandant que cette offre soit développée, non en lieu et place d'une prise en charge médicale, mais comme alternative. Sur la base d'un rapport d'expertise², quatre champs d'action ont été définis à l'attention des autorités³ :

- (1) la fixation de critères d'inclusion et d'exclusion pour la prise en charge périnatale gérée par les sages-femmes,
- (2) la définition d'une base de données standardisée pour la saisie et le monitoring des modèles de soins périnataux gérés par les sages-femmes,
- (3) le soutien et l'accompagnement de projets pilotes,
- (4) l'intensification de la diffusion d'informations dans le public en ce qui concerne les offres de soins périnataux gérés par les sages-femmes et le renforcement du soutien aux femmes enceintes.

Après la prise de connaissance de ces champs d'action par le Conseil-exécutif en décembre 2016, le Grand Conseil en a exigé la mise en œuvre lors de sa session de mars 2017⁴. Pour permettre une prise en charge à proximité du domicile durant la grossesse, l'accouchement et le suivi post-partum ainsi que pour combler les lacunes dans la couverture en soins, il a en outre demandé l'examen de nouveaux modèles de collaboration entre les soins périnataux gérés par les sages-femmes et l'obstétrique clinique.

¹ <https://www.gr.be.ch/etc/designs/gr/media.cdwsbinary.DOKUMENTE.acq/e814c1aa04f74a23a3719a85e3bb9c90-332/7/PDF/2013.RRGR.11062-Vorstossantwort-F-67548.pdf>

² https://www.gesundheit.bfh.ch/uploads/tx_frppublikationen/Grundlagenbericht_Berner_Fachhochschule_Fachbereich_Gesundheit.pdf (en allemand uniquement)

³ <https://www.rr.be.ch/etc/designs/gr/media.cdwsbinary.RRDOKUMENTE.acq/1d55e53768184a45bff1fcfd19a40bf8-332/7/PDF/2014.GEF.12068-Beilage-DF-120076.pdf> (en allemand uniquement)

⁴ <http://www.gr.be.ch/etc/designs/gr/media.cdwsbinary.DOKUMENTE.acq/dc39ab28ac1048daac4a0f8ba230729f-332/2/PDF/2017.RRGR.90-GR-Beschlussdokument-DF-145501.pdf> (en allemand uniquement)

1.1.2 Canton de Zurich

Le postulat déposé le 16 mars 2015 par Monika Wicki (PS, Zurich) concernant le développement des soins périnataux gérés par les sages-femmes⁵ a été transmis par le législatif à l'exécutif zurichois le 18 janvier 2016 pour rapport et propositions. Le gouvernement a été chargé d'examiner les possibilités visant à promouvoir ce type de soins dans le canton de Zurich en tant que modèle de prise en charge pour les soins prénataux, l'accouchement et le suivi post-partum. Le rapport répondant au postulat est actuellement dans les mains de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du canton de Zurich pour délibération.

Il ressort de ce rapport que la couverture en soins périnataux est bonne dans le canton de Zurich. Le degré de satisfaction des femmes est élevé. Ces dernières bénéficient actuellement d'une offre de soins périnataux de qualité et largement diversifiée dans les 14 hôpitaux et les deux maisons de naissance du canton. Elles peuvent également opter en tout temps pour un accouchement à domicile. Le modèle des soins périnataux gérés par les sages-femmes est proposé par deux hôpitaux de la liste et par deux maisons de naissance.

Le rapport renvoie en outre aux travaux en cours ainsi qu'aux propositions à élaborer en vue de continuer à améliorer l'offre au sein du groupe de travail bicantonal. Une fois ces propositions disponibles, la Direction de la santé se penchera sur la question de savoir s'il faut inciter les hôpitaux à compléter leurs prestations obstétriques par des soins périnataux gérés par les sages-femmes et, dans l'affirmative, par quelles mesures. Le gouvernement attend les résultats du groupe de travail pour actualiser les exigences issues du consensus entre sages-femmes et corps médical dans le domaine des soins périnataux en adaptant les groupes de prestations.

1.2 Démarche commune des cantons de Berne et de Zurich

Des interventions parlementaires visant le renforcement des soins périnataux gérés par les sages-femmes ont été adoptées dans les deux cantons, incitant ces derniers à adopter une démarche commune.

1.2.1 Création d'un groupe de travail bicantonal

Les deux cantons susmentionnés ont mis sur pied un groupe de travail interdisciplinaire réunissant des spécialistes de diverses organisations et lui ont confié l'élaboration de bases pour l'octroi de mandats de prestations cantonales aux maisons de naissance. A leur invitation, les organisations suivantes ont nommé des représentantes et représentants pour faire partie de ce groupe de travail :

- Association suisse des maisons de naissance (IGGH-CH®)
- Fédération suisse des sages-femmes (FSSF)
- Haute école des sciences appliquées de Zurich (ZHAW), Institut des sages-femmes
- Haute école spécialisée bernoise (BFH), Département Santé
- gynécologie suisse (société suisse de gynécologie et d'obstétrique, SSGO)

Des informations complémentaires relatives à la composition du groupe de travail figurent en annexe.

1.2.2 Mission du groupe de travail bicantonal

Le groupe de travail bicantonal a été chargé d'examiner en détail les exigences en vigueur ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion applicables à la consultation en matière de grossesse, à l'accouchement et au suivi post-partum en maison de naissance (voir champ

⁵ Postulat 91/2015. *Stärkung der hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Zürich.*
<https://www.kantonsrat.zh.ch/Geschaefte/Geschaefte.aspx?GeschaeftID=ec905048-a768-4769-8323-9e5b0006d1d5> (en allemand uniquement)

d'action 1 ci-avant). Les résultats fournis devaient être étayés scientifiquement et prendre en compte les expériences d'autres pays. Ils devaient en outre réunir le consensus le plus large possible à l'échelon national.

1.2.3 Réunions, sujets traités et bases

Entre septembre 2017 et mars 2018, le groupe de travail a tenu sept réunions d'environ trois heures chacune. Ces réunions ont été organisées, préparées et dirigées par la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (SAP) avec le soutien de la Direction de la santé du canton de Zurich. A cette occasion, les membres du groupe de travail ont contribué par leur expertise à la définition des exigences concernant les structures et les processus ainsi que des critères d'inclusion et d'exclusion.

Les sept réunions ont été consacrées aux sujets suivants (dans l'ordre chronologique, contenu résumé) :

- (1) Elaboration d'une base commune : introduction dans les listes des hôpitaux et leur signification
- (2) Définition d'exigences concernant les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les structures et les processus dans les maisons de naissance
- (3) Poursuite de la définition d'exigences
- (4) Comparaison des exigences définies avec les documents de base (voir bibliographie)
- (5) Poursuite de la comparaison
- (6) Consolidation des résultats
- (7) Poursuite de la consolidation

Les principaux documents utilisés par le groupe de travail pour définir et comparer les exigences sont les suivants :

- *Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD), Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV), Netzwerk der Geburtshäuser e.V. und GKV-Spitzenverband (2012) : Qualitätsvereinbarung zum Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung*
- *Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2012) : Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe – aus ärztlicher Sicht.* Version de 1999 remaniée en 2012. La durée de validité des recommandations est échuë.
- *Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2013) : Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung.* Le réexamen prévu en 2016 est en suspens.
- Direction de la santé du canton de Zurich (2017) : *Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen und Erläuterungen Akutsomatik*
- gynécologie suisse (SSGO), Société Suisse de Néonatalogie (SSN), Société Suisse de Pédiatrie (SSP), Société Suisse d'Anesthésiologie et de Réanimation (SSAR), Fédération suisse des sages-femmes (FSSF), *Swiss Association of Obstetric Anaesthesia (SAOA) (2016) : Les premiers soins néonataux – recommandations interdisciplinaires.* In : *Swiss Medical Forum – Forum Médical Suisse 2016 ;16(44) :938–942*
- Canton de Berne (2017) : Exigences et informations du canton de Berne concernant la classification GPPH-BE pour les soins aigus somatiques
- Fédération suisse des sages-femmes (2017) : Règlement relatif à la procédure de reconnaissance des institutions offrant des soins périnataux gérés par les sages-femmes en Suisse.
- Fédération suisse des sages-femmes (2017) : Thèmes pour la reconnaissance d'institutions offrant des soins périnataux gérés par des sages-femmes en Suisse

1.3 Procédure de consultation

Les résultats obtenus par le groupe de travail ont été consignés dans un rapport et soumis à la mi-mai 2018 aux organisations participantes pour consultation. De toute évidence, le rapport a également été transmis à des maisons de naissance.

Début août 2018, 18 avis écrits ont été remis à la SAP. Les onze organisations suivantes soutiennent le rapport de travail :

- le Comité central de la FSSF et huit de ses sections : section Valais romand, section Vaud-Neuchâtel-Jura, section Fribourg, section Berne, section Deux Bâle, section Suisse orientale, section Schwyz, section Suisse centrale,
- la ZHAW,
- la BFH.

