

---

# Arguments en faveur de la pratique de sage-femme:

TROUSSE D'OUTILS POUR L'UTILISATION  
DES DONNÉES DU RAPPORT SUR *L'ÉTAT DE LA PRATIQUE  
DE SAGE-FEMME DANS LE MONDE 2014* EN VUE  
D'APPORTER DES CHANGEMENTS DE POLITIQUE AU NIVEAU DES PAYS

Téléchargement disponible en français, anglais et espagnol sur [bit.ly/MidwifeAdvocacy](http://bit.ly/MidwifeAdvocacy)





## Sommaire

---

Remerciements .....	4
Avant-propos .....	5
Abréviations.....	6
Introduction .....	7
État de la pratique de sage-femme dans le monde: De 2011 à 2014 .....	8
<i>Pratique de sage-femme 2030</i> .....	8
Une trousse d'outils pour aider les sage-femmes à apporter des changements de politique .....	8
Organisation de la trousse d'outils.....	10
<b>PARTIE I : L'état des personnels compétents dans la pratique de sage-femme .....</b>	<b>13</b>
<i>Rapport sur l'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2014: Sur la voie de l'universalité et de la couverture efficace (SoWMy 2014)</i> .....	13
Compréhension de la fiche pays de SoWMy 2014.....	15
Disponibilité .....	16
Disponibilité des effectifs .....	16
Appel en faveur de la disponibilité.....	21
Accessibilité .....	22
Accessibilité géographique.....	22
Accessibilité financière .....	24
Appel en faveur de l'accessibilité .....	24
Acceptabilité.....	26
Appel en faveur de l'acceptabilité.....	29
Qualité.....	30
Un environnement professionnel habilitant .....	30
Un environnement de pratique habilitant.....	37
Travail d'équipe et collaboration respectueux.....	37
Appel en faveur de la qualité.....	38
<b>PARTIE II : L'avenir des personnels compétents dans la pratique de sage-femme .....</b>	<b>39</b>
Nombre projeté de grossesses.....	39
Estimations et prévisions jusqu'en 2030.....	40
<b>PARTIE III : Arguments en faveur de la pratique de sage-femme : Comment élaborer une stratégie pour l'utilisation des données du rapport SoWMy 2014 en vue d'apporter des changements de politique au niveau des pays .....</b>	<b>44</b>
Identification du changement de politique nécessaire dans votre pays .....	44
Rapprochement avec vos responsables politiques .....	49
Détermination du moment pour mener votre initiative .....	50
Concertation avec les initiatives mondiales plaidant en faveur de la pratique de sage-femme .....	52
Conclusion .....	55
Annexes .....	56
Notes en fin d'ouvrage .....	64

## Remerciements

---



Richard Lord

Family Care International (FCI) exprime sa reconnaissance à Johnson & Johnson pour son assistance à faciliter la mise au point de cette trousse d'outils. FCI se félicite également de l'assistance de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), de celle du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à mettre au point et à diffuser la trousse d'outils.

FCI souhaite exprimer ses remerciements sincères aux organisations et aux individus qui ont apporté leur contribution à la mise au point de la trousse d'outils. Tous nos remerciements : à Petra ten Hoop-Bender, Directrice de l'Instituto de Cooperación Social Integrare (ICS Integrare), pour ses compétences techniques et la contribution particulièrement généreuse du temps qu'elle a passé à collaborer à la mise au point de cette trousse d'outils. Nous adressons également nos remerciements à Luc de Bernis, Conseiller principal en santé maternelle à la Direction technique

du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) ; à Laura Sochas, Responsable technique auprès de Evidence for Action (E4A), Services de consultation auprès d'Options et à Maria Guerra Arias du secrétariat de SoWMy pour son expertise technique et la contribution qu'elle a apportée au renforcement de la trousse d'outils. Nous n'oublions pas de remercier Nester Moyo, Conseillère principale en pratique de sage-femme à la Confédération internationale des sages-femmes, pour avoir veillé à ce que la trousse d'outils soit utile aux associations nationales de sages-femmes.

Nous exprimons nos remerciements à l'Alliance du ruban blanc, en particulier à Mande Limbu, Conseillère technique du Projet de politique de santé et de santé maternelle, pour sa contribution enrichissante des exemples de cas caractéristiques trouvés d'un bout à l'autre de la trousse d'outils ; et encore à l'Alliance du ruban blanc ainsi qu'à l'UNFPA, notamment à Brigid McConville, Directrice de Media and Outreach auprès de l'Alliance du ruban blanc, pour l'utilisation des paroles des sages-femmes tirées de *La voix des sages-femmes*, leurs témoignages sur vidéo conjointement produits. Nous exprimons nos remerciements sincères à Sheena Currie, Conseillère principale en Santé maternelle auprès de MCHIP-Maternal and Child Health Integrated Program – « Programme intégré de santé maternelle et de l'enfant » et à Virginia Chambers, Conseillère principale, Systèmes de santé d'Ipas, pour leur contribution d'exemples de cas.

FCI reconnaît et se réjouit de la contribution de l'auteure de cette trousse d'outils, Tamara Windau-Melmer, de la collaboration de la co-auteure Amy Boldosser-Boesch, Présidente par intérim de Family Care International et de celle de Martha Murdock, Vice-présidente des Programmes Régionaux auprès de Family Care International, qu'elles ont apportée à la mise au point de la présente trousse d'outils.

Adam Deixel, Vice-président de Communications & Development a fourni ses compétences spécialisées pour la communication et la diffusion de messages. Alanna Savage, Responsable du programme Plaidoyer mondial et communication auprès de Family Care International, a fourni l'aide à la recherche.

Jessica Mezyk a mis en œuvre la conception de cette trousse d'outils. Rokhaya Smith s'est acquittée de la traduction française et Mohammed Khawam a effectué la traduction espagnole.

Le téléchargement de la présente trousse d'outils en anglais, français et espagnol est disponible sur [bit.ly/MidwifeAdvocacy](http://bit.ly/MidwifeAdvocacy). Le téléchargement de la version finale du rapport *État de la pratique de sage-femme 2014 : Sur la voie de l'universalité et de la couverture efficace* est disponible en anglais, français, espagnol et arabe sur [www.sowmy.org](http://www.sowmy.org).

© Family Care International, 2014

## Avant-propos

---

Chaque seconde, cinq femmes débutent une grossesse dans les 73 pays en développement décrits dans le rapport sur *L'état de la pratique de sage-femme dans le monde 2014 : Sur la voie de l'universalité et de la couverture efficace*. Au total, cela se rapporte à trois cents grossesses par minute, ce qui est bien au-delà de 400 000 par jour.

Chacune de ces femmes requiert et doit avoir accès aux services essentiels de santé maternelle qui peuvent la protéger et lui procurer une bonne santé tout au long de la grossesse, de l'accouchement et au-delà. Les 135 millions de bébés qui naissent chaque année nécessitent et méritent des soins qui les protègent durant la phase cruciale des premiers jours et semaines de leur vie. Et chaque femme — jeune ou vieille, pauvre ou riche, de chaque région et de chaque pays — a droit aux services de santé reproductive et de planification familiale et aux informations qui lui permettent de prendre ses propres décisions relatives au désir et au moment d'avoir un bébé.

Autrement dit, elles ont besoin des soins de sage femme.

Tel qu'il est, le monde ne répond pas à l'attente de la plupart de ces femmes et nouveau-nés. Pour des dizaines de millions d'entre eux, les services essentiels de santé reproductive, les sages-femmes qualifiées et les autres agents de santé formés pour les fournir, ne sont tout simplement pas *disponibles*. Et lorsqu'ils sont disponibles, les services ne sont pas *accessibles* à de nombreuses femmes parce qu'ils sont trop éloignés ou coûteux. Les services doivent être effectivement utilisés afin de sauver véritablement des vies. Toutefois, les soins fournis ne sont souvent pas acceptables pour les femmes – ils ne respectent pas leur culture, leurs droits ou leurs souhaits personnels et leurs besoins. Dans bien trop de cas, les services sont de mauvaise *qualité* en raison des ressources insuffisantes affectées à la formation et à la supervision constructive des sages-femmes, des ruptures de stocks de médicaments et d'autres produits et des disparités liées au cadre réglementaire et politique.

Ce résultat tragique et injuste se reflète dans un monde où près de 300 000 femmes et 3 millions de nouveau-nés meurent chaque année et où 2,6 millions de mortinaissances surviennent dont la quasi-totalité sont de causes évitables.

Le rapport sur *L'état de la pratique de sage-femme dans le monde 2014 (SoWMy 2014)* coordonnée par UNFPA avec l'OMS et ICM, comprend une présentation riche et précise ainsi qu'une analyse des données et tendances sur l'état de la pratique de sage-femme dans 73 pays ainsi que des recommandations destinées à renforcer les programmes et politiques liés à la pratique de sage-femme à tous les niveaux. Cette trousse d'outils a été mise au point en tant que complément pour appuyer les initiatives nationales visant à utiliser le rapport *SoWMy 2014*, par le biais de lançements nationaux et d'autres mesures de suivi au niveau des pays. Elle ne constitue pas un outil autonome mais est destinée à appuyer l'utilisation du rapport *SoWMy 2014*.

Vous-les sages-femmes et les autres prestataires de services de sage-femme à l'intention desquels cette trousse d'outils a été mise au point — représentez la clef de la solution. Vous et vos collègues avez la connaissance les compétences et l'engagement nécessaires pour fournir aux femmes et aux bébés les soins dont ils ont besoin. Les sages-femmes sauvent des vies tous les jours.

Les prestataires ayant suivi une formation adéquate, étant soumis aux réglementations appropriées et bénéficiant d'un soutien convenable sont la clef du progrès, parce que les sages-femmes et les autres prestataires — par le biais des associations professionnelles— peuvent prêter une voix vigoureuse et forte aux changements dans les pays. Les prestataires de services de sage-femme comprennent les besoins des femmes et des nouveau-nés en matière de soins de santé parce qu'ils travaillent sans relâche à répondre à ces besoins. Ils remarquent les disparités du système de santé – liées aux ressources, à la dotation en personnel, aux établissements et aux politiques – parce qu'ils s'efforcent sans répit de combler ces failles. Ils ne mâchent pas leurs mots sur les besoins des sages-femmes en matière de formation, de soutien et de politiques favorables – parce qu'ils ont consacré leur vie et leur subsistance à cette tâche. Et vous savez qu'il est nécessaire – dans tellement de pays – que plus de sages-femmes intègrent cette noble profession.

Suite à la page suivante

Bien que cette trousse d'outils soit destinée aux sages-femmes et aux associations de sages-femmes, d'autres organisations techniques et professionnelles, intervenants et leaders d'opinion aux niveaux communautaire et national peuvent l'adapter et l'utiliser dans son sens le plus large. La responsabilité d'améliorer les services de sage-femme et de satisfaire les besoins des femmes et des nouveau-nés incombe à tous ; plus il y aura des partenaires et des supporteurs qui adopteront cette trousse d'outils et inviteront à passer à l'action, plus le mouvement de plaidoyer fera ses preuves.

Quand les prestataires de services parlent d'une seule voix résonnant de savoir et de passion, les responsables politiques écoutent. Le temps est venu de parler. Le changement viendra, des vies seront sauvées et les pays seront plus proches d'un avenir prospère et plus sain.

## FAMILY CARE INTERNATIONAL (FCI) ET CONFÉDÉRATION INTERNATIONALE DES SAGES-FEMMES (ICM)

### Abréviations

ASC	Agents de santé communautaire
CNS	Conseil national sur la santé
DAAQ	Disponibilité, Accessibilité, Acceptabilité et Qualité
ETP	Équivalent temps plein
FCI	Family Care International
ICM	Confédération internationale des sages-femmes
ICN	Conseil international des infirmières
MP	Membre du Parlement
MS	Ministère de la Santé
NU	Nations Unies
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
<i>Outil en ligne APP</i>	Le Planificateur des progrès liés au plaidoyer: Un outil en ligne conçu pour la planification et l'évaluation en matière de plaidoyer
PMNCH	Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
RHS	Ressources humaines pour la santé
RMM	Ratio de mortalité maternelle
SMN	Santé maternelle et du nouveau-né
<i>SoWMy 2011</i>	<i>État de la pratique de sage-femme 2011 : Naissances réussies, vies sauvées</i>
<i>SoWMy 2014</i>	<i>État de la pratique de sage-femme dans le monde 2014 : Sur la voie de l'universalité et de la couverture efficace</i>
SSRMNI	Santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et infantile
SSRMN	Santé sexuelle, reproductive, maternelle et du nouveau-né
TMN	Taux de mortalité néonatale
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
USAID	Agence américaine pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WRA	Alliance du ruban blanc

## Introduction

Présentement, le monde a plus que jamais besoin de sages-femmes. Les sages-femmes sauvent des vies et ce faisant, elles préservent et protègent les familles. Les sages-femmes jouent un rôle crucial dans l'accouchement des bébés en toute sécurité, mais elles font également plus que fournir aux femmes et aux nouveau-nés un soutien et des soins de pré-grossesse, durant la grossesse, le travail et la période post-partum/postnatale. Les sages-femmes promeuvent des soins axés sur les femmes, le bien-être des femmes et des nouveau-nés tout au long du continuum de la santé sexuelle, reproductive, maternelle et néonatale (SSRMN).<sup>1</sup> Elles fournissent des services complets de santé sexuelle et reproductive, y compris le conseil en planification familiale et les services connexes, les soins après avortement et le traitement du paludisme au cours de la grossesse ainsi que la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.<sup>2</sup>

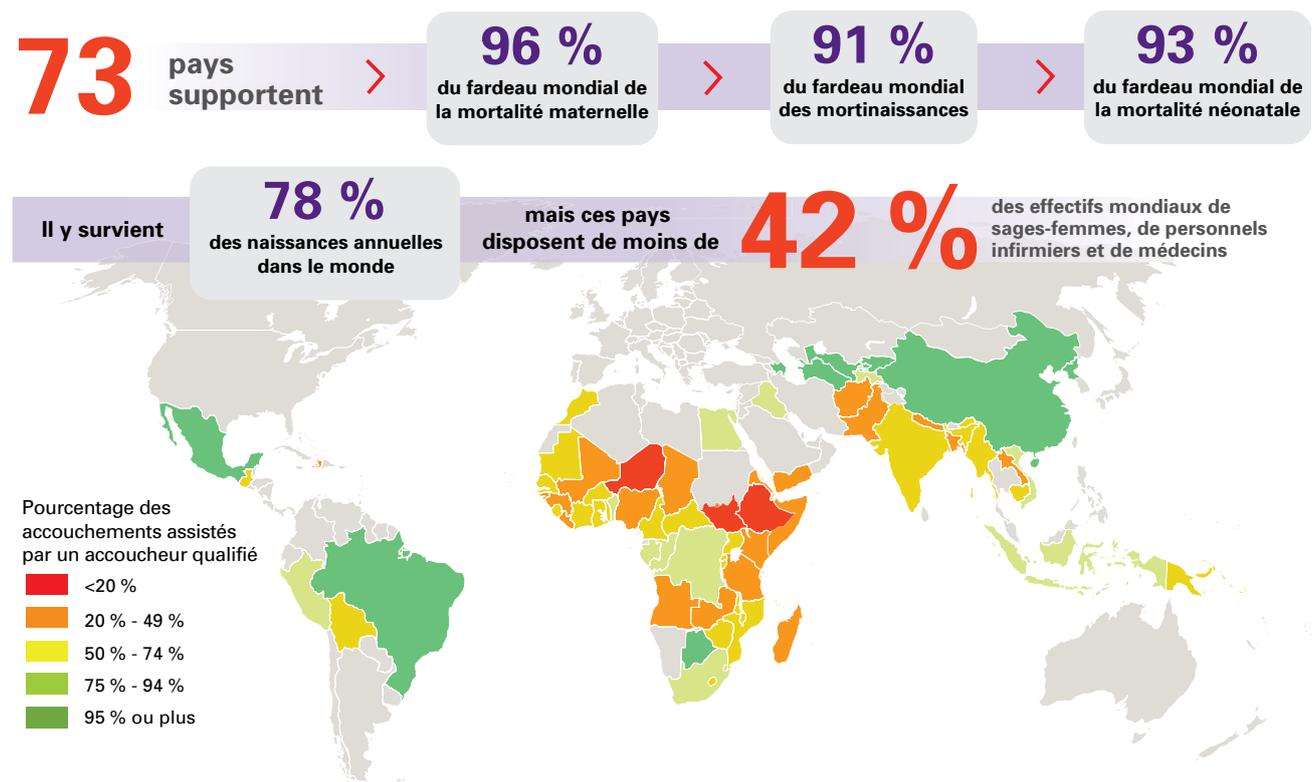
Les initiatives locales, nationales et mondiales visant à fournir les meilleurs soins possibles durant la grossesse et l'accouchement commencent à porter leurs fruits. Le changement se fait sentir et la mortalité maternelle et infantile a baissé même si l'objectif du Millénaire pour le développement 5 (améliorer la santé maternelle) et l'objectif du

Millénaire pour le développement 4 (réduire la mortalité infantile) ne seront pas réalisés dans nombre de pays.<sup>3</sup>

Malgré ce progrès, les femmes et les nouveau-nés meurent encore parce qu'ils n'ont pas accès à des établissements de santé opérationnels, à des professionnels de santé qualifiés ou à des soins de qualité. Les inégalités demeurent à travers et au sein des pays en égard à la réalisation de ces droits, à la capacité d'obtenir des soins de qualité et un accès équitable aux services bien que la tentative de fournir un accès universel à la santé sexuelle et reproductive constitue un objectif mondial.<sup>4</sup>

Si leurs services étaient disponibles et accessibles à la totalité des femmes et des nouveau-nés qui en ont besoin, les sages-femmes pourraient aider à prévenir deux tiers du nombre total des décès maternels et la moitié de tous les décès néonataux, à condition qu'elles aient reçu une formation adéquate, qu'elles soient bien équipées, qu'elles reçoivent un soutien adéquat et qu'elles soient soumises aux réglementations appropriées.<sup>5</sup> Le rapport sur *L'état de la pratique de sage-femme dans le monde 2014 : Sur la voie de l'universalité et de la couverture efficace* (SoWMy 2014) coordonné par UNFPA avec l'OMS et ICM

FIGURE 1 Principaux indicateurs de la santé maternelle et du nouveau-né et des personnels de santé dans 73 des 75 pays du *Compte à rebours*



fournit des données relatives aux proportions dans lesquelles les personnels compétents dans la pratique de sage-femme sont en mesure de fournir des services de sage-femme qui soient disponibles, accessibles, acceptables et de haute qualité dans les 73 pays qui ont de lourds fardeaux liés à la mortalité maternelle et néonatale. Il révèle également des disparités fondamentales entre les services et met en relief la nécessité de renforcer les systèmes de santé et les effectifs de professionnels de santé afin de veiller à ce que toutes les femmes et les familles accèdent à des soins de sage-femme de haute qualité.

La pratique de sage-femme est le facteur déterminant commun pour accélérer la couverture sanitaire universelle et réaliser les nouveaux objectifs du post-2015 en matière de SSRMN.<sup>6</sup> Chaque femme et son nouveau-né ont droit à des soins de qualité durant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période postnatale.

L'heure est venue d'entreprendre un plaidoyer assuré, efficace et reposant sur des données, qui exhorte et mobilise les décideurs à adopter les politiques nécessaires et à investir dans le système de santé, les sages-femmes et les services de SSRMN. Nul n'est mieux placé pour entreprendre ce plaidoyer que les sages-femmes, en tant qu'individus et par le biais de leurs associations professionnelles. Les sages-femmes savent ce qui est nécessaire pour améliorer leur environnement de travail et leur permettre de fournir les meilleurs résultats en matière de soins. En fournissant une masse de données récentes relatives aux personnels compétents dans la pratique de sage-femme et aux services de sage-femme, le rapport *SoWMy 2014* améliore nos connaissances et crée un point de repère pour le dialogue sur les politiques et le renforcement des systèmes de santé. Il peut être utilisé comme point de ralliement pour mobiliser les champions et prendre des mesures en vue de renforcer les services de SSRMN et de faciliter la prestation des services de sage-femme de qualité pour tous.

*L'état de la pratique de sage-femme dans le monde 2011 : Naissances réussies, vies sauvées (SoWMy 2011)* a été la première analyse exhaustive des sages-femmes et des services qu'elles dispensent dans 58 pays. Le rapport a confirmé qu'un nombre supplémentaire de 350 000 sages-femmes qualifiées était nécessaire pour répondre avec satisfaction aux besoins des femmes à travers le monde. Il a proposé une stratégie en matière de formation, de réglementation et d'association, visant à assurer l'aptitude, à créer un climat de renforcement de l'autonomie et à accroître la main d'œuvre. Il a également énoncé une série de mesures audacieuses adaptées pour des initiatives à mener par les gouvernements, les organismes de réglementation, les écoles de formation de sages-femmes et les agences internationales. Beaucoup de ces

initiatives ont été menées depuis 2011 et certains pays réalisent des progrès en faisant avancer la pratique de sage-femme.<sup>7</sup>

**Principal constat de SoWMy 2014 : Le rapport met en évidence le lourd fardeau disproportionné de la santé maternelle et du nouveau-né dont souffrent ces 73 pays qui représentent :**

- **78 % du nombre de naissances totales – 107 millions de bébés par an (à partir de 2009)**
- **96 % du nombre total de décès maternels**
- **91 % du nombre total de mortinaissances**
- **93 % du nombre total de décès néonataux<sup>8</sup>**

**Parallèlement, ces 73 pays ne disposent que de 42 % des sages-femmes, du personnel infirmier et des médecins dans le monde.<sup>9</sup> Dans ces pays, les manques de personnel sont souvent particulièrement aigus dans les régions où les taux de mortalité et de morbidité maternelle sont les plus forts.**

La pratique de sage-femme est le facteur déterminant commun pour accélérer la couverture sanitaire universelle et réaliser les nouveaux objectifs du post-2015 en matière de SSRMN.<sup>10</sup> Chaque femme et son nouveau-né ont droit à des soins de qualité durant la période de pré-grossesse, le travail et l'accouchement qui s'ensuit.

## **UNE TROUSSE D'OUTILS POUR AIDER LES SAGES-FEMMES À APPORTER DES CHANGEMENTS PROFONDS**

La **disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité (DAAQ)** constituent quatre composantes de la couverture efficace qui établissent si les femmes et leur nouveau-né peuvent obtenir les services de santé dont ils ont besoin.

### **Une trousse d'outils pour aider les sages-femmes à apporter des changements de politique**

L'**objet** de cette trousse d'outils est d'accroître vos connaissances, vos compétences et votre capacité à mener le plaidoyer pour un changement de politique en vue d'améliorer les quatre composantes prioritaires de la couverture efficace des services de sage-femme à l'aide des données et des principaux constats de *SoWMy 2014*.

La responsabilité d'améliorer les services de sage-femme et de satisfaire les besoins des femmes et des nouveau-nés incombe à tous. Le mouvement du plaidoyer visant à renforcer la pratique de sage-femme sera plus fructueux si tous les partenaires jouent un rôle.

Le rapport *SoWMy 2014* souligne que les associations de sages-femmes, définies comme étant des associations professionnelles auxquelles les sages-femmes peuvent adhérer, ont réalisé depuis 2011 d'énormes progrès dans l'amélioration de la pratique de sage-femme, y compris par le biais

## DÉFINITION DU PLAIDOYER

**LE PLAIDOYER** — processus de rallier le soutien pour une question ou une cause et d'influencer les autres à agir — peut engendrer des changements de politique. Le plaidoyer peut également aider à :

- assurer que les décideurs stratégiques sont informés des politiques existantes et de leur responsabilité de mettre en œuvre ces politiques.
- veiller à ce que des ressources financières suffisantes soient affectées aux programmes et aux services.
- rallier le soutien des membres de la collectivité et à susciter la demande pour mettre en œuvre les politiques gouvernementales.
- informer le grand public et les guides d'opinion d'une question ou d'un problème et les mobiliser à exercer des pressions sur les décideurs pour qu'ils passent à l'action.

Les politiques que vous œuvrez à élaborer ou à changer peuvent comporter des plans, stratégies, lois,

réglementations, codes de pratique ou directives sous forme écrite. Vous pouvez militer pour l'élaboration de nouvelles politiques qui sont favorables à la pratique de sage-femme ou pour veiller à la mise en œuvre des politiques existantes qui contribuent à améliorer les résultats de la SSRMN et à réduire la mortalité. Le plaidoyer peut également être nécessaire en vue de changer les politiques existantes qui ne sont pas favorables aux services de sage-femme. Les politiques nationales, notamment dans les pays disposant de systèmes de santé décentralisés, peuvent être cautionnées de façon plus approfondie et adoptées aux niveaux des provinces, des districts et à d'autres niveaux sous-nationaux où les politiques spécifiques peuvent être élaborées pour faire face aux besoins locaux.<sup>xi</sup> La Partie III de cette trousse d'outils fournit des informations supplémentaires relatives à l'élaboration d'une stratégie de plaidoyer et à l'identification des partenaires et ressources pour venir en appui à vos initiatives de plaidoyer.

des changements de politique :

- 92 % des associations fournissent un perfectionnement professionnel continu
- 88 % des associations fournissent à leurs membres des conseils relatifs aux normes de qualité en matière de soins de SSRMN
- 77 % des associations ont fourni à leur gouvernement des conseils liés au tout dernier document de politique de SSRMN nationale ou de santé
- 53 % des associations ont négocié avec leur gouvernement sur des questions de travail ou salariales

Tirant parti de cette impulsion et des résultats positifs, les associations de sages-femmes sont exhortées à continuer de se prononcer en faveur de l'amélioration des services de sages-femmes par le biais des changements de politique.

Grâce en partie aux initiatives des associations de sages-femmes, le rapport SoWMy 2014 signale que certains gouvernements ont pris depuis 2011 des mesures constructives grâce à l'adoption de nouvelles politiques et à l'investissement dans la pratique de sage-femme :

- 6 pays (8 %) ont promu la pratique de sage-femme aux niveaux de l'enseignement supérieur afin d'accroître les perspectives de carrière
- 18 pays (25 %) ont accru la formation et le déploiement des travailleurs de la santé (y compris les sages-femmes) en vue de réduire la pénurie des effectifs, dont 12 (16 %) ont ouvert de nouvelles écoles de sages-femmes et des programmes de formation des sages-femmes

- 33 pays (45 %) ont rapporté des tentatives sincères d'améliorer le maintien en fonction dans les zones reculées, y compris l'introduction d'un système de compérage et ou de mesures incitatives
- 52 pays (71 %) ont rapporté avoir mis sur pied des systèmes d'information et de données

En dépit de ces progrès, la majeure partie des pays les plus affectés doivent encore mettre en place des politiques favorables à la pratique de sage-femme et en conséquence, il existe des opportunités significatives pour le plaidoyer, les changements de politique et l'amélioration. Les responsables politiques comptent sur les associations de sages-femmes et les autres agences partenaires pour les informer des disparités et des besoins liés aux effectifs et au système de santé. Les associations de sages-femmes peuvent, conjointement avec d'autres intervenants au niveau national, exiger des responsables politiques de rendre des comptes pour ce qui concerne l'affectation des ressources nécessaires et la mise en œuvre de politiques visant à améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de sage-femme.

Cette trousse d'outils vise à aider les sages-femmes et les autres partenaires à mieux comprendre les données du rapport *SoWMy 2014* en partageant les ressources techniques, les histoires des sages-femmes et les exemples des initiatives de plaidoyer afin de mettre au point une stratégie de plaidoyer qui donne lieu à des changements politiques positifs.

Vous êtes encouragés à utiliser *Le Planificateur des progrès liés au plaidoyer* : Un outil en ligne

conçu pour la planification et l'évaluation en matière de plaidoyer (Outil en ligne APP) concurrentement avec cette trousse d'outils. C'est un classeur virtuel gratuit que vous pouvez consulter sur <http://planning.continuousprogress.org/>, qui vous permettra d'élaborer votre stratégie spécifique de plaidoyer en vous guidant à travers le processus de préciser votre but, les objectifs et le public cible, vos activités et vos suggestions. Le planificateur des progrès vous posera des questions au moment d'insérer vos idées pour vous aider à orienter votre stratégie.

### ORGANISATION DE LA TROUSSE D'OUTILS

Cette trousse d'outils est conçue en vue d'aider les sages-femmes à élaborer une stratégie de plaidoyer pour un changement de politique. La trousse d'outils vous aidera à identifier les obstacles liés à la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité (DAAQ) des services de sage-femme dans votre pays et à formuler des suggestions relatives à la manière dont vous pourriez entreprendre le plaidoyer pour un changement. Vous serez en mesure d'y parvenir dès que vous serez rompus à son utilisation et bien informés des données présentées dans la Fiche pays de deux pages portant sur votre pays et figurant dans *SoWMy 2014*. La trousse d'outils comprend également les **PRINCIPAUX CONSTATS de SoWMy 2014** que vous pouvez utiliser pour vos initiatives de plaidoyer.

La trousse d'outils est divisée en trois parties qui vous guideront à travers une évaluation de l'état actuel de la pratique de sage-femme dans votre pays, son avenir et vos opportunités de renforcer la pratique de sage-femme et les résultats sur la santé par le truchement du plaidoyer pour un changement de politique :

#### PARTIE I : L'état des personnels compétents dans la pratique sage-femme

La Partie I débute par une vue d'ensemble du rapport *SoWMy 2014*, y compris la façon dont les données y figurant ont été recueillies et les concepts clés utilisés dans le rapport. Elle fournit ensuite un aperçu de la fiche pays, suivi d'un examen approfondi de la première page de votre fiche, portant sur chacune des quatre composantes de la couverture efficace (DAAQ). Une série de questions vous aidera à analyser, interpréter, passer en revue les données relatives à votre pays, identifier les obstacles liés à l'amélioration de la DAAQ et déterminer les changements de politique qui peuvent permettre d'éliminer ces obstacles.

#### PARTIE II : L'avenir des personnels compétents dans la pratique de sage-femme

La Partie II vous guidera à travers la seconde page de votre fiche pays qui porte sur les futures prévisions factuelles des effectifs de votre pays



Karl Grobl

par rapport aux besoins de la population de 2012 jusqu'en 2030.

