



**UNFPA**

## Mortalité Maternelle : Mise à jour 2006

Grossesse, accouchement et plus :  
Investir dans les sages-femmes et autres personnels  
compétents dans la pratique de sage-femme

# Mortalité maternelle : mise à jour 2006

Grossesse, accouchement et plus :

*Investir dans les sages-femmes  
et autres personnels compétents  
dans la pratique de sage-femme*



# Table des matières

---

PRÉFACE	8
1 APERÇU	14
1.1 POURQUOI PRIVILÉGIER LES SAGES-FEMMES?	15
1.2 ATTEINDRE TOUTES LES FAMILLES, EN PARTICULIER DANS LES VILLAGES RURAUX ET PAUVRES	16
2 QUI SONT LES SAGES-FEMMES, OÙ SONT ELLES?	19
2.1 LA PRATIQUE DE LA SAGE-FEMME, LE MODÈLE INITIAL	19
2.2 LA MÉDECINE MODERNE A ENTRAÎNÉ UN DÉCLIN DE LA PRATIQUE DE LA SAGE-FEMME	20
2.3 QU'EST-CE QU'UNE SAGE-FEMME?	20
2.4 UN MODÈLE INTERNATIONAL DE LA PRATIQUE DE LA SAGE-FEMME	22
2.5 L'OBSTÉTRIQUE ET L'ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES	23
2.6 LA FORMATION DES SAGES-FEMMES	24
2.7 COMBIEN FAUT-IL DE SAGES-FEMMES	25
2.8 OÙ SONT LES LACUNES?	27
2.9 UN NOUVEL INDICATEUR DU RAPPORT DU NOMBRE DE SAGES-FEMMES AUX NAISSANCES	28

3	LA NÉCESSITÉ D'ACCÉLÉRER LA FORMATION DE SAGES-FEMMES	31
3.1	RÉGLEMENTATION ET AUTONOMIE DE LA PROFESSION	32
3.2	ASSOCIATIONS ET RÉGLEMENTATIONS PROFESSIONNELLES	35
3.3	LE PREMIER ATELIER MONDIAL DE L'UNFPA SUR LA PRATIQUE DE LA SAGE-FEMME	36
3.4	LE FORUM INTERNATIONAL SUR LA PRATIQUE DE LA SAGE-FEMME DANS LA COMMUNAUTÉ	38
3.5	L'AUGMENTATION DU NOMBRE ET DES CAPACITÉS DES SAGES-FEMMES EXIGE UNE DÉMARCHE DIFFÉRENTE	39
3.6	STRATÉGIES POUR UNE AUGMENTATION RAPIDE DU NOMBRE DES SAGES-FEMMES – ENSEIGNEMENTS DÉGAGÉS	41
3.7	LES FEMMES DE TOUS LES PAYS DOIVENT POUVOIR OBTENIR DES SOINS PRODIGUÉS PAR UNE SAGE-FEMME	44
4	OBSERVATION FINALE : LA FORMATION, BIEN SOUVENT, NE SUFFIT PAS	47

## PARTIE II : TÉMOIGNAGES DE SAGES-FEMMES DANS LES PAYS DU MONDE

L'UNFPA APPORTE SON SOUTIEN À LA VALORISATION DES RESSOURCES  
HUMAINES POUR SAUVER DES VIES ET PROTÉGER LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DU  
NOUVEAU-NÉ 52

L'INITIATIVE MOMS 53

### CE QUE DISENT LES SAGES-FEMMES DANS LE MONDE

#### 1 AFRIQUE 58

1.1 LES SOINS DISPENSÉS PAR LA SAGE-FEMME DOIVENT ÊTRE ACCESSIBLES  
AUX PAUVRES ET AUX HABITANTS DES CAMPAGNES 59

1.2 REMÉDIER AUX PROBLÈMES DE L'ÉMIGRATION DES SAGES-FEMMES  
QUALIFIÉES 61

1.3 ÉTABLIR DES NORMES POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS 61