En revanche, la section Maisons de naissance et la section Zurich de la FSSF ont formulé des critiques de principe par rapport à la proposition du groupe de travail, souhaitant un net assouplissement des exigences dans certains domaines (p. ex. évaluations cliniques, coopération et critères d'inclusion et d'exclusion). Selon l'IGGH-CH®, le rapport ne fait pas encore l'unanimité parmi les maisons de naissance. Ses critiques sont similaires à celles des trois maisons de naissance (maison de naissance Luna ; maison de naissance Delphys ; maison de naissance Zurich Oberland). Celles-ci se sont plaidé pour un rejet de la proposition du groupe de travail. Contrairement aux revendications de ces organisations, la SSGO prône un renforcement des critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que la définition de règles précises concernant les transferts.

1.4 Rapport de synthèse sur les exigences et les critères d'inclusion et d'exclusion applicables aux maisons de naissance

Les autorités entendent maintenir les exigences et les critères d'inclusion et d'exclusion définis consensuellement par le groupe de travail et exposés dans le rapport. La proposition ponctuellement modifiée ou précisée sur la base des avis a été présentée au groupe de travail le 7 novembre 2018. Par conséquent, le présent rapport de synthèse résulte d'un consensus au sein du groupe de travail.

Les propositions qui n'ont pas été intégrées dans la version actuelle sont indiquées séparément (voir point 4.3) en vue du développement futur des exigences et critères applicables aux maisons de naissance.

1.5 Prochaines étapes

Le rapport de synthèse sur les exigences et les critères d'inclusion et d'exclusion applicables aux maisons de naissance sera porté à la connaissance du directeur de la SAP et de celui de la santé du canton de Zurich. Ils décideront de la suite à lui donner, notamment en ce qui concerne l'entrée en vigueur de la nouvelle version des exigences liées aux mandats de prestations des maisons de naissance.

Par la suite, la SAP et la Direction de la santé du canton de Zurich discuteront des mesures à prendre pour renforcer les soins périnataux gérés par les sages-femmes. Ils tiendront compte à la fois de la politique de santé dans les deux cantons (voir points 1.1.1 et 1.1.2) ainsi que des suggestions des organisations ayant participé à la définition des exigences applicables aux maisons de naissance. La question de la poursuite d'une démarche commune sera examinée en temps voulu.

2 Inscription sur les listes des hôpitaux et signification

2.1 Bases de l'établissement des listes des hôpitaux

En réponse à l'obligation légale de coordonner la planification des soins et d'établir des listes des hôpitaux par catégorie de prestations (art. 39 LAMal et art. 58e OAMal), le canton de Berne et celui de Zurich ont largement développé la classification des groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH). Dans les faits, la classification GPPH en soins aigus somatiques (qui englobe les maisons de naissance) fait office de base nationale pour l'octroi des mandats de prestations cantonaux sur les listes des hôpitaux. La psychiatrie et la réadaptation continuent à faire l'objet de classifications GPPH différentes entre les deux cantons.

Sur la base de diagnostics et de traitements, la classification GPPH répartit en groupes de prestations l'ensemble des prestations médicales de soins aigus somatiques hospitaliers. Les soins aigus somatiques comprennent 25 domaines de prestations qui totalisent environ 140 groupes de prestations, dont quatre pour l'obstétrique :

- GEBH : Maisons de naissance (à partir de SG 37)
- GEB1 : Soins de base en obstétrique (à partir de SG 35 0/7 et PN \geq 2000 g)
- GEB1.1 : Obstétrique (à partir de SG 32 0/7 et PN \geq 1250 g)
- GEB1.1.1 : Obstétrique spécialisée

Chaque groupe de prestations est assorti d'exigences garantissant la qualité des prestations hospitalières. Les exigences générales (p. ex. la mise en œuvre d'un système d'assurance de la qualité ou la planification interdisciplinaire des sorties) s'appliquent à tous les groupes de prestations, autrement dit à un hôpital tout entier. D'autres exigences sont spécifiques aux groupes de prestations et concernent par exemple les qualifications du corps médical ou du personnel spécialisé ainsi que l'équipement de l'unité de soins intensifs. Les nombres minimaux de cas font également partie des exigences spécifiques aux groupes de prestations.

La planification des soins constitue l'instrument de planification central des soins hospitaliers au niveau cantonal. Elle définit la nature et le volume des prestations hospitalières nécessaires pour couvrir les besoins de la population d'un canton en soins aigus, en réadaptation et en psychiatrie. Ces prestations sont garanties à la population par le biais des mandats de prestations sur les listes des hôpitaux. Dans ce contexte, les cantons ne peuvent prévoir ni offre excédentaire ni offre insuffisante (art. 58a et 58b OAMal).

2.2 Octroi de mandats de prestations cantonaux sur les listes des hôpitaux

Les classifications GPPH (structure de la liste des hôpitaux) et la planification des soins (définition des besoins en prestations hospitalières en fonction de la démographie) servent par conséquent de base à l'établissement des listes des hôpitaux. S'appuyant sur la planification des soins, les cantons octroient aux hôpitaux des mandats de prestations spécifiques par site qui reflètent la structure des classifications GPPH et sont liés à des exigences.

Les hôpitaux auxquels ont été attribués un ou plusieurs mandats de prestations cantonaux sont inscrits sur la liste des hôpitaux. L'hôpital (ou la maison de naissance) qui y figure et a reçu un mandat de prestations cantonal est autorisé à facturer les prestations fournies à la charge de l'assurance-maladie obligatoire et est tenu de proposer ces prestations à la population du canton.

2.3 Contrôle des mandats de prestations cantonaux

L'assurance qualité externe des prestations hospitalières relève de la souveraineté des cantons, à l'instar de la planification et de l'octroi des mandats de prestations. En d'autres termes, il leur incombe de contrôler si les hôpitaux se conforment aux exigences liées aux

mandats de prestations. Les procédures de contrôle sont actuellement en cours de développement et de test.

Les cantons de Berne et de Zurich procèdent à ce contrôle au moment de l'octroi des mandats de prestations sur les listes des hôpitaux ainsi que par la suite. Bien que les procédures soient différentes, elles présentent une très large majorité de points identiques : les deux cantons vérifient si les traitements hospitaliers sont dispensés en conformité avec les mandats de prestations octroyés (« contrôle du mandat de prestations ») et si les exigences définies sont satisfaites (« contrôle des exigences »). Tous deux ont par ailleurs pris des mesures visant à surveiller la qualité du résultat et de l'indication (« contrôle de qualité »).

En cas de non-respect des contrats de prestations et des exigences qui vont de pair, les cantons de Berne et de Zurich peuvent sanctionner les hôpitaux. En fonction de la base légale et proportionnellement à la gravité du manquement, ils peuvent annuler un mandat de prestations (p. ex. en cas de non-satisfaction d'exigences précises), retirer un mandat de prestations (p. ex. lorsque les nombres minimaux de cas ne sont pas atteints), refuser un décompte de prestations (p. ex. lorsqu'il concerne un cas pour lequel l'hôpital n'a pas de mandat de prestations) ou encore prononcer une réserve.

3 Commentaires des résultats et indications pour le contrôle du respect des exigences par les autorités

Les résultats du groupe de travail sont présentés ci-après avec une description des exigences dont devrait être assorti le mandat de prestations Maison de naissance (GEBH). Les éléments principaux de ces exigences et les nouveautés par rapport à la version 2017 de la classification GPPH (mandat de prestations Maison de naissance) sont expliqués dans les commentaires. Des indications pour l'application des exigences figurent également.

Etant donné que les cantons sont tenus de contrôler les mandats de prestations et le respect des exigences, on trouvera également ci-dessous des précisions concernant cette mission, qui indiquent les preuves que les cantons pourraient exiger des hôpitaux. Les cantons de Berne et de Zurich disposent d'ores et déjà d'une base légale leur permettant d'obtenir les données nécessaires⁶.

3.1 Personnel des maisons de naissance

3.1.1 Exigences

Direction administrative

- Expérience de direction
- Connaissances en économie d'entreprise

Direction des soins : elle est confiée à une sage-femme en possession

- d'un master (ou équivalent),
- d'une autorisation d'exercer la profession.

Personnel requis pour les consultations en matière de grossesse, l'accouchement et le suivi post-partum : l'effectif dépend du nombre de naissances. Afin d'assurer une exploitation 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 conformément à la convention collective, une dotation minimale de 600% de postes est requise. Les autres exigences à remplir sont les suivantes :

- une sage-femme titulaire de l'autorisation d'exercer est joignable par téléphone 24 heures sur 24 en cas de besoin (service de piquet) et peut se rendre sur place en 30 minutes ;
- chaque naissance est supervisée par une sage-femme diplômée ;
- une sage-femme diplômée et une deuxième personne (sage-femme diplômée ou personne diplômée d'une autre profession de soins ou personne en 4^e année de bachelor de sage-femme [module complémentaire B]) doivent être sur place vers la fin de la phase d'expulsion.

3.1.2 Commentaires

La distinction opérée entre les qualifications concernant la direction administrative et la direction des soins souligne les différences entre les exigences liées à ces deux fonctions. La direction des soins dans les maisons de naissance requiert un master de sage-femme (ou un diplôme équivalent) ainsi qu'une autorisation d'exercer la profession de sage-femme. Le groupe de travail a en effet tablé sur l'hypothèse selon laquelle le nombre de titulaires d'un master de sage-femme sera suffisant à long terme. La direction administrative suppose une expérience de direction et des connaissances en économie d'entreprise adaptées au poste.