#### PARTIE III : Arguments en faveur de la pratique de sage-femme : Comment élaborer une stratégie de plaidoyer visant à utiliser les données du rapport *SoWMy 2014* en vue d'apporter des changements de politique au niveau des pays

La Partie III de la trousse d'outils fournit des suggestions pratiques sur la manière d'élaborer une stratégie de plaidoyer et d'entreprendre le plaidoyer afin de faire face aux obstacles et d'étudier les priorités que vous avez identifiées dans les Parties I et II. La Partie III comprend des suggestions sur la manière dont votre association de sages-femmes peut identifier les partenaires et les ressources en matière de plaidoyer dans le but de venir en appui à votre prise de contact avec les responsables politiques et les autres décideurs et recommande la façon dont vous pouvez exploiter les initiatives mondiales et impliquer d'autres intervenants pour préconiser la pratique de sage-femme.<sup>12</sup>

Lancer un appel en faveur d'un changement de politique est une initiative complexe. Il vous faudra respecter un juste milieu au moment de cibler le gouvernement aussi bien en qualité de critique qu'en qualité de partenaire. Votre association peut avoir des protocoles ou des directives spécifiques pour organiser de nouvelles initiatives ou des efforts de plaidoyer, notamment lorsqu'il s'agit d'établir des relations avec les responsables du gouvernement. Avant de commencer, veillez à ce que les activités de plaidoyer soient conformes aussi bien aux règles qu'aux réglementations de votre association et qu'elles observent toute restriction juridique portant sur les activités politiques et de plaidoyer des associations de sages-femmes et prenez connaissance du plaidoyer actuel mené à l'échelle nationale

en vue de promouvoir les programmes et politiques liés à la pratique de sage-femme dont vous pouvez tirer parti. L'ICM et les autres partenaires sont disponibles pour aider votre associa-

tion de sages-femmes à identifier les ressources dans le but de venir en appui à vos travaux de plaidoyer et d'aider à renforcer vos compétences en matière de plaidoyer.



Richard Lord



# PARTIE I : L'ÉTAT DES PERSONNELS COMPÉTENTS DANS LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

## RAPPORT SUR L'ÉTAT DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME DANS LE MONDE 2014 : SUR LA VOIE DE L'UNIVERSALITÉ ET DE LA COUVERTURE EFFICACE (SoWMy 2014)

Le rapport sur *L'état de la pratique de sage-femme dans le monde 2014 : Sur la voie de l'universalité et de la couverture efficace (SoWMy 2014)* fournit des données relatives aux proportions dans lesquelles les personnels compétents dans la pratique de sage-femme sont en mesure de fournir des services de sage-femme disponibles, accessibles, acceptables et de haute qualité à travers les 73 pays qui souffrent durement des fardeaux de la mortalité maternelle et néonatale.

### De quelle manière les informations destinées au rapport ont-elles été recueillies ?

Le rapport *SoWMy 2014* s'inspire 1) des données recueillies entre octobre 2013 et février 2014 grâce à un questionnaire visant à recueillir les données quantitatives sur les indicateurs stratégiques liés aux effectifs de professionnels de santé maternelle et du nouveau-né (SMN) et aux services de SMN et 2) d'ateliers qui se sont tenus dans 37 pays et qui ont réuni des intervenants nationaux et des spécialistes dans le but d'entamer un dialogue sur les

*L'état de la pratique de sage-femme dans le monde 2011 : Naissances réussies, vies sauvées (SoWMy 2011)* a été la première analyse exhaustive des sages-femmes et des services qu'elles dispensent dans 58 pays. Le rapport a confirmé qu'un nombre supplémentaire de 350 000 sages-femmes qualifiées était nécessaire pour répondre avec satisfaction aux besoins des femmes à travers le monde. Il a proposé une stratégie en matière de formation, de réglementation et d'association, visant à assurer l'aptitude, à créer un climat de renforcement de l'autonomie et à accroître la main d'œuvre. Il a également énoncé une série de mesures audacieuses adaptées pour des initiatives à mener par les gouvernements, les organismes de réglementation, les écoles de formation de sages-femmes et les agences internationales. Beaucoup de ces initiatives ont été menées depuis 2011 et certains pays réalisent des progrès en faisant avancer la pratique de sage-femme. L'analyse des progrès ou de l'insuffisance des progrès accomplis par votre pays entre 2011 et 2014 peut aider à éclairer vos initiatives de plaidoyer.

politiques. Sur les 75 pays invités à participer, 73 ont rempli le questionnaire et 37 ont organisé un atelier au niveau national. Dès que les données des pays ont fait l'objet d'un examen et d'une conversion en tableaux, ces informations ont été transmises aux équipes des pays pour vérification, révision et aux fins de formulation de suggestions. Selon le pays, les participants au processus comprenaient : des représentants gouvernementaux des départements de SMN et de RHS, des représentants désignés d'associations nationales de sages-femmes et autres associations professionnelles, d'organisations de la société civile, des champions et partisans de la SMN, des membres du monde universitaire, des donateurs, UNFPA et l'OMS entre autres, souvent avec le soutien d'un conseiller national. Vous pouvez trouver une liste exhaustive des participants à l'exception de ceux ayant requis l'anonymat, à la page 198 du rapport. Assurez-vous de vous reporter à cette liste afin de connaître la personne que vous devez contacter au cas où vous auriez des questions relatives aux informations indiquées pour votre pays, ou pour trouver des partenaires potentiels pour vos initiatives de plaidoyer.

### CONCEPTS IMPORTANTS

Les mêmes concepts clés sont utilisés d'un bout à l'autre du rapport *SoWMy 2014* et de cette trousse d'outils. Il est important que vous vous familiarisiez avec ces concepts afin que vous puissiez utiliser les données de manière adéquate. Pour des définitions supplémentaires, veuillez consulter le Glossaire à l'Annexe 1 du rapport *SoWMy 2014*.

### Pratique de soins de sage-femme

La pratique de soins de sage-femme est un volet crucial des soins de SSRMN et est définie dans le rapport *SoWMy 2014* comme étant : les services de santé et les effectifs de santé nécessaires pour fournir aux femmes et aux nouveau-nés un soutien et des soins, y compris les soins de santé sexuelle et reproductive et notamment les soins durant la grossesse, le travail et les soins postnataux. Il est à noter qu'à part les sages-femmes, d'autres professionnels de santé fournissent certains des services inclus dans le paquet des services de sage-femme. Lorsque le rapport mentionne les « personnels compétents dans la pratique de soins de sage-femme », cela englobe tous les travailleurs de la santé – pas seulement les sages-femmes – qui fournissent au moins une partie de l'éventail des services de soins de sage-femme.

## Sage-femme

Une sage-femme est un professionnel de santé qui a reçu une formation pour assumer avec compétence le rôle et les responsabilités d'une sage-femme, quel que soit son parcours éducatif. Par exemple, certaines sages-femmes suivent en premier lieu une formation en soins infirmiers. Veuillez consulter la définition de l'ICM pour de plus amples informations. Lorsqu'elles reçoivent une formation adéquate, sont soumises à des réglementations appropriées et bénéficient d'un soutien convenable, les sages-femmes pourraient fournir 87 % des besoins liés aux services de sage-femme dans les 73 pays.

## Couverture efficace

La couverture des services de santé est nécessaire afin de satisfaire le droit d'une personne à la santé. Cela implique que les services sont disponibles, accessibles, acceptables et de haute qualité. Le rapport étudie les proportions dans lesquelles les personnels compétents dans la pratique de sage-femme sont en mesure de fournir à l'ensemble des femmes et des nouveau-nés une couverture efficace des services de SSRMN de qualité.

## Soins axés sur la femme

Les perspectives, besoins et préoccupations des

femmes devraient figurer au cœur des facteurs à prendre en considération au moment de discuter et de convenir du paquet de soins de SSRMN. Soins de santé à dimension humaine

Les soins de santé à dimension humaine considèrent les patients comme des partenaires égaux durant la planification, l'élaboration et l'évaluation des soins dans le but de veiller à ce que les soins conviennent le mieux à leurs besoins. Les soins de santé à dimension humaine consistent à placer les patients et leurs familles au cœur de toutes les décisions.

## STRUCTURE DU RAPPORT SoWMy 2014

Le **Chapitre 1** fournit une présentation du rapport.

Le **Chapitre 2** met à jour la base des données et fournit une analyse approfondie des initiatives visant à améliorer la qualité de la pratique de sage-femme dans les 73 pays figurant dans le rapport. De nombreux faits font état des progrès accomplis, toujours est-il que beaucoup plus d'efforts doivent être déployés. Les enjeux et les solutions potentielles sont suggérés pour chaque composante de la couverture efficace : la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité.

Le **Chapitre 3** examine les futurs enjeux et opportunités auxquels la pratique de sage-femme

### LA VISION DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

*La Pratique de sage-femme 2030* expose une vision de la politique et de la planification en vue d'axer la prestation de services sur les femmes et les nouveau-nés à travers les deux continuums des soins de SSRMN : des soins prénatals aux soins postnatals et des collectivités aux hôpitaux centraux. *La Pratique de sage-femme 2030* met l'accent sur l'accroissement de la disponibilité, de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la qualité (DAAQ) des services de santé et des prestataires de services, en vue de toucher une plus grande partie de la population (couverture croissante) et de développer un paquet de soins de santé de base et essentiels (services croissants) tout en se prémunissant contre les difficultés financières (protection financière croissante). (Reportez-vous à l'Annexe B, page 58 pour consulter le graphique sur la *Pratique de sage-femme 2030*.)

La vision de la *Pratique de sage-femme 2030* indique que :

1. Toutes les femmes en âge de procréer, y compris les adolescentes, ont un accès universel aux services fournissant des soins de sage-femme en cas de besoin.
2. Les gouvernements fournissent un environnement politique favorable et doivent en rendre compte.
3. Les gouvernements et les systèmes de santé fournissent un environnement entièrement habilitant et doivent en rendre compte.
4. La collecte et l'analyse des données sont pleinement intégrées à la prestation et au développement des services.
5. Les soins de sage-femme sont classés comme étant prioritaires dans les budgets nationaux de santé ; une protection financière universelle est accordée à toutes les femmes.
6. Les soins de sage-femme sont dispensés en pratique collaborative avec les professionnels de santé, les auxiliaires et les travailleurs de la santé non professionnels.
7. Les soins de sage-femme de premier niveau sont fournis à proximité de la femme et de sa famille, avec un transfert sans heurts au niveau de soins supérieur.
8. L'appui aux personnels compétents dans la pratique de sage-femme dans les collectivités, les établissements et les hôpitaux, est fourni par le biais d'une formation de qualité, d'une réglementation et d'une gestion effective des ressources humaines et autres.
9. Tous les professionnels de santé fournissent des soins de qualité avec respect et doivent en rendre compte.
10. Les associations professionnelles pilotent les activités de leurs membres en vue de faciliter des soins de qualité par le biais de la collaboration.

est confrontée et propose une vision à dimension humaine axée sur la femme, pouvant accélérer le progrès lié à l'accès universel d'ici à 2030 et qui est dénommée *Pratique de sage-femme 2030*.

**Pour chaque pays, des « fiches pays » de deux pages sont incluses et fournissent un mélange innovateur des données de 2012 et des prévisions fondées sur les besoins jusqu'en 2030.** Ces fiches visent à éclairer le dialogue sur les politiques et les décisions au sein des pays relatives aux mesures à prendre dans un avenir proche afin de veiller à ce que des pas soient franchis vers la satisfaction des besoins des femmes et de leur famille. Ces fiches s'inspirent des données descriptives et en cas d'insuffisance, elles utilisent des hypothèses uniformes (décrites à l'Annexe 5 de *SoWMy 2014*). Dans ces conditions, ces fiches devraient être utilisées non comme des fiches documentaires, mais comme outil pour examiner la qualité des données et les options stratégiques au sein des pays. L'absence de données constitue intrinsèquement un résultat et représente une opportunité de passer à l'action.

### COMPRÉHENSION DE LA FICHE PAYS

La fiche pays de deux pages figurant dans le rapport *SoWMy 2014* traite de l'état de la pratique de sage-femme dans chaque pays. Elle peut orienter et éclairer vos discussions relatives à la manière dont la population active des sages-femmes peut mieux fournir des services de SSRMN à l'ensemble des femmes et des nouveau-nés. Les données fournies dans ces fiches sont complexes et nécessitent une interprétation prudente afin de saisir leur portée. Vous êtes encouragés à vous reporter au Chapitre 4 du rapport *SoWMy 2014* pour lire la section « COMMENT LIRE LES FICHES DE PAYS DE 2014 » à la page 50. Les annexes de *SoWMy* fournissent également des informations précieuses pour comprendre l'analyse décrite dans ces fiches. L'Annexe 3 explique les méthodes qui sont à l'origine du nombre de « besoins satisfaits » figurant à la première page et les projections à la seconde page. L'Annexe 4 explique le modèle en vertu duquel le « temps nécessaire des effectifs » a été estimé pour chaque pays, ce qui constitue un élément important du nombre de « besoins satisfaits » à la première page. L'Annexe 5 explique la série standard d'hypothèses qui a été utilisée dans la modélisation des projections à la seconde page.

L'accès universel aux soins de santé sexuelle et reproductive et la réduction de la mortalité maternelle et néonatale font partie des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 4 et 5. Le rapport *SoWMy 2014* étudie la mesure dans laquelle les personnels compétents dans la pratique de sage-femme d'un pays disposent du temps et de la capacité de fournir un accès universel aux 46 interventions essentielles de la SSRMN. La liste exhaustive de ces 46 interventions



Family Care International

essentielles peut être trouvée aux pages 212 à 215 du rapport *SoWMy 2014* et à l'Annexe C de cette trousse d'outils. Une couverture efficace est définie comme étant la proportion de la population qui a besoin d'une intervention, qui la reçoit par la suite et en tire parti.<sup>13</sup> Elle peut être mesurée par la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé et du personnel qui fournit ces services.

### Définition des besoins

Chaque fiche pays débute par un paragraphe qui explique certaines caractéristiques principales de la population afin de vous aider à comprendre les besoins en matière d'effectifs de la SSRMN et ses services :

Tableau 1.0

#### OÙ EN SOMMES-NOUS ? DONNÉES DE 2012

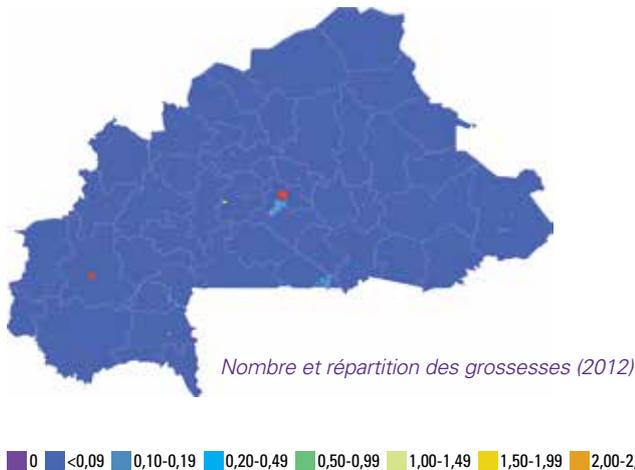
- Population totale estimée du pays
- Nombre et pourcentage de la population vivant dans les zones rurales
- Nombre et pourcentage des femmes en âge de procréer
- Indice synthétique de fécondité

#### OÙ SERONS-NOUS ? PRÉVISIONS POUR 2030

- Population totale estimée du pays
- Nombre de grossesses nécessitant chaque année les services de sages-femmes d'ici à 2030 et pourcentage des grossesses survenant dans les zones rurales
- Nombre de consultations prénatales, de naissances et de consultations post-partum et postnatales que les effectifs de SSRMN devront couvrir entre 2012 et 2030

Selon les caractéristiques principales de la population, un graphique montre le niveau des besoins qui doivent être satisfaits pour atteindre la couverture universelle. La fiche pays inclut une carte de votre pays avec le nombre et la répartition géographique des grossesses à partir de 2012 et indique le nombre réel de consultations de SSRMN dont les femmes de votre pays ont besoin de la période de pré-grossesse à la période postnatale. Ces consultations sont dénommées « épisodes de soins » dans le graphique.

967 000 GROSSESSES PAR AN = COMBIEN D'ÉPISODES DE SOINS ?



Ce qui suit est un exemple de ce à quoi ce graphique ressemble; celui-ci est tiré de la fiche de pays du Burkina Faso.

Le reste de la première page de la fiche pays fournit des informations et des graphiques portant sur une certaine portée des autres composantes de la couverture efficace (DAAQ) : disponibilité, accessibilité (financière et géographique) et qualité. Quoiqu'extrêmement importante, l'acceptabilité ne peut pas être représentée par des indicateurs quantitatifs dans un graphique, elle fait toutefois l'objet d'un examen dans le texte du rapport *SoWMy 2014*. N'oubliez pas que la première page de la fiche de pays exploite les données de 2012 et indique la proportion dans laquelle les effectifs sont *présentement* en mesure de fournir les services de SSRMN à l'ensemble des femmes et des nourrissons qui en ont besoin. Au moment où votre association de sages-femmes et les organisations désirant utiliser ce rapport analysent et interprètent votre fiche de pays, prenez en considération la validité de l'ensemble des données. Bien que les données figurant sur votre fiche de pays reposent sur celles fournies par l'équipe de votre pays, vous pouvez remarquer des disparités ou des incohérences compte tenu de votre expérience. Cela constitue une opportunité d'étudier davantage et d'entreprendre éventuellement un plaidoyer pour améliorer la collecte des données pertinentes relatives à la pratique de sage-femme et à la santé. Des données exactes sur la pratique de sage-femme permettent aux pays de faire des prévisions de façon efficace et tous les pays devraient recueillir un nombre minimal de 10 faits: : décompte des effectifs, pourcentage de temps consacré à la SSRMN, rôles, répartition de l'âge, âge de la retraite, durée des études, inscription aux écoles de formation, abandon scolaire et obtention du diplôme scolaire et départs volontaires des effectifs.

**PRINCIPAL CONSTAT DE SoWMy 2014 : Souvent, des données désagrégées approfondies ne sont pas disponibles pour être en mesure d'établir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité (DAAQ) des personnels compétents dans la pratique de sage-femme.**

## DISPONIBILITÉ

Le premier volet de la répartition des sages-femmes concerne la *disponibilité* :

**La disponibilité des effectifs de santé représente l'apport de travailleurs de la santé en nombre suffisant avec les compétences et l'éventail des qualifications adéquates, qui correspondent aux besoins de la population en matière de santé.**

### Disponibilité des effectifs

- Le graphique sur la disponibilité des effectifs qui figure sur la première page de votre fiche pays, indique le nombre total des travailleurs dénombrés et le pourcentage de temps que chacun d'eux consacre aux services de SMN. Prises ensemble, ces deux informations nous donnent une meilleure idée de la disponibilité des personnels compétents dans la pratique de sage-femme que ne l'aurait fait le nombre de travailleurs seul. Veuillez observer que le nombre de travailleurs de la santé dans un pays ne suffit pas véritablement à englober la disponibilité des effectifs : Les *équivalents temps plein* (ETP) – une mesure qui évalue à la fois le nombre d'employés qui font partie des personnels compétents dans la pratique de sage-femme et le temps qu'ils passent effectivement à fournir des services de santé maternelle et du nouveau-né – mesurent mieux la disponibilité réelle des effectifs de santé. Plutôt que de compter le nombre des travailleurs de la santé

qui ne fournissent des soins de sage-femme que partiellement, il vaut mieux évaluer le temps consacré aux soins de sage-femme pour chacun d'entre eux. Par exemple, deux médecins qui consacrent individuellement 50 % de leur temps aux services de SMN ne sont équivalents qu'à un médecin travaillant à temps plein. En terme scientifique, cela équivaldrait à dire qu'il y a deux médecins « dénombrés » et cependant un seul médecin par « équivalent temps plein (ETP) ».

Dans le graphique portant sur la disponibilité des effectifs, les travailleurs sont groupés par catégorie globale et ont été assignés à la catégorie que l'équipe du pays a jugé correspondre le mieux pour la catégorie professionnelle nationale. Burkina Faso par exemple, les catégories professionnelles nationales « Auxiliaires de santé maternelle et infantile » sont groupés sous la catégorie globale « Sages-femmes auxiliaires ». Les noms des catégories professionnelles nationales sont fournis dans la note de bas de page 1 au bas de la page 2. Assurez-vous d'étudier attentivement cette note de bas de page afin de comprendre la signification des catégories globales dans le contexte de votre pays.

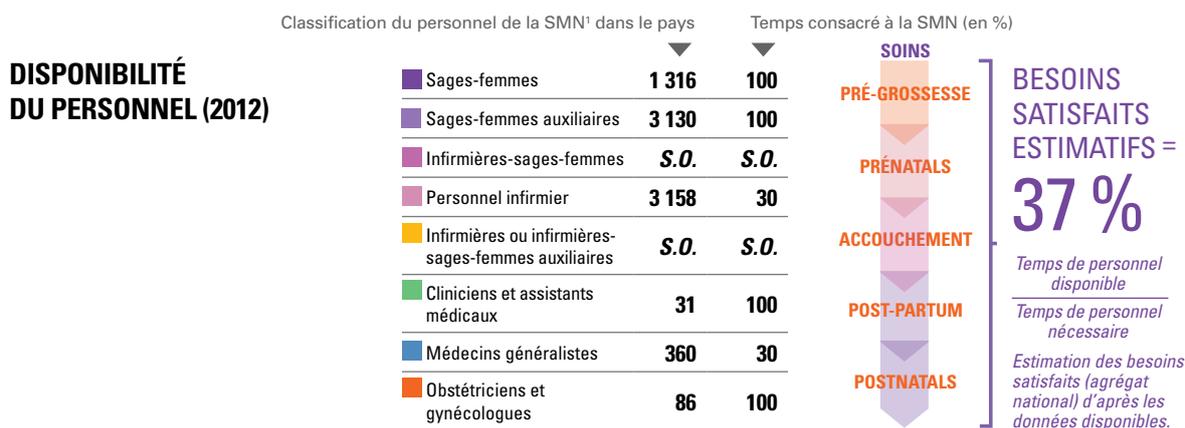
« SO » sera affiché sous certaines catégories. Cela veut dire que cette catégorie est sans objet dans ce pays. « - » signifie que les informations sont insuffisantes. Ceci est préoccupant dans la mesure où la connaissance du nombre de travailleurs et du temps qu'ils consacrent à la SMN est cruciale pour la planification des effectifs dans le but de répondre aux besoins des femmes et des bébés.

Ce graphique fournit également une estimation de la manière dont la disponibilité des effectifs soutient la comparaison avec les besoins. Un pourcentage estimé (« besoin satisfait estimatif ») résume la proportion dans laquelle les personnels compétents dans la pratique de sage-femme disponibles disposent de temps suffisant – compte tenu des travailleurs de la santé qui fournissent des services spécifiques – pour fournir les 46 interventions essentielles de la SSRMN à

l'ensemble des femmes et des nouveau-nés qui en ont besoin (les 46 interventions essentielles de la SSRMN feront l'objet d'une étude plus approfondie dans la section portant sur l'Accessibilité financière et figurent aux pages 212 à 215 du rapport *SoWMy 2014* et à l'Annexe C de cette trousse d'outils). L'estimation des besoins satisfaits prend en considération le temps disponible ainsi que le temps nécessaire pour les effectifs. Le « temps disponible pour les effectifs » débute à partir du nombre d'employés en équivalent temps plein et tient compte du nombre d'heures qu'ils consacrent aux tâches cliniques pendant une année, étant donné : les heures de travail par jour, les congés, les jours de congé de maladie et le pourcentage de temps consacré aux tâches cliniques. Le « temps nécessaire pour les effectifs » débute avec les 46 interventions essentielles et utilise des estimations de OneHealth pour déterminer le temps que cela prend en minutes pour fournir chaque intervention essentielle. Le temps nécessaire est ensuite additionné au niveau des pays en fonction du nombre de femmes en âge de procréer, de grossesses et de naissances ainsi que des données épidémiologiques qui nous informent de la proportion de femmes et de nouveau-nés ayant besoin de chaque intervention. Le « temps disponible pour les effectifs » est ensuite adapté au « temps nécessaire pour les effectifs » selon les rôles et responsabilités de chaque élément. Par exemple, le temps d'une sage-femme auxiliaire ne peut pas être assigné pour combler le temps nécessaire à la Prise en charge active du troisième stade du travail, il n'en demeure pas moins que le temps d'une sage-femme peut l'être.

**PRINCIPAL CONSTAT DE SoWMy 2014 : Seuls 4 des 73 pays du rapport SoWMy 2014 disposent des personnels compétents dans la pratique de sage-femme qui soient capables de satisfaire les besoins universels liés aux 46 interventions essentielles pour la SSRMN.**

Ce qui suit constitue un exemple de ce à quoi ce graphique ressemble ; celui-ci est tiré de la fiche de pays du Burkina Faso :





## GUIDE DE DISCUSSION : DISPONIBILITÉ

Remarquez le pourcentage des Besoins satisfaits estimés : ceci présente une estimation de la proportion dans laquelle les effectifs de santé présentement disponibles dans votre pays répondent aux besoins de la population liés à la SSR et la SMN.

**Y a-t-il assez d'employés qui fournissent des services de sage-femme pour répondre aux besoins des femmes et des nouveau-nés ?**

Si les effectifs de votre pays sont loin de répondre aux besoins de la population (moins de 90 %), cela peut indiquer qu'il y a un nombre insuffisant de professionnels de santé qui fournissent les soins de SSRMN (y compris les sages-femmes) et/ou que ces professionnels de santé ne consacrent pas assez de temps à accomplir les tâches et à fournir les services de sage-femme et/ou que les professionnels de santé n'assument pas les rôles et responsabilités les plus prioritaires.

**Envisagez les questions qui suivent si le nombre de sages-femmes est insuffisant :**

***La planification et l'investissement sont-ils adéquats pour la formation et le déploiement de travailleurs de SMN ?***

Selon le rapport SoWMy 2014, le nombre annuel de grossesses s'est accru depuis 1990 de 50 % dans les pays africains, ce qui signifie que les personnels compétents dans la pratique de sage-femme dans ces pays doivent s'accroître de manière significative *seulement pour conserver les niveaux actuels de couverture de la population*. En Afrique, les personnels compétents dans la pratique de sage-femme doivent s'accroître encore plus vite que le nombre de grossesses afin d'améliorer la qualité et la couverture des services et d'accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité ; de nouvelles tendances sur l'éventail des qualifications et l'amélioration de l'efficacité sont également nécessaires.<sup>14</sup>

***La pratique de sage-femme est-elle considérée comme une profession attractive dans votre pays ?***

Dans nombre de pays, une carrière de sage-femme est en règle générale perçue comme étant plus attractive que les autres professions ouvertes aux individus ayant un niveau d'instruction similaire ; tel n'est pas le cas toutefois dans tous les pays – dans 23 % des pays, elle est considérée comme étant une profession moins attractive. Beaucoup de sages-femmes travaillent dans des contextes difficiles, peu sûrs, isolés et peu équipés. Souvent, les sages-femmes sont l'objet de violences fondées sur le sexe, reçoivent de faibles rémunérations (parmi les plus faibles pour des professionnels de santé), travaillent dans des conditions inadéquates et n'ont pas accès à un perfectionnement professionnel continu. Tous ces facteurs font obstacle aux soins de haute qualité. Nombre de sages-femmes choisissent de quitter la profession en raison de la frustration qu'elles ressentent envers leur fonction et leur rôle ou parce qu'elles ont atteint l'âge arbitraire de la retraite.

***Existe-t-il d'autres raisons pour lesquelles votre pays peut ne pas disposer d'un nombre adéquat de professionnels de santé fournissant des services de sage-femme ?***

**Si les sages-femmes et les autres travailleurs de la SMN consacrent peu de temps à accomplir les tâches liées à la pratique de sage-femme et à fournir les services connexes, songez à ces questions :**

***Les professionnels de santé sont-ils peu intéressés à fournir les soins de sage-femmes ?***

Selon le rapport SoWMy 2014, plusieurs travailleurs de la SSRMN, notamment les médecins généralistes et les infirmières consacrent la majeure partie de leur temps de travail à des tâches non liées à la pratique de sage-femme. Une évaluation plus approfondie pourrait être nécessaire pour étudier s'il serait plus efficace de promouvoir des catégories professionnelles qui privilégient exclusivement les soins de sage-femme.

## COMMENT COMPRENDRE LES BESOINS SATISFAITS DANS VOTRE PAYS

### 1. Vérifiez les données d'origine

- Vérifiez le décompte des effectifs.** Les chiffres des besoins satisfaits estimés reposent sur les données descriptives des pays. Veillez à ce que le nombre d'employés reflète la réalité des employés qui pratiquent la SSRMN sur le terrain, à l'aide de la Note de bas de page 1, au bas de la seconde page de la fiche pays pour adapter le nombre figurant dans le rapport aux données de RHS.
- Vérifiez le pourcentage de temps en SMN.** Parfois, différents professionnels sont groupés sous une catégorie même s'ils ont consacré différentes proportions de leur temps à la SMN. Par exemple, si les sages-femmes sont groupées avec les infirmières dans les données descriptives et le pourcentage de temps consacré à la SMN est de 100 %, ceci pourrait exagérer la contribution des infirmières si elles consacrent moins de 100 % de leur temps à la SMN.

### 2. Comprenez la signification réelle des « besoins satisfaits estimés »

- Les besoins satisfaits estimés concernent le temps nécessaire pour les interventions essentielles **uniquement**. Ceci est le seul paquet global pour la SSRMN pour laquelle il y a présentement un consensus ; cela étant, ce que les femmes veulent et ce dont elles ont besoin présuppose un paquet de soins qui soit plus élaboré que celui-ci et qui pourra prendre plus de temps à fournir. En outre, certains pays peuvent fournir des interventions en nombre insuffisant ou différentes interventions essentielles.
- Les besoins satisfaits estimés concernent uniquement la disponibilité. Alors que votre fiche peut indiquer 100 % des besoins satisfaits au niveau du pays, le niveau des besoins satisfaits peut ne peut être similaire à tous les niveaux sous-nationaux. Le manque d'accessibilité géographique ou financière pourrait également signifier que les femmes n'ont pas toutes un véritable accès aux soins. De même, les questions liées à l'acceptabilité et à la qualité ne sont pas incluses dans ces estimations.

## EXEMPLE DE CAS A

### Amélioration de la perception de la profession de sage-femme en Tanzanie

Bien qu'en Tanzanie il existe des politiques favorables aux sages-femmes, le pays a besoin de plus de sages-femmes. Les réalités liées à leurs conditions de travail et aux perceptions publiques négatives découragent involontairement les jeunes femmes et hommes à entreprendre une carrière de sage-femme. Par contre-coup, l'Association des sages-femmes tanzaniennes a travaillé en collaboration avec l'Alliance du ruban blanc (WRA) de Tanzanie en vue d'inciter les jeunes à promouvoir la profession.

L'Association des sages-femmes tanzaniennes et WRA Tanzanie ont conjointement élaboré avec une large coalition y compris la société civile, une stratégie visant à promouvoir une carrière de sage-femme parmi les élèves de l'enseignement secondaire dans trois régions. Cet effort consistait à faire activement participer leurs parents, les responsables politiques et la collectivité tout entière aux consultations publiques en vue de favoriser une meilleure compréhension de la pratique de sage-femme et la nécessité de promouvoir le métier de sage-femme en tant que carrière. Des réunions et des présentations en appui de cette initiative ont atteint 16 625 élèves dans 22 écoles secondaires. La sensibilisation et la compréhension du métier de sage-femme par les élèves ainsi que leur perception de la pratique de sage-femme en tant que cheminement de carrière se sont considérablement accrues. Le pourcentage d'élèves ayant manifesté un intérêt au métier de sage-femme s'est accru de 7 pour cent au début de la campagne à 83 pour cent à sa fin.