#### 2 ASIE ET PACIFIQUE 64

2.1 ACCROÎTRE LE NOMBRE DES SAGES-FEMMES DANS LES VILLAGES 66

2.2 QU'EST-CE QU'UNE ACCOUCHEUSE QUALIFIÉE COMMUNAUTAIRE? 67

2.3 NÉCESSITÉ D'UN PLAIDOYER ET D'UN SOUTIEN DE HAUT NIVEAU  
AUX SAGES-FEMMES 70

2.4 LES SAGES-FEMMES DISPENSENT DES SOINS DE SANTÉ PROCRÉATIVE  
DE QUALITÉ 72

3	ÉTATS ARABES, EUROPE ET ASIE CENTRALE	76
3.1	RÉFORME DU SYSTÈME DE SOINS	76
3.2	ÉLARGISSEMENT DE L'ACCÈS DES COMMUNAUTÉS LOCALES AUX SOINS DISPENSÉS PAR LES SAGES-FEMMES	78
3.3	LES SAGES-FEMMES QUALIFIÉES AU YÉMEN	80
3.4	LA FORMATION DE SAGES-FEMMES COMMUNAUTAIRES	80
4	AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	81
4.1	RENDRE LA SAGE-FEMME ACCESSIBLE AUX POPULATIONS RURALES ET AUTOCHTONES	81
4.2	RELEVER LE STATUT DE LA SAGE-FEMME ET ACCROÎTRE L'AUTONOMIE DE LA PROFESSION	82
	GLOSSAIRE	84
	SITES WEB	88

## Sigles et abréviations

---

<b>CIPD</b>	Conférence internationale sur la population et le développement
<b>FHE</b>	Fondation Hymne aux enfants
<b>MOMS</b>	sages-femmes et autres professionnels ayant la compétence de la pratique de la sage-femme (du sigle anglais)
<b>MST</b>	maladies sexuellement transmises
<b>OMD</b>	objectifs du Millénaire pour le développement
<b>ONG</b>	organisation non gouvernementale
<b>sida</b>	syndrome d'immunodéficience acquis
<b>SONU</b>	soins obstétricaux et néonataux d'urgence
<b>SOU</b>	soins obstétricaux d'urgence
<b>SRH</b>	santé des ressources humaines
<b>VIH</b>	virus d'immunodéficience humain

## ORGANISMES ET ORGANISATIONS

<b>AMDD</b>	Prévenir les décès et infirmités maternels (programme de l'Université Columbia (sigle anglais))
<b>ASDI</b>	Agence suédoise pour le développement international
<b>BAfD</b>	Banque africaine de développement
<b>BA s D</b>	Banque asiatique de développement
<b>BID</b>	Banque interaméricaine de développement
<b>CISF</b>	Confédération internationale des sages-femmes (ICM en anglais)
<b>FCI</b>	Family Care International
<b>FHI</b>	Family Health International
<b>IMPACT</b>	Initiative pour l'évaluation de la mortalité maternelle (programme de l'Université d'Aberdeen, sigle anglais)
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>OPS</b>	Organisation panaméricaine de la santé
<b>PMNCH</b>	Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (sigle anglais)

UNFPA

Fonds des Nations Unies pour la population

UNICEF

Fonds des Nations Unies pour l'enfance

USAID

Agence des États-Unis pour le développement international





# Préface

---

*“Des vies humaines plus nombreuses pourraient être sauvées si toutes les femmes avaient accès à des moyens volontaires de planification familiale susceptibles de garantir que toutes les naissances sont bien désirées, à des soins qualifiés lors des accouchements et à des soins obstétricaux d'urgence en cas de complications. L'UNFPA s'attache à réduire les taux élevés de mortalité maternelle et d'incapacités qui persistent à ce jour”*

- Thoraya Ahmed Obaid, Directrice exécutive de l'UNFPA.