Les établissements ont la possibilité de mettre en place une direction administrative chapeautant plusieurs sites ou de confier la direction administrative et celle soins à une seule

⁶ Le contrôle de la qualité des prestations hospitalières fournies par les établissements répertoriés repose sur la LAMal (art. 39) et son ordonnance (art. 58b OAMal) ainsi que sur les législations cantonales. Dans le canton de Berne, il s'agit de la LSH (art. 127) et de son ordonnance (art. 48 OSH) et, dans le canton de Zurich, de la GesG (art. 37) ainsi que de la SpFG (art. 17, 24 et 25).

et même personne. Lorsque qu'ils optent pour cette deuxième solution, la personne occupant cette fonction doit remplir l'intégralité des exigences des deux profils (y compris master de sage-femme ou équivalent et autorisation d'exercer).

Les exigences relatives au personnel en matière de prise en charge pendant la grossesse, d'accouchement, de suivi post-partum et d'allaitement sont définies sur la base du modèle d'une maison de naissance fonctionnant 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Elles fixent des standards minimums quantitatifs et qualitatifs en fonction du nombre de femmes prises en charge : plus ce dernier est élevé, plus les effectifs doivent être nombreux et qualifiés.

L'autorisation d'exercer la profession joue un rôle prépondérant en ce qui concerne la garantie d'expérience de l'équipe de sages-femmes. Bien que son octroi incombe aux cantons, la pratique semble largement harmonisée. Pour obtenir l'autorisation, il faut être titulaire d'un diplôme de sage-femme reconnu et justifier d'avoir exercé la profession sous la surveillance d'une professionnelle ou d'un professionnel pendant au moins deux ans après l'obtention du diplôme. L'autorisation d'exercer la profession habilite les sages-femmes à pratiquer leur activité sous leur propre responsabilité dans un cabinet, un hôpital ou une maison de naissance. Celles ne disposant pas d'une autorisation d'exercer la profession ne peuvent pratiquer que sous la surveillance d'une sage-femme qui en est titulaire.

Le groupe de travail considère que l'autorisation d'exercer la profession constitue une exigence minimale adéquate pour la direction des soins en maison de naissance (voir ci-dessus). Par ailleurs, une sage-femme titulaire d'une autorisation d'exercer la profession doit être joignable par téléphone 24 heures sur 24 en cas de besoin (service de piquet) et pouvoir se rendre sur place en 30 minutes. Enfin, une sage-femme diplômée et une deuxième personne (sage-femme diplômée ou personne diplômée d'une autre profession de soins ou personne en 4^e année de bachelor de sage-femme [module complémentaire B]) doivent être sur place vers la fin de la phase d'expulsion.

Les exigences visées au point 3.1.1 sont conformes aux normes et directives internationales applicables aux maisons de naissance et aux sages-femmes indépendantes, même si ces normes et directives reflètent parfois des situations spécifiques aux pays et d'autres conditions générales particulières. Ainsi, la *Qualitätsvereinbarung* allemande⁷ et les standards de l'*American Association of Birth Centers*⁸ opèrent également une distinction entre direction administrative et direction des soins. Les diplômes et les équivalents de l'autorisation d'exercer la profession (dont la dénomination diffère d'un pays à l'autre, p. ex. accréditation ou certification) occupent une place essentielle dans les normes et directives consultées⁹, de même que les exigences minimales qualitatives et quantitatives en matière de personnel. Cela étant, le degré de différenciation et de concrétisation de ces exigences est très dissemblable d'une réglementation à l'autre.

Les nouveautés introduites par rapport à la version 2017 de la classification GPPH en ce qui concerne les exigences applicables aux maisons de naissance portent sur la direction administrative et la direction des soins, ainsi que sur la place prépondérante de l'autorisation d'exercer la profession pour la direction des soins des maisons de naissance et pour la prise en charge des accouchements. Les autres exigences concernant le personnel sont maintenues à un niveau analogue.

⁷ *Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD), Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV), Netzwerk der Geburtshäuser e.V. und GKV-Spitzenverband (2012) : Qualitätsvereinbarung zum Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung*

⁸ *American Association of Birth Centers (2017) : Standards for Birth Centers*

⁹ Voir les documents mentionnés dans les notes de bas de page 7 et 8 ainsi que :

- *American College of Nurse-Midwives (2012) : Core Competencies for Basic Midwifery Practice*

- Haute Autorité de santé (2014) : Cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance

- *The Royal College of Midwives (2016) : The RCM standards for midwifery services in the UK*

Le degré de différenciation et de concrétisation des exigences en matière de personnel des maisons de naissance est plus proche de celui en vigueur dans les autres groupes de prestations pour la planification hospitalière. Ainsi la classification GPPH bernoise exige également une direction des soins non médicale en psychiatrie et en réadaptation. Les exigences envers le corps médical solidement établies dans tous les groupes de prestations de la classification GPPH en soins aigus somatiques ont été transposées dans le domaine des maisons de naissance, où la responsabilité des soins incombe aux sages-femmes.

3.1.3 Vérification des exigences

Pour vérifier le respect des exigences concernant les fonctions de direction, les autorités peuvent exiger des maisons de naissance qu'elles produisent des descriptions de fonction ou de poste des personnes concernées. Elles sont en droit de demander d'autres documents et renseignements portant sur la réglementation des responsabilités lorsque la direction administrative chapeaute plusieurs sites ou que la compétence de direction est partagée (la direction administrative et la direction des soins sont assurées par deux personnes distinctes). La vérification des qualifications professionnelles doit également tenir compte de manière adéquate de la disponibilité des spécialistes requis.

La garantie de l'exploitation 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 conformément à la convention collective est contrôlée par le biais des plans des postes et de travail des établissements. Dans ce contexte, on tiendra compte au moment du contrôle du nombre de femmes annoncées pour un accouchement, ce qui permet d'assouplir la dotation en personnel durant les périodes sans annonce et lors de l'ouverture d'un nouvel établissement.

Pour vérifier les qualifications du personnel, les autorités peuvent demander des curriculums vitæ, des copies de diplôme ou des justificatifs de participation à des cours de perfectionnement. Elles peuvent également consulter des registres professionnels.

3.2 Infrastructure des maisons de naissance

3.2.1 Exigences

La maison de naissance doit permettre d'effectuer des examens, d'organiser des entretiens, de pratiquer les accouchements et, le cas échéant, d'assurer le suivi post-partum en toute intimité. Les besoins en locaux dépendent du nombre de naissances par année.

L'équipement doit permettre de garantir le bon déroulement des accouchements sans complication et d'assurer la prise en charge de la mère et de l'enfant en cas de complications imprévues pendant et après la naissance, en attendant l'arrivée du médecin ou le transfert en clinique.

La maison de naissance garantit à la mère et à l'enfant l'accès nécessaire aux médicaments en cas de besoin.

3.2.2 Commentaires

Comparativement, les exigences en matière d'infrastructure sont peu différenciées et peu concrétisées. Le groupe de travail propose donc une brève description fonctionnelle, selon laquelle l'infrastructure est réputée adéquate si elle garantit une prise en charge sûre tant dans le cadre des accouchements sans complication qu'en cas de complications, transferts et urgences compris. Il est renoncé à une liste (exhaustive) des locaux, des (principaux) équipements et appareils médicaux ainsi que des médicaments nécessaires.

En renonçant aux listes, le degré de différenciation et de concrétisation des exigences en matière d'infrastructure des maisons de naissance peut être rapproché de celui en vigueur dans les autres groupes de prestations des classifications GPPH. La classification GPPH en soins aigus somatiques du canton de Zurich et les classifications GPPH en soins aigus somatiques, en réadaptation et en psychiatrie du canton de Berne ne comportent aucune liste de locaux, d'équipements et d'appareils médicaux ou encore de médicaments, pas plus que

les standards de la *Joint Commission International*¹⁰ ou ceux de l'*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*¹¹. En règle générale, ces exigences, de même que les normes applicables aux établissements offrant des soins périnataux (gérés par des sages-femmes), sont définies dans une optique fonctionnelle, à l'instar des standards de l'OMS¹², de la *Qualitätsvereinbarung für Hebammengeleitete Einrichtungen*¹³ (Allemagne), des standards du *Royal College of Midwives*¹⁴ (Royaume-Uni), des exigences relatives à la création de maisons de naissance dans le cadre d'expérimentations de la Haute Autorité de santé¹⁵ (France) ou encore des standards de l'*American Association of Birth Centers*¹⁶. Ainsi, la description fonctionnelle des exigences concernant l'infrastructure des maisons de naissance est tout à fait compatible avec la pratique suisse et étrangère.

3.2.3 Vérification des exigences

Pour évaluer l'adéquation de l'infrastructure des maisons de naissance, les autorités peuvent procéder par étapes en cas de besoin, par exemple en mandatant des spécialistes pour inspecter les locaux et en consultant les listes, les plans de contrôle et les programmes de maintenance. Elles peuvent également interroger les parties prenantes (patientes, personnel, partenaires) et consulter les rapports de cas ou d'incidents critiques.