Family Care International

Des clubs Ruban blanc ont également été mis sur pied dans les écoles en vue de fournir aux élèves un endroit où ils peuvent discuter du métier de sage-femme et recevoir des informations supplémentaires relatives à la profession. De concert avec WRA Tanzanie, l'Association des sages-femmes tanzaniennes continue de visiter ces clubs afin de poursuivre les activités, fournir des ressources supplémentaires et partager les expériences et faire face aux problèmes ensemble. Les membres du club militent auprès des autorités des districts pour investir dans la création de laboratoires et le recrutement de professeurs de sciences afin que les élèves puissent étudier les sciences et se préparer à entreprendre une carrière de sage-femme.<sup>15</sup>

## Développement de l'accès aux services de planification familiale de qualité au Nigeria

Il est absolument indispensable de répondre aux besoins non satisfaits des femmes en matière de planification familiale au Nigeria en développant l'accès aux services de qualité. Néanmoins, malgré les engagements du gouvernement nigérian à améliorer ces services, une foule de raisons entravent le progrès, y compris la pénurie criante de travailleurs de la santé, une coordination inadéquate du système de santé à travers les divers échelons gouvernementaux et les politiques qui régissent les prestataires de santé.

L'Alliance du ruban blanc (WRA) Nigeria s'est prononcée en faveur du développement des services de planification familiale nécessaires et de qualité en vue d'améliorer la santé maternelle en changeant les politiques. La nouvelle politique permettrait et habiliterait les agents de proximité en soins de santé communautaire à fournir des contraceptifs injectables, l'une des méthodes anticonceptionnelles les plus recherchées parmi les nigérianes. Présentement, seuls les travailleurs de la santé de niveau supérieur ont le droit de fournir ce service.

En élaborant sa stratégie de plaidoyer, WRA Nigeria a étudié les directives nationales en matière de santé reproductive et de planification familiale et les protocoles des services ainsi que les efforts de plaidoyer en cours menés par FHI 360. De concert avec le Ministère fédéral de la Santé et l'Association pour la santé reproductive et familiale, FHI 360 a mené un projet pilote dans l'état de Gombe au Nigeria, où il a été démontré que les agents de proximité en soins de santé communautaire qualifiés pouvaient fournir en toute sécurité et sans complications des contraceptifs injectables aux communautés et que les femmes exprimaient une préférence pour les services de planification familiale communautaires par rapport aux services fournis en établissement. À la suite de ce projet pilote, le Ministère fédéral de la Santé a mis sur pied un groupe de travail technique en vue d'élaborer une feuille de route pour élargir l'accès communautaire à la planification familiale.

Ceci comprenait un changement de politique au niveau national visant à permettre aux travailleurs de la santé de niveau inférieur d'administrer les contraceptifs injectables.

Alors que cette politique de partage des tâches commençait à susciter de l'intérêt au sein du Ministère fédéral de la Santé, il se trouva confrontée à l'opposition des travailleurs de la santé de niveau supérieur. WRA Nigeria a réuni des partenaires afin de soutenir ces initiatives en utilisant une approche à deux volets dans le but d'influencer les responsables politiques avant la 55<sup>ème</sup> Réunion du Conseil national sur la santé (CNS) » :

1. L'organisation de réunions de plaidoyer avec les Commissaires d'état en charge de la santé en vue d'encourager l'approbation de l'accès communautaire aux contraceptifs injectables lors des préparatifs de la Réunion du CNS. WRA Nigeria a tenu des réunions avec le Directeur de la Santé familiale et des Commissaires d'état en charge de la Santé sélectionnés afin de rallier un soutien pour le changement de fond au sein de l'Assemblée Nationale. WRA Nigeria a été invitée à participer et à donner une présentation et a également permis la participation d'autres personnes influents des champions de la santé maternelle pour présenter les données relatives aux avantages de ce changement.
2. L'utilisation des médias sociaux pour attirer l'attention nationale et internationale sur le changement de fond demandé afin de rallier un soutien supplémentaire.

Le plaidoyer a donné lieu à l'adoption par le CNS d'une nouvelle politique nationale autorisant les agents de proximité en soins de santé communautaire à distribuer des contraceptifs injectables. Une étape suivante de cette tentative consiste à travailler au niveau national avec les Commissaires d'état en charge de la Santé pour élaborer des plans de mise en œuvre et des budgets afin que la nouvelle politique soit mise en pratique.<sup>16</sup>



### **Appel en faveur de la disponibilité**

Après avoir passé en revue la composante *disponibilité* de la couverture assurée par les sages-femmes, quelles mesures votre association de sages-femmes et les autres partenaires peuvent-ils prendre en vue de favoriser les changements nécessaires ? Ceci dépend de l'environnement politique de votre pays (voir PARTIE III de cette trousse d'outils).

Si dans votre pays les niveaux de couverture efficace en soins de sage femme sont faibles, votre association de sages-femmes et les autres partenaires peuvent décider de préconiser le changement des politiques et des normes qui affectent la disponibilité.

**Le rapport SoWMy 2014 a établi que les sages-femmes peuvent fournir près de 90 % des soins essentiels dont les femmes et les nouveau-nés ont besoin si elles sont éduquées et formées conformément aux normes internationales (établies par la Confédération Internationale des Sages-Femmes [ICM] et le Conseil international des infirmières [ICN]).**

Il n'y aura pas assez de travailleurs de la santé disponibles pour fournir ces services essentiels si les normes actuelles de planification des effectifs dans votre pays ne sont pas sensibles aux besoins des femmes et des nouveau-nés.

Voici quelques opportunités d'accroître la disponibilité des services de sage-femme dans votre pays :

**Améliorer les parcours professionnels :** Travailler avec le Ministère de l'Éducation, le Ministère de la Santé ou le Ministère des Finances afin d'améliorer les parcours professionnels des sages-femmes et de fournir des mesures incitatives pour la formation des sages-femmes (en accordant des subventions publiques pour la formation des travailleurs de la santé) tout en veillant à ce que des lieux de formation soient disponibles en nombre suffisant et en qualité adéquate.

En commençant par les élèves des écoles secondaires, un nombre suffisant d'élèves doit terminer ses études avec les compétences et la motivation nécessaires pour s'inscrire dans les écoles de sage-femme. Ils doivent être exposés à la pratique de sage-femme en tant que profession attractive à embrasser, ce qui peut être aussi simple que de veiller à ce que la profession de sage-femme soit citée dans les documents distribués à l'école. Dès que des individus ont choisi de s'inscrire à un programme de formation de sages-femmes, ces futures sages-femmes doivent recevoir une éducation d'excellente qualité (y compris une formation initiale et continue) dans un environnement favorable. Il est nécessaire de continuer à rattacher des mesures incitatives à la formation

des sages-femmes et de fournir des subventions publiques pour la formation des travailleurs de la santé. Les responsables politiques peuvent être persuadés d'améliorer le parcours professionnel des sages-femmes s'ils apprennent que le rapport *SoWMy 2014* a établi que l'investissement dans la formation des sages-femmes peut rapporter 16 fois le montant investi en termes de vies sauvées et de coûts de césariennes évitées.

**Améliorer les politiques de recrutement :** Militer auprès du Ministère ou de l'organisme professionnel responsable du recrutement pour la décentralisation de la responsabilité du recrutement aux autorités sous-nationales telles que les équipes cadres des districts. Le passage des étudiants à la vie active doit également être mieux géré. L'éducation des travailleurs de la santé pour lesquels il n'existe pas d'emploi ou dont la création des emplois accuse un retard considérable constitue une utilisation inadéquate des ressources. Selon le rapport *SoWMy 2014*, dans plus de la moitié des pays, certains diplômés mettent plus d'un an à être recruté période au bout de laquelle leurs compétences cliniques peuvent s'être détériorées en raison du manque de pratique. Il est nécessaire d'améliorer le financement et de mettre en vigueur les politiques de recrutement. Les sages-femmes devraient être recrutées avant l'obtention de leur diplôme.

**Améliorer les politiques de fidélisation du personnel :** Une fois employés, les professionnels de santé doivent être contents et satisfaits de leur travail pour désirer rester en fonction. Militer auprès du Ministère ou de l'organisme professionnel chargé d'élaborer les politiques de fidélisation du personnel pour la mise en place d'une voie de promotion de carrière s'accompagnant de meilleurs salaires et de mesures incitatives accompagnées d'un cadre de travail plus favorable, d'un accès accru à l'éducation et à la formation continues et d'une gestion et d'une supervision plus satisfaisantes.

**Réduire le temps consacré aux tâches non cliniques :** Collaborer avec les autorités locales et les directeurs des établissements de santé pour préconiser la réduction du temps que les sages-femmes et les autres professionnels de santé consacrent aux tâches non cliniques. Au cours de leur travail quotidien, les professionnels de santé doivent être en mesure de consacrer leur temps et leur énergie aux activités des services de santé et à réduire le temps passé aux tâches non cliniques. De concert avec leur association professionnelle, les sages-femmes peuvent réfléchir de manière constructive à la manière de travailler de façon efficace au sein du système de santé et avec d'autres professionnels de santé. Collaborer avec

les directeurs des établissements de santé ainsi que les autorités nationales chargées de la planification des effectifs afin d'améliorer l'éventail des qualifications des travailleurs exerçant la pratique de sage-femme. Établissez si votre gouvernement a mené une évaluation exhaustive des effectifs pour inspirer le modèle de soins de votre pays. Autrement, militer pour qu'une évaluation soit menée afin que le système de santé puisse mieux garantir la disponibilité des services de sage-femme.

Selon le rapport *SoWMy 2014*, la pénurie criante de travailleurs de la santé dans plusieurs pays signifie que les agents de santé communautaire (ASC) et les accoucheuses traditionnelles continueront de jouer un rôle qui n'est pas le leur dans les années à venir. Les ASC et les accoucheuses traditionnelles peuvent jouer un rôle majeur pour influencer l'utilisation par les femmes des soins de sage-femme et fournir des informations de base sur la santé. Des liens formels et informels entre les services d'accouchement traditionnel d'une communauté et les services de santé professionnels peuvent fournir une opportunité unique d'utiliser efficacement les ressources disponibles et de faciliter l'accès à des soins respectueux et de qualité. De nouveaux moyens de transférer et de partager les tâches pourraient constituer une façon adéquate de guider vos efforts de plaidoyer. N'oublions pas que même si l'augmentation des effectifs prévus pour votre pays permet d'accroître votre pourcentage de besoins satisfaits, elle n'en demeure pas moins une première étape de l'amélioration de la couverture efficace et des autres composantes de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la qualité. Cependant, votre méthode devra probablement prendre en considération un certain nombre de facteurs en utilisant une approche à facettes multiples afin de mieux répondre aux besoins des femmes et des nouveau-nés de votre pays.

## ACCESSIBILITÉ

La seconde composante de la couverture des services de sage-femme concerne l'*accessibilité* :

- L'*accessibilité des effectifs de santé* signifie l'accès équitable aux travailleurs de la santé. Les facteurs clés liés à l'*accessibilité* incluent le temps de trajet et le transport, les heures d'ouverture, l'assiduité concordante des effectifs, l'adaptation ou non de l'infrastructure aux personnes handicapées, les mécanismes de transfert et le coût direct et indirect des services formels et informels.

Même lorsqu'il y a assez de travailleurs de la santé adéquatement rémunérés et qualifiés pour fournir le continuum des soins dont les femmes et les nouveau-nés ont besoin, l'accès aux soins

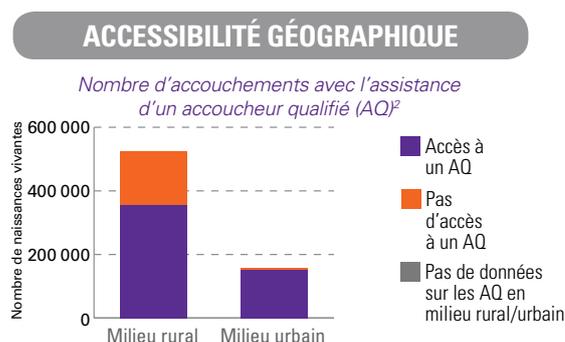
qu'ils fournissent demeure problématique pour les femmes dans de nombreux pays.

### Accessibilité géographique

Les services de santé et les professionnels de santé devraient se trouver à une distance accessible en toute sécurité pour toute la population. Pourtant, les professionnels de et les établissements où ils travaillent peuvent être inégalement répartis sur le plan géographique et ne pas être accessibles à ceux qui en ont besoin. Un système de soins de santé accessible doit disposer d'une répartition géographique adéquate des établissements et des travailleurs de la santé, renforcé par des réseaux opérationnels de transport, d'information et de communication.

Le graphique suivant qui figure sur votre fiche pays présente deux informations. En premier lieu, la hauteur des barres indique le nombre de naissances dans les zones urbaines par rapport aux zones rurales pour indiquer la manière dont les besoins liés aux services de SSRMN sont répartis sur le plan géographique. Lorsque les données récentes relatives aux Enquêtes démographiques et sanitaires sont disponibles, les deux barres sont ombrées pour indiquer le nombre de naissances au cours desquelles une accoucheuse qualifiée (SBA) était disponible selon les informations obtenues. Cela détermine s'il existe un déséquilibre de la répartition rurale/urbaine des effectifs par rapports aux besoins.

Ce qui suit constitue un exemple de ce à quoi ce graphique ressemble ; celui-ci est tiré de la fiche de pays du Burkina Faso:



### Accessibilité financière

Il est généralement admis que les femmes et leur famille sont confrontées à des obstacles financiers lorsqu'elles cherchent à accéder aux soins de SSRMN. Pour faire face à ce problème, les gouvernements des pays sont exhortés à élaborer et à fournir un paquet de prestations minimales dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, qui fournit gratuitement à toutes les femmes l'accès aux 46 interventions essentielles en SSRMN. Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant a identifié les 46 interventions essentielles. Ces dernières ont été sélectionnées du fait des preuves scientifiques

---

## GUIDE DE DISCUSSION : ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

En étudiant le diagramme en barres de l'accessibilité géographique de votre pays, vous pouvez apprécier l'endroit où la plupart des femmes accouchent et si la majeure partie d'entre elles ont accès à un professionnel de santé qualifié (défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant un professionnel de santé accrédité — tel qu'une sage-femme, un médecin ou une infirmière — ayant reçu une éducation et un perfectionnement des compétences nécessaires pour prendre en charge les grossesses normales (qui ne présentent pas de complications), l'accouchement et la période postnatale immédiate et l'identification, la prise en charge et la référence des complications des femmes et des nouveau-nés<sup>17</sup>). Au cas où les données relatives à l'accessibilité de votre pays ne seraient pas disponibles, quelles sont les raisons pour lesquelles elles ne sont pas disponibles ? Quels systèmes et ressources doivent être mis en place afin d'obtenir ces données ?

Quelle est l'ampleur des disparités liées à la prestation des services de sage-femme entre les zones rurales et urbaines ? Dans quelle mesure cette question est-elle liée aux effectifs ?

**Si les femmes des zones rurales n'ont pas accès à une accoucheuse qualifiée au moment de l'accouchement, songez aux questions suivantes :**

Existe-t-il une répartition inégale des accoucheuses qualifiées dans votre pays, accompagnée d'un manque de sages-femmes (ou de travailleurs de SMN en général) résidant et pratiquant dans les zones rurales ?

Les sages-femmes ont besoin d'un soutien croissant et de mesures incitatives à la fois financières et non financières pour travailler dans des zones rurales géographiquement isolées et mal desservies. Une meilleure planification et des investissements accrus liés au déploiement et au maintien en fonction des sages-femmes pourraient également inclure la prise en considération de la répartition géographique des instituts de formation, l'obligation de servir dans les zones rurales durant des périodes déterminées et l'ajustement global d'une meilleure voie de perfectionnement professionnel aux opportunités d'éducation et de formation continues.

**Y a-t-il un nombre suffisant d'établissements de santé dans les zones rurales ?**

La répartition géographique inégale des établissements de santé doit être étudiée conformément à l'amélioration générale des infrastructures des établissements ruraux. Une question qui mérite d'être prise en considération concerne la mise en place de centres de maternité dans des zones très peu accessibles. Les améliorations des routes et des réseaux de transport ainsi que le statut des établissements de santé sont également nécessaires.

Votre pays est-il caractérisé par de mauvaises routes ou un transport inadéquat dans les zones rurales, empêchant les femmes d'avoir accès à un établissement de santé et à une accoucheuse qualifiée ?

La planification, l'investissement et l'entretien de routes praticables en tout temps, le transport public, le transport d'urgence aux établissements de santé ainsi que les communications dans les zones rurales peuvent permettre d'assurer que les femmes ont accès aux établissements de santé en temps utile. Les femmes et leur famille doivent également être en mesure d'avoir les moyens financiers d'utiliser ces options de transport et de communication pour que l'accès soit accru.

**Si les femmes des zones rurales n'ont pas accès à une accoucheuse qualifiée au moment de l'accouchement, songez aux questions suivantes :**

Comment les femmes des zones urbaines peuvent-elles être encouragées à accéder à des accoucheuses qualifiées ?

Parmi les citoyens pauvres, les femmes peuvent ne pas avoir accès à une accoucheuse qualifiée même si les établissements sont disponibles près de leur lieu de résidence s'il existe une méfiance vis-à-vis des établissements et/ou des professionnels de santé. Il est nécessaire de trouver de nouveaux moyens de rapprocher ces sous-ensembles de la population et de les informer de la disponibilité et des avantages d'accéder au système de santé formel. Une stratégie consisterait à travailler avec les accoucheuses traditionnelles ou les agents de santé communautaire (ASC) – qui peuvent également avoir quitté les zones rurales pour s'installer dans les zones urbaines pour leur emploi – afin d'informer les femmes des services de SSRMN disponibles dans leur communauté et de les encourager à accéder à une accoucheuse qualifiée.

**Existe-t-il d'autres facteurs liés à l'accessibilité géographique des effectifs ou des services de santé de votre pays qui nécessitent des améliorations ?**

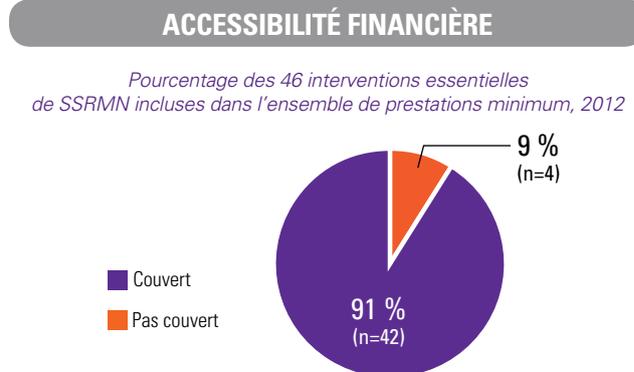
qui corroborent leur efficacité théorique, efficacité pratique et incidence sur la survie et la possibilité de leur mise en œuvre dans les milieux à revenus faibles et intermédiaires ; une liste des 46 interventions essentielles figure à l'Annexe C de cette trousse d'outils.

Selon le rapport *SoWMy 2014*, 70 des 73 pays ont un paquet de prestations minimales garanties à l'échelle nationale pour les services de SSRMN, qui sont censées être gratuites pour toutes les femmes au point de prestation. Toujours est-il que ces paquets de prestations ne couvrent pas nécessairement toutes les 46 interventions essentielles recommandées. En fait, seuls quelques pays incluent véritablement toutes les 46 interventions essentielles comme élément de leur paquet de prestations minimales garanties et seuls certains de leurs services peuvent être effectivement fournis à titre gratuit au point de prestation.

Le graphique suivant qui figure dans votre fiche de pays porte sur l'accessibilité financière de votre pays et la mesure dans laquelle le paquet de prestations minimales garanties couvre les 46 interventions essentielles recommandées. Le graphique circulaire présente à la fois la proportion et le nombre d'interventions

essentielles qui sont couvertes dans le paquet de prestations minimales.

Ce qui suit constitue un exemple de ce à quoi ce graphique ressemble ; celui-ci est tiré de la fiche de pays du Burkina Faso :



#### Appel en faveur de l'accessibilité

Maintenant que vous avez passé en revue la composante *accessibilité* de la couverture assurée par les sages-femmes, quelles mesures votre association de sages-femmes peut-elle prendre afin de favoriser un changement de politique positif ? Ceci dépend de l'environnement politique de votre

## GUIDE DE DISCUSSION : ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Étudiez le pourcentage des 46 interventions essentielles NON COUVERTES. Peu de pays disposent d'une formule qui inclut toutes les 46 interventions, il n'empêche que la plupart des pays (62 %) fournissent effectivement au moins 40 interventions sur 46.

**Le paquet de prestations minimales de votre pays garantit-il l'accessibilité financière de l'ensemble des femmes et des nouveau-nés à toutes les interventions essentielles ? Votre pays offre-t-il à l'échelle nationale un paquet de prestations minimales qui fournit moins des 46 interventions essentielles ? (Reportez-vous à l'Annexe C)**

Prenez en considération les questions suivantes :

#### Y a-t-il des interventions essentielles manquantes pour sauver la vie des femmes et des nouveau-nés ?

Selon le rapport *SoWMy 2014*, certaines disparités communes des paquets de prestations des pays concernent les interventions prénatales. Par exemple, la supplémentation en calcium en vue de prévenir l'hypertension, les interventions pour la désaccoutumance au tabac, la prise d'aspirine à faible dose pour la prévention de la pré-éclampsie et la réduction de la présentation anormale à terme avec une version céphalique externe, ne sont pas incluses dans plus de la moitié des pays. Étant donné que les troubles de l'hypertension et le travail avec obstruction ont été identifiés comme les principales causes de décès maternels dans les pays en développement, l'accès accru à ces interventions peut permettre de prévenir la mortalité et la morbidité maternelles. Vous pouvez découvrir les interventions manquantes en sollicitant les données soumises auprès de l'agent de coordination de l'UNFPA ou de l'OMS. La réponse figurera dans le Module 5, sous les Questions 512 à 515. Une liste exhaustive des participants nationaux auprès desquels vous solliciterez ces données, est disponible à la page 198 du rapport.

#### Existe-t-il dans votre pays d'autres obstacles financiers liés à l'accessibilité, auxquels les femmes et leur famille sont confrontées ?

Même si les services sont fournis à titre gratuit dans le cadre d'un paquet de soins, les femmes et leur famille peuvent faire face à de considérables frais remboursables au moment d'accéder aux soins de SSRMN. Ceux-ci peuvent inclure les coûts liés au transport vers/entre les établissements de santé, les coûts supplémentaires liés aux tests de laboratoire ou aux fournitures lorsqu'elles sont à l'établissement de santé. Les femmes et leur famille peuvent également être invitées à fournir des paiements informels aux travailleurs de la santé même si la politique nationale en matière de santé stipule que les services de SSRMN devraient être gratuits.

## Acquisition du droit des femmes aux services de santé en Inde

Avec le concours de Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, la campagne de plaidoyer en Inde Deliver Now – « Accoucher Maintenant » organisée par l'Alliance du ruban blanc de la Section d'Orissa en Inde, a tenu un rassemblement et une consultation publique en vue de militer pour le droit des femmes aux services de santé à Balangir, en Orissa, en Inde.

Environ 1 300 femmes – dont des membres de la communauté, des représentantes élues, des représentantes des médias et de la société civile – y ont pris part. Le principal responsable administratif du district de Balangir a présidé l'audience publique qui a fourni aux femmes un forum public dynamique pour interroger les responsables locaux sur l'état des services de santé maternelle et

de l'enfant. En plus des questions soulevées relatives au manque de prestataires de santé qualifiés et la nécessité d'améliorer la qualité des soins, les discussions ont porté sur les irrégularités des prestations gouvernementales pour les femmes et leur famille et la prévalence de la fraude et de la corruption dans les systèmes de santé.

À la suite de la consultation publique, un accord a été conclu sur la mise sur pied d'une cellule de grief, y compris d'une boîte à plaintes à l'hôpital régional ; le médecin-chef du district a accepté de présenter les données relatives à la prestation des services de santé maternelle, néonatale et de l'enfant au cours des réunions mensuelles du conseil du gouvernement local.<sup>18</sup>

pays (voir PARTIE III de cette trousse d'outils.)

Si les femmes ne sont pas en mesure d'accéder aux services de sage-femme en raison des obstacles géographiques et financiers, votre association de sages-femmes peut décider de préconiser le changement des politiques qui affectent l'accessibilité.

Voici quelques opportunités d'accroître l'accessibilité des services de sage-femme dans votre pays :

### **Réduction des obstacles géographiques liés à l'accès des femmes aux services de sage-femme dans votre pays**

**Améliorer la planification des effectifs de votre pays :** Selon le rapport *SoWMy 2014*, la plupart des pays déploient leurs personnels compétents dans la pratique de sage-femme en utilisant la planification des établissements ou les ratios entre effectifs et population. Dans le premier cas, un nombre spécifique d'employés de chaque catégorie professionnelle est réparti entre les différents types d'établissements de santé du système médical (hôpital, clinique de SMN, etc.). Dans le dernier cas, les planificateurs essaient d'assurer que chaque région dispose du même nombre de travailleurs de la santé pour 10,000 personnes (par exemple). Cela étant, ceux-ci peuvent entrer en conflit avec les besoins et l'accès aux soins. Pour ce qui concerne la planification en établissement, la répartition des établissements de santé peut ne pas correspondre à la répartition des besoins, ce qui veut dire que la répartition des employés sera elle-même faussée. Pour ce qui concerne les ratios entre effectifs et population, l'ampleur des besoins peut être différente pour différentes populations sous-nationales (en raison par exemple de taux de fécondité supérieurs ou de plus forts taux de prévalence du VIH) et des zones à faible densité démographique peuvent nécessiter un ratio plus

fort afin de permettre l'ouverture d'un établissement 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Militez auprès des Ministères de la Santé et de la Planification pour l'élaboration d'une stratégie et d'un plan des effectifs afin d'assurer que la répartition des travailleurs de la santé s'aligne sur la répartition géographique des femmes enceintes. Collaborez avec les Ministères pertinents afin de veiller à ce que la stratégie des effectifs tienne compte de la façon dont le déploiement des professionnels de santé et leur maintien en fonction seront garantis dans les zones rurales, telle que l'obligation de servir dans les zones rurales durant des périodes déterminées et l'amélioration de la répartition des instituts de formation ou la mise à disposition de mesures incitatives financières aux travailleurs de la santé qui se réinstallent dans les zones rurales reculées et continuent d'y exercer.

**Apporter votre soutien aux initiatives pour améliorer les options de transport pour les femmes sollicitant des soins de sage-femme :** Les associations de sages-femmes peuvent apporter leur soutien aux initiatives de votre pays visant à sensibiliser les responsables politiques sur la nécessité d'améliorer le transport vers les établissements de santé. Discutez d'autres options pour aider les femmes à accéder aux soins abordables et de qualité avec le Ministère de la Santé et les autres autorités qui pourraient investir dans la mise en place de centres de maternité, de programmes de vélos-ambulances ou d'autres solutions.

Réduction des obstacles financiers liés à l'accès des femmes aux services de SSRMN

### **Améliorer dans votre pays l'accès au paquet de prestations médicales minimales :**

- Établissez si votre pays dispose à l'échelle nationale d'un paquet de prestations minimales

---

Je suis fière de ma profession. J'aime travailler en tant que sage-femme. La vie commence entre les mains d'une sage-femme.

Au Malawi toutefois, une sage-femme doit improviser. Nous sommes surchargées et n'avons pas une bonne réputation.

Les gens disent que les sages-femmes sont impolies – que nous crions ; nous faisons ceci et cela. C'est parce qu'elles ignorent les faits. Ils entendent parler des sages-femmes à la radio. Il n'en reste pas moins qu'elles ignorent ce qui se passe sur le terrain.

Seules quatre sages-femmes sont disponibles là où je travaille. Nous couvrons la salle de maternité, le pavillon des femmes et celui des enfants.

Ces sages-femmes font de leur mieux en travaillant sans répit pour donner la vie aux mères et aux bébés. Ce n'est pas une tâche aisée pour elles.

Cela dit, les sages-femmes peuvent être heureuses de travailler dans ces endroits s'il peut y avoir un nombre accru de sages-femmes et si les ressources sont disponibles. Et alors cette réputation ternie des sages-femmes peut disparaître.

SAGE-FEMME MALAWIENNE

---

garanties et passez en revue les interventions essentielles qu'il couvre. Vous pouvez découvrir les interventions manquantes en sollicitant UNFPA ou OMS. La réponse figurera dans le Module 5, sous les Questions 512 à 515. Une liste exhaustive des participants nationaux auprès desquels ces données sont sollicitées, est disponible à la page 198 du rapport. Envisagez de rencontrer les autorités sanitaires nationales en vue de passer en revue ce qui est inclus dans votre formule nationale et de plaider pour une couverture accrue des 46 interventions essentielles.

- Militez auprès du Ministère de la Santé, du Ministère des Finances ou d'autres décideurs des établissements de santé pour veiller à ce que le paquet de prestations médicales minimales soit effectivement garanti pour toutes les femmes quelle que soit leur capacité à payer.
- Proposez que votre pays prenne en considération l'inclusion des coûts de transport ou des médicaments dans son paquet de prestations minimales ou l'élaboration de régimes de prépaiement et la mise sur pied d'une protection sociale pour les femmes. Vous pouvez également proposer aux partenaires au niveau communautaire qu'ils organisent des groupes coopératifs communautaires en vue de faciliter le transport et de partager les coûts.
- Collaborez avec les autorités chargées de fixer les salaires des sages-femmes et des autres travailleurs de la santé dans votre pays afin de veiller à ce que les salaires soient adéquats, qu'une supervision et une surveillance améliorée des services de santé soient menées et que les

demandes de matériel et de fournitures soient satisfaites dans le but de réduire la corruption et les demandes de paiement informel.

- Encouragez le gouvernement à mener une campagne de sensibilisation ou travaillez avec l'association des sages-femmes pour ce faire, pour informer les femmes de leur droit aux services de SSRMN qui sont gratuits au point de prestation, en veillant à ce que cette information soit disponible dans les langues maternelles des femmes et à la radio. Une telle campagne peut renforcer la participation du public en rendant le système de santé publique responsable de fournir ces services ; elle peut également sensibiliser les promoteurs de la santé sur ce paquet minimum de services. Demandez à ce qu'un mécanisme soit mis en place pour que les femmes puissent formuler des plaintes relatives à l'accès aux services gratuits, qui seront prises en considération et feront l'objet d'un traitement.

## ACCEPTABILITÉ

La troisième composante de la couverture des services de sage-femme concerne l'acceptabilité.

- L'acceptabilité des *effectifs de santé* comprend la capacité des effectifs à traiter tout le monde avec dignité, à établir la confiance et à permettre ou promouvoir la demande de services.

Même si les soins ne sont pas disponibles et accessibles, la couverture efficace sera réduite si les soins offerts ne sont pas acceptables pour les femmes, leur famille et leur communauté. Par exemple, les femmes peuvent décider de ne

pas se faire soigner si elles estiment qu'elles ne sont pas bien traitées à l'établissement de santé (c.-à-d. le manque de soins confidentiels, culturellement significatifs et respectueux axés sur la femme) ou si elles perçoivent qu'elles seront traitées de façon inadéquate (c.-à-d. le fait d'entendre des histoires sur l'expérience inacceptable d'autres femmes).