La santé des femmes est le cinquième des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) adoptés en 2000 par les chefs d'État et de gouvernement. La cible convenue, pour 2015, est de réduire de 75 % par rapport à sa valeur de 1990 le taux de mortalité maternelle dans les pays en développement. Cette cible est ambitieuse et beaucoup de pays ont beaucoup de mal à l'atteindre. La volonté politique a été réaffirmée en septembre 2005 par le Sommet mondial et renforcée en 2006 par l'addition d'une autre cible, celle de l'accès de tous à la santé de la procréation, et les donateurs ont apporté des ressources tout à fait appréciables pour mettre en œuvre les activités requises.

L'amélioration de la santé des femmes appelle des interventions dans des domaines allant au-delà des soins médicaux. Les résultats ne s'amélioreront que si les questions suivantes sont prises en compte : l'égalité entre les sexes, la programmation fondée sur les droits et l'intégration des différentes composantes dans tout l'ensemble des soins de la santé sexuelle et procréative, y compris la santé sexuelle et procréative des adolescents et la prévention du VIH.

Il est largement reconnu que sauver des vies maternelles est un impératif pour le développement social et économique comme un impératif au regard du respect des droits fondamentaux. L'UNFPA affirme que c'est en effet un droit fondamental, pour toute femme et pour tout nourrisson, d'avoir les meilleurs soins disponibles, pour permettre à la mère et à l'enfant de survivre en bonne santé à la grossesse et à l'accouchement. Alors que les techniques et les stratégies qui permettraient d'améliorer la santé maternelle sont mieux connues et plus largement acceptées, le secteur le plus négligé au cours des 10 dernières années est celui des ressources humaines. Sans accroître le nombre des sages-femmes et autres personnels compétents dans la pratique de sage-femme, il ne sera pas possible de réduire la mortalité et la morbidité maternelles. Pourtant, le nombre de ces soignants qualifiés n'a pas notablement augmenté et a même commencé à diminuer dans certains pays, par suite de migrations, en raison des atteintes portées par l'épidémie du sida, ou par une désaffection due à la faiblesse de la rémunération et aux conditions de travail. En même temps, les problèmes de qualité des soins demeurent, en particulier quand les systèmes de soins n'apportent pas l'appui auxiliaire nécessaire.

En réponse, l'UNFPA a décidé de faire du cinquième OMD sa priorité, et a largement promu le système des soins en mettant l'accent sur la valorisation des ressources humaines et notamment l'aspect important de la pratique de sage-femme, en même temps que la sécurité des installations, le suivi et l'évaluation.

On trouve ici la quatrième édition de la publication biennale de la Division de l'appui technique de l'UNFPA, "Mortalité maternelle : mise à jour". Comme les éditions précédentes, cette publication est destinée à tous les soignants, aux partenaires et aux donateurs, ainsi qu'au public en général; elle donne les informations les plus récentes sur les priorités et les programmes de l'UNFPA concernant la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles. Après les initiatives évoquées dans l'édition 2004 de Mortalité maternelle : mise à jour – Accoucher en de bonnes mains, et pour contribuer à l'appel lancé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans son Rapport sur la santé dans le monde 2006 à tous les professionnels de la santé, la présente édition s'intéresse surtout au personnel professionnel responsable des soins de santé maternelle, à savoir les sages-femmes et tous les professionnels qui ont les compétences dans la pratique de sage-femme. Le présent ouvrage est publié en collaboration avec la Confédération internationale des sages-femmes (CISF).