3.3 Processus thérapeutiques

3.3.1 Exigences

Contrôle de grossesse

- Avant l'accouchement, au moins un contrôle de grossesse est réalisé par une sage-femme diplômée.
- Ce contrôle doit être fixé suffisamment tôt pour procéder en détail aux clarifications requises, prendre les résultats en compte afin de planifier l'accouchement (évaluation clinique) et les discuter avec la femme enceinte (entretien explicatif).

Evaluation clinique (anciennement anamnèse)

- L'état de santé de la mère et de l'enfant est examiné lors de l'admission et durant la prise en charge. Les risques généraux et ceux liés à l'accouchement ainsi qu'au post-partum sont identifiés et systématiquement évalués. Si nécessaire, des mesures diagnostiques supplémentaires sont prises et il est fait appel à l'appréciation d'une ou d'un médecin spécialiste.

¹⁰ *Joint Commission International (2013) : Accreditation Standards for Hospitals*

¹¹ *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2017) : National Safety and Quality Health Service Standards*. Deuxième édition

¹² Organisation mondiale de la Santé (2016) : Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé

¹³ *Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD), Deutscher Hebammenverband e.V. (DhV), Netzwerk der Geburtshäuser e.V. und GKV-Spitzenverband (2012) : Qualitätsvereinbarung zum Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung*
Ce document contient une brève description fonctionnelle complétée par des listes détaillées de locaux, d'appareils et de médicaments.

¹⁴ *The Royal College of Midwives (2016) : The RCM standards for midwifery services in the UK*

¹⁵ Haute Autorité de santé (2014) : Cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance

¹⁶ *American Association of Birth Centers (2017) : Standards for Birth Centers*

Comparativement, la description fonctionnelle des standards relatifs aux locaux, appareils et équipements médicaux et médicaments est plus détaillée.

- En règle générale, le suivi comprend au moins une échographie détaillée. Si le terme est dépassé, une échographie supplémentaire est en principe effectuée (voir les directives en la matière).
- La maison de naissance définit en colloque d'équipe les mesures requises en vue de protéger la santé de la mère et de l'enfant, en prenant en considération les informations provenant de l'appréciation médicale.
- La maison de naissance établit par écrit les principes de l'évaluation clinique.
- L'hôpital avec lequel la maison de naissance collabore est informé des principes de l'évaluation clinique (voir rubrique Coopération).

Entretien explicatif

- Au cours de cet entretien, les possibilités et les limites de la maison de naissance sont exposées, les risques spécifiques encourus par la mère et par l'enfant sur le plan médical sont signalés et la procédure en cas de complications ou d'urgence est présentée.
- La maison de naissance remet une convention type écrite.
- La femme enceinte confirme par écrit avoir pris part à l'entretien explicatif et reçu la convention type.

Plan de prise en charge des urgences et de transfert

- La maison de naissance garantit pour chaque naissance qu'en cas de besoin, le transfert de la mère ou de l'enfant puisse être effectué dans les plus brefs délais vers un hôpital disposant d'un mandat en obstétrique (GEB1) ou en néonatalogie (NEO1).
- La maison de naissance dispose d'un plan écrit de prise en charge des urgences et de transfert, qui fait partie du contrat de coopération (voir ci-après).

Coopération

- La maison de naissance collabore avec les structures sanitaires en amont et en aval (p. ex. laboratoires, pharmacies, gynécologues, pédiatres et spécialistes en néonatalogie).
- La coopération est réglée contractuellement avec les partenaires suivants :
 - o service de transport pour les transferts (en particulier en cas de complications ou d'urgence),
 - o hôpital répertorié disposant d'un mandat en obstétrique pour l'admission de la mère et de l'enfant en cas de complications ou d'urgence.
- Le contrat de coopération règle notamment
 - o les prestations d'obstétrique, les autres prestations médicales, la disponibilité et les responsabilités,
 - o la procédure en cas de terme dépassé,
 - o la procédure en cas de transfert (modalités de transfert),
 - o la procédure en cas d'infection aux streptocoques et d'hypoglycémie néonatale,
 - o la documentation, l'entretien informatif,
 - o l'entretien annuel portant notamment sur les transferts et les incidents critiques.

Perfectionnement

- Les sages-femmes suivent tous les deux ans des cours de formation continue sur la réanimation des nouveau-nés et des adultes ;
- Les procédures en cas d'urgence et de transfert sont régulièrement vérifiées et testées.

3.3.2 Commentaires

Le groupe de travail considère l'évaluation clinique systématique (anciennement anamnèse) capitale en ce qui concerne la sécurité de l'accouchement pour la mère et l'enfant. Une telle évaluation vise à identifier précocement les risques médicaux pour la mère et l'enfant et à

définir des mesures propres à minimiser ces risques (p. ex. planification du lieu de l'accouchement ou d'un transfert de la maison de naissance dans un hôpital avec lequel la maison de naissance collabore). Les maisons de naissance sont donc tenues de procéder à une analyse complète de la situation qui intègre à la fois les résultats de l'évaluation clinique individuelle et les spécificités de la maison de naissance, comme la distance jusqu'à l'hôpital ou les contrats de coopération avec les services de transport et les hôpitaux. Les maisons de naissance doivent par ailleurs consigner par écrit les principes régissant les évaluations cliniques et informer l'hôpital avec lequel elles collaborent. Ces principes incluent les éléments de l'évaluation clinique ainsi que la procédure appliquée en présence d'anomalies.

Le groupe de travail estime qu'une bonne collaboration avec les structures sanitaires en amont et en aval est également centrale pour garantir la sécurité de la mère et de l'enfant. Les maisons de naissance, les services de sauvetage et les hôpitaux sont invités à élaborer en commun des mesures contraignantes pour éviter les risques au niveau des interfaces et garantir la sécurité de la mère et de l'enfant. Les maisons de naissance doivent par conséquent conclure des contrats de coopération avec des services de transport et des hôpitaux et définir les modalités de transfert.

D'autres éléments sont déterminants pour assurer la sécurité de la mère et de l'enfant, parmi lesquels des prescriptions relatives aux contrôles de grossesse et aux échographies ainsi que l'obligation d'organiser un transfert immédiat en cas de besoin. La mise en place de colloques de sages-femmes sur le modèle des *tumor boards* ou d'autres réunions multidisciplinaires garantit que les décisions difficiles sont prises sur la base d'une expérience plus large. Grâce à l'obligation de perfectionnement, les réanimations sont pratiquées régulièrement et les procédures d'urgence et de transfert sont testées et vérifiées périodiquement.

De l'avis du groupe de travail, les échographies sont indispensables, mais doivent respecter le droit d'autodétermination de la femme enceinte. Ses membres s'accordent sur le fait que les exigences relatives aux échographies doivent être alignées sur des directives reconnues qui, bien que différant par certains aspects temporels, fournissent des informations solides concernant le moment indiqué pour ces examens et leur but¹⁷. En formulant ouvertement de telles exigences, il est tenu compte des impératifs et le droit d'autodétermination de la femme enceinte est préservé.

Selon le groupe de travail, certains aspects légaux revêtent une telle importance qu'ils ont fait l'objet d'exigences concrètes en plus d'être inscrits dans la législation. L'entretien explicatif, la remise d'une convention type et le consentement écrit des femmes enceintes garantissent que ces dernières ont été suffisamment informées et que leur accord est juridiquement valable. Les autorités souhaitent que les principes régissant l'entretien explicatif et la déclaration de consentement soient élaborés en collaboration avec l'Organisation suisse des patients (OSP).

Les processus ont été complétés par rapport à la version 2017 des exigences concernant la classification GPPH à l'intention des maisons de naissance : certains éléments sont nouveaux (p. ex. l'évaluation clinique) et d'autres ont été renforcés (p. ex. les coopérations). Cela apporte un meilleur alignement avec les exigences relatives aux autres groupes de prestations de la classification GPPH.

La focalisation sur les processus thérapeutiques et leur différenciation sont en conformité avec les normes générales appliquées à l'étranger¹⁸, les standards concernant les

¹⁷ On peut le constater p. ex. à la lecture des directives et des recommandations sur la procédure en cas de dépassement du terme. Voir à ce propos l'article de Loytved Christine, Roth Christina, Hoffmann Katja (2015), qui expose les directives de la DGGG et du *Deutscher Hebammenverband*, ou encore la comparaison entre les directives du NICE et celles de la DGGG dans *Deutscher Hebammenverband (2012)*, page 20.

¹⁸ Voir notes 10 à 12

établissements offrant des soins périnataux gérés par des sages-femmes¹⁹ ainsi que les directives et les normes de qualité du *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*²⁰.

3.3.3 Vérification des exigences

Pour contrôler le respect des exigences relatives aux processus, les autorités peuvent demander différents justificatifs, notamment les principes régissant les évaluations cliniques, les plans de prise en charge des urgences et de transfert, les contrats de coopération et la convention type.

Les autorités se réservent le droit de procéder à d'autres contrôles en cas de besoin. Pour vérifier si les processus indiqués sont quotidiennement appliqués par la maison de naissance, elles peuvent exiger de consulter les documents relatifs aux colloques de sages-femmes, aux formations ou à l'échange annuel avec les partenaires. Elles sont également en droit de demander des compléments d'information. En ce qui concerne le respect des procédures (contrôles de grossesse, échographies et entretiens explicatifs), elles peuvent demander à consulter des dossiers médicaux.