Malgré une demande croissante de soins professionnels attestée par les proportions croissantes de femmes accouchant dans les établissements avec des accoucheuses qualifiées, on dispose de données croissantes qui montrent qu'un **manque de soins acceptables et respectueux constitue une mesure tendant à décourager les femmes de ne pas accéder aux soins**. Les attitudes des sages-femmes et des autres travailleurs de la santé envers les utilisatrices sont importantes et la fourniture de soins axés sur la femme par tous les travailleurs de la santé de SMN permettra de prévenir le manque de respect et les abus dans les établissements de santé.

Bien que votre fiche de pays ne comporte pas de graphique pour mettre en relief l'acceptabilité

des effectifs de santé dans votre pays selon le rapport *SoWMy 2014*, nous vous encourageons à soulever la question relative à l'acceptabilité au moment de discuter de votre fiche de pays. De nombreux pays collaborent avec les associations de sages-femmes et autres associations professionnelles en vue d'élaborer des politiques visant à promouvoir des soins qui sont sensibles aux besoins sociaux, culturels et traditionnels ; ces politiques doivent être mises en œuvre et faire l'objet d'une surveillance. En fait, pour le questionnaire *SoWMy 2014*, 79 % des pays ont indiqué que des politiques existent qui sont spécifiquement centrées sur la manière dont les soins de SSRMN sont fournis d'une façon qui soit sensible aux besoins sociaux, culturels et traditionnels (par exemple, en ce qui touche l'âge, l'ethnicité, la religion et la langue).

**PRINCIPAL CONSTAT SoWMy 2014 : Afin que les sages-femmes fassent leur travail de la façon la plus efficace, les établissements doivent être équipés pour fournir les services appropriés, y compris pour les urgences (sang testé, césariennes, réanimation des nouveau-nés).**

---

## GUIDE DE DISCUSSION : ACCEPTABILITÉ

Songez à la façon dont les effectifs de santé et les services de santé de votre pays peuvent fournir des soins qui sont plus acceptables pour les femmes et leur famille.

Votre pays a-t-il mis en place une politique visant à examiner spécifiquement la façon dont les soins de SSRMN sont fournis d'une manière qui soit acceptable pour toutes les femmes et leur famille ? Est-elle en cours d'exécution et en vigueur ?

**Si une politique est en place, songez à ces questions :**

La politique de votre pays pourrait-elle être améliorée ? Étudiez la politique de votre pays. Est-elle rationnelle et à jour ? Est-ce qu'elle comporte les sept aspects de la Charte des droits universels des femmes enceintes ?<sup>19</sup> (reportez-vous à l'Encadré 7 de la page 22 du rapport *SoWMy 2014*)

Les sages-femmes et les autres travailleurs de la santé en SMN connaissent-ils et comprennent-ils la politique et la mettent-ils régulièrement en application au cours de leur travail quotidien ? Le grand public et les femmes en particulier ont-ils une connaissance de cette politique et comprennent-ils leurs droits ?

Existe-t-il pour les femmes et leur famille un protocole ou un mécanisme de formulation des griefs en cas de violation de leurs droits ? Dans ce cas, ce mécanisme est-il compris et disponible, y compris dans les zones rurales ?

Les femmes et leur famille ont-elles une perception négative des travailleurs de la santé en SMN et/ou des établissements de santé, qui influence leur accès aux soins ?

**Si votre pays ne dispose pas d'une politique sur l'acceptabilité, songez aux questions suivantes :**

Une meilleure compréhension des expériences des femmes et des attitudes du public à l'égard des femmes et des autres travailleurs de la santé SMN pourrait-elle être utile à concevoir une politique sur l'acceptabilité dans votre pays ?

Selon le rapport *SoWMy 2014*, peu d'efforts systématiques ont été entrepris en vue d'étudier les perceptions du public et seuls 18 pays rapportent des études corroborant les attitudes du public envers les personnels compétents dans la pratique de sage-femme et leur profession, ce qui limite la compréhension de l'acceptabilité.

Si votre pays a effectivement une politique en place, quelles sont les autres mesures qui pourraient être prises pour assurer l'acceptabilité des effectifs de santé et des services de santé dans votre pays ?

L'Alliance du ruban blanc (WRA) privilégie la promotion de Soins de maternité respectueux en partenariat avec le Projet de politique en matière de santé. Tirant parti de son expérience en matière de mobilisation des citoyens au niveau local, le réseau WRA – qui comprend des milliers de sages-femmes et d'organisations de sages-femmes à l'échelle mondiale – vise à faire des sept aspects de la Charte des droits universels des femmes enceintes le tremplin des systèmes de soins de maternité à travers le monde en appelant les responsables politiques nationaux à adopter la Charte et à organiser des ateliers dans le but d'aider les sages-femmes à comprendre leurs droits et à respecter leurs patientes.

Au Népal, l'Alliance du ruban blanc a apporté son soutien aux membres de l'Alliance nationale afin d'assurer que la Charte est incluse dans le nouveau projet de loi national sur la maternité sans risques. Dans les pays tels que le Kenya, le Bangladesh et le Yémen, WRA a aidé à élaborer des plans d'action en vue de faire face au manque de respect et aux abus et à Londres, les sages-femmes et les travailleurs de la santé ont organisé des réunions périodiques dans le but de sensibiliser aux Soins de maternité respectueux.

WRA a publié *Un guide pour un appel en faveur des Soins de maternité respectueux* afin de doter les alliés au niveau national des informations, outils et techniques appropriés pour générer la demande de soins de maternité respectueux, accroître l'obligation sociale d'en rendre compte et veiller aux engagements pris en ce sens. Le guide vise également à renforcer la capacité des défenseurs au niveau national à utiliser la Charte des soins de maternité respectueux de manière effective et à :

- Sensibiliser aux droits aux soins de maternité respectueux et à en générer la demande auprès de la société civile ;
- Mobiliser les communautés à exiger des responsables locaux et des prestataires de services à rendre des comptes au sujet des droits aux soins de maternité respectueux ; et
- Veiller à un engagement au niveau national à institutionnaliser les soins de maternité respectueux comme norme en matière de soins.

Pour de plus amples informations et pour accéder à la Charte des droits universels des femmes enceintes et au guide destinés aux défenseurs et aux autres ressources complémentaires (y compris aux présentations modèles PowerPoint, films, affiches et brochures), consultez le site Web de WRA : <http://whiteribbonalliance.org/campaigns/respectful-maternity-care/>

## EXEMPLE DE CAS D

# Amélioration de la perception que le public a des sages-femmes

Les médias ont une forte influence sur tout le monde. Il suffit qu'un reportage soit à connotation négative sur un cas individuel impliquant des sages-femmes pour qu'il soit sensationnalisé dans les médias. De telles histoires peuvent influencer la perception que le grand public ainsi que les responsables politiques ont des sages-femmes et peuvent se traduire par une mauvaise opinion de leur travail et de la profession. En Tanzanie et au Malawi, l'Alliance du ruban blanc (WRA) collabore avec les médias dans le but (1) de mettre l'accent sur les histoires positives et promouvoir le travail crucial des sages-femmes à sauver la vie des femmes et des nouveau-nés et (2) de dissiper tout malentendu ou idée fausse que le public peut avoir sur la pratique de sage-femme.

La stratégie médiatique de WRA Tanzanie ainsi que celle de WRA Malawi, qui fait activement participer les femmes en tant que mères et avocates, constitue une tactique essentielle de ses campagnes nationales visant à améliorer la perception que le public a des sages-femmes. Par exemple, WRA Tanzanie a conçu un film court et un message d'intérêt public en anglais et en swahili, intitulé *What I Want Is Simple* – « *Ce que je veux, c'est simple.* » Le film a été diffusé sur ITV, un organe de presse suivi par 85 % des Tanzaniens et le message d'intérêt pu-blic

a été transmis sur Radio One que 35 % des Tanzaniens écoutent en même temps. Des femmes apparaissent dans *What I Want Is Simple* et décrivent les conditions des établissements de santé où elles souhaitent accoucher. Ces femmes sont également des sages-femmes ; elles comprennent ce que les femmes veulent parce que leurs demandes illustrent l'environnement qu'elles souhaitent et dont elles ont besoin afin d'accomplir leur travail de façon adéquate. Les sages-femmes et les mères sont identiques – elles veulent toutes les meilleures conditions et la meilleure issue possible pour l'accouchement (pour regarder le film, consultez <http://bit.ly/13vEQHW>).

WRA Malawi a également conçu un film qui reprend des entrevues avec les sages-femmes et les responsables politiques du Ministère de la Santé. Ces entrevues font le point sur la situation actuelle au Malawi et sur les mesures à prendre dans le but d'améliorer les conditions de travail et les issues de la grossesse (pour regarder le film, consultez <http://bit.ly/1bEDBRm>). WRA Malawi a invité les médias au lancement de sa campagne où il a été souligné qu'ils doivent mettre en relief le travail remarquable des sages-femmes, reconnaître les sages-femmes et la profession de sage-femme à leur juste valeur et bien faire entendre la voix de la communauté dans la campagne.<sup>20</sup>

### Appel en faveur de l'acceptabilité

Maintenant que vous avez passé en revue la composante acceptabilité de la couverture des soins de sage-femme, quelles mesures votre association de sages-femmes peut-elle prendre en vue de favoriser un changement de politique favorable ? Ceci dépend de l'environnement politique de votre pays abordé dans la PARTIE III de cette trousse d'outils.

Si le manque de soins acceptables et respectueux constitue pour les femmes un facteur dissuasif pour accéder aux soins de sage-femme dans votre pays ou si votre pays ne dispose pas d'une politique établie visant à examiner la manière dont les soins de SSRMN devraient être fournis, votre association de sages-femmes peut décider de préconiser le changement des politiques et des normes qui affectent la disponibilité.

Voici quelques opportunités de plaider pour accroître l'acceptabilité des services de sage-femme dans votre pays :

#### Apporter un soutien à l'élaboration d'une politique en matière de soins de SSRMN acceptables :

Un manque de soins acceptables et respectueux constitue pour les femmes un facteur dissuasif pour accéder aux soins. Collaborez avec le Ministère de la Santé et les autres autorités telles que les Ministères de la Femme en vue de concevoir des politiques qui sont sensibles aux besoins sociaux, culturels et traditionnels.

**Améliorer la mise en œuvre d'une politique existante :** Si votre pays a déjà une politique en place, discutez avec les responsables politiques, les directeurs des établissements de santé et votre association de sages-femmes de la manière dont

la politique est mise en œuvre et suivie. Militez pour que votre association de sages-femmes prenne part à l'examen de la politique (par exemple pour veiller à ce qu'elle inclue tous les sept aspects de la Charte des droits universels des femmes enceintes) et à la formulation de recommandations liées aux améliorations des établissements de santé et à la charge de travail dans le but de permettre aux travailleurs de la santé de se conformer à la politique.

#### Apporter un soutien aux améliorations de l'environnement de travail pour les sages-femmes et les autres travailleurs de la santé :

Les sages-femmes doivent avoir accès aux équipements et aux fournitures nécessaires pour faire leur travail ; elles ne peuvent pas être surchargées et débordées par le nombre de femmes qui requièrent leur attention et leur assistance et les sages-femmes doivent être respectées en tant que professionnels de santé et recevoir un salaire adéquat. Un appel en faveur des améliorations de l'environnement de travail, de l'encadrement et de la supervision de tous les travailleurs de la santé par les organismes de réglementation, les associations de sages-femmes et les employeurs, peut accroître la fourniture de soins respectueux et assurer que les services de santé sont régulièrement fournis.

#### Intégrer les soins respectueux dans les programmes de formation des sages-femmes :

Collaborez avec les programmes de formation des sages-femmes et les Ministères de la Santé qui aident à élaborer le programme éducatif des sages-femmes dans le but d'inclure les soins respectueux axés sur les femmes et la sensibilité

## EXEMPLE DE CAS E

### Appel en faveur des engagements du Ministère envers les sages-femmes au Malawi

Dans le cadre de sa campagne nationale de promotion des sages-femmes, l'Alliance du ruban blanc (WRA) au Malawi collabore avec le Ministère de la Santé pour définir les améliorations des conditions de travail des sages-femmes comme une priorité politique durant la planification et l'établissement du budget. Pour le MS et les organismes professionnels, le but est de prendre des mesures visant à améliorer les interactions entre clientes et prestataires et la prestation de soins de maternité respectueux. Les efforts de plaidoyer de WRA Malawi ont donné lieu à un engagement du Secrétaire général du MS à travailler avec WRA Malawi en vue de réaliser les objectifs de sa campagne. Le Secrétaire général a notamment promis que toutes les recommandations de WRA Malawi – y compris celles liées aux qualifications supplémentaires des sages-femmes, à la formation des



Family Care International

sages-femmes sans formation infirmière, au salaire et au parcours professionnel – feront l'objet d'une discussion durant les réunions du Ministère.<sup>21</sup>

socioculturelle comme parties intégrantes de la formation et du perfectionnement des sages-femmes. Si des programmes éducatifs existent déjà dans votre pays, travaillez avec le Ministère de la Santé en vue de procéder à un examen des programmes éducatifs dans le but d'assurer qu'ils sont conformes aux normes et aux compétences établies dans les outils et directives de l'ICM.

**Mobiliser les citoyens et les prestataires pour exiger de ces derniers l'obligation de rendre des comptes en matière de soins respectueux :** La sensibilisation des femmes à leur droit aux soins acceptables peut mobiliser les citoyens pour aider à exiger l'obligation accrue de rendre des comptes auprès de ceux qui sont chargés de fournir des services locaux, tels que les directeurs d'établissement et peut influencer les gouvernements à respecter leurs engagements en matière de SSRMN. Cette mesure peut permettre de garantir les conditions de prestation de soins de qualité. L'amélioration de l'acceptabilité équivaut à écouter la voix des femmes et celle des membres de leurs communautés et à inclure leurs préférences dans les initiatives d'élaboration des politiques et de formation pour tous les travailleurs de la santé.

## QUALITÉ

La quatrième composante de la couverture des soins de sage-femme concerne la qualité, qui comprend deux sous-éléments :

- La qualité des effectifs de santé est évaluée par les compétences, les qualifications, les connaissances et le comportement du travailleur de la santé selon les normes professionnelles et telle que perçue par les utilisatrices.
- La qualité des services de santé est la dimension du droit à la santé qui exige que les établissements de santé, les biens et services soient absolument appropriés sur les plans scientifique et médical et soient également de bonne qualité.

Même si les personnels compétents dans la pratique de sage-femme sont disponibles, accessibles et acceptables pour la population, la prestation de soins de qualité inadéquate limitera considérablement leur efficacité. La mortalité maternelle ne peut pas décroître si la qualité ne fait pas l'objet d'une attention particulière.

L'amélioration de la qualité des soins peut se faire en :

- Assurant un environnement professionnel habilitant pour apporter un soutien à la formation efficace, à la réglementation et aux associations professionnelles :

- Assurant un environnement de pratique habilitant qui inclut l'accès à des réseaux de consultation et de référence efficaces et fiables ainsi que le développement, la gestion et le renforcement des ressources humaines : et
- Faisant du travail d'équipe et de la collaboration respectueux une réalité en exigeant que les équipes de collaboration de SSRMN travaillent de manière efficace pendant le séjour de la femme et du nouveau-né au centre.

Bien que votre fiche pays ne dispose pas d'un graphique pour mettre en relief toutes les trois dimensions de la qualité, un graphique figure sur la première page de votre fiche pays avec une colonne à droite qui présente l'environnement professionnel habilitant pour les soins de qualité et les prestataires de soins à travers les trois principaux piliers de la profession de sage-femme : l'éducation, la réglementation et l'association.

### Un environnement professionnel habilitant

La formation, la réglementation et les associations professionnelles constituent les *Trois piliers* d'une profession de sage-femme fiable et sont toutes essentielles pour soutenir les travailleurs de la santé à prodiguer des soins de sage-femme de qualité. Ce qui suit constitue un exemple d'un graphique figurant sur votre fiche pays qui fournit des informations sur la vitalité de l'environnement favorable dans votre pays ; celui-ci est tiré de la fiche pays du Burkina Faso :

#### FORMATION À LA PROFESSION DE SAGE-FEMME<sup>3</sup>

Niveau d'études secondaires minimum exigé pour accéder à la formation	Années d'études 12+
Nombre d'années d'études requis (arrondi)	3
Programme d'éducation standardisé ? Année de la dernière mise à jour	Oui, 2011
Nombre minimum d'accouchements supervisés inscrit au programme	100
Nombre de diplômées 2012 /en pourcentage de toutes les sages-femmes en exercice	343/26
Pourcentage de diplômées employées dans la SMN au bout d'un an	80 %

#### RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

La législation reconnaît la profession de sage-femme comme une profession autonome	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
La pratique de la profession de sage-femme est réglementée par une entité gouvernementale	Oui
Il faut une licence pour exercer la profession de sage-femme	Non
Il existe un registre actualisé des sages-femmes agréées	Non
Nombre de SONUB que les sages-femmes sont autorisées à dispenser (sur un total possible de 7)	7
Les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables/dispositifs intra-utérins	Oui/Oui

#### ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES<sup>4</sup>

Année de la création des associations professionnelles	1973, 1997
Rôles joués par les associations professionnelles :	
Perfectionnement professionnel continu	Oui
Conseil et représentation des membres accusés de faute professionnelle	Oui
Conseils aux membres sur les normes de qualité des soins de SMN	Oui
Conseils aux instances officielles sur les politiques de SMN	Oui
Négociations avec l'État en matière de travail ou de salaire	Oui

S.O. = sans objet; -- = absence de données



Family Care International

Il existe divers Documents fondamentaux connexes de l'ICM, qui guident les Associations de sages-femmes et leurs gouvernements à examiner et à améliorer l'éducation et la réglementation des sages-femmes et de la pratique de sage-femme et permettent aux pays de faire le point sur leurs programmes de formation de sages-femmes pour la production de personnels compétents dans la pratique de sage-femme de qualité et leur maintien en fonction. Pour de plus amples informations, veuillez consulter le site Web de l'ICM :

#### L'ICM A MIS AU POINT UN ENSEMBLE DE DOCUMENTS FONDAMENTAUX PORTANT SUR LES TROIS PILIERS D'UNE PROFESSION DE SAGE-FEMME :

- Normes globales de l'ICM pour la formation des sages-femmes
- Normes globales de l'ICM pour la réglementation de la profession de sage-femme
- Outil d'évaluation des capacités de l'association membre

Ces Documents fondamentaux de l'ICM guident les associations de sages-femmes et leur gouvernement à examiner, améliorer et renforcer la formation et la réglementation des sages-femmes et de la profession de sage-femme. Ils permettent aux pays de passer en revue leurs programmes de formation des sages-femmes en vue de soutenir les effectifs de qualité de sages-femmes et de les maintenir en fonction. Si votre association de sages-femmes a besoin d'être informée du contenu de ces documents, veuillez consulter le site Web de l'ICM : <http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/education-regulation-association/>

En outre, si votre association de sages-femmes aspire à porter l'attention sur la qualité de la formation, de la réglementation et de l'association des sages-femmes suivant votre évaluation de la qualité des soins dans votre pays, il existe d'excellents outils dont l'utilisation mérite d'être prise en considération. Deux de ces références concernent :

#### 1. Les Documents de l'ICM portant sur l'analyse des déficits par rapport aux normes:

- Outil d'évaluation de la formation initiale (2012) : anglais, français, espagnol
- Outil d'évaluation de la réglementation (2012) : anglais, français, espagnol
- Outil d'évaluation des capacités de l'association membre (2012) : anglais, français, espagnol

Pour de plus amples informations et pour accéder à ces documents, veuillez consulter le site web d'ICM : <http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/global-standards-competencies-and-tools.html>

#### 2. La Trousse d'outils de l'OMS pour le renforcement de la profession de sage-femme

La Trousse d'outils de l'OMS pour le renforcement de la profession de sage-femme de 2011 contient neuf modules qui portent précisément sur le renforcement du rôle crucial et de la fonction de la sage-femme professionnelle dans la fourniture des soins de qualité.

La trousse d'outils comporte des directives pour aider les associations de sages-femmes à prendre en compte les stratégies au moyen desquelles les services de soins de sage-femme peuvent être renforcés. Les directives peuvent être utilisées pour mettre en place ou passer en revue les programmes de soins de sage-femme selon les besoins et les priorités d'un pays.

Pour de plus amples informations et pour accéder à la trousse d'outils dans son intégralité, veuillez consulter le site Web de l'OMS : [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/strengthening\\_midwifery\\_toolkit/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strengthening_midwifery_toolkit/en/).

## GUIDE DE DISCUSSION : FORMATION DES SAGES-FEMMES

Passez en revue LA FORMATION DES SAGES-FEMMES de votre pays : cette rubrique fournit des informations sur les écoles et les normes des instituts de formation dans votre pays ainsi que sur le nombre de diplômés et leur entrée dans la vie active.

Dans le rapport SoWMy 2014 de nombreux faits confirment les disparités liées aux infrastructures, ressources et systèmes qui affectent négativement la formation des sages-femmes. Il existe de nombreux facteurs pouvant influencer la qualité de la formation des sages-femmes y compris la faiblesse de l'enseignement secondaire à préparer les futurs étudiants à la profession de sage-femme, la pénurie de personnel enseignant au sein des écoles et des instituts de formation des sages-femmes. En outre, la mauvaise qualité du matériel, le manque de salles de classe disponibles et d'opportunités de stage de formation clinique constituent des défis majeurs qui mettent à rude épreuve une formation convenable, des sages-femmes.

**Songez à ces questions relatives au programme de formation des sages-femmes de votre pays :**

Les écoles et les instituts de formation de votre pays sont-ils conformes aux Normes globales de l'ICM pour la formation des sages-femmes ?

Les écoles de votre pays disposent-elles de laboratoires de formation adéquatement équipés du type d'équipement convenable pour favoriser l'apprentissage et la pratique de tous les étudiants ?

Serait-il possible d'accroître le nombre et la qualité des opportunités d'expérience clinique dans votre pays ? Cela pourrait comporter par exemple l'accès à la simulation et au matériel spécialisé. Cela pourrait également comprendre l'accroissement du nombre minimum d'accouchements supervisés dans le but de se conformer aux normes globales de l'ICM. Selon le rapport SoWMy 2014, le nombre moyen d'accouchements supervisés requis pour les sages-femmes est de 34, ce qui est nettement inférieur au critère de référence de l'ICM, qui est de 50 accouchements supervisés pour assurer que les étudiants acquièrent les compétences avant la fin de leurs études.

Comment votre pays pourrait-il mieux recruter et maintenir en fonction des effectifs (ratio étudiant/enseignant recommandé) appropriés du corps professoral et d'enseignants adéquatement qualifiés ? Votre pays pourrait-il par exemple prendre plus de mesures pour introduire des plans de perfectionnement des enseignants, leur offrir le recyclage périodique et des qualifications formelles et assurer leur supervision favorable ?

Serait-il possible d'accroître le pourcentage de diplômés employés et déployés en SMN et exerçant en tant que sages-femmes durant l'année suivant l'obtention du diplôme ?



Richard Lord

## Évolution de la formation des sages-femmes en Afghanistan

L'association des sages-femmes afghanes préconise un développement professionnel pour ses collègues et favorise les opportunités éducatives afin que ces derniers puissent dispenser les meilleurs soins possibles aux mères et aux familles.

En 2002, en partenariat avec le gouvernement afghan et sur le financement de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), Jhpiego (un organisme de santé sans but lucratif et affilié à Johns Hopkins University) a entrepris avec ses partenaires de revitaliser les personnels afghans compétents dans la pratique de sage-femme en mettant au point un système éducatif visant à former les sages-femmes et à dispenser des soins compétents et qualifiés aux femmes durant l'accouchement. Au terme du Health Services Support Project (HSSP) – « Projet d'appui aux services de santé » en 2011, la pratique de sage-femme s'est considérablement améliorée en Afghanistan :

- Plus de 3 000 nouvelles sages-femmes ont obtenu leur diplôme auprès d'un réseau d'écoles reconnues par le gouvernement, dont les programmes éducatifs et la formation axée sur les compétences ont été mis au point en collaboration avec le Ministère afghan de la Santé Publique et d'autres partenaires ;
- Le pourcentage de femmes accouchant dans les établissements de santé s'est accru de 19 pour cent en 2005 à 32,4 pour cent en 2011 ;
- Les programmes de formation des sages-femmes se sont accrus d'1 en 2002 à 30 en 2011 ;
- 86 pour cent des diplômés des écoles communautaires de formation des sages-femmes ont obtenu un emploi ;
- L'Association des sages-femmes afghanes a été créée ; l'association s'est considérablement développée ;
- Plus de 17 000 travailleurs de la santé, superviseurs, enseignants et employés du ministère de la santé ont reçu une formation dans 28 domaines des soins, des soins obstétricaux et néonataux d'urgence à la planification familiale et de la santé mentale ;
- 505 établissements de santé à travers 21 provinces utilisent un nouveau système d'amélioration et d'assurance de la qualité en vue de fournir de meilleurs services aux Afghanes ; et
- Les agents de santé communautaire ont formé plus de 10 000 femmes enceintes résidant dans les zones isolées à l'administration autonome du misoprostol, un médicament potentiellement salvateur pour la prévention de l'hémorragie du post-partum ; le médicament est pris lorsque les femmes ne peuvent pas se rendre à l'établissement de santé pour accoucher.<sup>22</sup>

L'Association des sages-femmes afghanes continue de se développer et de se renforcer comme en témoigne son plaidoyer récent préconisant la nécessité de fournir aux sages-femmes des possibilités d'avancement profes-



Richard Lord

sionnel, notamment pour ce qui concerne l'enseignement supérieur et l'organisme de réglementation de la profession de sage-femme. Les activités de plaidoyer ont été menées durant des fora nationaux tels que la Journée internationale de la sage-femme, les Congrès annuels sur la pratique de sage-femme ainsi que lors de réunions individuelles et collectives avec des intervenants stratégiques y compris le Ministre de la Santé Publique, le Ministre de l'Enseignement Supérieur, le Recteur de l'École de Médecine de Kaboul et les représentants du secteur privé et d'autres organisations nationales et internationales y compris les agences des Nations Unies.

Un des résultats majeurs de ces efforts de plaidoyer se traduit par l'accord que le Ministre de l'Enseignement Supérieur a donné pour la mise au point de deux filières éducatives pour les sages-femmes à l'École de Médecine de Kaboul : 1) une licence en sciences pour sages-femmes agréées (post-RM BScM) ; et 2) une licence en sciences pour sages-femmes sans formation infirmière.

Les deux programmes sont uniques et les sages-femmes recevront des diplômes officiels pour la première fois dans l'histoire de la profession de sage-femme en Afghanistan. Cela permettra aux sages-femmes d'avancer sur le plan professionnel et d'améliorer leurs possibilités de prendre part au processus de prise de décision.<sup>23</sup>

# Suivi de l'exécution des politiques d'élaboration des niveaux de dotation en Tanzanie

Les membres de l'Alliance du ruban blanc (WRA) en Tanzanie ont mené une enquête pour faire le décompte des effectifs du personnel médical qualifié, y compris les sages-femmes, disponible dans 24 établissements de deux districts tanzaniens selon les « Directives relatives aux niveaux de dotation » du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Ils ont trouvé des divergences considérables avec des établissements où le personnel qualifié fait cruellement défaut.

WRA Tanzanie a transmis ces données aux responsables gouvernementaux dans le cadre d'une campagne de plaidoyer nationale qui a donné lieu à la diffusion des

conclusions suivantes :

- Le cabinet du Président a émis une lettre d'autorisation pour recruter tous les diplômés des instituts de santé avec prise d'effet immédiat

Le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale a été appelé de recruter 3 890 employés et de les déployer dans les milieux caractérisés par une grave pénurie de personnel. Ceci s'est traduit par un accroissement de 33 pour cent des niveaux des effectifs dans un intervalle de huit mois dans les établissements où l'enquête a été menée<sup>24</sup>

## GUIDE DE DISCUSSION : RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

Étudiez la **RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME** dans votre pays : ce guide fournit des informations sur la mesure dans laquelle l'environnement juridique et réglementaire reconnaît et protège les sages-femmes et le public. L'octroi aux sages-femmes du droit d'exercer leur profession sous-entend que leur champ d'activité est reconnu et qu'elles bénéficient ainsi que les femmes auxquelles elles prodiguent des soins, d'une protection juridique en cas de résultats négatifs. Une réglementation efficace comporte l'octroi d'autorisation d'exercice et le renouvellement de l'autorisation d'exercice aux sages-femmes, ce qui permet l'opportunité de mettre en application les conditions minimales de maintenir l'excellence par le biais du perfectionnement professionnel continu et de la formation pratique. Selon le rapport *SoWMy 2014*, presque tous les pays concernés ont au moins un organisme de réglementation ; cependant, la législation reconnaissant la profession de sage-femme comme étant réglementée, les compétences de sage-femme ainsi que les normes éducatives clairement définies et les processus réglementaires efficaces, font défaut dans nombre d'entre eux.

Depuis 2011, 51 pays (70 %) rapportent que les organismes de réglementation sont chargés d'établir les normes éducatives et 39 (53 %) indiquent qu'ils sont responsables de l'accréditation des prestataires de services éducatifs. De plus, les organismes de réglementation ont signalé avoir révisé le code de pratique, mis en place une nouvelle législation et/ou créé des mécanismes pour le renouvellement des autorisations d'exercer dans 14 pays (19%).

Le Module 2 de la Trousse d'outils de l'OMS pour le renforcement de la pratique de sage-femme « Législation et réglementation de la pratique de sage-femme – réalisation de la maternité sans risques » fournit une explication des raisons pour lesquelles la législation et la réglementation sont si importantes pour la qualité des soins dont les femmes et les nouveau-nés ont besoin et de la nécessité que les sages-femmes bénéficient d'un soutien et d'une protection lorsqu'elles dispensent ces soins.

**Prenez en considération ces questions relatives à la réglementation de la profession de sage-femme dans votre pays :**

La réglementation des personnels compétents dans la pratique de sage-femme dans votre pays est-elle conforme aux Normes globales de l'ICM en matière de réglementation de la profession de sage-femme ?

La pratique de sage-femme dans votre pays fait-elle l'objet d'une réglementation adéquate et effective ?

Selon le rapport de *SoWMy 2014*, presque tous les pays ont confirmé qu'il existe au moins une organisation chargée de réglementer la pratique de sage-femme. La moitié (51 %) a rapporté que le Ministère de la Santé ou un autre département ministériel réglemente la pratique de sage-femme alors qu'une proportion identique (47 %) a mentionné un organisme de réglementation approuvé par le gouvernement, tel qu'une Commission ou un Conseil. Quelques pays comptent plus d'un organisme de réglementation. Seuls six pays rapportent ne pas présentement disposer d'un organisme de réglementation et trois d'entre eux ont indiqué qu'un était en cours de mise en place.