Comme dans le passé, le document est en deux parties : la première "Investir dans la formation des sages-femmes et des professionnels compétents dans la pratique de sage-femme", examine les problèmes que pose la formation des sages-femmes et de ces personnels : qui sont-ils, que font-ils, comment accroître leur nombre et s'assurer que tous les accouchements sont réalisés par des soignants qualifiés. Cette partie puise pour une large part dans les débats et les recommandations internationales de deux réunions tenues en 2006 avec la Confédération internationale des sages-femmes (CISF-ICM) et l'OMS : l'atelier, tenu à New York en mars, sur les sages-femmes et le forum sur la pratique de sage-femme dans la communauté tenu à Hammamet (Tunisie) en décembre 2006. La deuxième partie : "Témoignages" examine les effets des initiatives de l'UNFPA pour accroître le nombre de sages-femmes et leur compétence dans plusieurs pays. Des pays appartenant à toutes les grandes régions où travaille l'UNFPA ont envoyé leurs contributions où sont décrits les progrès et les contraintes rencontrés en matière de ressources humaines pour améliorer la santé maternelle, et des rapports d'évaluation quand ils étaient disponibles.

L'UNFPA espère que cette publication sera utile et servira de référence pour de futurs programmes.



Rogelio Fernandez Castilla,  
Directeur de la Division de l'appui technique, UNFPA



## Remerciements

---

La présente publication a été lancée et coordonnée par le Docteur Vincent Fauveau, Conseiller principal pour la santé maternelle, Service de la santé génésique, en collaboration avec le Docteur Arletty Pinel, Directrice de ce service. Le texte a été rédigé par Mme Della R. Sherratt, conseillère et formatrice principale internationale pour la pratique de sage-femme, sur la base de ses contributions à deux réunions internationales sur la pratique de sage-femme tenues en 2006 et des contributions de bureaux de l'UNFPA dans 15 pays, en particulier des sages-femmes travaillant à l'UNFPA, notamment : Anneka Knutsson, Ulrika Rehnstrom, Barbro Fritzon, Dorothy Lazaro, Ana Chinombo, Gift Malunga, Janet Jackson. La contribution spécifique du personnel de la Division de l'appui technique et de ceux qui ont passé en revue le texte est également à saluer : Sokun Sok (Cambodge), Stephan Wanyeee (Kenya), Delia Barcelona, G Puresvsuren (Mongolie), Peden Pradhan (Népal), Pamela Stephenson (Pakistan) et Luc de Bernis (Conseiller principal pour la santé maternelle pour l'Afrique).

En outre, l'UNFPA est reconnaissant de leurs contributions à Nadine Goodman, Conseillère, Centre pour la santé des adolescents de San Miguel de Allende (CASA), à Nester Moyo, Professeur d'obstétrique et actuel Directeur de programme à la Confédération internationale des sages-femmes pour les informations sur la réglementation en vigueur au Zimbabwe, à Fatima Temmar, enseignante à l'École des sages-femmes de Rabat (Maroc) pour des informations sur le Maroc, et à Atf Ghérissi, sage-femme principale et consultante pour ses contributions relatives à la Tunisie. Enfin, l'UNFPA est particulièrement reconnaissant à tous les participants à l'atelier tenu à New York sur l'augmentation du nombre de sages-femmes pour contribuer à la réalisation des OMD, ainsi qu'au Forum international de Tunis sur la pratique de sage-femme dans la communauté : enseignements dégagés, pour la richesse des aperçus donnés et des informations fournies en détail, qui ont aidé à préciser un grand nombre des questions mentionnées dans la première partie du texte.

Nous remercions également Alex Marshall, responsable du contrôle rédactionnel, pour sa patience dans l'examen des versions successives du texte.

*La présente publication est consacrée aux sages-femmes du monde entier, sans qui il serait impensable de progresser sur la voie de la réduction de la mortalité maternelle, et à la Confédération internationale des sages-femmes, leur principal appui international.*



# PARTIE I



# Aperçu

## 1

*“L'accès à des soins qualifiés avant, pendant et après l'accouchement, en particulier au moment même de la naissance, est reconnu comme un droit fondamental universel; cet accès est d'importance critique pour sauver la vie de la mère et du nouveau-né. Mais seuls des soignants qualifiés peuvent dispenser ces soins; or, dans la plupart des pays pauvres, ces soignants qualifiés sont trop rares. De nombreuses stratégies ont été employées pour tenter de réduire la charge de morbidité et d'incapacité associée à la grossesse et*