3.4 Critères pour une prise en charge en maison de naissance

3.4.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion

- Accouchement
 - o Grossesse sans problème
 - o Accouchement prévu entre la SG ≥ 37.0 et la SG ≤ 42.0
 - o Fœtus unique en position céphalique
 - o Si l'accouchement est prévu pour la SG ≥ 41.0 , une consultation est organisée au préalable avec la ou le spécialiste ou avec l'hôpital. En règle générale, une échographie est effectuée (voir les directives en la matière ainsi que la rubrique dédiée à l'évaluation clinique).
- Suivi post-partum
 - o Nouveau-né en bonne santé
 - o Poids si possible supérieur à 2 kg
 - o Suivi post-partum après hospitalisation en soins aigus : transfert d'entente avec l'hôpital

Critères d'inclusion relatifs

Selon le résultat de l'évaluation clinique, l'admission est possible en cas de :

¹⁹ Voir notes 13 et 14 ainsi que *American College of Nurse-Midwives (2011) : Standards for the Practice of Midwifery*

²⁰ Voir

National Institute for Health and Care Excellence (2008) : Antenatal care for uncomplicated pregnancies. Clinical guideline (CG62). Dernière mise à jour : janvier 2017

National Institute for Health and Care Excellence (2012) : Antenatal care. NICE quality standard (QS22). Dernière mise à jour : avril 2016

National Institute for Health and Care Excellence (2013) : Postnatal care. NICE quality standard (QS37). Dernière mise à jour : juin 2015

National Institute for Health and Care Excellence (décembre 2014) : Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline (CG190). Dernière mise à jour : février 2017

- status après opérations transmurales (y compris césarienne),
- maladies en général.

Critères d'exclusion

- Accouchement prévu avant la SG 37.0 ou après la SG 42.0
- Position défavorable du fœtus
- Grossesse multiple
- Placenta prævia

3.4.2 Commentaires

Les critères d'inclusion et d'exclusion proposés décrivent pour l'essentiel les conditions dans lesquelles un accouchement physiologique à faible risque ainsi qu'un suivi post-partum sans complications sont probables. De ce fait, les femmes enceintes présentant de faibles risques de complications peuvent choisir d'accoucher en milieu hospitalier ou non, autrement dit opter pour une maison de naissance ou une clinique.

Les critères d'inclusion et d'exclusion n'ont pas de valeur propre. Ils doivent être appliqués en combinaison avec des processus thérapeutiques (notamment contrôles de grossesse, évaluations cliniques, plans de prise en charge des urgences et de transfert). Ils constituent le cadre permettant aux maisons de naissance d'accueillir, selon le résultat de l'évaluation clinique, des femmes enceintes ayant subi des opérations transmurales (p. ex. une césarienne) ou atteintes de maladies en général. La version 2017 de la classification GPPH excluait d'emblée cette possibilité, mais la règle était controversée²¹.

Comme dans le cas des processus thérapeutiques, le groupe de travail est d'avis que la qualité de la collaboration avec les médecins spécialistes et les hôpitaux est primordiale en ce qui concerne l'application des critères d'inclusion (relatifs). L'approche multiprofessionnelle permet de prendre des décisions difficiles sur une base d'expérience plus large. En outre, les femmes enceintes bénéficient d'une position plus forte si elles s'informent sur les différents traitements envisageables et peuvent participer aux décisions.

Les critères d'inclusion relatifs et les critères d'exclusion sont moins stricts que dans la version 2017 de la classification GPPH. Si cet assouplissement a été possible, c'est parce que le niveau de qualification du personnel et des exigences relatives aux processus thérapeutiques a été relevé. Cela étant, les similitudes dominent, puisque dans les deux versions, l'admission dans une maison de naissance exige un déroulement physiologique de la grossesse, un accouchement probablement physiologique entre la 37^e et la 41^e semaine de grossesse ainsi que la présence d'un fœtus unique en position normale.

Le groupe de travail a fixé les critères d'inclusion et d'exclusion conformément à la pratique établie et à des directives et normes reconnues²². L'accouchement par voies basses en

²¹ Voir gynécologie suisse (2013), canton de Zurich (2015), Association suisse des maisons de naissance et Fédération suisse des sages-femmes (2013) ainsi que Terra Alta (2016)

²² En complément aux directives et normes des notes de bas de page 19 et 20 :

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2014) : Leitlinie Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung. Première version de 2010 remaniée en 2014. Le réexamen prévu en 2017 est en suspens

gynécologie suisse (2015) : Guideline Césarienne

gynécologie suisse (SSGO), Société Suisse de Néonatalogie (SSN), Société Suisse de Pédiatrie (SSP), Société Suisse d'Anesthésiologie et de Réanimation (SSAR), Fédération suisse des sages-femmes (FSSF), *Swiss Association of Obstetric Anaesthesia (SAOA)* (2016) : Les premiers soins néonataux – recommandations interdisciplinaires. In : *Swiss Medical Forum – Forum Médical Suisse* 2016 ;16(44) :938–942

maison de naissance avec antécédent de césarienne n'est pas exclu d'emblée pour des raisons de sécurité. Les femmes dans cette situation peuvent désormais elles aussi choisir le lieu de l'accouchement pour autant qu'elles aient reçu toutes les informations nécessaires.

Les réglementations en vigueur aux Etats-Unis, au Royaume-Uni, en Australie ainsi qu'en Allemagne et en France ne restreignent en principe pas les possibilités de choix concernant le lieu de l'accouchement pour les femmes enceintes avec antécédent de césarienne. Cette démarche repose sur un rapport reconnu publié par un groupe d'experts indépendants en 2010²³ ainsi que sur une déclaration de consensus relative à l'accouchement par voies basses avec antécédent de césarienne du *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, du *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, de l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* et du *National Institutes of Health (NIH)*²⁴.

3.4.3 Vérification des critères d'inclusion et d'exclusion

La statistique médicale permet aux autorités de vérifier le respect des critères d'inclusion et d'exclusion. L'analyse repose sur des chiffres agrégés.

Elles peuvent demander une analyse plus détaillée et ordonner un contrôle approfondi (consultation des dossiers médicaux) si elles constatent par exemple une accumulation de cas non conformes.

A noter en complément que dans l'espace germanophone, deux directives consacrées aux accouchements par césarienne sont en cours d'élaboration (site internet de l'*Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF*).

²³ *National Institutes of Health (2010) : NIH Consensus Development Conference Statement on Vaginal Birth After Cesarean : New Insights*. Extrait :

Given the available evidence, trial of labor is a reasonable option for many pregnant women with one prior low transverse uterine incision. The data reviewed in this report show that both trial of labor and elective repeat cesarean delivery for a pregnant woman with one prior transverse uterine incision have important risks and benefits and that these risks and benefits differ for the woman and her fetus. This poses a profound ethical dilemma for the woman, as well as her caregivers, because benefit for the woman may come at the price of increased risk for the fetus and vice versa.

One of the panel's major goals is to support pregnant women with one prior transverse uterine incision to make informed decisions about trial of labor compared with elective repeat cesarean delivery. (...) Information, including risk assessment, should be shared with the woman at a level and pace that she can understand. When trial of labor and elective repeat cesarean delivery are medically equivalent options, a shared decisionmaking process should be adopted and, whenever possible, the woman's preference should be honored.

²⁴ Voir site internet du *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg45/>) :

Planned vaginal birth after cesarean (VBAC) is a clinically safe choice for the majority of women with a single previous lower segment caesarean delivery. Such a strategy is also supported by health economic modelling and would also at least limit any escalation of the caesarean delivery rate and maternal morbidity associated with multiple caesarean deliveries.

4 Avis sur le rapport de travail

4.1 Synthèse

Au total, 18 avis ont été remis concernant le rapport de travail. Le Comité central de la FSSF, huit de ses sections cantonales²⁵, la ZHAW et la BFH soutiennent la démarche des cantons de Zurich et de Berne ainsi que les résultats du rapport de travail. Selon ces onze organisations, le rapport de travail est fondé et reflète le consensus visé par toutes les parties prenantes. La formulation des exigences ainsi que des critères d'inclusion et d'exclusion doit cependant être précisée afin d'éviter tout malentendu. Par ailleurs, il devrait être possible de prendre en charge en tout temps des cas particuliers ne répondant pas aux critères d'inclusion et d'exclusion. Enfin, le Comité central de la FSSF et plusieurs de ses sections considèrent que dans une étape suivante, il est nécessaire de définir des exigences applicables aux unités hospitalières gérées par des sages-femmes. Ils précisent en outre que le canton doit garantir aux maisons de naissance et aux sages-femmes un accès direct aux médicaments soumis à ordonnance. Pour conclure, ils considèrent que les cantons devraient s'engager en faveur de points tarifaires adaptés au marché.

La BFH et la ZHAW voient dans ce rapport de travail une contribution au renforcement des soins périnataux gérés par les sages-femmes. A leur avis, le document fournit aux maisons de naissance un cadre précis pour les soins de base en obstétrique. Les deux écoles font aussi remarquer que la promotion des soins périnataux gérés par les sages-femmes doit être poursuivie et que des mesures supplémentaires s'imposent, parmi lesquelles la définition d'exigences applicables aux unités hospitalières gérées par des sages-femmes.