Bien que l'existence d'un organisme de réglementation soit nécessaire, elle peut ne pas être assez suffisante pour garantir une réglementation efficace. Les principales responsabilités des organismes de réglementation consistent présentement à : établir les normes de la pratique de sage-femme ; l'enregistrement ; l'application de sanctions en cas de faute professionnelle et l'établissement de normes éthiques. Très peu de pays ont mentionné l'accréditation des prestataires de services éducatifs et la protection de la désignation professionnelle de « sage-femme ». Dans certains pays, les organismes de réglementation ne remplissent pas ces fonctions de manière adéquate en raison de problèmes liés à une description peu claire des compétences des sages-femmes, un nombre insuffisant de normes établies pour la formation des sages-femmes et reconnues à l'échelle nationale (dans le secteur privé en particulier) et des processus de réglementation inadéquats (p. ex. dus à l'instabilité politique ou aux ressources limitées).

**Prenez en considération ces questions relatives aux procédures législatives et d'octroi d'autorisation d'exercice de votre pays :**

**La législation reconnaissant la pratique de sage-femme comme une profession autonome doit-elle faire l'objet d'un examen, d'une amélioration ou d'une adoption dans votre pays ?**

Selon le rapport *SoWMy 2014*, sur les 73 pays concernés, seuls 35 (48 %) ont des législations qui reconnaissent la pratique de sage-femme comme une profession réglementée et dans cinq d'entre eux, la législation n'est pas en vigueur. Douze pays ont indiqué que la législation est en cours d'élaboration – mais il reste alors 26 pays dépourvus de ces législations sans qu'elles soient en cours d'élaboration.

**Un système d'octroi d'autorisation d'exercice aux sages-femmes doit-il faire l'objet d'un examen, d'une amélioration ou d'une adoption dans votre pays ?** Un système d'octroi d'autorisation d'exercice permet aux organismes de réglementation de suivre ceux qui exercent et garantit la qualité de leur travail et peut également constituer une source de données utile à des fins de planification. Selon le rapport *SoWMy 2014*, les systèmes d'octroi d'autorisation aux sages-femmes existent dans 34 pays (47 %) sur 73 et dans 11 autres pays (15 %), ce système est en cours de mise en place. Pour 33 des 34 pays qui ont un système d'octroi d'autorisation, l'octroi d'une autorisation d'exercice est obligatoire avant qu'une sage-femme puisse pratiquer. En outre, un registre des sages-femmes autorisées à exercer existe dans 48 des pays concernés, dont 28 disposent d'un registre électronique.

Parmi les 54 pays qui ont pris part à *SoWMy 2011* et *SoWMy 2014*, il y a eu un fort accroissement d'utilisation d'un registre électronique. Ce progrès est susceptible de se poursuivre : 18 autres pays ont mentionné des projets de création d'un registre. Des registres sur support papier sont mis à jour moins fréquemment que les registres électroniques (10 % des pays ayant un registre sur support papier et 43 % de ceux ayant un registre électronique indiquent la mise à jour du registre au moins une fois par mois).

N'oubliez pas qu'un système de renouvellement de l'autorisation d'exercice est une première étape indispensable et ne garantit pas toutefois une réglementation adéquate. Le rapport *SoWMy 2014* a rapporté que seuls 26 des 73 pays ont un système de renouvellement périodique des autorisations en place (en règle générale chaque année ou tous les cinq ans) et seuls 17 d'entre eux exigent la formation professionnelle continue pour le renouvellement de l'autorisation.

**Prenez en considération ces questions sur l'autorisation d'exercice des sages-femmes dans votre pays :**

**Le nombre des fonctions signalétiques des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base que les sages-femmes sont autorisées à dispenser doit-il faire l'objet d'un examen ou d'une amélioration dans votre pays ?**

Selon le rapport *SoWMy 2014*, l'importance de la pratique pour différentes catégories de personnels compétents dans la pratique de sage-femme devrait être définie par les mécanismes de réglementation qui toutefois, sont souvent inefficaces. Il y a des pays où les sages-femmes effectuent toutes les sept fonctions signalétiques de base sans y être autorisées, souvent parce qu'elles sont les seuls prestataires de santé présentes lorsque le besoin se fait sentir. L'accouchement assisté par voie basse se distingue comme la fonction avec la plus forte disparité entre l'autorisation et la prestation, avec 19 pays qui indiquent que les sages-femmes la pratiquent même si elles n'y sont pas autorisées. Inversement, dans certains pays, les sages-femmes ne pratiquent pas les fonctions signalétiques qu'elles sont légalement autorisées à effectuer, ce qui représente un gaspillage des ressources pour le système de santé.

**Le nombre de méthodes de planification familiale que les sages-femmes sont autorisées à fournir doit-il faire l'objet d'un examen ou d'une amélioration dans votre pays ?** Selon le rapport *SoWMy 2014*, dans 71 des 73 pays, les sages-femmes sont autorisées à fournir au moins une méthode de planification familiale. Dans 57 pays, les sages-femmes sont autorisées à fournir des contraceptifs injectables, des pilules anticonceptionnelles, un dispositif intra-utérin et la contraception d'urgence. À l'évidence, l'autorisation ne garantit pas la disponibilité ou la qualité ; il existe une corrélation très faible au niveau national entre les besoins non satisfaits en matière de contraception et le nombre de méthodes de planification que les sages-femmes sont autorisées à fournir.

## EXEMPLE DE CAS H

# Intégration de la pratique de sage-femme dans les soins obstétricaux d'urgence au Népal

En raison des caractéristiques géographiques du Népal ainsi que du système de santé même, les postes de santé constituent le niveau le plus élevé de soins de santé accessibles à la plupart des femmes. Ce sont des accoucheuses-infirmières auxiliaires et non des médecins qui travaillent à ces postes de santé. La plupart des infirmières soignantes et des accoucheuses-infirmières auxiliaires ont reçu une formation d'accoucheuse qualifiée et sont formées pour fournir au moins des soins après avortement par le biais de l'aspiration manuelle intra-utérine. Le Ministère de la Santé et les organisations partenaires forment désormais les infirmières soignantes à fournir l'avortement déclenché en toute sécurité à l'aide de l'aspiration manuelle intra-utérine ou de médicaments et forment les accoucheuses-infirmières auxiliaires à fournir l'avortement déclenché sans risques avec des médicaments.

Au Népal, la formation des sages-femmes fait partie de l'enseignement infirmier ; l'avortement est légalement autorisé et les soins d'avortement sans risques font par-



Richard Lord

tie du programme Maternité sans risques du gouvernement, qui vise à réduire la mortalité maternelle. Les soins d'avortement sans risques essentiellement fournis par les accoucheuses-infirmières auxiliaires, ont été entièrement intégrés aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence avec le soutien considérable du système de santé.

Le taux de mortalité maternelle du Népal a baissé de près de la moitié — de 415 à 229 pour 100 000 naissances vivantes entre 2000 et 2010. C'est en 2002 que l'avortement a été légalisé au Népal. La prestation de services d'avortement sans risques a débuté en 2004. Les soins d'avortement intégrés sont présentement disponibles dans 75 districts. Les sages-femmes ont joué un rôle crucial dans le développement de l'accès à l'avortement sans risques pour les népalaises et dans la réduction de la mortalité maternelle du pays.<sup>25</sup>

## GUIDE DE DISCUSSION : ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Regardez les données de votre Fiche pays sur les ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES de votre pays : ceci guide fournit des informations sur le rôle de votre association de sages-femmes. Selon le rapport *SoWMy 2014*, presque tous les pays ont rapporté avoir au moins une association de sages-femmes, 80 % ont fourni des données sur le nombre de sages-femmes membres et 75 % connaissaient le nombre d'entre elles exerçant au niveau du pays. Un nombre total de 48 pays sur les 73 concernés, sont représentés auprès de l'ICM et 45 auprès de l'ICN. Aucune association d'infirmières ou association professionnelle de sages-femmes n'a été mentionnée, mais d'autres associations ont été incluses par exemple une association d'obstétriciens ouverte aux sages-femmes et infirmières sages-femmes.

Selon le rapport *SoWMy 2014*, les associations professionnelles ont depuis 2011 fait de grands progrès liés à l'amélioration de la profession de sage-femme. Comme mentionné dans l'introduction de cette trousse d'outils :

- 92 % des associations effectuent le développement professionnel continu
- 88 % des associations prodiguent à leurs membres des conseils sur les normes de qualité en matière de SSRMN
- 77 % des associations fournissent à leur gouvernement des recommandations relatives au document le plus récent sur la SSRMN ou la politique sanitaire
- 53 % des associations ont mené avec leur gouvernement des négociations liées aux questions de travail ou salariales

**Prenez en considération ces questions relatives au rôle de l'association des sages-femmes de votre pays :** Le rôle de l'association des sages-femmes consistant à formuler auprès du gouvernement des recommandations liées aux documents de politique en matière de SMN doit-il faire l'objet d'un examen, d'une amélioration ou d'une définition dans votre pays ?

Votre association de sages-femmes joue-t-elle un rôle dans la négociation des questions de travail ou salariales auprès du gouvernement ? Autrement, qui joue ce rôle ? Comment la participation de l'association des sages-femmes peut-elle être renforcée ?

Selon le rapport *SoWMy 2014*, seules plus de la moitié des associations ont rapporté avoir pris part à la négociation portant sur les questions de travail ou salariales avec le gouvernement.

## Renforcement de l'association des sages-femmes au Sierra Leone

L'ICM travaille avec l'Association des sages-femmes sierra-léonaises et lui fournit un appui afin de permettre aux sages-femmes de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Un siège a été mis en place à Freetown ainsi que des branches dans les districts. Sur les 13 districts, cinq ont des Comités exécutifs de district représentant les sages-femmes et la profession de sage-femme dans ces districts et œuvrant en tant qu'avocats pour de meilleurs résultats sur la santé au profit des femmes et des nouveau-nés à travers le pays.

Dès la mise sur pied de l'association, les membres exécutifs nationaux ont été initiés au plaidoyer pour apporter des changements de politique afin qu'elles puissent contribuer au réexamen des politiques de santé maternelle et de l'enfant dans le pays. L'ICM a également tenu un atelier avec les équipes exécutives nationales et de district sur la réglementation et la législation de la formation et de la pratique de sage-femme : Le rôle des associations professionnelles. Les compétences acquises ont permis à l'Asso-



Katy Woods, White Ribbon Alliance

ciation des sages-femmes de plaider de changer le nom de l'organisme de réglementation Conseil des infirmières par Conseil des infirmières et des sages-femmes du Sierra Leone.

Le Jumelage représente une stratégie que l'ICM a utilisée pour renforcer l'Association des sages-femmes sierra-léonaises. Une relation a été tissée avec l'Organisation des sages-femmes hollandaises qui vient en aide au Sierra Leone dans le but de renforcer davantage ses associations avec l'élaboration de politiques et de mécanismes pour le développement organisationnel. Pour de plus amples informations relatives aux projets et programmes de jumelage, veuillez consulter <http://www.internationalmidwives.org/projects-programmes/twinning-twinning-projects-programmes.html>.

### Un environnement de pratique habilitant

Selon le rapport *SoWMy 2014*, un environnement de pratique habilitant comprend l'accès à des réseaux efficaces et fiables de consultation et de référence-recours ainsi que le développement, la gestion et le renforcement des capacités des ressources humaines.

Les services de soins de premier niveau de soins de sage-femme doivent être à proximité de la femme et de sa famille avec une possibilité d'un transfert sans heurts au niveau de soins suivant. Les soins de sage-femme peuvent être fournis au niveau communautaire avec l'accès au transport pour la référence et le transfert dans le but de réduire les délais inutiles.

Dans cette optique, pensez à la façon dont les effectifs et les services de santé de votre pays pourraient mieux répondre aux besoins de la population grâce à de meilleurs services de premier niveau avec d'un protocole ou des directives spécifiques relatives aux consultations des services de niveau secondaire et tertiaire, concernant les processus de référence et de transfert des femmes et/ou des nouveau-nés en cas de besoin.

**Prenez en considération ces questions relatives au réseau de consultation et de référence de votre pays :** Les directives de votre pays en matière de consultation et de référence doivent-elles faire l'objet d'un examen, d'une amélioration ou d'une reformulation ?

La connaissance et la compréhension que les sages-femmes et les autres travailleurs de la santé SMN ont des réseaux et des directives de votre pays en matière de consultation et de référence-recours pourraient-elles faire l'objet d'une amélioration ?

Les femmes et leur famille pourraient-elles s'impliquer davantage à mieux comprendre et soutenir les directives liées au transfert ?

### Travail d'équipe & collaboration respectueux

L'amélioration de la qualité des soins nécessite que les équipes de SSRMN travaillent en collaboration et de façon effective tout en privilégiant la femme et le nouveau-né. Dans cette optique, réfléchissez à la façon dont les effectifs et les services de santé de votre pays peuvent mieux répondre aux besoins de la population par le truchement du travail d'équipe et de la collaboration interdisciplinaires.

**Prenez en considération ces questions relatives au respect lors du travail d'équipe et de la collaboration :**

De quelle manière votre association de sages-femmes pourrait-elle prendre une part plus active au développement et/ou à la mise en œuvre du travail d'équipe et de la collaboration interdisciplinaires durant le plaidoyer, la formation et la pratique ?

Serait-il possible de clarifier et de s'accorder davantage sur les rôles et responsabilités de chaque membre/catégorie d'équipe ?

### **Appel en faveur de la qualité**

Maintenant que vous avez passé en revue la composante qualité de la couverture assurée par les sages-femmes, quelles sont les mesures que votre association de sages-femmes peut prendre en vue de créer un changement positif ? Ceci dépend de l'environnement politique de votre pays, abordé dans la PARTIE III de cette trousse d'outils. Une formation de qualité, la réglementation et les associations doivent bénéficier d'un soutien afin de veiller à la pérennité de la qualité des services de sages-femmes.

**PRINCIPAL CONSTAT de SoWMy 2014 : Un investissement dans la qualité des soins au profit de l'ensemble des femmes et des nouveau-nés sauve des vies et contribue à améliorer la santé des familles et à accroître la productivité des collectivités.**

Voici quelques opportunités de plaider pour améliorer la qualité des services de sages-femmes dans votre pays :

**Renforcer la formation des sages-femmes :** les programmes de formation des sages-femmes ont besoin de programmes d'enseignement bien préparés et dotés des ressources adéquates avec un développement professionnel continu ainsi que des parcours professionnels offrant d'amples opportunités de pratique clinique. Nombre de pays ont mis en relief la nécessité de dynamiser la formation professionnelle continue obligatoire et de financer et de fournir la formation continue ainsi que le renforcement des capacités. La formation ciblée des sages-femmes avec un accent sur les zones rurales pourrait également permettre de relever les défis liés à l'accessibilité.

Collaborez avec vos Ministère de l'éducation, Ministère de la Santé et instituts de formation afin d'établir des normes en matière de formation des sages-femmes convenues à l'échelle nationale et de renforcer la formation des sages-femmes par le biais de la formation continue, un meilleur recrutement des enseignants et une meilleure persévérance scolaire après l'obtention des diplômes. Les associations de sages-femmes peuvent également être en mesure de collaborer avec le Ministère de l'Éducation afin d'aider à mettre en place et à appliquer des systèmes d'accréditation avec des normes et des critères quantifiables. La formation initiale et continue de qualité doivent veiller à ce que les sages-femmes demeurent compétentes pour s'acquitter de leurs tâches de manière efficace, puissent acquérir des compétences cliniques avancées en SSRMN si

elles le souhaitent ou suivre une formation sur le leadership ou en gestion dans le but de devenir des responsables des services de SSRMN.

**Améliorer la législation portant sur la réglementation de la profession des sages-femmes et des procédures d'octroi d'autorisations :** Presque tous les pays concernés du rapport *SoWMy 2014* ont au moins un organisme de réglementation ; il n'empêche que dans beaucoup d'entre eux, il n'existe pas de législation reconnaissant la profession de sage-femme comme profession réglementée, une description claire des compétences des sages-femmes professionnelles et des normes éducatives et de processus réglementaires efficaces. Collaborez avec l'organisme de réglementation de votre pays souvent appelé "conseil de l'ordre des sages femmes" pour élaborer ou mettre en place une législation pour établir des systèmes de réglementation fiables et opérationnels pour l'enregistrement l'autorisation des sages-femmes (ainsi que le renouvellement de l'autorisation) qui incluent des normes et codes uniformes à l'échelle internationale tout en répondant aux besoins spécifiques du pays. Militez pour que la législation ou les politiques mises à jour reconnaissent la profession autonome des sages-femmes et leur rôle, leur champ d'activité et leurs compétences.

**PRINCIPAL CONSTAT de SoWMy 2014 : La législation en vue de fournir un soutien à la pratique autonome de sage-femme permet aux sages-femmes de fournir les soins pour lesquels elles ont suivi une formation de même qu'elle protège la santé publique.**

**Renforcer votre association nationale de sages-femmes afin qu'elle soit bien placée pour prodiguer des conseils au gouvernement et développer un plaidoyer sur les questions liées à la qualité :** Des associations de sages-femmes dynamiques et engagées peuvent exercer du leadership et du plaidoyer, des pressions pour de meilleures conditions de travail (y compris des horaires flexibles, une rémunération adéquate, des congés, un logement, le transport, la sécurité et la protection) ; des possibilités de développement professionnel, la promotion et des mesures incitatives pour le maintien en poste ; et l'accès à l'information et la preuve d'une pratique améliorée grâce à la formation continue et à la recherche. Le développement, la formation et le soutien sont nécessaires pour favoriser la viabilité des associations de sages-femmes et pour permettre aux membres de collaborer aux niveaux gouvernemental et politique et de mener un plaidoyer pour les femmes en général ainsi que pour les sages-femmes. Envisagez un jumelage avec une autre association de sages-femmes comme un moyen de renforcer les capacités de votre association.

# PARTIE II : L'AVENIR DES PERSONNELS COMPÉTENTS DANS LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

La seconde page de votre fiche de pays porte sur les prévisions factuelles de la future évolution des personnels compétents dans la pratique de sage-femme par rapport à la future échelle des besoins de la population en matière de services de SSRMN. À l'aide d'une modélisation sur Excel, les données descriptives des pays ont été associées à d'autres sources secondaires publiées de données démographiques, épidémiologiques et de prestation de services afin d'étudier divers scénarios et de déterminer les mesures à prendre à l'avenir pour améliorer la SSRMN. Gardez à l'esprit que certains pays ont signalé des données manquantes et ces analyses utilisent des hypothèses conçues pour un modèle global. Par exemple, si chaque année la proportion des effectifs de départs volontaires ne figurait pas dans les données descriptives des pays, une hypothèse uniforme de 4 % serait utilisée. La liste exhaustive des hypothèses peut être trouvée à l'Annexe 5 du rapport. Cela signifie que vous devez faire preuve d'une prudence particulière lorsque vous interprétez la seconde page de votre fiche de pays. Les données présentées ici ne constituent pas un ensemble de faits, mais plutôt une série de prévisions pour l'avenir ; elles doivent être utilisées comme tremplin pour une analyse, une enquête et une discussion politique plus approfondies à l'échelle du pays.

## NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES ET RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ

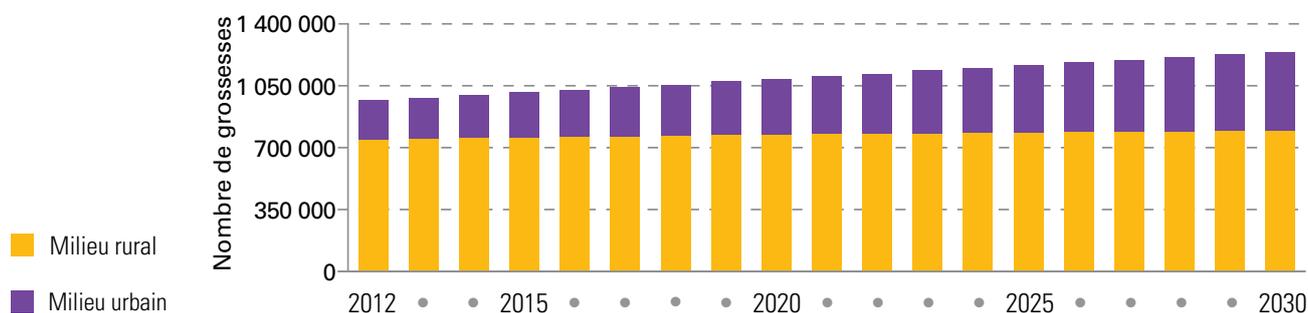
La réalisation de la couverture universelle des

Données de prévisions appliquées : Concurrément avec vos discussions sur votre fiche de pays figurant dans la Partie I de cette trousse d'outils, ces données peuvent aider votre association de sages-femmes à décider des priorités en matière de plaidoyer. Il est possible que vous ayez par exemple établi la nécessité d'améliorer l'accessibilité géographique pour les sages-femmes dans votre pays comme une priorité durant vos discussions dans la Partie I. Les données de prévisions dans la Partie II peuvent permettre de confirmer que l'amélioration de l'accessibilité géographique devrait être une priorité pour les activités de plaidoyer, surtout si vos données de prévisions indiquent un nombre croissant de grossesses dans les zones rurales où les femmes sont susceptibles d'être confrontées à des obstacles géographiques majeurs pour accéder aux soins de sage-femme.

services de SSRMN implique la prévision et la satisfaction des besoins futurs. Le premier graphique en haut de la seconde page de votre fiche de pays montre un aspect de l'évolution des besoins dans votre pays, exprimés comme le nombre annuel de grossesses dans les zones urbaines et rurales au cours de la période s'étalant de 2012 à 2030. L'évolution des besoins liés à la santé sexuelle et reproductive sera déterminée par les changements du nombre de femmes en âge de procréer, y compris du nombre d'adolescentes.

Cet exemple est tiré de la fiche pays du Burkina Faso :

### NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES PAR AN : MILIEU URBAIN ET MILIEU RURAL



## GUIDE DE DISCUSSION : NOMBRE PROJETÉ DE GROSSESSES

Étudiez le nombre total des grossesses prévues dans votre pays.

Prenez en considération cette question en étudiant comparativement les grossesses urbaines et rurales à la fois :

Le nombre de grossesses prévues dans votre pays demeure-t-il relativement stable, en baisse ou s'accroît-il jusqu'en 2030 ?

Prenez en considération cette question compte tenu du nombre de grossesses prévues jusqu'en 2030 :

Comment la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des effectifs et des services de santé pourraient-elles être améliorées afin de mieux répondre aux besoins des femmes et des nouveau-nés ?

## GUIDE DE DISCUSSION : RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ

Étudiez les objectifs de réduction de la mortalité pour votre pays.

Prenez en considération ces questions :

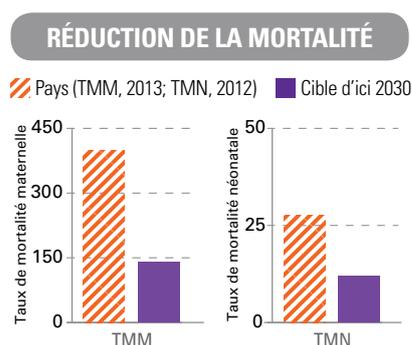
Quels sont vos niveaux actuels de mortalité maternelle et néonatale ?

Dans votre pays, quelle est l'ampleur des disparités entre le ratio de mortalité maternelle et l'objectif de réduction ?

Dans votre pays, quelle est l'ampleur des disparités entre le taux de mortalité néonatale et son objectif de réduction ?

Le graphique suivant figurant en haut de la seconde page de votre fiche de pays fournit une indication des objectifs de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, tels que proposés dans l'initiative pour l'Élimination de la mortalité maternelle et néonatale due à des causes évitables d'ici à 2030 et le Plan d'action "Chaque nouveau-né." Ces objectifs proposés sont assujettis aux priorités et décisions stratégiques nationales.

Ce qui suit constitue un exemple de ce à quoi ce graphique ressemble ; celui-ci est tiré de la fiche pays du Burkina Faso :



### ESTIMATIONS ET PRÉVISIONS JUSQU'EN 2030

Cette section illustre l'évolution potentielle des personnels compétents dans la pratique de sage-femme selon un scénario de « maintien du statu quo », ce qui implique qu'aucun changement significatif n'a été accompli en matière de développement des effectifs actuels du pays (pas d'effectifs supplémentaires de sages-femmes, d'in-

firmières ou de médecins formés, aucune mesure prise pour faire face à la réduction naturelle des effectifs, aucune attention accordée à la productivité croissante, etc.) et selon divers scénarios de politique.

Ce qui suit constitue un exemple de ce à quoi ce graphique ressemble ; celui-ci est tiré de la fiche pays du Burkina Faso :

Veillez noter que dans ces graphiques, les travailleurs de la santé sont classés sous différentes catégories par rapport au graphique sur la Disponibilité des effectifs à la première page de votre fiche de pays. Ils sont disposés ici selon la Classification internationale type des professions (CITP) qui tient compte des rôles et des responsabilités des employés. En conséquence, seules les sages-femmes ou les infirmières sages-femmes avec le champ de la pratique complet de sage-femme seront classées ici sous « Professionnels de la pratique de sage-femme ». Si elles ne jouissent pas du champ de la pratique complet, elles seront classées sous « Professionnels de la pratique de sage-femme, auxiliaires. » Vous pouvez trouver la liste des tâches des professionnels de la pratique de sage-femme selon la CITP à l'Annexe 7, à la page 218 du rapport SoWMy 2014.

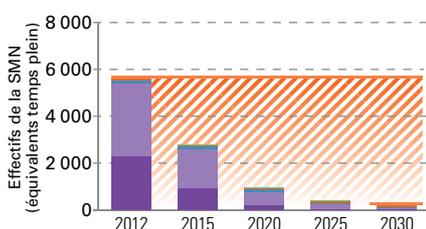
En étudiant le graphique, prenez le temps d'examiner chacun des trois diagrammes en barres en accordant une attention particulière aux éléments en violet et en mauve, qui indiquent « professionnels de la pratique de sage-femme » et « professionnels de la pratique de sage-femmes, auxiliaires », respectivement.

## ESTIMATIONS ET PROJECTIONS À L'HORIZON 2030

Les estimations et les projections contenues dans la présente section, établies à des fins de planification, sont basées sur les données communiquées par les pays. Les projections sont sensibles aux données communiquées pour les inscriptions, l'obtention des diplômes, le pourcentage de temps consacré à la SMN, la répartition par catégorie d'âge, les rôles et l'attrition. En l'absence de données communiquées par le pays, ce sont des hypothèses normalisées à base factuelle qui ont été retenues. Les projections ont une valeur indicative et devraient être utilisées pour vérifier l'exactitude des données du pays et pour éclairer les débats relatifs aux politiques. Pour plus de détails, voir la section « Comment lire les fiches », page 50.

### SORTIES PROJÉTÉES

▨ Sorties dues à l'attrition, aux décès et aux départs à la retraite



### ENTRÉES PROJÉTÉES

■ Sages-femmes professionnelles

■ Sages-femmes auxiliaires

■ Cadres infirmiers

■ Cadres infirmiers auxiliaires

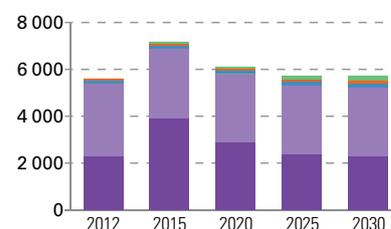
■ Praticiens paramédicaux et assistants médicaux



### EFFECTIFS PROJÉTÉS

■ Médecins généralistes

■ Médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique



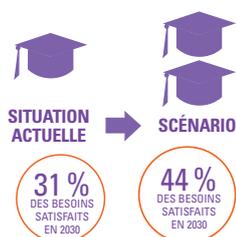
selon la Classification internationale type des professions (CITP-08)

## HYPOTHÈSES ET SCÉNARIOS : Estimation des besoins satisfaits d'après les données disponibles.

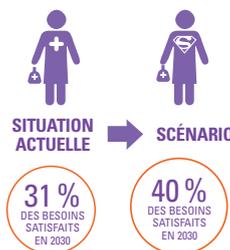
**1** Si le nombre de grossesses était réduit de 20 % d'ici 2030.



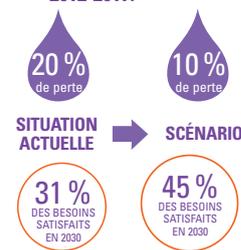
**2** Si le nombre de sages-femmes, infirmières, médecins diplômés doublait d'ici 2020.



**3** Si l'efficacité s'améliorait de 2 % par an jusqu'en 2020.



**4** Si l'attrition était réduite de moitié sur la période 2012-2017.



Le premier diagramme en barres (à gauche) figure sur la rubrique **Sorties projetées** de votre pays. Ce diagramme illustre la façon dont les effectifs actuels de santé (mesurée en ETP) baisseront au fil du temps lors du départ des effectifs. Ces travailleurs de la santé quitteront leur emploi avant 2030 pour diverses raisons y compris les départs naturels, les décès et la retraite. Il est important d'examiner le taux de réduction des effectifs de votre pays étant donné qu'il peut vous fournir des informations sur la répartition selon l'âge (le taux de déclin est plus rapide avec des effectifs plus âgés) et le niveau des départs naturels (de mauvaises conditions de travail ainsi que d'autres facteurs négatifs se traduiront par le départ d'un plus grand nombre de travailleurs de la santé pour trouver un emploi dans une autre carrière ou un autre pays). Vous pouvez trouver dans le scénario de l'encadré 4 du graphique le niveau des départs volontaires, le rythme auquel les employés quittent la vie active. Dans de nombreux pays, il n'y avait pas de données relatives à la réduction naturelle des effectifs et l'hypothèse par défaut de 4 % a ainsi été utilisée. Déterminez si la réduction naturelle des effectifs pourrait être mieux mesurée dans votre pays.

Le second diagramme en barres (au milieu) figure sur la rubrique **Entrées projetées** de votre pays. Ce diagramme montre le nombre de nouveaux travailleurs de la santé rejoignant la profession, y compris les futures sages-femmes de votre pays. Celles-ci sont jusqu'en 2030 les nouveaux travailleurs de la santé qui sont appelés à s'inscrire à des instituts et programmes de formation, à obtenir leur diplôme et à exercer leurs fonctions. Le graphique est cumulatif, ce qui signifie que le nombre de travailleurs de la santé en 2015 par exemple, englobe tous ceux qui sont entrés dans la vie active entre 2013 et 2015. Déterminez si ce graphique représente une évolution réaliste des nouvelles arrivées dans la vie active de votre pays.

Le troisième diagramme en barres (à droite) figure sur la rubrique **Effectifs projetés** de votre pays. Ce diagramme montre l'effet cumulatif du nombre prévu de sorties et d'arrivées des travailleurs de la santé (sorties et entrées des effectifs

de santé). C'est le résultat obtenu en associant les effectifs actuels à la baisse des effectifs prévue d'ici à 2030 et le nombre de travailleurs de la santé nouvellement formés qui sont promis à entrer dans la profession au cours de la même période. Reportez-vous à l'Annexe 5 du rapport *SoWMy 2014* à la page 216 pour comprendre les hypothèses qui ont été utilisées en cas de données manquantes.