*à l'accouchement – mais jusqu'à présent rares sont les stratégies qui ont tenté de reproduire les enseignements dégagés pour réduire la mortalité maternelle dans les pays développés, et plus récemment dans les pays pauvres, par l'augmentation du nombre des sages-femmes. Pourtant, seules les sages-femmes et les professionnels compétents dans la pratique de sage-femme peuvent dispenser les soins qualifiés nécessaires.”*

- Document de référence de l'UNFPA à la réunion des sages-femmes, mars 2006

Réunis au Sommet mondial de septembre 2005 par l'ONU, les chefs de gouvernement ont demandé l'inclusion de l'accès universel aux soins de santé de la procréation dans les stratégies visant à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Les chefs de gouvernement ont ainsi réaffirmé l'importance que leurs pays attachaient à la santé sexuelle et procréative, comme ils l'avaient déjà fait en 1994<sup>i</sup> à la Conférence internationale sur la population et le développement. En outre, ils ont bien indiqué, en 2005, les liens entre l'accès universel à la santé de la procréation et les OMD – l'objectif 5 et l'amélioration de la santé maternelle; l'objectif 4 et la réduction de la mortalité infantile; l'objectif 3 et l'égalité entre les sexes; l'objectif 6 et la lutte contre le sida et les autres maladies infectieuses – et plus généralement avec l'objectif de réduction de moitié de l'extrême pauvreté en 2015 au plus tard. Le mandat de l'UNFPA consiste à soutenir les efforts que font les pays pour réaliser ce programme.

<sup>i</sup> : En particulier, l'engagement initial de l'UNFPA relatif aux droits de procréation des femmes et des hommes ainsi qu'au droit à la santé sexuelle et procréative, comme indiqué dans le Principe d'action 8 et dans le chapitre 7, alinéa 2 du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), tenue au Caire, 5 au 13 septembre 1994.

Le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) a fait de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles un domaine d'action prioritaire. Le Fonds apporte son appui à des interventions en faveur de la maternité sans risque dans 89 pays, grâce à un réseau efficace de partenaires, en utilisant sa riche expérience et en étant largement présent au niveau des pays. La stratégie en matière de santé maternelle qu'il applique, qui l'amène à travailler au niveau du pays, au niveau régional et au niveau mondial, comprend trois principaux éléments : 1) la planification familiale, pour faire en sorte que toutes les grossesses soient désirées; 2) les soins qualifiés à tous les accouchements, pour que la mère et le nouveau-né reçoivent des soins de qualité, que les complications obstétricales soient reconnues et que des mesures soient prises sans retard pour sauver leur vie; et 3) l'accès à des soins obstétricaux d'urgence de qualité, pour le traitement des complications. Les soins qualifiés et l'accès aux soins obstétricaux d'urgence revêtent aussi une importance essentielle pour prévenir les graves incapacités post-partum telles que la fistule obstétricale et pour assurer la survie et la santé du nouveau-né. Les programmes soutenus par l'UNFPA mettent en avant le développement des capacités, en particulier le renforcement des ressources humaines, pour garantir que ces services soient dispensés. L'UNFPA est un membre actif du nouveau Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile lancé durant le Sommet mondial de 2005.

L'existence en nombre suffisant de professionnels compétents dans la pratique de sage-femme est la condition pour que les grossesses et les accouchements se déroulent dans des conditions de sécurité et donc pour atteindre l'objectif 5 des OMD. Reconnaisant cet état de choses et répondant à l'appel à une Décennie d'action sur les ressources humaines pour le développement sanitaire, lancée en 2006 par l'Assemblée mondiale de la santé, l'UNFPA a décidé de lancer de son côté une initiative mondiale pour promouvoir le travail de la sage-femme et autres professionnels ayant les compétences de la pratique de sage-femme. Les partenaires de l'UNFPA sont l'Organisation mondiale de la santé, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la Confédération internationale des sages-femmes (CISF) et d'autres organismes aux niveaux mondial, régional et national.