Sept organisations ont remis des avis majoritairement critiques. Il s'agit des sections Zurich et Maisons de naissance de la FSSF, de l'IGGH-CH® et des trois maisons de naissance²⁶, dont les arguments sont pratiquement identiques. Les sections Zurich et Maisons de naissance de la FSSF approuvent les principes de l'évaluation clinique, mais souhaitent un assouplissement notable des critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que des exigences moins concrètes en ce qui concerne la coopération. Elles craignent en effet que ces exigences entravent l'ouverture de nouvelles maisons de naissance, ce qui, à leurs yeux, est contraire aux objectifs des deux postulats bernois et zurichoïses. La section Zurich de la FSSF propose par conséquent que les cantons de Berne et de Zurich examinent la possibilité de mettre en place, avec un groupe de travail, un cadre général applicable aux soins périnataux gérés par des sages-femmes en milieu hospitalier.

L'IGGH-CH® soutient la démarche des cantons de Zurich et de Berne. Elle approuve le rapport de travail, mais souligne qu'il ne recueille pas encore le consensus des maisons de naissance en l'état actuel. Elle regrette que de nouvelles restrictions soient imposées aux maisons de naissance au lieu du soutien réclamé par les milieux politiques.

Les trois maisons de naissance réclament l'assouplissement des critères d'inclusion et d'exclusion et la suppression des exigences concernant la coopération. Elles contestent fondamentalement le droit des autorités à promulguer de telles dispositions et considèrent que les réglementations actuelles sont suffisantes. Elles émettent en outre des critiques sur la démarche, la composition du groupe de travail, les questions traitées et les résultats présentés. Elles s'opposent formellement au rapport de travail.

La SSGO se félicite que des règles contraignantes et tenant compte d'aspects techniques aient été définies pour l'exploitation des maisons de naissance en Suisse. Elle regrette en revanche l'absence de critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que de critères de transfert précis et concrets. Elle estime inacceptable que des femmes avec antécédent de césarienne puissent accoucher en maison de naissance, ce qui va diamétralement à l'encontre de la

²⁵ Section Valais romand, section Vaud-Neuchâtel-Jura, section Fribourg, section Berne, section Deux Bâle, section Suisse orientale, section Schwyz, section Suisse centrale

²⁶ Maison de naissance Luna, maison de naissance Delphys et maison de naissance Zurich Oberland

recommandation qu'elle a publiée avec l'Organisation suisse des patients (OSP). La SSGO est d'avis que le rapport de travail aurait aussi dû être soumis à la Société Suisse de Néonatalogie (SSN) ainsi qu'à la Société Suisse d'Anesthésiologie et de Réanimation (SSAR).

4.2 Nécessité de modifier ou non la proposition du groupe de travail

La Direction de la santé du canton de Zurich et l'Office des hôpitaux du canton de Berne (ODH) ont examiné attentivement les avis. Ils considèrent que la proposition du groupe de travail constitue un progrès véritable, car les nouvelles directives sont mieux adaptées aux compétences professionnelles des sages-femmes que les précédentes. L'évaluation clinique et la qualité de la collaboration entre les maisons de naissance et les structures sanitaires en amont et en aval sont placées au premier plan. Quant au droit d'autodétermination des femmes, il revêt également davantage d'importance. Plusieurs des organisations concernées reconnaissent qu'un cadre précis et contraignant a ainsi été créé pour les maisons de naissance. Il est le résultat d'un consensus parmi les membres du groupe de travail. Le degré de différenciation et de concrétisation des exigences imposées aux maisons de naissance est désormais plus proche de celui des autres domaines de prise en charge (soins aigus somatiques, psychiatrie et réadaptation).

Les autorités retiennent de ce fait la solution consensuelle élaborée par le groupe de travail. En l'état actuel, elles rejettent l'assouplissement des exigences tout comme le renforcement des critères d'inclusion et d'exclusion. Des modifications rédactionnelles et des précisions ont été apportées à la proposition du groupe de travail en vue de la publication du rapport de synthèse. Les passages concernés ont fait l'objet d'une discussion le 7 novembre 2018 avec le groupe de travail, qui a accepté les changements.

Les propositions qui n'ont pas été prises en compte dans les exigences et les critères d'inclusion et d'exclusion sont exposées au point 4.3 en accord avec le groupe de travail. Elles peuvent ainsi être examinées par les membres des autorités, des associations et des sociétés médicales en vue d'un futur développement.

Pour terminer, les autorités prennent connaissance du fait qu'il est souhaitable de mettre en place un cadre général applicable aux soins périnataux gérés par des sages-femmes en milieu hospitalier et de définir des mesures supplémentaires visant à promouvoir ces soins. La Direction de la santé du canton de Zurich et l'ODH en tiendront compte dans la suite des travaux.

4.3 Exigences et critères d'inclusion et d'exclusion : propositions non prises en compte

L'IGGH-CH®, les sections Zurich et Maisons de naissance de la FSSF ainsi que les trois maisons de naissance ont demandé que les exigences en matière de personnel et d'infrastructures soient purement et simplement supprimées. Elles soutiennent que seule la direction de l'établissement est habilitée à les définir et qu'aucune règle n'est de ce fait nécessaire. La seule exigence non contestée est la présence nécessaire de deux personnes qualifiées vers la fin de la phase d'expulsion, bien que le niveau de qualification de la deuxième personne ne fasse pas l'unanimité : l'IGGH-CH® et deux maisons de naissance sont d'avis qu'une étudiante ou un étudiant peut assurer cette fonction.

Les trois maisons de naissance se prononcent de manière très critique sur les exigences relatives au processus : elles réclament la suppression pure et simple de celles concernant l'évaluation clinique, l'entretien explicatif et le plan de prise en charge des urgences et de transfert. Elles renvoient au rôle central du rapport contractuel entre maison de naissance et patiente (code des obligations), à la LAMal et à l'OAMal ainsi qu'aux législations cantonales sur la santé (p. ex. LSH bernoise ou GesG zurichoise). Elles avancent qu'une réglementation plus stricte est superflue, constitue une ingérence dans les compétences professionnelles des sages-femmes et limite leur liberté économique. Elles soulignent par ailleurs l'absence de base légale. L'IGGH-CH® ainsi que les sections Zurich et Maisons de naissance de la FSSF ont approuvé par principe les exigences relatives au processus, mais auraient préféré que les

principes de l'évaluation clinique ne soient pas à coordonner avec l'hôpital avec lequel la maison de naissance collabore. La BFH défend explicitement la position inverse.

Pour ce qui est des exigences en matière de coopération, la plupart des organisations, dont certaines sections de la FSSF, affirment qu'une coopération empreinte de respect mutuel est indispensable. Elles soulignent également qu'il est important que les maisons de naissance puissent définir elles-mêmes certaines stratégies (sans en discuter avec leur partenaire). Pour sa part, la BFH considère qu'une évaluation clinique coordonnée suffit dans le cadre du contrat de coopération.

L'IGGH-CH®, la section Zurich de la FSSF et les trois maisons de naissance refusent de différencier les exigences relatives à la coopération et de réglementer les perfectionnements (fréquentation de cours de réanimation, test et vérification des procédures en cas d'urgence et de transfert).

L'IGGH-CH®, les sections Zurich et Maisons de naissance de la FSSF ainsi que les trois maisons de naissance rejettent de manière plus ou moins explicite les critères d'inclusion et d'exclusion. Elles considèrent qu'il incombe à la maison de naissance de décider de prendre en charge ou non une patiente. A leurs yeux, il est important que le droit d'autodétermination des femmes soit respecté. En outre, elles sont d'avis que la formulation des critères d'inclusion n'est pas aussi précise que dans la version zurichoise 2017.1. Pour sa part, la BFH se prononce de manière générale pour des critères d'inclusion et d'exclusion moins détaillés.

Une section de la FSSF a proposé que les femmes avec antécédent de césarienne ne puissent être prises en charge par les maisons de naissance qu'à condition qu'elles aient au préalable accouché par voies basses dans un hôpital.

Le dépassement du terme a lui aussi fait l'objet de discussions : la ZHAW est d'avis qu'en cas d'accouchement présumé à partir de la SG 41.0 et avant la SG 42.0, aucune concertation avec un médecin spécialiste n'est nécessaire si aucun autre facteur de risque n'est signalé. Le Comité central de la FSSF et un grand nombre de ses sections ont suggéré que la procédure à suivre en cas de dépassement du terme soit définie dans le contrat de coopération.