En gardant à l'esprit les informations relatives aux effectifs prévus de votre pays, examinez le graphique suivant au bas de la seconde page de votre fiche de pays, intitulé **ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE... Estimation des besoins satisfaits en fonction des données disponibles**. Les quatre scénarios présentés dans votre fiche pays sont indiqués à titre d'exemple et illustreront l'incidence potentielle des décisions stratégiques et montrent les changements en matière de besoins satisfaits qui pourraient être accomplis grâce à :

1. La réduction du nombre de grossesses ;
2. L'accroissement de la disponibilité des sages-femmes, infirmières et médecins ;
3. L'amélioration de l'efficacité ; et
4. La réduction volontaire des départs naturels.

Ces quatre scénarios constituent des exemples relatifs à la manière dont votre pays peut adapter ses stratégies pour améliorer les besoins satisfaits. Ils ont été choisis pour être inclus dans votre fiche pays parce que ce sont des mesures que des pays ont prises et qui ont une répercussion positive sur l'amélioration des besoins satisfaits. Ces scénarios « **ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE...** » peuvent donner à votre association de sages-femmes une idée des futures possibilités compte tenu des questions prioritaires que vous avez identifiées comme étant des questions majeures à aborder pour votre plaidoyer.

Ce qui suit constitue un exemple de ce à quoi ce graphique ressemble ; celui-ci est tiré de la fiche pays du Burkina Faso.

Le dernier graphique présenté au bas de la seconde page de votre fiche pays met en relief la différence entre le « maintien du statu quo » et

la combinaison des quatre scénarios ayant fait l'objet d'une discussion. Le graphique **ÉVOLUTION ACTUELLE** à gauche repose sur un nombre d'hypothèses et indique le pourcentage des besoins satisfaits lorsque les besoins prévus, compte tenu de la future évolution de la population et de la fécondité, sont associés aux effectifs projetés dans votre pays. C'est ce qui surviendrait dans l'avenir si une attention particulière n'est pas accordée aux effectifs. Si les effectifs demeurent stables alors que les besoins de la population augmentent au fil du temps, les niveaux de besoins satisfaits baisseront. N'oubliez pas que les besoins satisfaits décrivent uniquement la *disponibilité* des effectifs par rapport à un paquet *essentiel* d'interventions et que le modèle utilise les données descriptives de votre pays.

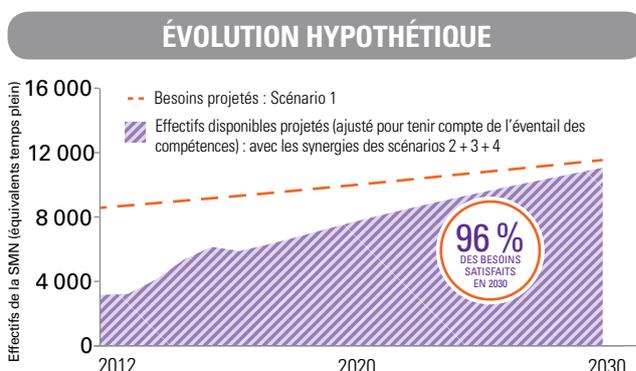
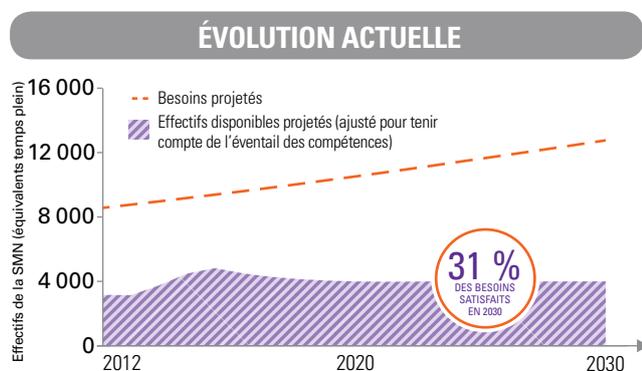
Le graphique **ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE** à droite indique le pourcentage des besoins satisfaits lorsque le nombre de naissances prévues a décliné (SCÉNARIO 1 : par la réduction de 20 % du nombre de grossesses d'ici à 2030) conjugué à un nombre supérieur de diplômés entrant dans la vie active (SCÉNARIO 2 : par le doublement du nombre de sages-femmes, d'infirmières et de médecins diplômés d'ici à 2020), une amélioration de l'efficacité (SCÉNARIO 3 : par une amélioration de l'efficacité de l'ordre de 2 % par an jusqu'en 2030)



Family Care International

et une réduction des départs volontaires (SCÉNARIO 4 : par la réduction de moitié des départs naturels au cours des cinq prochaines années [de 2012 à 2017]).

Ce qui suit constitue un exemple de ce à quoi ce graphique ressemble ; celui est tiré de la fiche de pays du Burkina Faso :



## GUIDE DE DISCUSSION : ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE...

Étudiez le premier scénario en ce qui touche le nombre de grossesses, qui sera réduit de 20 % d'ici à 2030 et prenez en considération la question suivante :

Quel serait dans votre pays l'impact d'une réduction de 20 % du nombre de grossesses sur les personnels compétents dans la pratique de sage-femme ?

Quelle serait l'implication à court terme par rapport au long terme ? Par exemple, cela équivaldrait à moins de grossesses à court terme et par là, un besoin moindre de professionnels et plus de temps pour améliorer la qualité et les soins axés sur la femme. À long terme, cela pourrait supposer moins de femmes et de ce fait, moins de pressions sur le système de santé. Cela permet aussi en conservant le même nombre de professionnels de répondre aux besoins de santé des femmes et des adolescentes, jusque là peu ou mal couverts.

À présent, en étudiant le second scénario pour ce qui est du nombre de sages-femmes, d'infirmières et de médecins diplômés, qui va doubler d'ici à 2020, prenez en considération la question suivante :

Quelle est la probabilité que votre pays puisse doubler le nombre de médecins, de sages-femmes et d'infirmières obtenant leur diplôme d'ici à 2020 ?

Quels sont les obstacles ou défis rencontrés pour doubler le nombre de diplômés dans votre pays ? Comment ces obstacles et ces défis pourraient-ils être surmontés ? Quel rôle le gouvernement – ou les partenaires au développement – jouerait-il à relever ces défis ? Et comment votre association de sages-femmes pourrait-elle contribuer à accroître le nombre de diplômés ?

En étudiant le troisième scénario concernant l'amélioration de l'efficacité d'ici à 2030, prenez en considération les questions suivantes :

**Quels sont les principaux problèmes qui contribuent à réduire la productivité des sages-femmes ?**

Par exemple, êtes-vous toujours en train d'attendre les fournitures et le matériel nécessaires ? N'y a-t-il pas assez de patientes sollicitant des soins ? Y a-t-il un fardeau administratif trop lourd qui pèse sur vous ?

**Quels sont les changements qui pourraient prendre place et améliorer la productivité des sages-femmes ?** Par exemple, serait-il utile de partager plus de tâches avec les ASC d'avoir un membre dévoué du personnel administratif ? Quel rôle le gouvernement – ou les partenaires au développement – jouerait-il à relever ces défis ? Et comment votre association de sages-femmes pourrait-elle prendre part à la réalisation de ce changement ?

En étudiant le quatrième et dernier scénario concernant les départs naturels des effectifs, prenez en considération la question suivante :

**Pourquoi y a-t-il une fuite des personnels compétents dans la pratique de sage-femme dans votre pays ?**

Par exemple, l'âge de la retraite est-il précoce ? Les conditions de travail sont-elles meilleures dans d'autres pays ou dans le secteur privé ? Est-il uniquement possible de gagner un salaire adéquat en travaillant à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé ? Quel rôle le gouvernement – ou les partenaires au développement – jouerait-il à relever ces défis ? Et comment votre association de sages-femmes pourrait-elle soutenir ce changement ?

---

## GUIDE DE DISCUSSION : AMÉLIORATION DE LA CAPACITÉ DES EFFECTIFS DE SANTÉ À RÉPONDRE AUX BESOINS DES FEMMES ET DES NOUVEAU-NÉS

Étudiez les pourcentages des BESOINS SATISFAITS 2030 figurant à gauche sous ÉVOLUTION ACTUELLE et à droite sous ÉVOLUTION HYPOTHÉTIQUE et prenez en considération les questions suivantes :

Le pourcentage des BESOINS SATISFAITS figurant à gauche dans le graphique est-il supérieur à celui figurant à droite ? Si votre pays observe les politiques de réduction du nombre de grossesses, d'accroissement des personnels compétents dans la pratique de sage-femme, d'infirmières et de médecins, d'amélioration de l'efficacité et de réduction des départs volontaires, dans quelle mesure la capacité des effectifs de santé à répondre aux besoins des femmes et des nouveau-nés en sera-t-elle affectée ?

Par quels autres moyens votre pays pourrait-il améliorer sa capacité à répondre aux besoins des femmes et des nouveau-nés dans l'avenir ? N'oubliez pas que la seconde page de votre fiche pays porte principalement sur la disponibilité. Par exemple, l'objectif de réduire le nombre de grossesses de 30 % au lieu de 20 % aura-t-il plus de répercussions ? Comment votre pays pourrait-il améliorer au fil du temps les autres composantes de la couverture efficace, à savoir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé ainsi que des effectifs de santé dans votre pays ?

### COMPRÉHENSION DES FUTURES ÉVOLUTIONS

Voici des réponses à certaines questions relatives aux raisons pour lesquelles les futures évolutions de votre pays pourraient ne pas apparaître telles que vous l'imaginez.

- Pourquoi n'existe-t-il pas de différence entre les besoins satisfaits sous les Évolutions actuelle et hypothétique dans mon pays ? Ceci peut signifier que vous avez déjà accompli 100 % des besoins satisfaits ou que vous ne pouvez pas obtenir 100 % en raison d'un éventail des qualifications inefficaces. Aucun des scénarios fournis n'examine l'éventail des qualifications de manière spécifique – de ce fait, si vous avez « trop » de sages-femmes auxiliaires et « trop peu » de sages-femmes dans le scénario actuel, vous demeurerez à un niveau moins optimal dans votre scénario « hypothétique ».
- Pourquoi y a-t-il des progrès rapides prévus pour l'évolution actuelle ? Ces évolutions reposent sur les données descriptives pour les futures inscriptions. Nous suggérons de demander à l'équipe du pays ayant contribué aux données du rapport SoWMy 2014, de partager les données descriptives relatives aux inscriptions et d'étudier les hypothèses utilisées pour convertir ces données en nombre de nouvelles arrivées dans la vie active à l'aide de l'Annexe 5 à la page 216 du rapport SoWMy 2014.



# PARTIE III : ARGUMENTS EN FAVEUR DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME :

COMMENT ÉLABORER UNE STRATÉGIE DE PLAIDOYER POUR L'UTILISATION DES DONNÉES DU RAPPORT SOWMY 2014 EN VUE D'APPORTER DES CHANGEMENTS DE POLITIQUE AU NIVEAU DES PAYS

## IDENTIFICATION DU CHANGEMENT DE POLITIQUE NÉCESSAIRE DANS VOTRE PAYS

### Sages-femmes : Partenariat pour le plaidoyer

En tant que sages-femmes, votre expérience directe dans la prestation de soins aux femmes et aux nouveau-nés, conjuguée aux conclusions du rapport 2014 fait de vous des champions de la pratique de sage-femme dans votre pays. Bien que vos tâches en qualité de sages-femmes vous concernent au premier chef, pensez à la manière dont votre association de sages-femmes et vous, pouvez vous engager à changer les politiques et les pratiques par le biais du plaidoyer visant à améliorer la DAAQ des services de SSRMN. Alors que vous pouvez ne pas disposer des ressources dédiées à mener des activités de plaidoyer, il se peut qu'il y ait dans votre pays ou à l'échelle mon-

diale des partenaires tels que UNFPA, l'OMS et la Confédération internationale des sages-femmes, Family Care International ou l'Alliance du ruban blanc, qui sont bien placés pour vous aider à aborder les questions prioritaires que vous avez identifiées dans les Parties I et II.

Songez à établir une liste des questions prioritaires que votre association de sages-femmes voudrait aborder et à chercher des partenaires qui s'intéressent également à changer les politiques liées à ces questions prioritaires.

Le partenariat avec les ONG, les coalitions, d'autres associations professionnelles et les agences des Nations Unies qui entreprennent périodiquement des activités de plaidoyer accroîtra vos opportunités de militer avec succès pour un changement de politique. Ces partenaires peuvent également vous aider à établir le con-

## OUTILS EN LIGNE POUR L'ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE DE PLAIDOYER

Vous êtes encouragés à utiliser conjointement avec cette trousse d'outils le Planificateur des progrès liés au plaidoyer : Un outil en ligne conçu pour la planification et l'évaluation en matière de plaidoyer (APP). C'est un classeur virtuel gratuit que vous pouvez consulter sur <http://planning.continuousprogress.org/> qui vous permettra d'élaborer votre stratégie spécifique de plaidoyer en vous guidant à travers le processus de préciser votre but, tout objet et public cible, vos activités et vos suggestions. Vous pouvez également partager votre stratégie avec d'autres partenaires par voie électronique.

En plus de l'outil en ligne APP, il y a un large éventail d'excellents manuels de formation et de renforcement des capacités ainsi que des trousse d'outils que votre association de sages-femmes peut utiliser pour réviser les étapes de l'élaboration d'une stratégie de plaidoyer. Ces trois ressources qui sont faciles à utiliser et fournissent des directives liées aux aspects de la planification concernent :

### 1. La prise en main de la crise des effectifs de santé : Une trousse d'outils à l'intention des défenseurs des professionnels de santé

Cette trousse d'outils qui a été mise au point par l'Initiative pour le plaidoyer lié aux effectifs de santé, est conçue pour vous aider en tant que professionnels de santé et organisations de la société civile, à traduire vos connaissances de première main en une stratégie de plaidoyer efficace. Pour accéder à cette trousse d'outils, veuillez consulter : [http://www.healthworkforce.info/advocacy/HWAI\\_advocacy\\_toolkit.pdf](http://www.healthworkforce.info/advocacy/HWAI_advocacy_toolkit.pdf). French

### 2. Arguments en faveur des produits médicaux, Champions pour la sauvegarde des produits de santé reproductive : Guide et trousse d'outils du plaidoyer

Mis au point par la Reproductive Health Supplies Coalition – « Coalition pour les produits de santé reproductive, ce guide et cette trousse d'outils fournissent des informations d'ordre général et des directives sur la communication en matière de plaidoyer qui a été très utile à de nombreux groupes qui s'intéressent au plaidoyer en faveur de meilleurs cadres politiques pour la santé reproductive. Pour accéder à cette trousse d'outils, veuillez consulter : [http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user\\_upload/toolkit/Advocacy\\_Guide\\_and\\_Toolkit.pdf](http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/toolkit/Advocacy_Guide_and_Toolkit.pdf). French ?

### 3. Le Graphique Smart Chart 3.0 de Spitfire Strategies : Un outil bien plus efficace pour aider les organisations sans but lucratif à faire des choix intelligents en matière de communication

Créé par Spitfire Strategies, cet outil vous aidera à élaborer une campagne de communication en évaluant vos décisions stratégiques pour veiller à ce que votre stratégie en matière de communication et de plaidoyer soit de grande envergure. Pour accéder à cet outil, veuillez consulter : [http://www.smartchart.org/content/smart\\_chart\\_3\\_0.pdf](http://www.smartchart.org/content/smart_chart_3_0.pdf). French?

tact avec les responsables politiques et d'autres décideurs stratégiques qui ont le pouvoir de prendre des décisions relatives au renforcement de la pratique de sage-femme et à l'investissement y afférent dans votre pays.

Cette section de la trousse d'outils vous fournira des idées sur l'identification de la nécessité d'un changement de politique dans votre pays, de votre public cible, des principaux constats et d'autres aspects liés à l'élaboration d'une stratégie de plaidoyer. Si vous avez accès à Internet, il y a également de nombreux outils en ligne disponibles et gratuits pour aider votre association de sages-femmes à mettre au point une stratégie de plaidoyer.

### Identification du changement de politique nécessaire dans votre pays

N'oubliez pas que le plaidoyer est le processus permettant de rallier un soutien pour une question ou une cause et d'influencer les autres à passer à l'action. Cette trousse d'outils veille surtout à mener le plaidoyer comme un moyen de réaliser un changement de politique.

Le plaidoyer peut également aider à :

- Assurer que les décideurs stratégiques sont informés des politiques existantes et de leur responsabilité de mettre en œuvre ces politiques.
- Veiller à ce que des ressources financières suffisantes soient affectées aux programmes et aux services.

- Rallier le soutien des membres de la collectivité et de susciter la demande de mise en œuvre des politiques gouvernementales.
- Informer au niveau communautaire le grand public et les guides d'opinion d'une question ou d'un enjeu et à les mobiliser dans le but d'exercer des pressions sur les décideurs pour qu'ils passent à l'action.

Il est important de différencier le plaidoyer pour le volet Communication pour le changement de comportement (CCC) de celui pour le volet Information, éducation et communication (IEC). Le plaidoyer, la CCC et l'IEC sont similaires dans la mesure où ils concernent tous la sensibilisation sur une question particulière. Cela étant, la CCC et l'IEC visent ultérieurement à changer le comportement au niveau individuel alors que les activités de plaidoyer concernent la mobilisation de l'action collective et la promotion des changements sociaux ou législatifs au niveau national, des districts ou communautaire.

Vos efforts de plaidoyer devraient reposer sur une compréhension claire du changement de politique qui doit s'opérer dans votre pays afin de renforcer la pratique de sage-femme et la prestation des services de SSRMN. Utilisez le Guide de discussion pour identifier tout changement de politique qui serait nécessaire dans votre pays afin de soulever les questions prioritaires s'articulant autour de la pratique de sage-femme et que vous avez identifiées durant vos discussions des Parties I et II de cette trousse d'outils.

## GUIDE DE DISCUSSION : PLANS ET POLITIQUES NATIONAUX DE VOTRE PAYS

Selon le rapport SoWMy 2014,<sup>26</sup> tous les 73 pays inclus dans le rapport ont au moins un plan, une politique ou une législation en place pour organiser, fournir et surveiller les services de SSRMN.

Identifiez les plans et politiques existants en matière de soins de SSRMN en prenant en considération ces questions suivantes :

Votre pays dispose-t-il d'un plan national de santé ?

N'oubliez pas qu'il peut porter un nom différent.

Votre pays dispose-t-il d'un plan national de SSRMN, d'une stratégie ou d'une feuille de route nationale ?

Votre pays a-t-il un plan national de santé pour les ressources humaines ?

Quelles sont les autres politiques mises en place dans votre pays sur la manière dont les services de SSRMN devraient être fournis ?

Veillez noter que le rapport SoWMy 2014 a établi que la plupart des pays ayant un plan national de santé, des plans de SSRMN et/ou de RHS, ont indiqué que leur élaboration est récente (72 % des plans ont été publiés en 2009 ou après). La plupart des plans sont encore valides, couvrant une période allant jusqu'en 2014 ou après, ce qui signifie que vous disposez désormais d'une excellente opportunité de plaider en faveur de la mise en œuvre des plans et politiques.<sup>27</sup>

### Étudiez les plans et politiques de votre pays :

Si vous n'avez pas accès aux plans et politiques, collaborez avec votre association de sages-femmes, une ONG partenaire pour le plaidoyer ou un organisme de réglementation pour solliciter et obtenir des copies des plans et des politiques. Étudiez les plans et politiques de votre pays en utilisant les questions figurant dans les sections respectives de la PARTIE I portant sur l'Appel en faveur de la Disponibilité, l'Accessibilité, l'Acceptabilité et la Qualité.

### **Existe-t-il des politiques qui doivent faire l'objet d'une mise à jour ou d'une réforme ?**

Vous pouvez noter que votre pays a des plans et des politiques en place et qu'il existe toutefois des disparités qui doivent être abordées afin de renforcer la pratique de sage-femme et la prestation des services de SSRMN. Vous pouvez songer à élaborer une stratégie de plaidoyer en vue de combler ces écarts, d'éliminer les aspects archaïques de la politique ou de réviser la politique afin de mieux faire face aux réalités auxquelles les sages-femmes sont présentement confrontées.

En Ouganda par exemple, des succès ont été notés pour la décentralisation des services d'octroi d'autorisation d'exercice et d'enregistrement dans les centres régionaux dans le but de rapprocher les services des patientes. La *Loi régissant la pratique infirmière et de sage-femme* a également fait l'objet d'un examen et son projet de modification est à l'étude par le Ministère de la Santé.

De même, reportez-vous à nouveau à l'exemple du *Développement de l'accès aux services de planification familiale au Nigeria* à la page 20 de cette trousse d'outils pour de plus amples informations relatives à la façon dont une politique a été mise à jour en vue de permettre aux agents de proximité sanitaires de fournir des contraceptifs injectables et de réduire les besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

### **Y a-t-il nécessité d'élaborer de nouvelles politiques ?**

Si votre pays ne dispose pas d'une politique en place portant sur l'aspect de la DAAQ que vous jugez prioritaire, vous pouvez décider de penser à élaborer une stratégie de plaidoyer dans le but de créer un nouveau plan ou une nouvelle législation liée à votre enjeu ou d'analyser la manière dont la question prioritaire pourrait être incluse dans les politiques existantes.

En Côte d'Ivoire par exemple, une nouvelle loi a été adoptée en fin 2013 portant création d'un *Ordre National des Sages-Femmes et des Maïeuticiens de Côte d'Ivoire* et l'adoption de cette loi reconnaît désormais les sages-femmes.

De même, reportez-vous à nouveau à l'exemple *Évolution de la formation des sages-femmes en Afghanistan* à la page 33 de cette trousse d'outils pour de plus amples informations relatives à la manière dont l'Association des sages-femmes afghanes a plaidé en faveur de l'élaboration et de la mise en place de programmes officiels sanctionnant des diplômes en formation des sages-femmes à l'École de Médecine de Kaboul.

### **Y a-t-il des politiques nuisibles qui devraient être annulées ?**

Préparez-vous à démontrer de façon convaincante les raisons pour lesquelles une politique doit être changée. Recueillez auprès des sages-femmes et d'autres professionnels de santé ou des communautés où vous exercez des histoires qui mettent en relief les raisons pour lesquelles une politique doit être modifiée. Déterminez si une nouvelle politique doit être écrite pour remplacer celle que vous vous efforcez de changer.

### **Votre pays dispose-t-il d'une politique existante adéquate qui n'est pas mise en œuvre ?**

Réfléchissez aux obstacles qui gênent la mise en œuvre de la politique. Y a-t-il un manque de ressources financières pour renforcer les services de sage-femme et la mise en œuvre de la politique existante ? Y a-t-il une sensibilisation inadéquate de la politique parmi les responsables gouvernementaux, les autorités de réglementation, les directeurs des établissements de santé, le grand public et les sages-femmes elles-mêmes ? La non-exécution d'une politique peut également supposer qu'elle doit faire l'objet d'une mise à jour ou d'une réforme afin de mieux faire face aux besoins actuels des effectifs de santé SSRMN.

Au Nigeria par exemple, la présence des sages-femmes aux sessions de développement professionnel continu a récemment fait l'objet d'une ordonnance avec l'élaboration de modules spécifiques pour les sages-femmes et cela est désormais une condition préalable au renouvellement des autorisations.

Reportez-vous à nouveau à l'exemple *Suivi de l'exécution des niveaux de dotation en Tanzanie* à la page 34 de cette trousse d'outils pour de plus amples informations sur les efforts de plaidoyer dans le but d'assurer que le nombre de personnel médical qualifié, y compris les sages-femmes, disponible dans les établissements de santé, est conformément aux directives du Ministère de la Santé.

Suite à votre examen des plans et des politiques nationaux, veuillez réfléchir à la façon dont les principales conclusions suivantes mises en relief dans le rapport *SoWMy 2014* ont trait à la DAAQ pour les femmes et à l'amélioration de la formation, de la réglementation et des associations professionnelles dans votre pays. Ces conclusions s'inspirent de toutes les données des pays recueillies et des ateliers de dialogue politique qui se sont tenus et figurent dans *SoWMy 2014* ; ces conclusions éclairent la vision *Pratique de sage-femme 2030* et y sont incluses.<sup>28</sup> Déterminez si ces écarts peuvent être comblés par le biais du plaidoyer au niveau des pays.

Tableau 2.0

PRINCIPALES CONCLUSIONS DES DONNÉES DES PAYS ET DES ATELIERS DE SoWMy 2014	COMMENT LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME 2030 TIENT COMPTE DES PRINCIPALES CONCLUSIONS
Données insuffisantes pour soutenir la politique et la planification en matière de RHS.	<b>Met en évidence</b> la nécessité d'un paquet minimum de données statistiques sur les personnels compétents dans la pratique de sage-femme d'un pays.
Pénurie et déficits des effectifs par rapport aux prévisions des besoins.	<b>Reconnaît</b> l'importance de rendre attractives la profession et la carrière de sage-femme, d'avoir des parcours éducatifs pour la profession de sage-femme, des stratégies en matière de déploiement et d'amélioration du maintien en poste et de réduction des départs naturels.
Clarification insuffisante des rôles et des tâches et décalage entre les rôles prévus et la volonté et la capacité d'entreprendre ces tâches.	<b>Inclut</b> la planification en matière de RHS en vue d'examiner le rôle, les tâches et la responsabilité et d'apporter des éclaircissements. Ce processus peut privilégier la prestation des services de SSRMN pertinents par le prestataire adéquat au moment opportun et à l'endroit approprié et réduire le double emploi.
Disparités liées à la prestation des interventions prénatales dans les paquets de prestations.	<b>Recommande</b> des modèles de pratique dans le but de veiller à ce que les femmes et leur nouveau-nés aient accès à des soins de qualité tout au long du continuum.
Disparités liées à la capacité du conseil en planification familiale et aux interventions devant être fournies de façon efficace.	<b>Permet</b> que la planification familiale soit fournie par le biais de personnels compétents en pratique de sage-femme travaillant en collaboration et comprenant des ASC ou des agents similaires.
Incidences du coût et de la géographie sur l'accessibilité aux soins.	<b>Milite</b> pour que les soins de premier niveau soient fournis près des lieux de résidence des femmes et des communautés, avec des options pour la référence et un accès au transport.
Manque de respect et abus comme causes de la non-acceptabilité pour les femmes.	<b>Assure</b> que la formation inclut les soins respectueux et la sensibilité socioculturelle dans le cadre de la formation initiale et continue. <b>Reconnaît</b> qu'un environnement de pratique habilitant, doté de ressources adéquates, sûr et favorable contribue aux soins respectueux.
<p><b>Limite :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>du nombre de sages-femmes formées et maintenues en fonction ;</li> <li>de la qualité de la formation : établissements, enseignants, normes et expérience clinique ;</li> <li>à ne disposer ni du pouvoir de réglementation, ni d'un organisme de réglementation capable de remplir le rôle consistant à protéger le public;</li> <li>de la capacité des associations professionnelles à plaider efficacement en faveur de la pratique de sage-femme et des services de SSRMN.</li> </ul>	<p><b>Repose clairement</b> sur la nécessité d'un engagement vis-à-vis de la formation, de la réglementation et de l'association.</p> <p><b>Met en évidence</b> l'importance d'un environnement professionnel favorable pour assurer que les personnels compétents dans la pratique de sage-femme disposent de l'état de préparation, du pouvoir réglementé et de la capacité de jouer les rôles pour lesquels ils ont été formés.</p>

## Rapprochement avec les responsables politiques et les autres décideurs

Compte tenu de vos débats sur les plans et les politiques nationaux de votre pays, vous devriez avoir établi avec certitude s'il est nécessaire de mettre à jour ou de réformer une politique existante, d'élaborer une nouvelle politique, d'annuler une politique nuisible ou de plaider en faveur de la mise en œuvre d'une politique existante. Pour ce faire, vous devrez prendre contact avec les responsables politiques et les autres décideurs tels que les membres des organismes de réglementation, les responsables des instituts de formation ou les directeurs des établissements au sujet de votre requête, soit directement, soit indirectement. Il est possible que vous ayez besoin de mener des recherches ou de solliciter l'aide d'autres individus ou organisations qui jouissent d'une expérience plus poussée du processus de formulation des politiques dans le but de prendre conscience de ce qui suit :

- **Qui peut apporter les changements profonds ?** Quels sont les responsables politiques, les agences, les comités, les départements et/ou les institutions au sein du gouvernement de votre pays ou les autres institutions qui ont un impact sur la pratique de sage-femme dans votre pays et jouent un rôle ayant trait à cette question ? Qui peut spécifiquement jouer un rôle à apporter le changement profond que vous désirez réaliser ?
- **Comment se fera ce changement ?** Les responsables politiques devront utiliser différentes méthodes selon le type de changement que vous désirez (c.-à-d. l'élaboration d'une nouvelle politique, la mise à jour d'une politique actuelle, etc.)
- **Quels messages convaincront les responsables politiques de changer les politiques ou d'élaborer de nouvelles politiques liées à la pratique**



Family Care International

**de sage-femme ?** Les principaux constats du rapport *SoWMy 2014* apparaissent d'un bout à l'autre de cette trousse d'outils et sont inclus à l'Annexe A. En plus des données du rapport *SoWMy 2014*, déterminez les arguments qui seraient les plus convaincants pour le responsable politique que vous devez joindre. Par exemple, les responsables politiques chargés du budget national de la santé pourraient être persuadés d'apporter un changement de politique si vous les informez des moyens par lesquels l'investissement dans les personnels de santé compétents dans la pratique de sage-femme pourrait se traduire par des économies de coût au sein du système national de santé. Essayez de partager le **PRINCIPAL CONSTAT** du rapport *SoWMy 2014* : **Les investissements dans la formation des sages-femmes avec un déploiement dans les services à base communautaire, pourraient rapporter 16 fois le montant investi en termes de vies sauvées et de coûts de césariennes évitées et constituent un « meilleur investissement » pour les soins de santé primaires.** Les ressources en ligne dans la zone de texte ci-dessus vous aideront également à identifier les meilleurs messages de plaidoyer pour chacun de vos publics cibles de plaidoyer.

Il se peut que les responsables politiques avec lesquels vous devez prendre contact soient des Membres du Parlement (MP). Les MP ont divers niveaux de pouvoir pour formuler la politique et influencer l'allocation de financement grâce au rôle qu'ils jouent lors du processus budgétaire. Les parlementaires représentent des vecteurs essentiels pour traduire la volonté politique en politique. Ils sont capables de demander des comptes au gouvernement pour ce qui concerne les engagements nationaux et internationaux, de créer un environnement politique favorable et la visibilité médiatique sur un thème précis.<sup>29</sup>

Il n'empêche, que de nombreux pays font présentement passer la prise de décision de l'échelle nationale à l'échelle des districts. La décentralisation de la formulation des politiques, des autorités fiscales et de la prestation de services implique que les individus et les organisations sont les intermédiaires obligés essentiels de l'exécution des politiques nationales du gouvernement.

Il est possible que vous deviez adapter votre stratégie de plaidoyer afin qu'elle ait des retombées compte tenu des informations suivantes et selon le type de changement que vous désirez. Il est également possible que vous deviez prendre en considération une approche à facettes multiples pour orienter vos efforts en vue de vous rapprocher à la fois des responsables politiques et d'autres qui peuvent simultanément influencer les responsables politiques.