L'initiative répond aux problèmes complexes que pose la réalisation des objectifs 4 et 5 des OMD. Cette réalisation nécessite des systèmes de soins capables de fournir tout un ensemble d'interventions relativement peu coûteuses pour sauver la vie de la mère et du nouveau-né, comme le souligne le *Rapport sur la santé dans le monde 2005*<sup>ii</sup>. Une fois appliquée à toutes les femmes, ces interventions pourraient sauver jusqu'à 75 % des 529 000 femmes qui, selon la Banque mondiale, meurent chaque année de complications de leur maternité, et prévenir environ 18 millions de maladies qui résultent de la grossesse et de l'accouchement chaque année, de même que sauver au moins la moitié des 7 millions de nouveau-nés qui meurent chaque année. Comme l'indique le Rapport sur "les ressources humaines pour la santé"<sup>iii</sup>, il est essentiel, dans ces interventions, qu'un soignant qualifié soit présent.

On estime actuellement que pas plus de 40 % des naissances dans les pays en développement sont surveillées par un soignant qualifié, c'est-à-dire une sage-femme ou un autre soignant formellement qualifié pour exercer les compétences de la pratique de sage-femme – une accoucheuse qualifiée – et cette proportion peut ne pas dépasser 10 % dans certains pays pauvres<sup>iv</sup>. Par contraste, dans les pays riches et dans les pays en transition, 90 % des accouchements<sup>v</sup>, ou même plus, sont surveillés par un soignant qualifié<sup>vi</sup>. Selon les estimations de l'OMS, cette proportion est la plus faible en Afrique orientale (34 %), en Asie du Sud et Asie centrale (37,5 %) et en Afrique occidentale (40 %), bien que plusieurs pays d'Asie du Sud aient des taux encore plus faibles. Au Bangladesh, au Népal et au Timor-Leste par exemple, les estimations donnent à penser que pas plus de 20 % des naissances sont assistées par un soignant qualifié. En fait, ces moyennes masquent de fortes disparités dans les pays mêmes<sup>vii</sup>. La plupart des femmes qui ont le moins accès à des soins qualifiés pour accoucher vivent dans des zones rurales isolées où les infrastructures sont peu développées et où les médecins, les infirmières, les sages-femmes et autres soignants ayant les compétences de la pratique de sage-femme se refusent souvent à aller travailler.

### 1.1 Pourquoi privilégier les sages-femmes?

La raison qui amène à parler de "sages-femmes et autres personnels compétents dans la pratique de sage-femme (de l'abréviation 'MOMS' en anglais) est que bien souvent le terme "accoucheur qualifié" prête à confusion<sup>viii</sup>. L'accoucheur qualifié est un soignant autorisé à exercer les compétences de la pratique de sage-femme. Une définition simple de cette pratique, "ce que font les sages-femmes", et "la pratique de sage-femme" est l'ensemble des compétences que les sages-femmes possèdent pour exercer leur art. Le terme "accoucheur qualifié" est donc semblable à "sage-femme" mais il englobe

ii : OMS. *Rapport sur la santé dans le monde 2005 : donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Organisation mondiale de la santé, Genève, 2005.

iii : *Human Resources for Health: Overcoming the Challenge. The Report. 1. Joint Learning Initiative*. Harvard University Press, disponible en ligne, <http://www.globalhealthtrust.org>

iv : Stanton C., Blanc A., Croft T. et Yoonjung C. (2006). *Skilled care at birth in the developing world: progress to date and strategies for expanding coverage*. *Journal of Biosocial Medicine*. Disponible en ligne, 8 mars 2006.

v : Les estimations de l'OMS sont fondées sur les données les plus récentes du DHS, disponibles sur le site de l'OMS au <http://www.who.int>.

vi : OMS, SEARO. *Improving Maternal, Newborn and Child Health in South-East Asia Region*. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est, Organisation mondiale de la santé, New Delhi, 2005.

vii : de Bernis L., Sherratt D.R., Abou Zhar C. et Van Lerberghe W. *Skilled attendants for pregnancy to childbirth*. *British Medical Bulletin*, Volume 68, 2003.

viii : OMS. *Making pregnancy Safer: The Critical Role of the Skilled Attendant. A Joint statement by WHO, ICM and FIGO*. Organisation mondiale de la santé, Genève, 2004.



la définition de la sage-femme tout en étant plus général puisqu'il comprend aussi les infirmières, les médecins, ainsi que les autres professionnels ayant les compétences de la pratique de sage-femme (voir glossaire, p.84).