Comme indiqué plus haut, la SSGO considère qu'il est inacceptable que les femmes avec antécédent de césarienne soient prises en charge en maison de naissance. S'appuyant sur *NICE* (2017), elle propose des critères d'inclusion concrets : selon elle, une partie des critères coïncide avec les exigences définies (accouchement entre la 37^e et la 41^e SG, déroulement physiologique de l'accouchement, position du fœtus, début spontané des contractions). En revanche, elle souligne l'absence de certains critères d'inclusion et d'exclusion explicites comme les taux d'hémoglobine ou l'IMC, les symptômes somatiques sérieux, les complications antérieures susceptibles de se reproduire lors d'un accouchement (p. ex. status après césarienne, hémorragie du péripartum et dystocie des épaules) ainsi que les complications déterminantes liées à la grossesse (p. ex. prééclampsie, retard de croissance intra-utérin ou cholestase). La SSGO propose de définir des critères de transfert concrets tels qu'un accouchement prolongé, des anomalies persistantes du rythme cardiaque fœtal, une rupture de la poche des eaux datant de plus de 24 heures, des symptômes d'infection, des saignements durant l'accouchement ou une hémorragie post-partum. Enfin, elle souhaite qu'un délai entre la prise de décision et la césarienne soit fixé par les autorités pour les accouchements commencés en maison de naissance²⁷, par analogie avec la réglementation dans les autres groupes de prestations obstétriques pour la planification hospitalière.

²⁷ Voir gynécologie suisse (2015) : Guideline Césarienne (https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/Fr/Guideline_Sectio_Caesarea_2015.pdf)

Annexe 1 : soins périnataux dans les maisons de naissance : exigences et critères

A) Personnel

Direction administrative

- Expérience de direction
- Connaissances en économie d'entreprise

Direction des soins : elle est confiée à une sage-femme en possession

- d'un master (ou équivalent),
- d'une autorisation d'exercer la profession.

Personnel requis pour les consultations en matière de grossesse, l'accouchement et le suivi post-partum : l'effectif dépend du nombre de naissances. Afin d'assurer une exploitation 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 conformément à la convention collective, une dotation minimale de 600% de postes est requise. Les autres exigences à remplir sont les suivantes :

- une sage-femme titulaire de l'autorisation d'exercer est joignable par téléphone 24 heures sur 24 en cas de besoin (service de piquet) et peut se rendre sur place en 30 minutes ;
- chaque naissance est supervisée par une sage-femme diplômée ;
- une sage-femme diplômée et une deuxième personne (sage-femme diplômée ou personne diplômée d'une autre profession de soins ou personne en 4^e année de bachelor de sage-femme [module complémentaire B]) doivent être sur place vers la fin de la phase d'expulsion.

B) Infrastructure

La maison de naissance doit permettre d'effectuer des examens, d'organiser des entretiens, de pratiquer les accouchements et, le cas échéant, d'assurer le suivi post-partum en toute intimité. Les besoins en locaux dépendent du nombre de naissances par année.

L'équipement doit permettre de garantir le bon déroulement des accouchements sans complication et d'assurer la prise en charge de la mère et de l'enfant en cas de complications imprévues pendant et après la naissance, en attendant l'arrivée du médecin ou le transfert en clinique.

La maison de naissance garantit à la mère et à l'enfant l'accès nécessaire aux médicaments en cas de besoin.

C) Processus thérapeutiques

Contrôle de grossesse

- Avant l'accouchement, au moins un contrôle de grossesse est réalisé par une sage-femme diplômée.
- Ce contrôle doit être fixé suffisamment tôt pour procéder en détail aux clarifications requises, prendre les résultats en compte afin de planifier l'accouchement (évaluation clinique) et les discuter avec la femme enceinte (entretien explicatif).

Evaluation clinique (anciennement anamnèse)

- L'état de santé de la mère et de l'enfant est examiné lors de l'admission et durant la prise en charge. Les risques généraux et ceux liés à l'accouchement ainsi qu'au post-partum sont identifiés et systématiquement évalués. Si nécessaire, des mesures diagnostiques

supplémentaires sont prises et il est fait appel à l'appréciation d'une ou d'un médecin spécialiste.

- En règle générale, le suivi comprend au moins une échographie détaillée. Si le terme est dépassé, une échographie supplémentaire est en principe effectuée (voir les directives en la matière).
- La maison de naissance définit en colloque d'équipe les mesures requises en vue de protéger la santé de la mère et de l'enfant, en prenant en considération les informations provenant de l'appréciation médicale.
- La maison de naissance établit par écrit les principes de l'évaluation clinique.
- L'hôpital avec lequel la maison de naissance collabore est informé des principes de l'évaluation clinique (voir rubrique Coopération).

Entretien explicatif

- Au cours de cet entretien, les possibilités et les limites de la maison de naissance sont exposées, les risques spécifiques encourus par la mère et par l'enfant sur le plan médical sont signalés et la procédure en cas de complications ou d'urgence est présentée.
- La maison de naissance remet une convention type écrite.
- La femme enceinte confirme par écrit avoir pris part à l'entretien explicatif et reçu la convention type.

Plan de prise en charge des urgences et de transfert

- La maison de naissance garantit pour chaque naissance qu'en cas de besoin, le transfert de la mère ou de l'enfant puisse être effectué dans les plus brefs délais vers un hôpital disposant d'un mandat en obstétrique (GEB1) ou en néonatalogie (NEO1).
- La maison de naissance dispose d'un plan écrit de prise en charge des urgences et de transfert, qui fait partie du contrat de coopération (voir ci-après).

Coopération

- La maison de naissance collabore avec les structures sanitaires en amont et en aval (p. ex. laboratoires, pharmacies, gynécologues, pédiatres et spécialistes en néonatalogie).
- La coopération est réglée contractuellement avec les partenaires suivants :
 - o service de transport pour les transferts (en particulier en cas de complications ou d'urgence),
 - o hôpital répertorié disposant d'un mandat en obstétrique pour l'admission de la mère et de l'enfant en cas de complications ou d'urgence.
- Le contrat de coopération règle notamment
 - o les prestations d'obstétrique, les autres prestations médicales, la disponibilité et les responsabilités,
 - o la procédure en cas de terme dépassé,
 - o la procédure en cas de transfert (modalités de transfert),
 - o la procédure en cas d'infection aux streptocoques et d'hypoglycémie néonatale,
 - o la documentation, l'entretien informatif,
 - o l'entretien annuel portant notamment sur les transferts et les incidents critiques.

Perfectionnement

- Les sages-femmes suivent tous les deux ans des cours de formation continue sur la réanimation des nouveau-nés et des adultes ;
- Les procédures en cas d'urgence et de transfert sont régulièrement vérifiées et testées.

D) Critères

Critères d'inclusion

- Accouchement
 - o Grossesse sans problème
 - o Accouchement prévu entre la SG ≥ 37.0 et la SG ≤ 42.0
 - o Fœtus unique en position céphalique
 - o Si l'accouchement est prévu pour la SG ≥ 41.0 , une consultation est organisée au préalable avec la ou le spécialiste ou avec l'hôpital. En règle générale, une échographie est effectuée (voir les directives en la matière ainsi que la rubrique dédiée à l'évaluation clinique).
- Suivi post-partum
 - o Nouveau-né en bonne santé
 - o Poids si possible supérieur à 2 kg
 - o Suivi post-partum après hospitalisation en soins aigus : transfert d'entente avec l'hôpital

Critères d'inclusion relatifs

Selon le résultat de l'évaluation clinique, l'admission est possible en cas de :

- status après opérations transmuraux (y compris césarienne),
- maladies en général.

Critères d'exclusion

- Accouchement prévu avant la SG 37.0 ou après la SG 42.0
- Position défavorable du fœtus
- Grossesse multiple
- Placenta prævia

Annexe 2 : composition du groupe de travail

Fédération suisse des sages-femmes (FSSF)

- Ursina Bavier, master de sage-femme, directrice des soins la maternité de l'hôpital de Triemli, Zurich
- Marianne Haueter, master de sage-femme, membre du comité de la Maternité Alpine, Zweisimmen

Association suisse des maisons de naissance (IGGH-CH®)

- Anita Künzli, diplôme de sage-femme, membre du comité de l'association de soutien à la maison de naissance Delphys, Zurich
- Renate Ruckstuhl, diplôme de sage-femme, membre de la direction de la maison de naissance Terra Alta, Oberkirch

Hautes écoles spécialisées

- Eva Cignacco, master de sage-femme, professeur et responsable de la recherche et du développement, obstétrique, Haute école spécialisée bernoise (BFH), Berne
- Jessica Pehlke-Milde, master de sage-femme, professeur et responsable de la recherche et du développement, Institut des sages-femmes, Haute école des sciences appliquées de Zurich (ZHAW), Winterthour

gynécologie suisse

- David Ehm, médecin spécialiste, Bern
- Stephanie von Orelli, médecin-chef de la maternité de l'hôpital de Triemli, Zurich

Autorités

- Michael Vetter, médecin, Direction de la santé du canton de Zurich
- Jörg von Below, médecin, Office des hôpitaux du canton de Berne
- Vinciane Vouets, déléguée à la qualité, Office des hôpitaux du canton de Berne

Bibliographie

American Association of Birth Centers (2017) : Standards for Birth Centers

American College of Nurse-Midwives (2011) : Standards for the Practice of Midwifery

American College of Nurse-Midwives (2012) : Core Competencies for Basic Midwifery Practice

Association suisse des maisons de naissance (IGGH-CH®) et Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) (2013) : *Aufnahmekriterien für Frauen mit Status nach Sectio in den Geburtshäusern*. Prise de position de l'IGGH-CH® et de la FSSF, à l'initiative de la maison de naissance Delphys dans le cadre de l'étude de la Direction de la santé du canton de Zurich sur l'admission en maison de naissance des femmes avec antécédent de césarienne