---

## GUIDE DE DISCUSSION : COLLABORATION AVEC LES PARTENAIRES EN VUE D'UN RAPPROCHEMENT AVEC LES RESPONSABLES POLITIQUES

Des partenariats solides avec d'autres groupes et organisations sont souvent essentiels pour apporter les changements profonds positifs. La création d'une large coalition avec des alliés qui jouissent également d'un statut à l'échelle nationale peut renforcer et apporter plus de crédibilité à votre initiative. Les partenaires peuvent fournir :

- Des relations politiques et médiatiques,
- L'expertise dans le domaine du plaidoyer, la communication et une connaissance de l'opposition au sein du paysage politique, et
- Des ressources humaines, un financement et d'autres contributions en nature.

De même, lorsqu'ils travaillent pour influencer et changer les politiques, les responsables politiques peuvent préférer fournir leur soutien sur une question à une alliance plus élargie qui représente la voix de plusieurs afin qu'on ne juge pas qu'ils accordent leur faveur à une seule association ou un ordre du jour particulier.

**Dans cette optique, prenez en considération les questions suivantes :**

### *Quels pourraient être les meilleurs moyens de collaborer avec les responsables politiques ?*

Ceci peut être aussi simple que de demander une réunion formelle avec les responsables politiques en vue de partager les conclusions de SoWMy 2014 sur la pratique de sage-femme dans votre pays et de solliciter leur soutien à la réalisation des changements de politique ou à l'accroissement des investissements dans la pratique de sage-femme. Il pourrait également y avoir des fora ou des consultations publiques au cours desquels vous pouvez éveiller l'intérêt des responsables politiques. Collaborez avec votre association de sages-femmes et d'autres partenaires pour établir la meilleure façon de travailler avec les responsables politiques dans votre pays.

### *Votre association de sages-femmes connaît-elle d'autres partenaires qui travaillent directement avec les responsables politiques avec lesquels vous devez vous rapprocher ?*

Il est possible qu'il y ait dans votre pays d'autres individus, associations de travailleurs de la santé, organisations ou alliances/coalitions y compris organisations de base communautaire qui travaillent déjà avec les responsables politiques ou exercent une influence sur eux. Faites des recherches pour savoir si leur travail est conforme au changement de politique que vous souhaitez apporter. Établissez le contact avec ces partenaires/alliés potentiels et demandez si vous pouvez travailler à élaborer une stratégie conjointe. Envisagez également de travailler avec des groupes qui sont affectés par les politiques de SSRMN dont vous préconisez le changement, par exemple, les organisations de mères ou d'autres associations professionnelles de santé.

### *Quelles autres entités votre association de sages-femmes peut-elle directement influencer, qui peuvent à leur tour influencer les responsables politiques avec lesquels vous devez vous rapprocher ?*

Parfois, il n'est pas possible de joindre les responsables politiques directement. Lorsque c'est le cas, essayez d'identifier ceux qui pourraient être en mesure de joindre et d'influencer les dirigeants chargés des politiques de SSRMN. Ces individus pourraient être des employés des responsables politiques, d'autres politiciens ou décideurs, des responsables religieux ou communautaires, des directeurs d'établissements de santé, etc. Demandez des réunions avec ces individus spécifiques, communiquez-leur les conclusions de SoWMy 2014 et sollicitez leur aide pour préconiser un soutien de la pratique de sage-femme auprès des responsables politiques stratégiques. Envisagez également la façon dont l'opinion publique et les médias peuvent jouer un rôle pour influencer les responsables politiques. La coopération avec les partenaires lors d'une campagne pour attirer l'attention du public sur le rôle que les sages-femmes jouent en fournissant des services de SSRMN et la nécessité d'investissements supplémentaires dans la pratique de sage-femme, l'utilisation des conclusions de SoWMy 2014, peuvent inciter les responsables politiques à passer à l'action.

---

### **Choisir le moment pour mener votre initiative**

En plus d'identifier les entités qui peuvent vous aider à réaliser votre stratégie de plaidoyer en vue d'améliorer la DAAQ des services de SSRMN

dans votre pays, il est important de prendre en considération le moment d'entreprendre vos initiatives de plaidoyer.

## GUIDE DE DISCUSSION : DÉTERMINATION DU MOMENT D'ENTREPRENDRE VOTRE INITIATIVE DE PLAIDOYER POUR DES RETOMBÉES MAXIMALES

Selon l'agenda politique de votre gouvernement, vous voudrez savoir s'il y a des moments décisifs imminents pour plaider en faveur de vos questions prioritaires. Envisagez ce qui suit :

### *Les responsables politiques travaillent-ils présentement sur d'autres législations liées aux services de SSRMN ?*

Profitez de l'opportunité d'attirer l'attention sur l'importance des sages-femmes et des personnels compétents dans la pratique de sage-femme à dispenser des soins de SSRMN qui soient disponibles, accessibles, acceptables et de haute qualité. Demandez à ce que la législation en matière de SSRMN présentement à l'étude inclue le soutien pour renforcer les personnels de santé compétents dans la pratique de sage-femme afin d'améliorer les résultats de la SSRMN.

### *Quand débute le cycle budgétaire de votre pays ?*

Envisagez de faire coïncider vos efforts de plaidoyer avec la période durant laquelle le gouvernement établit son budget pour le prochain exercice budgétaire si des ressources suffisantes ne sont pas investies dans la pratique de sage-femme. Si les responsables politiques envisagent de procéder à des compressions budgétaires pour les programmes qui soutiennent les services de sage-femme, veillez à vous faire entendre durant les débats en établissant des partenariats avec les organisations qui militent déjà en faveur du budget national. Partagez les messages du rapport SoWMy 2014 pour avancer des arguments en faveur de l'investissement dans la pratique de sage-femme.

### *Y a-t-il des journées mondiales imminentes telles que la Journée Internationale de la Sage-Femme, qui pourraient permettre d'attirer l'attention sur les tâches du plaidoyer ?*

Chaque année, la Journée internationale de la sage-femme est célébrée le 5 mai. D'autres journées mondiales à prendre en considération incluent la Journée mondiale de la femme qui est célébrée le 8 mars et la Journée internationale de la fille fêtée le 8 octobre. Il se peut également que votre pays célèbre ces journées spéciales, ce qui vous fournirait une bonne opportunité de mettre en évidence votre plaidoyer pour renforcer la pratique de sage-femme et la prestation des services de SSRMN.

### *Quelle est la date du lancement national du rapport SoWMy 2014 dans votre pays ?*

La publication du rapport SoWMy 2014 constitue en elle-même un moment crucial exceptionnel et une opportunité pour le plaidoyer. Les associations nationales de sages-femmes devraient jouer un rôle privilégié lors des lancements nationaux qui peuvent être coordonnés en partenariat avec l'UNFPA, l'OMS et d'autres partenaires nationaux. Consultez la page Web du rapport SoWMy 2014 sur [www.sowmy.org](http://www.sowmy.org) pour un compte rendu sur son lancement au niveau des pays ou écrivez à [sowmy2014@socialbase.org](mailto:sowmy2014@socialbase.org). Veuillez également envisager d'autres opportunités telles que les événements politiques ou élections à venir et les congés ou anniversaires notables liés à cette question.



Katy Woods, White Ribbon Alliance

### Concertation avec les initiatives mondiales plaidant en faveur de la pratique de sage-femme

Le rapport *SoWMy 2011* a exhorté les organisations internationales, les partenariats mondiaux, les organismes donateurs et la société civile à participer activement et à jouer leur rôle pour améliorer les services de sage-femme, en favorisant les fora internationaux et en facilitant des échanges de savoir, de bonnes pratiques et les innovations ainsi qu'en encourageant l'établissement d'un ordre du jour mondial pour la recherche en matière de pratique de sage-femme et le soutien à la mise en œuvre de cet ordre du jour au niveau des pays. Le rapport *SoWMy 2014* met en évidence un nombre d'initiatives mondiales qui ont été lancées pour attirer l'attention sur l'amélioration de la pratique de sage-femme :

- Le deuxième Colloque mondial des sages-femmes (mai 2013) a réuni des sages-femmes, des responsables politiques et des représentants d'ONG, des partenaires donateurs et la société civile pour discuter de diverses questions liées au renforcement de la pratique de sage-femme, mettre en vedette les résultats et les innovations et relever ces défis.
- Le numéro spécial de *The Lancet* sur la Pratique de sage-femme (juin 2014) vise à consolider et à améliorer les connaissances dis-

ponibles sur la pratique de sage-femme en vue de faciliter la prise de décision au niveau des pays, reposant sur des données à l'appui des services efficaces de SSRMNI. Cette série d'articles sera publiée en français en 2014.

- Le Groupe H4+, y compris UNFPA et l'OMS, fournit un soutien technique aux régions et aux pays sur les évaluations des personnels compétents dans la pratique de sage-femme, sur la qualité des soins et sur la politique nationale.
- Les organisations de la société civile participent activement aux fora mondiaux, régionaux et nationaux sur la pratique de sage-femme.<sup>30</sup>

Comment ces initiatives affectent-elles votre association de sages-femmes ? Quelles sont les actions que vous pouvez entreprendre pour vous rapprocher de ces intervenants ?

Au moment de procéder, songez à la façon dont vos efforts de plaidoyer peuvent exploiter et se rapprocher d'autres initiatives mondiales en faveur de la pratique de sage-femme. Le rapport *SoWMy 2014* cite les campagnes et directives suivantes au sujet desquelles vous pouvez vous informer. Envisagez si vos efforts de plaidoyer au niveau des pays peuvent aider votre pays à réaliser les actions et les objectifs établis par ces initiatives mondiales.



Katy Woods, White Ribbon Alliance

Tableau 3.0

DIRECTIVES / CAMPAGNE	ANNÉE CIBLE	ACTIONS / OBJECTIFS
Mortinaissances	2020	<p>Pour les pays qui ont un taux de mortinatalité de plus 5 pour 1 000 naissances, le but est de réduire le taux de 50 % au moins par rapport au taux de 2008.</p> <p>Pour les pays qui ont un taux de mortinatalité de moins de 5 pour 1 000 naissances, le but est d'éliminer toutes les mortinaissances évitables et de combler les écarts en matière d'équité.</p>
Prévention de la grossesse précoce et des possibles conséquences négatives en matière de reproduction parmi les adolescentes dans les pays en développement	--	<p>Améliorer les résultats de la santé sexuelle et reproductive parmi les adolescentes en réduisant les possibilités de grossesse indésirable qui peuvent impacter négativement sur leur santé lieu à des résultats médiocres sur la santé, en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduisant le nombre de grossesse avant l'âge de 18 ans ;</li> <li>• Éliminant le mariage précoce et forcé ;</li> <li>• Faisant face aux abus sexuels et à la violence contre les femmes et les filles ;</li> <li>• Accroissant la disponibilité et l'usage de contraceptifs parmi les adolescents qui veulent éviter la grossesses y compris la contraception d'urgence ;</li> <li>• Réduisant l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité parmi les adolescentes ;</li> <li>• Accroissant l'utilisation de soins spécialisés prénatals, à l'accouchement et postnatals parmi les adolescentes enceintes ;</li> <li>• Prévenant les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH.</li> </ul>
Plan mondial pour l'élimination des nouvelles infections à VIH parmi les enfants d'ici à 2015 et la sauvegarde de leur mère	2015	Le nombre estimé de nouvelles infections à VIH est réduit de 85 % au moins dans chacun des 22 pays prioritaires. Le nombre estimé de décès par VIH liés à la grossesse est réduit de 50 %.
Planification familiale 2020	2020	Rendre disponibles, abordables et salvateurs les informations, services et fournitures liés à la contraception, pour un nombre supplémentaire de 120 millions de femmes et de filles ayant des besoins non satisfaits en contraceptifs dans les pays les plus pauvres du monde.
Objectifs mondiaux 2025 pour améliorer la nutrition maternelle, infantile et du jeune enfant	2025	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction de 50 % de l'anémie parmi les femmes en âge de procréer.</li> <li>• Réduction de 30 % de l'insuffisance pondérale à la naissance.</li> <li>• Augmentation de 50 % au moins du taux d'allaitement exclusif au cours des 6 premiers mois.</li> </ul>
Une Promesse renouvelée	2035	Réduction par tous les pays des taux de mortalité infantile à 20 décès au plus pour 1 000 naissances vivantes.
Élimination de la mortalité maternelle évitable	2030	Réduire les taux de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes (pas plus de 140 pour les pays ayant un ratio de mortalité maternelle supérieur à 400 en 2013.)
Plan d'action Chaque Nouveau-né	2030 et 2035	<p>Réduire les décès néonataux à moins de 12 pour 1 000 naissances vivantes avant 2030 et à moins de 10 pour 1 000 naissances vivantes avant 2035.</p> <p>Réduire les mortinaissances à moins de 12 pour 1 000 naissances totales avant 2030 et à moins de 10 pour 1 000 naissances totales avant 2035.</p>



Richard Lord

## Conclusion

---

Joey O'Loughlin



Selon le rapport *SoWMy 2014*, presque tous les pays (à l'exception d'un seul) ont réalisé des progrès dans la réduction des ratios de mortalité maternelle.<sup>32</sup> Une raison de ces progrès peut être attribuée au fait que de nombreux pays à faibles revenus ont amélioré l'accès aux soins de sage-femme.<sup>33i</sup>

En votre qualité de sages-femmes, vous êtes les prestataires de santé les plus appropriés pour prodiguer des soins aux femmes, en particulier au cours de la grossesse, du travail, de l'accouchement et de la période postnatale. La pratique de sage-femme s'effectue en partenariat avec les femmes et elle est individualisée, continue et non directive. En conséquence, les soins de sage-femme promeuvent et protègent le bien-être des femmes, soutiennent leur droit à la santé reproductive et respectent les diversités ethniques et culturelles.<sup>34</sup>

En votre qualité de spécialistes des soins axés sur la femme, vous devez vous faire entendre pour plaider en faveur du renforcement des personnels compétents dans la pratique de sage-femme et des services qu'ils fournissent dans votre pays. La connaissance et la compréhension que vous avez de l'état et de l'avenir de la pratique de sage-femme dans votre pays vous donnent une opportunité inestimable de changer le cours des événements et de réaliser un changement de politique positif nécessaire pour les femmes et les nouveau-nés.

Votre pays a une opportunité unique de faire des progrès rapides vers la réalisation du droit universel à l'accès aux services de SSRMN de haute qualité avec la pratique de sage-femme comme un de ses volets essentiels. De concert avec les partenaires, alliés, responsables politiques et responsables communautaires, votre association de sages-femmes peut forger un nouvel avenir pour la profession de sage-femme et militer pour que des personnels compétents dans la pratique de sage-femme bien équipés et bénéficiant d'un soutien convenable fournissent des services d'importance vitale aux femmes et aux nouveau-nés.

## Annexes

---

Annexe A – Graphique des Principaux constats de SoWMy 2014

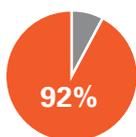
Annexe B – Résumé graphique La pratique de sage-femme 2030

Annexe C – Estimation des besoins des 46 interventions essentielles parmi les femmes et les nouveau-nés

 PRINCIPAUX CONSTATS

D'après les informations exposées dans le présent rapport, on peut poser les constats suivants :

- 1** Il survient dans les 73 pays du Compte à rebours inclus dans le rapport plus de **92 % DES DÉCÈS MATERNELS ET NÉONATALS ET DES MORTINAISSANCES DU MONDE** mais ces pays ne possèdent que **42 % DES SAGES-FEMMES, DU PERSONNEL INFIRMIER ET DES MÉDECINS DU MONDE**. Dans ces pays,



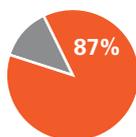
les manques de personnels sont souvent particulièrement aigus dans les régions où les taux de mortalité maternelle et néonatale sont les plus élevés.

- 2** **SEULS 4 DES 73 PAYS** possèdent des personnels compétents dans la pratique de sage-femme qui sont en mesure de répondre au besoin universel des 46 interventions essentielles de santé sexuelle, reproductive, maternelle et néonatale.



- 3** Les pays s'efforcent d'étendre les services de sage-femme et de les dispenser équitablement, mais **MANQUENT DE DONNÉES COMPLÈTES DÉSAGRÉGÉES** pour déterminer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des personnels compétents dans la pratique de sage-femme.

- 4** Les sages-femmes qui sont formées et réglementées selon les normes internationales peuvent fournir **87 % DES SOINS ESSENTIELS** dont ont besoin les femmes et les nouveau-nés.



- 5** Pour que les sages-femmes puissent travailler avec efficacité, **LES ÉTABLISSEMENTS DOIVENT ÊTRE ÉQUIPÉS POUR OFFRIR LES SERVICES APPROPRIÉS**, y inclus pour faire face aux urgences (sécurité de l'approvisionnement en sang, césariennes, réanimation des nouveau-nés).

- 6** Des données exactes sur les personnels compétents dans la pratique de sage-femme permettent aux pays de planifier efficacement. Cela exige **UN MINIMUM DE 10 ÉLÉMENTS DE DONNÉES QUE TOUS LES PAYS DEVRAIENT RECUEILLIR** : nombre de membres du personnel, pourcentage de temps consacré à la SSRMN, rôles, structure par âge, âge de la retraite, durée de la formation, inscriptions, abandons et achèvement des études, et départs volontaires.

- 7** Les mesures législatives, la réglementation et les processus d'octroi de licences permettent aux sages-femmes de fournir les soins de qualité conformes à la formation qu'elles ont reçue, ce qui protège la santé des femmes. Les soins de santé de qualité fournis par les sages-femmes sauvent des vies de femmes et de nouveau-nés et **CONTRIBUENT À LA SANTÉ DES FAMILLES ET À LA PRODUCTIVITÉ DES COMMUNAUTÉS**.



- 8** Les investissements dans les sages-femmes sont payants :

- Les investissements dans la formation des sages-femmes, avec un déploiement dans les services à base communautaire, pourraient **RAPPORTER 16 FOIS LE MONTANT INVESTI** en termes de vies sauvées et de coûts de césariennes évités ; ils constituent **UN « MEILLEUR INVESTISSEMENT » POUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES**.
- Investir dans les sages-femmes libère les médecins, le personnel infirmier et les autres catégories d'agents de santé qui peuvent alors se concentrer sur d'autres besoins de santé ; cela favorise la réalisation d'une grande convergence en matière de santé, à réduire les infections et **À METTRE FIN AUX DÉCÈS MATERNELS ET AUX DÉCÈS NÉONATALS ÉVITABLES**.



# LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME 2030 : LA VOIE DE LA SANTÉ

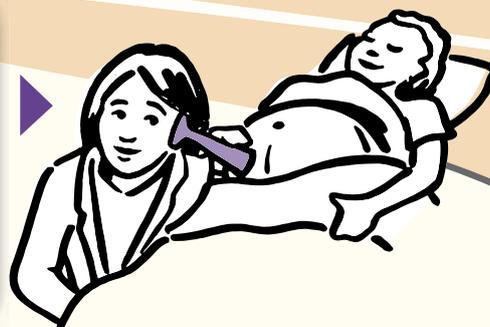


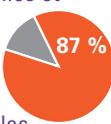
## PLANIFIER ET PRÉPARER, à savoir

- Retarder l'âge au mariage
- Terminer vos études secondaires
- Dispenser une éducation sexuelle complète aux garçons et aux filles
- Vous protéger du VIH
- Rester en bonne santé et avoir une bonne nutrition
- Planifier les grossesses au moyen de méthodes contraceptives modernes

## SONGER À LA SANTÉ DÈS LE DÉPART, à savoir

- Veiller à votre santé et vous préparer à la grossesse, à l'accouchement et aux premiers mois de votre nouvelle famille
- Passer au moins quatre visites prénatales au cours desquelles vous parlerez aussi des préparatifs de l'accouchement et de l'établissement d'un plan d'urgence
- Exiger des soins professionnels préventifs et de soutien pour que votre enfant et vous restiez en bonne santé et pour faire face aux complications éventuelles de manière efficace



PROBLÈME	SOLUTION	IMPACT	PROGRÈS
<p><b>Seuls 4 pays sur 73</b> possèdent des personnels compétents dans la pratique de sage-femme capables de répondre au besoin universel des 46 interventions essentielles en SSRMN.</p> 	<p>Les sages-femmes peuvent dispenser <b>87 % des soins essentiels</b> dont ont besoin les femmes et les nouveau-nés, si elles sont formées et réglementées selon les normes internationales.</p> 	<p>L'investissement dans les sages-femmes pourrait rapporter <b>16 fois</b> les sommes investies.</p> 	<p>Le Bangladesh forme <b>500 sages-femmes</b> qui pourront sauver <b>36 000 vies.</b></p> 

## QUE FAUT-IL POUR CELA ?

1

Que toutes les femmes en âge de procréer, y compris les adolescentes, aient un accès universel aux soins de sages-femmes lorsqu'elles en ont besoin;

2

Que les pouvoirs publics établissent un environnement politique porteur et aient des comptes à rendre;

3

Que les pouvoirs publics et les systèmes de santé établissent un environnement pleinement habilitant et aient des comptes à rendre;

4

Que le recueil et l'analyse des données soient inclus dans les prestations et le développement des services;

5

Que les soins dispensés par les sages-femmes aient une place prioritaire dans les budgets nationaux de la santé et que toutes les femmes bénéficient d'une protection financière universelle;



## SONGER À LA SÉCURITÉ DÈS LE DÉPART, *à savoir*

- Accéder à des services de sage-femme dans de bonnes conditions de sécurité et avec le partenaire de votre choix quand le travail commence
- Trouver des soins respectueux de soutien et de prévention auprès de sages-femmes compétentes ayant accès au matériel et aux fournitures dont elles ont besoin et recevoir des soins obstétricaux d'urgence si nécessaire
- Participer aux prises de décision concernant les soins qui vous sont dispensés, à vous et à votre enfant
- Disposer d'un espace préservant votre intimité pour accoucher sans perturbations ni interventions inutiles
- Être soutenue par une équipe cohésive de personnels compétents dans la pratique de sage-femme s'il vous faut des soins obstétricaux d'urgence



## JETER DES FONDATIONS POUR L'AVENIR, *à savoir*

- Allaiter votre enfant au sein immédiatement et bénéficier de soutiens pour continuer de le faire aussi longtemps que vous le voulez
- Recevoir des informations sur les soins à donner à votre enfant au cours des premiers mois et des premières années de sa vie et bénéficier d'appuis pour l'apport de ces soins
- Recevoir des informations sur la planification familiale pour que vous puissiez espacer suffisamment votre prochaine grossesse
- Avoir le soutien de l'équipe de personnels compétents dans la pratique de sage-femme pour accéder aux services de santé familiale et aux programmes de vaccination en temps voulu



6

### Que les soins dispensés par les sages-femmes

le soient par une équipe cohésive de personnels de santé professionnels, associés et non professionnels;

7

### Que les soins de sages-femmes de premier niveau

soient offerts à proximité de la femme et de sa famille, avec un transfert sans heurts au niveau de soins suivant;

8

### Que les personnels compétents dans la pratique de sage-femme

soient appuyés par une formation et une réglementation de qualité et par une gestion efficace des ressources humaines et autres;

9

### Que tous les professionnels de la santé

fournissent et soient en mesure de fournir des soins de qualité et respectueux;

10

### Que les associations professionnelles

exercent leur leadership pour faciliter les prestations de soins de qualité par leurs membres.

## Annexe C

### ANNEXE 4. ESTIMATION DES BESOINS DES 46 INTERVENTIONS ESSENTIELLES CHEZ LES FEMMES ET LES NOUVEAU-NÉS

Intervention essentielle (SSRMN)	Besoin (défini comme le nombre de contacts de la population en ayant besoin avec un travailleur de la santé)	Données nécessaires et sources
<b>PRÉ-GROSSESSE</b>		
<b>1. Conseils de planification familiale</b>	Toutes les FAP (femmes de 15 à 49 ans), un contact par an.	<b>Indicateur</b> : Nombre de FAP (2012-2030). <b>Source(s)</b> : United Nations population database, medium fertility, 2012 revision (disponible à <a href="http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_Indicateurs.htm">http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_Indicateurs.htm</a> ).
<b>2. Délivrance de moyens de contraception</b>	Toutes les FAP qui emploient l'une de ces méthodes de contraception : préservatifs/ pilules/ injectables/ DIU/ stérilisation féminine. Pour chaque année y, le besoin des défini comme suit pour chaque méthode : 1. Besoin de préservatifs (y) = FAP (y) x (TPC + besoin non satisfait) x mix de méthodes x 3. 2. Besoin de pilules et d'injectables (y) = FAP (y) x (TPC + besoin non satisfait) x mix de méthodes (pilules + injectables) x 3. 3. Besoin de DIU = [FAP (y) x (TPC + besoin non satisfait) x mix de méthodes de DIU] / 5. 4. Besoin de stérilisation féminine (y) = [FAP (y) – FAP (y-1)] x (TPC + besoin non satisfait) x mix de méthodes de stérilisation.	<b>Indicateur</b> : TPC (dernier chiffre disponible) <b>Source(s)</b> : Observatoire mondial de la Santé – OMS (disponible à <a href="http://apps.who.int/gho/data/node.main.531?lang=en">http://apps.who.int/gho/data/node.main.531?lang=en</a> ). <b>Indicateur</b> : Besoin non satisfait de planification familiale. <b>Source(s)</b> : Nations Unies, Division de statistique, Indicateurs des objectifs du Millénaire pour le développement (dernière année disponible); Observatoire mondial de la Santé – OMS (dernière année disponible) (disponible à <a href="http://unstats.un.org/UNSD/MDG/Data.aspx">http://unstats.un.org/UNSD/MDG/Data.aspx</a> ); DHS StatCompiler (disponible à <a href="http://www.statcompiler.com/">http://www.statcompiler.com/</a> ); Partnership in Action 2012-2013 Report (disponible à <a href="http://www.familyplanning2020.org/images/content/documents/FP2020_Partnership_in_Action_2012-2013.pdf">http://www.familyplanning2020.org/images/content/documents/FP2020_Partnership_in_Action_2012-2013.pdf</a> ); Angola, Botswana: Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. Lancet 2013; 381:1642–52. <b>Indicateur</b> : Prévalence du mix de méthode contraceptive. <b>Source(s)</b> : Seiber E, Bertrand J, Sullivan T. Changes in contraceptive method mix in developing countries. <i>International Family Planning Perspectives</i> 2007; 33(3). (disponible à <a href="http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3311707.pdf">http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3311707.pdf</a> ). <b>Note</b> : Les informations de cette source ne sont disponibles que pour les méthodes suivantes : DIU/ pilule/ injectables/préservatifs/stérilisation féminine. Les implants sont exclus apparemment parce qu'ils ne représentent que moins de 1 % de toutes les méthodes de contraception au niveau mondial.
<b>3a. Prévention et gestion des IST et du VIH chez toutes les FAP : prévention des IST et du VIH</b>	Toutes les FAP, un contact par an.	<b>Indicateur</b> : Nombre de FAP (2012-2030). <b>Source(s)</b> : Base de données des Nations Unies sur la population, révision 2012 (disponible à <a href="http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_Indicateurs.htm">http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_Indicateurs.htm</a> ).
<b>3b. Prévention et gestion des IST et du VIH chez toutes les FAP : gestion des IST</b>	Toutes les FAP atteintes de syphilis, gonorrhée, chlamyde ou trichomonase. Pour chaque année y; valeur calculée comme suit : 1. Besoin de gestion de la syphilis (y) = FAP (y) x incidence de la syphilis. 2. Besoin de gestion de la gonorrhée (y) = FAP (y) x incidence de la gonorrhée. 3. Besoin de gestion de la chlamyde (y) = FAP (y) x incidence de la chlamyde. 4. Besoin de gestion de la trichomonase (y) = FAP (y) x incidence de la trichomonase.	<b>Indicateur</b> : Incidence des IST chez les FAP. <b>Source(s)</b> : WHO. Global incidence of selected curable sexually transmitted infections by region. Geneva: WHO, 2008 (disponible à <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf?ua=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf?ua=1</a> ).
<b>3c. Prévention et gestion des IST et du VIH chez toutes les FAP : gestion du VIH</b>	Toutes les FAP ayant besoin de TAR; valeur calculée comme suit : Nombre de FAP ayant besoin de TAR en 2012 / FAP en 2012 x FAP (y).	<b>Indicateur</b> : % de FAP ayant besoin de TAR (nombre d'adultes ayant besoin de TAR x % d'adultes séropositifs de sexe féminin). <b>Source(s)</b> : Nombre d'adultes ayant besoin de TAR (disponible à <a href="http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/">http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/</a> ); sources distinctes pour certains pays; % d'adultes séropositifs de sexe féminin (nombre de femmes adultes séropositives / nombre d'adultes séropositifs) dans la base de données AIDSinfo d'ONUSIDA (disponible à <a href="http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/">http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/</a> ); sources distinctes pour certains pays.
<b>4. Enrichissement/ supplémentation en acide folique</b>	Toutes les FAP, un contact par an.	
<b>GROSSESSE</b>		
<b>5. Supplémentation en fer et en acide folique</b>	Toutes les FE, un contact par an.	
<b>6. Vaccination antitétanique</b>	Toutes les FE, un contact par an.	
<b>7a. Prévention et gestion du paludisme avec des moustiquaires traitées et des antipaludéens : prévention</b>	Toutes les FE vivant dans des zones de haute transmission; valeur calculée comme suit : Besoin de prévention du paludisme (y) = PW (y) x % de population du pays vivant dans des zones de haute transmission.	<b>Indicateur</b> : % de population vivant dans des zones de haute transmission (nombre d'habitants dans les zones à risque élevé (ou à défaut, population vivant dans les foyers actifs/population totale). <b>Source(s)</b> : WHO. Annex 6A of the World Malaria Report 2013. Geneva: WHO, 2013 (disponible à <a href="http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/en/">http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/en/</a> ).