En l'absence de soignants compétents, et notamment de ces professionnels, là où ils sont trop peu nombreux par rapport aux besoins, la plupart des autres stratégies visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles échouent. De même, les sages-femmes sont d'une importance capitale pour la survie et la santé du nouveau-né. Les estimations récentes de l'OMS concernant la mortalité néonatale et périnatale indiquent que "sur 3,3 millions de mort-nés, 1 sur 3 meurt au moment de l'accouchement, et si des soins qualifiés compétents étaient dispensés à ce moment-là, la plupart des enfants survivraient par la prise de mesures appropriées"<sup>ix</sup>. Étant donné la forte proportion de décès néonataux parmi les décès chez les moins de cinq ans, il est manifeste que les professionnels de la pratique de sage-femme jouent un rôle essentiel dans la réalisation de l'objectif 4 des OMD, concernant la mortalité infanto-juvénile<sup>x</sup>.

ix : OMS. *Neonatal and Perinatal Mortality - Country, Regional and Global Estimates*. Organisation mondiale de la santé, Genève, 2006.

x : Des soins qualifiés de suivi et de contrôle sont également importants durant la grossesse pour réduire la mortalité néonatale, et en particulier pour dépister une croissance lente du fœtus et fournir des enseignements de qualité sur un style de vie sain (conseils nutritionnels et stratégies de réduction des cas d'anémie). La plupart de ces fonctions peuvent être remplies par le renforcement des services dispensés par les sages-femmes, spécialement au niveau des soins de santé primaires.

Pour résumer, si tous les soignants qualifiés ne peuvent être qualifiés de sage-femme, toutes les sages-femmes doivent recevoir une formation appropriée, posséder les compétences et aptitudes nécessaires pour surveiller un accouchement de façon qualifiée. La compétence est le produit de la connaissance, des attitudes et des aptitudes aussi. En outre, les sages-femmes assurent des soins de qualité, culturellement acceptables, nécessaires pour que les femmes et les nouveau-nés survivent. Les sages-femmes apportent la sécurité, c'est-à-dire à la fois la protection contre la mort et l'incapacité, mais aussi en encourageant la santé et le bien-être au sens le plus plein du terme. Dans la plupart des pays, par tradition, les sages-femmes sont les soignants ayant les contacts les plus étroits avec la communauté locale et, quand elles sont correctement formées et aidées, elles aident les femmes et leurs partenaires à satisfaire leurs besoins de santé sexuelle et procréative au sens large.

## 1.2 *Atteindre toutes les familles, en particulier dans les villages ruraux et pauvres*

L'investissement dans la formation de sages-femmes qualifiées a, dans beaucoup de pays, été un progrès décisif. Les sages-femmes offrent une solution, faiblement technologique mais de qualité, au besoin de soins qualifiés durant la grossesse et l'accouchement, car elles ont la possibilité de satisfaire les besoins communautaires locaux de santé de la procréation au sens large et de contribuer, pour tous, aux soins de santé primaires universels. En particulier, les sages-femmes peuvent très utilement aider à assurer des services à ceux qui en ont le plus besoin dans les milieux pauvres et difficiles à atteindre, comme le montre l'histoire de la Suède<sup>xi</sup>.