Australian College of Midwives (2013) : National Midwifery Guidelines for Consultation and Referral. 3rd edition, Issue 2

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2017) : National Safety and Quality Health Service Standards. Deuxième édition

British Association of Perinatal Medicine (2011) : Neonatal Support for Stand Alone Midwifery Led Units. A Framework for Practice

Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD), Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV), Netzwerk der Geburtshäuser e.V. und GKV-Spitzenverband (2012) : Qualitätsvereinbarung zum Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung

Bundesministerium für Gesundheit (2017) : Nationales Gesundheitsziel, Gesundheit rund um die Geburt. Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses

Canton de Berne (2013) : Introduction du modèle de soins périnataux gérés par les sages-femmes. Intervention parlementaire de Natalie Imboden

Canton de Berne (2015) : *Handlungsfelder zur Förderung der hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Bern*. Rapport de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale

Canton de Berne (2017) : Exigences et informations du canton de Berne concernant la classification GPPH-BE, soins aigus somatiques

Canton de Berne (2017) : Exigences et informations du canton de Berne concernant la classification GPPH-BE, psychiatrie

Canton de Berne (non publié) : Exigences et informations du canton de Berne concernant la classification GPPH-BE, réadaptation

Canton de Berne (2017) : Exigences portant sur des prestations spécifiques de la classification GPPH-BE en soins aigus somatiques

Canton de Berne (2017) : Exigences portant sur des prestations spécifiques de la classification GPPH-BE en psychiatrie

Canton de Berne (non publié) : Exigences portant sur des prestations spécifiques de la classification GPPH-BE en réadaptation

Canton de Berne (2017) : Stratégie bernoise de gestion de la qualité des hôpitaux et des cliniques

Canton de Zurich (2015) : *Kantonale Leistungsaufträge für Geburtshilfe : Stand der Erfahrungen*. Interpellation de Monika Wicki

Canton de Zurich (2015) : *Stärkung der hebammengeleiteten Geburtshilfe im Kanton Zürich*. Intervention parlementaire de Monika Wicki

Canton de Zurich (2017) : *Weitergehende leistungsspezifische Anforderungen und Erläuterungen Akutsomatik*

Der Landbote (2015) : *Nach einem Kaiserschnitt ist das Geburtshaus tabu*.

Article disponible en ligne : <https://www.landbote.ch/ueberregional/standard/nach-einem-kaiserschnitt-ist-das-geburtshaus-tabu/story/23680837>

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2012) : *Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe – aus ärztlicher Sicht*. Version de 1999 remaniée en 2012. La durée de validité des recommandations est échuë.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2013) : *Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung*. Le réexamen prévu en 2016 est en suspens.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2014) : *Leitlinie Vorgehen bei Terminüberschreitung und Übertragung*

Version de 2010 remaniée en 2014. Le réexamen prévu en 2017 est en suspens.

Deutscher Hebammenverband (2012) : *Empfehlungen zum Vorgehen bei Terminüberschreitung*. Etat mai 2012

Fédération suisse des sages-femmes (2017) : *Règlement relatif à la procédure de reconnaissance des institutions offrant des soins périnataux gérés par les sages-femmes en Suisse*

Fédération suisse des sages-femmes (2017) : *Thèmes pour la reconnaissance d'institutions offrant des soins périnataux gérés par des sages-femmes en Suisse*

Gesellschaft für Qualität in der ausserklinischen Geburtshilfe e.V. (2016) : *Qualitätsbericht 2015. Ausserklinische Geburtshilfe in Deutschland*

gynécologie suisse (2013) : *Geburtsleitung in einem Geburtshaus bei Zustand nach transmuralen Uterusoperationen. Stellungnahme des Vorstands der gynécologie suisse, SGGG zuhanden der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich*

gynécologie suisse (2015) : *Guideline Césarienne*

gynécologie suisse, Organisation suisse des patients (2007) : *Feuille d'information pour les femmes enceintes avec antécédent de césarienne*

gynécologie suisse (SSGO), Société Suisse de Néonatalogie (SSN), Société Suisse de Pédiatrie (SSP), Société Suisse d'Anesthésiologie et de Réanimation (SSAR), Fédération suisse des sages-femmes (FSSF), Swiss Association of Obstetric Anaesthesia (SAOA) (2016) : *Les premiers soins néonataux – recommandations interdisciplinaires*. In : *Swiss Medical Forum – Forum Médical Suisse* 2016 ;16(44) :938–942

Haute Autorité de santé (2014) : *Cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance*

Haute école des sciences appliquées de Zurich (2016) : *VBAC (Vaginal birth after caesarean section) – Ist eine ausserklinische Geburt nach Kaiserschnitt immer ausgeschlossen ?* Travail de bachelor

Haute école spécialisée bernoise (2015) : *Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern. Ein Expertinnen- und Expertenbericht*

Joint Commission International (2013) : *Accreditation Standards for Hospitals*

Loytved Christine, Roth Christina, Hoffmann Katja (2015) : *Terminüberschreitung – abwarten oder einleiten ?* In : *Sage-femme.ch - Hebamme.ch*. 2015 (3). 28-31

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2015) : *Runder Tisch Geburtshilfe. Abschlussbericht*

National Institute for Health and Care Excellence (2008) : Antenatal care for uncomplicated pregnancies. Clinical guideline (CG62). Dernière mise à jour : janvier 2017

National Institute for Health and Care Excellence (2008) : Pregnancy and complex social factors : a model for service provision for pregnant women with complex social factors. Clinical guideline (CG110). Dernière mise à jour : septembre 2010

National Institute for Health and Care Excellence (2012) : Antenatal care. NICE quality standard (QS22). Dernière mise à jour : avril 2016

National Institute for Health and Care Excellence (2013) : Postnatal care. NICE quality standard (QS37). Dernière mise à jour : juin 2015

National Institute for Health and Care Excellence (février 2015) : Safe midwifery staffing for maternity settings. NICE guideline (NG4)

National Institute for Health and Care Excellence (octobre 2016) : Preterm labour and birth. Quality standard (QS135)

National Institute for Health and Care Excellence (décembre 2014) : Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline (CG190). Dernière mise à jour : février 2017

National Institutes of Health (2010) : NIH Consensus Development Conference Statement on Vaginal Birth After Cesarean : New Insights

Nursing and Midwifery Board of Australia (2016) : Registered nurse standards for practice

Nursing and Midwifery Board of Australia (août 2017) : Fact sheet : Audit on safety and quality guidelines for privately practising midwives

Nursing and Midwifery Board of Australia (année non précisée) : Code of conduct for midwives

Nursing and Midwifery Council (2015) : Professional standards of practice and behaviour for nurses and midwives

Organisation mondiale de la Santé (2007) : Standards for Neonatal and Maternal Care

Organisation mondiale de la Santé (2016) : Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé

Roos Th. (2013) : Vaginale Geburt bei Status nach Sectio. Teil 1. Problematik, Voraussetzungen, Kontraindikationen. In : Gynäkologie 2013 ; 2 : 18-22

Roos Th. (2013) : Vaginale Geburt bei Status nach Sectio. Teil 2. Maternale und fetale Risiken sowie Betreuung ab Geburtstermin. In : Gynäkologie 2013 ; 3 : 31-37

Royal College of Obstetricians & Gynecologists (octobre 2015) : Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline No. 45

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (juillet 2016) : Birth options after previous caesarean section. Information for you

Schwarz C. et al. (2015) : Fetale Mortalität bei Einlingen. In : Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 2015 ; 219 : 81-86

Terra Alta (2016) : Geburtsbegleitung im Geburtshaus Terra Alta bei Status nach Sectio. Prise de position de la maison de naissance Terra Alta à l'intention du Département de la santé et des affaires sociales du canton de Lucerne

Terra Alta (2016) : Geburtsbegleitungen im Geburtshaus, bei Status nach extramuralen Operationen. Demande et lettre de motivation de la maison de naissance Terra Alta à l'intention du comité directeur de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), en accord avec la Fédération suisse des sages-femmes et l'Association suisse des maisons de naissance

Terra Alta (année non précisée) : Voraussetzungen und Bedingungen für eine Geburt im Terra Alta bei Status nach Sectio. Feuille d'information

Terra Alta, hôpital cantonal de Lucerne (année non précisée) : *Kooperationsvertrag* (non signé)

The Joint Commission (2017) : Maternal infectious disease status assessment and documentation standards for hospitals and critical access hospitals. R3 Report | Requirement, Rationale, Reference

The Royal College of Midwives (2012) : Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour. Birth Environment

The Royal College of Midwives (2016) : The RCM standards for midwifery services in the UK

Todesco Bernasconi M. (2013) : Vaginale Geburt bei Status nach Sectio. In : info@gynäkologie 2013 ; 4 : 17-19

White, Helen K. et al. (2016) : Evaluating a Midwife-Led Model of Antenatal Care for Women with a Previous Cesarean Section : A Retrospective, Comparative Cohort Study. In : Birth Issues in Perinatal Care. 43 (3) : 200-208