DIU = dispositif intra-utérin; FAP = femmes en âge de procréer; FE = femmes enceintes; IST = infections sexuellement transmises; PTME = prévention de la transmission mère-enfant; RPM = rupture prématurée des membranes; TAR = traitement antirétroviral; TPC = taux de prévalence des contraceptifs

ANNEXE 4. ESTIMATION DES BESOINS DES 46 INTERVENTIONS ESSENTIELLES CHEZ LES FEMMES ET LES NOUVEAU-NÉS (suite)

Intervention essentielle (SSRMN)	Besoin (défini comme le nombre de contacts de la population en ayant besoin avec un travailleur de la santé)	Données nécessaires et sources
<b>GROSSESSE (suite)</b>		
<b>7b. Prévention et gestion du paludisme avec des moustiquaires traitées et des antipaludéens : gestion</b>	Toutes les FE atteintes de paludisme présumé ou confirmé; valeur calculée comme suit : Besoin de gestion du paludisme (y) = PW (y) x incidence des cas de paludisme présumé et confirmé.	<b>Indicateur</b> : Incidence des cas de paludisme présumé et confirmé chez les FE (nombre de cas de paludisme présumé et confirmé /total des estimations de population des Nations Unies). <b>Source(s)</b> : WHO. Annex 6A of the World Malaria Report 2013. Geneva: WHO, 2013 (disponible à <a href="http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/en/">http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/en/</a> ).
<b>8a. Prévention et gestion des IST (dans le cadre des soins prénatals) : prévention des IST et du VIH</b>	Toutes les FE, un contact par an.	
<b>8b. Prévention et gestion des IST (dans le cadre des soins prénatals) : gestion des IST</b>	Toutes les FE atteintes de gonorrhée, chlamyde or trichomonase (Note : la syphilis est considérée séparément - voir ci-dessous). Pour chaque année y; valeur calculée comme suit : 1. Besoin de gestion de la gonorrhée (y) = FE (y) x incidence de la gonorrhée. 2. Besoin de gestion de la chlamyde (y) = FE (y) x incidence de la chlamyde. 3. Besoin de gestion de la trichomonase (y) = FE (y) x incidence de la trichomonase.	<b>Indicateur</b> : Incidence des IST chez les FE. <b>Source(s)</b> : WHO. Global incidence of selected curable sexually transmitted infections by region. Geneva: WHO, 2008. (disponible à <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf?ua=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf?ua=1</a> ).
<b>8c. Prévention et gestion des IST (dans le cadre des soins prénatals) : gestion du VIH</b>	Toutes les FE ayant besoin de TAR pour éviter la transmission mère-enfant; valeur calculée comme suit : Besoin de gestion du VIH (y) = % (nombre de FE ayant besoin de TAR pour la PTME en 2012/ FE en 2012) x FE (y).	<b>Indicateur</b> : % de FE séropositives ayant besoin de TAR pour la PTME. <b>Source(s)</b> : Pour l'Afrique : UNAIDS AIDSinfo (disponible à <a href="http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/">http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/</a> ); Pour les autres régions : ONUSIDA. Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013 (disponible à <a href="http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_fr.pdf">http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_fr.pdf</a> ); sources distinctes de certains pays. <b>Note</b> : Lorsque la valeur est <500 ou <1000, on a assumé une valeur de 500 et de 1000, respectivement; en l'absence de valeur disponible pour le pays, on a employé les données suivantes : FE séropositives ayant besoin de TAR pour la PTME {région} x (femmes séropositives {pays}/ femmes séropositives {région}).
<b>9. Supplémentation en calcium pour prévenir l'hypertension artérielle</b>	Toutes les FE, un contact par an.	
<b>10. Interventions de cessation du tabagisme</b>	Toutes les FE qui fument; valeur calculée comme suit : Besoin d'interventions de cessation du tabagisme (y) = PW x prévalence du tabagisme chez les femmes de plus de 15 ans.	<b>Indicateurs</b> : Consommation actuelle de tout produit du tabac à fumer (taux standardisé pour l'âge), toutes les femmes <b>Source(s)</b> : Observatoire mondial de la Santé – OMS (disponible à <a href="http://apps.who.int/gho/data/node.main.1250?lang=en">http://apps.who.int/gho/data/node.main.1250?lang=en</a> ). <b>Note</b> : En l'absence de données pour un pays particulier, on a utilisé la moyenne régionale de l'OMS pour les pays du groupe.
<b>11a. Dépistage et traitement de la syphilis : dépistage</b>	Toutes les FE, un contact par an.	
<b>11b. Dépistage et traitement de la syphilis : traitement</b>	Toutes les FE atteintes de syphilis, pour chaque année y; valeur calculée comme suit : 1. Besoin de gestion de la syphilis (y) = FE (y) x incidence de la syphilis.	<b>Indicateur</b> : Incidence de la syphilis chez les FE. <b>Source(s)</b> : WHO. Global incidence of selected curable sexually transmitted infections by region. Geneva: WHO, 2008 (disponible à <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf?ua=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf?ua=1</a> ).
<b>12+13. Antihypertenseurs pour traiter l'hypertension artérielle (y inclus l'aspirine à faible dose pour prévenir la pré-éclampsie)</b>	Toutes les FE à tension artérielle élevée et toutes les FE présentant une pré-éclampsie; valeur calculée comme suit : Besoin d'antihypertenseurs (y) = [FAP x (incidence de la pré-éclampsie)] + [naissances vivantes x (incidence de la pré-éclampsie)].	<b>Indicateur</b> : Incidence de l'hypertension artérielle et de la pré-éclampsie chez les FE. <b>Source(s)</b> : Dolea C, AbouZahr C. Global burden of hypertensive disorders of pregnancy in the year 2000. Evidence and Information for Policy. Geneva: WHO, 2003 (disponible à <a href="http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_hypertensivedisordersofpregnancy.pdf">http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_hypertensivedisordersofpregnancy.pdf</a> ). <b>Note</b> : La moitié seulement des troubles hypertensifs présentés au tableau 6.1 de l'article de référence ont été pris en considération pour l'analyse.
<b>14. Sulfate de magnésium pour l'éclampsie</b>	Toutes les FE présentant une éclampsie et une pré-éclampsie; valeur calculée comme suit : Besoin de sulfate de magnésium (y) = naissances vivantes x (incidence de l'éclampsie + incidence de la pré-éclampsie).	<b>Indicateur</b> : Incidence de pré-eclampsia and eclampsia in PW. <b>Source(s)</b> : Dolea C, AbouZahr C. Global burden of hypertensive disorders of pregnancy in the year 2000. Evidence and Information for Policy. Geneva: WHO, 2003 (available from: <a href="http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_hypertensivedisordersofpregnancy.pdf">http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_hypertensivedisordersofpregnancy.pdf</a> ); Regional rates used according to WHO regions. <b>Note</b> : Les taux d'incidence de l'éclampsie ont été calculés en pourcentage de la pré-éclampsie. Taux régionaux selon les régions de l'OMS.

(à suivre)

ANNEXE 4. ESTIMATION DES BESOINS DES 46 INTERVENTIONS ESSENTIELLES CHEZ LES FEMMES ET LES NOUVEAU-NÉS (SUITE)

Intervention essentielle (SSRMN)	Besoin (défini comme le nombre de contacts de la population en ayant besoin avec un travailleur de la santé)	Données nécessaires et sources
<b>GROSSESSE (suite)</b>		
15. Antibiotiques pour rupture prématurée des membranes (RPM) avant terme	Tous les cas de RPM avant terme; valeur calculée comme suit : Besoin d'antibiotiques pour RPM avant terme (y) = toutes les naissances, y inclus les mortinaissances (y) x incidence de la RPM avant terme.	<b>Indicateur</b> : Incidence de la RPM avant terme <b>Source(s)</b> : WHO global survey on maternal and perinatal health, 2005 (disponible à <a href="http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/GS_Tabulation.pdf?ua=1">http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/GS_Tabulation.pdf?ua=1</a> ). <b>Note</b> : Lorsque le taux pour le pays n'était pas disponible, c'est le taux régional qui a été utilisé ou, à défaut de taux régional, le taux mondial.
16. Corticostéroïdes pour prévenir la détresse respiratoire	Toutes les naissances avant terme (y inclus les mortinaissances); valeur calculée comme suit : Besoin de corticostéroïdes (y) = toutes les naissances, y inclus les mortinaissances (y) x taux de naissances avant terme.	<b>Indicateurs</b> : Prévalence des naissances prématurées. <b>Source(s)</b> : Healthy Newborn Network. Global and national newborn health data and Indicateurs (disponible à <a href="http://www.healthynewbornnetwork.org/resource/database-global-and-national-newborn-health-data-and-Indicateurs">http://www.healthynewbornnetwork.org/resource/database-global-and-national-newborn-health-data-and-Indicateurs</a> ).
17. Avortement sans risques	Tous les avortements sans risque; valeur calculée comme suit : Besoin d'avortements sans risques (y) = FAP (y) x taux d'avortements sans risques.	<b>Indicateur</b> : Taux d'avortements sans risques. <b>Source(s)</b> : Sedgh G, Singh S, Shah IH, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet 2012; 379:625-32 (disponible à <a href="http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673611617868/table?tableid=tbl2&amp;tableidtype=table_id&amp;sectionType=red">http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673611617868/table?tableid=tbl2&amp;tableidtype=table_id&amp;sectionType=red</a> ). <b>Note</b> : Quand la valeur était <0,5, on a utilisé 0,5.
18. Soins de post-avortement	Tous les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité; valeur calculée comme suit : Besoin de soins de post-avortement (y) = FAP (y) x taux d'avortements dangereux to pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité.	<b>Indicateur</b> : Taux d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité. <b>Source(s)</b> : Sedgh G, Singh S, Shah IH, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet 2012; 379:625-32 (disponible à <a href="http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673611617868/table?tableid=tbl2&amp;tableidtype=table_id&amp;sectionType=red">http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673611617868/table?tableid=tbl2&amp;tableidtype=table_id&amp;sectionType=red</a> ). <b>Note</b> : Quand la valeur était <0,5, on a utilisé 0,5.
19. Réduire la présentation anormale à l'accouchement par une version par manœuvre externe	Tous les accouchements avec présentation du siège (y inclus les mortinaissances); valeur calculée comme suit : Besoin de version par manœuvre externe (y) = toutes les naissances, y inclus les mortinaissances (y) x incidence des présentations du siège (y inclus les mortinaissances).	<b>Indicateur</b> : Incidence des présentations du siège. <b>Source(s)</b> : WHO. Global survey on maternal and perinatal health. Statistics on breech presentations, 2005 (disponible à <a href="http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/GS_Tabulation.pdf?ua=1">http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/GS_Tabulation.pdf?ua=1</a> ). <b>Note</b> : Lorsque le taux pour le pays n'était pas disponible, c'est le taux régional qui a été utilisé ou, à défaut de taux régional, le taux mondial.
20. Déclenchement du travail pour gérer la rupture prématurée des membranes (RPM) à terme	Tous les cas de RPM à terme; valeur calculée comme suit : Besoin d'antibiotiques pour RPM à terme (y) = toutes les naissances, y inclus les mortinaissances (y) x incidence de la RPM à terme	<b>Indicateur</b> : Incidence de la RPM. <b>Source(s)</b> : WHO. Global survey on maternal and perinatal health, 2005 (disponible à <a href="http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/GS_Tabulation.pdf?ua=1">http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/GS_Tabulation.pdf?ua=1</a> ).
<b>ACCOUCHEMENT</b>		
23. Gestion du travail et de l'accouchement sans problèmes et soutien social pendant l'accouchement	Tous les accouchements (y inclus les cas de mortinaissance), un contact.	
21+22+24. Gestion active du 3e stade du travail (extraction du placenta) pour prévenir l'hémorragie post-partum (y inclus massage utérin, utérotoniques et traction du cordon)	Tous les accouchements (y inclus les cas de mortinaissance), un contact.	
26a. Dépistage et gestion du VIH au décours de l'accouchement – dépistage en l'absence de test antérieur	Tous les accouchements (y inclus les cas de mortinaissance) sauf s'il y a eu 4 visites prénatales, valeur calculée comme suit : Besoin de dépistage du VIH au décours de l'accouchement (y) = tous les accouchements y inclus les cas de mortinaissances (y) x (1 - % des cas avec 4 visites prénatales).	<b>Indicateur</b> : % de couverture des soins prénatals (4 visites). <b>Source(s)</b> : Nations Unies, Division de statistique. Site officiel des Nations Unies sur les Indicateurs OMD (disponible à <a href="http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Home.aspx">http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Home.aspx</a> ).
26b. Dépistage et gestion du VIH au décours de l'accouchement – traitement	Tous les accouchements (y inclus les cas de mortinaissance) de femmes séropositives n'ayant pas passé 4 visites prénatales; valeur calculée comme suit : Besoin de dépistage du VIH au décours de l'accouchement (y) = tous les accouchements, y inclus les cas de mortinaissances (y) x (% de cas avec moins de 4 visites prénatales) x % de la prévalence du VIH chez tous les adultes.	<b>Indicateur</b> : % de couverture des soins prénatals (4 visites) pour les femmes séropositives. <b>Source(s)</b> : Nations Unies, Division de statistique. Site officiel des Nations Unies sur les Indicateurs OMD (disponible à <a href="http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Home.aspx">http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Home.aspx</a> ); ONUSIDA AIDSinfo (disponible à <a href="http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/datatools/aidsinfo/">http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/datatools/aidsinfo/</a> ); sources distinctes pour certains pays.
27+28. Césarienne d'indication maternelle/ fœtale (avec prophylaxie antibiotique)	Tous les accouchements (y inclus les cas de mortinaissance) exigeant une césarienne; valeur calculée comme suit : Besoin de césarienne (y) = tous les accouchements, y inclus les cas de mortinaissance (y) x hypothèse fixe sur le besoin de césarienne.	<b>Note</b> : Hypothèse = 0,05 x tous les accouchements (y inclus les cas de mortinaissance).

(à suivre)

ANNEXE 4. ESTIMATION DES BESOINS DES 46 INTERVENTIONS ESSENTIELLES CHEZ LES FEMMES ET LES NOUVEAU-NÉS (suite)

Intervention essentielle (SSRMN)	Besoin (défini comme le nombre de contacts de la population en ayant besoin avec un travailleur de la santé)	Données nécessaires et sources
<b>ACCOUCHEMENT (suite)</b>		
<b>29. Déclenchement du travail en cas de grossesse prolongée (sage-femme ou infirmière)</b>	Tous les accouchements (y inclus les cas de mortinaissance) survenant après 41 semaines; valeur calculée comme suit : Besoin de déclenchement du travail (y) = grossesses (y) x % de grossesses dépassant 41 semaines.	<b>Indicateur</b> : % grossesses interrompues après 42 semaines. <b>Source(s)</b> : OneHealth Model: Interventions treatment assumptions, 2013 (disponible à <a href="http://futuresinstitute.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention%20Assumptions%202013%209%2028.pdf">http://futuresinstitute.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention%20Assumptions%202013%209%2028.pdf</a> ). <b>Note</b> : Hypothèse = 0,05 x grossesses.
<b>30+25. Gestion de l'hémorragie du post-partum (extraction manuelle du placenta et/ou intervention chirurgicale et/ou oxytociques)</b>	Tous les accouchements (y inclus les cas de mortinaissance) où survient une hémorragie du post-partum; valeur calculée comme suit : Besoin de gestion de l'hémorragie post-partum (y) = FAP (y) x incidence de l'hémorragie post-partum (pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans).	<b>Indicateur</b> : Incidence de l'hémorragie du post-partum. <b>Source(s)</b> : Dolea C, AbouZahr C, Stein C. Global burden of maternal haemorrhage in the year 2000. Evidence and information for policy. Geneva: WHO, 2003 (disponible à <a href="http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_maternalhaemorrhage.pdf">http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_maternalhaemorrhage.pdf</a> ).
<b>SOINS POSTNATALS</b>		
<b>31-34 et 36-38. Soins postnatals préventifs</b>	Tous les accouchements (y inclus les cas de mortinaissance), 4 contacts.	
<b>35. Détection et traitement de la septicémie du post-partum</b>	Tous les cas de septicémie du post-partum; valeur calculée comme suit : Besoin de détection et de traitement de la septicémie du post-partum (y) = FAP (y) x incidence de la septicémie du post-partum pour 1 000 FAP.	<b>Indicateur</b> : Incidence de la septicémie du post-partum. <b>Source(s)</b> : Dolea C, AbouZahr C, Stein C. Global burden of maternal sepsis in the year 2000. Evidence and information for policy. Geneva: WHO, 2003 (available from: <a href="http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_maternalsepsis.pdf">http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_maternalsepsis.pdf</a> ).
<b>39. Réanimation néonatale avec ballon et masque</b>	Tous les nouveau-nés ayant besoin de réanimation; valeur calculée comme suit : Besoin de réanimation néonatale (y) = naissances vivantes (y) x 0,01.	<b>Indicateur</b> : % de nouveau-nés ayant besoin de réanimation. <b>Source(s)</b> : OneHealth Model: Interventions treatment assumptions, 2013 (disponible à <a href="http://futuresinstitute.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention%20Assumptions%202013%209%2028.pdf">http://futuresinstitute.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention%20Assumptions%202013%209%2028.pdf</a> ). <b>Note</b> : Environ 1 % des nouveau-nés doivent être réanimés.
<b>40. Soins maternels selon la méthode kangourou</b>	Tous les nouveau-nés présentant un déficit pondéral à la naissance; valeur calculée comme suit : Besoin de soins maternels selon la méthode kangourou (y) = naissances vivantes (y) x % de nouveau-nés présentant un déficit pondéral à la naissance.	<b>Indicateur</b> : % de nouveau-nés présentant un déficit pondéral à la naissance. <b>Source(s)</b> : UNICEF and WHO. Low birth weight: country, regional and global estimates. New York: UNICEF, 2004 (disponible à <a href="http://www.unicef.org/publications/files/low_birthweight_from_EY.pdf">http://www.unicef.org/publications/files/low_birthweight_from_EY.pdf</a> ).
<b>41. Soutien supplémentaire pour l'alimentation des bébés de petite taille et prématurés</b>	Toutes les naissances prématurées (y inclus les mortinaissances); valeur calculée comme suit : Besoin de soutien alimentaire supplémentaire (y) = toutes les naissances y inclus les mortinaissances (y) x taux de naissances prématurées.	<b>Indicateurs</b> : % de naissances prématurées. <b>Source(s)</b> : Healthy Newborn Network. Global and national newborn health data and Indicateurs. (disponible à <a href="http://www.healthynetwork.org/resource/database-global-and-national-newborn-health-data-and-Indicateurs">http://www.healthynetwork.org/resource/database-global-and-national-newborn-health-data-and-Indicateurs</a> ).
<b>42. Prise en charge des nouveau-nés atteints de jaunisse</b>	Tous les nouveau-nés atteints de jaunisse; valeur calculée comme suit : Besoin de prise en charge de la jaunisse (y) = naissances vivantes (y) x % de nouveau-nés atteints de jaunisse exigeant une photothérapie.	<b>Indicateur</b> : % de nouveau-nés atteints de jaunisse. <b>Source(s)</b> : Teune MJ, Bakhuizen S, Gyamfi Bannerman C, et al. A systematic review of severe morbidity in infants born late preterm. Am J Obstet Gynecol 2011; 205:374.e1-9. <b>Note</b> : Hypothèse uniforme. Somme de l'incidence chez les prématurés presque à terme (1245/26,252) et les nouveau-nés à terme (2033/150,700).
<b>43. Instauration de TAR prophylactique pour les bébés exposés au VIH</b>	Toutes les naissances (y inclus les mortinaissances) (sauf si la mère a passé 4 visites prénatales) chez les femmes séropositives; valeur calculée comme suit : Besoin de TAR prophylactique (y) = toutes les naissances y inclus les mortinaissances (y) x (1 - % de cas à 4 visites prénatales) x % d'adultes séropositifs.	<b>Indicateur</b> : % de nouveau-nés, nés d'une mère séropositive, qui ont reçu un TAR prophylactique. <b>Source(s)</b> : Nations Unies, Division de statistique. Site officiel des Nations Unies sur les Indicateurs OMD (disponible à <a href="http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Home.aspx">http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Home.aspx</a> ); ONUSIDA AIDInfo (disponible à <a href="http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/datatools/aidsinfo/">http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/datatools/aidsinfo/</a> ).
<b>44. Traitement présomptif aux antibiotiques des nouveau-nés à risque d'infections bactériennes</b>	Tous les nouveau-nés à risque d'infection bactérienne; valeur calculée comme suit : Besoin de traitement présomptif aux antibiotiques (y) = naissances vivantes (y) x incidence des infections bactériennes chez les nouveau-nés.	<b>Indicateur</b> : Incidence des infections bactériennes chez les nouveau-nés. <b>Source(s)</b> : Singh S, Darroch JE, Ashford LS. Adding it up: the need for and cost of maternal and newborn care – estimates for 2012. Guttmacher Institute, 2013 (disponible à <a href="http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-MNH-2012-estimates.pdf">http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-MNH-2012-estimates.pdf</a> ). <b>Note</b> : Hypothèse uniforme de 20 %.
<b>45. Surfactant pour prévenir le syndrome de détresse respiratoire chez les prématurés</b>	Toutes les naissances prématurées (y inclus les mortinaissances); valeur calculée comme suit : Besoin de surfactant (y) = naissances vivantes (y) x taux de naissances prématurées.	<b>Indicateur</b> : % de naissances prématurées. <b>Source(s)</b> : UNICEF and WHO. Low birth weight: country, regional and global estimates. New York: UNICEF, 2004 (disponible à <a href="http://www.unicef.org/publications/files/low_birthweight_from_EY.pdf">http://www.unicef.org/publications/files/low_birthweight_from_EY.pdf</a> ).
<b>46. Ventilation en pression positive continue (CPAP) pour la prise en charge des nouveau-nés présentant un syndrome de détresse respiratoire</b>	Tous les nouveau-nés présentant un syndrome de détresse respiratoire; valeur calculée comme suit : Besoin de surfactant (y) = naissances vivantes (y) x incidence du syndrome de détresse respiratoire chez les nouveau-nés.	<b>Indicateur</b> : Incidence du syndrome de détresse respiratoire chez les nouveau-nés. <b>Source(s)</b> : Rodriguez RJ, Martin RJ, Fanaroff AA. Respiratory distress syndrome and its management – Chapter 19. In Fanaroff AA, Martin RJ. Neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant. St Louis: Mosby, 2010. (disponible à <a href="http://www.thoracic.org/education/breathing-in-america/resources/chapter-19-respiratory-distress-syndr.pdf">http://www.thoracic.org/education/breathing-in-america/resources/chapter-19-respiratory-distress-syndr.pdf</a> ). <b>Note</b> : Hypothèse uniforme de 1 %

## Notes en fin d'ouvrage

---

<sup>1</sup> Leap, N. *Woman-centered or women-centered care: does it matter?* British Journal of Midwifery, Vol. 17, Issue 1, 08 January 2008, pp. 12-16.

<sup>2</sup> United Nations Population Fund. *Midwives are key to a healthy and safe pregnancy and childbirth*. 2014. Available from: <http://unfpa.org/public/home/pid/16021>.

<sup>3</sup> WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*. Geneva: World Health Organization; 2014.

<sup>4</sup> The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. 2011. *A Global Review of the Key Interventions Related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (RMNCH)*. Geneva, Switzerland: PMNCH. Available from: [http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112\\_essential\\_interventions/en/](http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112_essential_interventions/en/).

<sup>5</sup> United Nations Population Fund. *Midwives are key to a healthy and safe pregnancy and childbirth*. 2014. Available from: <http://unfpa.org/public/home/pid/16021>.

<sup>6</sup> United Nations Population Fund (UNFPA), International Confederation of Midwives (ICM), World Health Organization (WHO). *The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health*. New York: United Nations Population Fund, 2014.

<sup>7</sup> *Ibid.*, p. 2. Original sources: 1) World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. *Child mortality levels: Number of deaths (thousands) Data by country*. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.ChildMort-1?lang=en>. 2) Guttmacher Institute (special tabulations of data based on): Singh S, Darroch JE and Ashford LS, *Adding It Up: The Need for and Cost of Maternal and Newborn Care—Estimates for 2012*. New York: Guttmacher Institute, 2013. Available from: <http://www.guttmacher.org/pubs/AIUMNH-2012-estimates.pdf>. 3) Cousens S, Blencowe H, Stanton C, Chou D, Ahmed S, Steinhardt L, et al. *National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis*. Lancet. 2011 Apr 16; 377(9774): 1319–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21496917>. 4) WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*. Geneva: World Health Organization; 2014. 5) United Nations Population Division. *World population prospects, 2012 revision*. New York: United Nations; 2012. Available from: <http://esa.un.org/wpp/>.

<sup>8</sup> *Ibid.*, p. 2. Original source: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization. *A universal truth: no health without a workforce*. Third Global Forum on Human Resources for Health Report. 2013. Available from: <http://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/3gflatestnews/en/>.

<sup>9</sup> *Ibid.*, p. 48.

<sup>10</sup> Partnership for Maternal, Newborn & Child Health and WHO. *A Policy Guide for Implementing Essential Interventions for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (RMNCH): A Multisectoral Policy Compendium for RMNCH*. World Health Organisation. Geneva, 2014. Available from: [http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/policy\\_compendium.pdf](http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/policy_compendium.pdf).

<sup>11</sup> United Nations Population Fund (UNFPA), International Confederation of Midwives (ICM), World Health Organization (WHO). *The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health*. New York: United Nations Population Fund, 2014, p. 6.

<sup>12</sup> *Ibid.*, p. 6.

<sup>13</sup> *Ibid.*, p. 5-7.

<sup>14</sup> *Ibid.*, p. 8.

<sup>15</sup> United Nations Population Fund (UNFPA), International Confederation of Midwives (ICM), World Health Organization (WHO). *The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health*. New York: United Nations Population Fund, 2014, p. 9.

<sup>16</sup> *Ibid.*, p. 8.

<sup>17</sup> *Ibid.*, p. 14.

<sup>18</sup> Windau-Melmer, T. *Advocacy Approaches to Promote Midwives and the Profession of Midwifery*. Health Policy Project. September 2013. Available from: [http://www.healthpolicyproject.com/pubs/236\\_MidwiferyBrief.pdf](http://www.healthpolicyproject.com/pubs/236_MidwiferyBrief.pdf).

<sup>19</sup> White Ribbon Alliance. *Expanding Access to Quality Family Planning Services: Using Evidence-Based Advocacy to Influence Policy Change and Implementation*. More information available from: [www.whiteribbonalliance.org](http://www.whiteribbonalliance.org)

<sup>20</sup> United Nations Population Fund (UNFPA), International Confederation of Midwives (ICM), World Health Organization (WHO). *The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health*. New York: United Nations Population Fund, 2014, p. 46.

<sup>21</sup> *Ibid.*, p. 14.

<sup>22</sup> *Ibid.*, p. 38.

<sup>23</sup> WHO, ICM, FIGO. *Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant*. Joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva, Switzerland; 2004.

<sup>24</sup> United Nations Population Fund (UNFPA), International Confederation of Midwives (ICM), World Health Organization (WHO). *The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health*. New York: United Nations Population Fund, 2014, p. 18.

<sup>25</sup> *Ibid.*, p. 18.

<sup>26</sup> The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. *Deliver Now India*. June 2008. Available from: <http://www.who.int/pmnch/activities/deliver-nowindia/en/index2.html>.

---

<sup>27</sup> United Nations Population Fund (UNFPA), International Confederation of Midwives (ICM), World Health Organization (WHO). *The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health*. New York: United Nations Population Fund, 2014, p. 28.

<sup>28</sup> *Ibid.*, p. 23.

<sup>29</sup> White Ribbon Alliance. *Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women*. October 2011. Available from: [http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final\\_RMC\\_Charter.pdf](http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf)

<sup>30</sup> United Nations Population Fund (UNFPA), International Confederation of Midwives (ICM), World Health Organization (WHO). *The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health*. New York: United Nations Population Fund, 2014, p. 22.

<sup>31</sup> Windau-Melmer, T. *Advocacy Approaches to Promote Midwives and the Profession of Midwifery*. Health Policy Project. September 2013. Available from: [http://www.healthpolicyproject.com/pubs/236\\_MidwiferyBrief.pdf](http://www.healthpolicyproject.com/pubs/236_MidwiferyBrief.pdf).

<sup>32</sup> White Ribbon Alliance. *Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women*. October 2011. Available from: [http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final\\_RMC\\_Charter.pdf](http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf)

<sup>33</sup> Windau-Melmer, T. *Advocacy Approaches to Promote Midwives and the Profession of Midwifery*. Health Policy Project. September 2013. Available from: [http://www.healthpolicyproject.com/pubs/236\\_MidwiferyBrief.pdf](http://www.healthpolicyproject.com/pubs/236_MidwiferyBrief.pdf).

<sup>34</sup> United Nations Population Fund (UNFPA), International Confederation of Midwives (ICM), World Health Organization (WHO). *The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health*. New York: United Nations Population Fund, 2014, p. 26.

<sup>35</sup> *Ibid.*, p. 26.

<sup>36</sup> Jhpiego. *Increase in Skilled Midwives in Afghanistan Leads to More Women Surviving Childbirth*. 2011. Available from: <http://www.jhpiego.org/content/increase-skilled-midwives-afghanistan-leads-more-women-surviving-childbirth>.

<sup>37</sup> International Confederation of Midwives. *Afghanistan Moving Forward with Midwifery Education*. 2014. Available from: <http://www.internationalmidwives.org/news/?nid=134>.

<sup>38</sup> USAID Health Policy Initiative. *Promoting Accountability for Safe Motherhood: The White Ribbon Alliance's Social Watch Approach*. September 2010. Available from: [http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1282\\_1\\_Social\\_Watch\\_WRA\\_HPI\\_FINAL\\_acc.pdf](http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1282_1_Social_Watch_WRA_HPI_FINAL_acc.pdf).

<sup>39</sup> United Nations Population Fund (UNFPA), International Confederation of Midwives (ICM), World Health Organization (WHO). *The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health*. New York: United Nations Population Fund, 2014, p. 27.

<sup>40</sup> *Ibid.*, p. 6.

<sup>41</sup> *Ibid.*, p. 27.

<sup>42</sup> *Ibid.*, p. 27.

<sup>43</sup> *Ibid.*, p. 29.

<sup>44</sup> *Ibid.*, p. 29.

<sup>45</sup> *Ibid.*, p. 29.

<sup>46</sup> *Ibid.*, p. 28.

<sup>47</sup> *Ibid.*, p. 28.

<sup>48</sup> Ipas. *Midwives Matter*. 2014. Available from: <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Midwives-Matter.aspx>

<sup>49</sup> United Nations Population Fund (UNFPA), International Confederation of Midwives (ICM), World Health Organization (WHO). *The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health*. New York: United Nations Population Fund, 2014, p. 31.

<sup>50</sup> *Ibid.*, p. 29.

<sup>51</sup> *Ibid.*, p. 6.

<sup>52</sup> *Ibid.*, p. 30.

<sup>53</sup> International Confederation of Midwives. *Schokland (2008-2012): Strengthening the Midwives Association of Sierra Leone*. Available from: <http://www.internationalmidwives.org/projects-programmes/projects/strengthening-member-associations-in-sierra-leone.html>.

<sup>54</sup> *Ibid.*, p. 30.

<sup>55</sup> *Ibid.*, p. 31.

<sup>56</sup> *Ibid.*, p. 42.

---

<sup>57</sup> World Health Organization. *Strategies, tactics and approaches: Conducting and evaluating national civil society advocacy for reproductive, maternal and child health*. 2014. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/100626>.

<sup>58</sup> United Nations Population Fund (UNFPA), International Confederation of Midwives (ICM), World Health Organization (WHO). *The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health*. New York: United Nations Population Fund, 2014, p. 6.

<sup>59</sup> *Ibid.*, p. 48.

<sup>60</sup> *Ibid.*, p. 5.

<sup>61</sup> *Ibid.*, p. 5.

<sup>62</sup> International Confederation of Midwives. *The Philosophy and Model of Midwifery Care*. 2005. Available from: [http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005\\_001%20ENG%20Philosophy%20and%20Model%20of%20Midwifery%20Care.pdf](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005_001%20ENG%20Philosophy%20and%20Model%20of%20Midwifery%20Care.pdf).