Les sages-femmes peuvent trouver des solutions locales aux obstacles locaux à l'accès et à l'utilisation des services. À de rares exceptions près, dans beaucoup de pays où les taux de mortalité maternelle sont faibles, l'histoire du développement de la profession de sage-femme est étroitement liée aux initiatives de santé publique et aux services communautaires, en particulier pour ce qui est de satisfaire les besoins des femmes pauvres et marginalisées. Même aux États-Unis, où un obstétricien qualifié assiste à la plupart des accouchements, les faits montrent que de précoces diminutions de la mortalité maternelle, en particulier dans l'État de New York et dans le Kentucky,

xi : Loudon I. *Maternal mortality in the past and its relevance to the developing world today*. AJCN 72(1S): 24iS0246S.

s'expliquent par le recours à des sages-femmes ou à des infirmières-sages-femmes, qui ont travaillé dans des milieux pauvres. Comme l'indique une étude récente sur la pratique de sage-femme aux États-Unis :

*La pratique moderne de sage-femme professionnelle, aux États-Unis, a été établie pour desservir les femmes pauvres et vulnérables et leurs familles. Depuis la fondation en 1925 du 'Frontier Nursing Service' dans les montagnes du Kentucky, jusqu'aux années 1960, la plupart des infirmières-sages-femmes travaillaient dans des communautés mal desservies où sévissait une forte mortalité infantile et maternelle, notamment dans les réserves d'Indiens, dans les dispensaires du sud rural, mais aussi dans les hôpitaux des centres des villes. Les femmes dont elles se sont occupées étaient vulnérables à la maladie et recevaient des soins de santé inadéquats en raison de leur pauvreté, de l'absence d'accès aux soins, de leur appartenance à une race minoritaire, ou de leur statut d'immigrant. La plupart des premières infirmières-sages-femmes obéissaient à leur vocation de servir les pauvres et cette vocation était renforcée par des lois restrictives, qui leur ont permis de pratiquer uniquement dans les zones où les médecins étaient rares et où les femmes ne pouvaient payer les soins dispensés dans les maternités<sup>xii</sup>.*

xii : Raisler J., Kennedy H. Midwifery Care of Poor and Vulnerable Women, 1925-2003. *J. Midwifery and Women's Health*. 2005, Vol. 50 No 2, p.113-121.

L'un des aspects les plus intéressants de cette étude est que les auteurs ont expressément cherché à connaître les résultats des soins dispensés par les sages-femmes. Ils ont constaté, comme les auteurs d'études menées dans d'autres pays, que les sages-femmes offraient des soins de qualité excellente et apportaient une importante contribution à la réduction de la mortalité maternelle dans les communautés qu'elles desservaient.

On a dit que les sages-femmes travaillant au niveau communautaire étaient le maillon indispensable à la chaîne des soins nécessaires pour assurer une maternité sans risque. Elles constituent en effet le lien entre les femmes, les familles et les communautés d'une part et, d'autre part, les services officiels de santé publique, en particulier les soins dispensés dans des établissements pour traiter les complications et urgences obstétricales ou néonatales.

Cependant, pour beaucoup de raisons, certaines ayant trait au fait que leur pratique est presque toujours exercée par des femmes, les investissements consacrés à la création d'un cadre de sages-femmes professionnelles ont été grossièrement insuffisants et parfois entièrement absents. Dans trop de pays, les sages-femmes ne sont pas reconnues et sont peu respectées. Pourtant, faute de sages-femme très qualifiées capables d'enseigner leurs compétences et de surveiller celles d'autres femmes, il ne sera pas possible d'assurer la qualité des soins et les efforts pour réduire la mortalité maternelle et néonatale échoueront.

Étant donné la pénurie mondiale de soignants en général, et non pas simplement dans les pays à faible revenu, il est urgent d'offrir une aide spécifique aux pays sur les moyens d'accroître le nombre de sages-femmes et d'augmenter la capacité nationale dans cette pratique. L'UNFPA a décidé de consacrer à ce thème l'édition 2006 de sa publication "Mortalité maternelle : mise à jour". La présente publication constitue donc une contribution de l'UNFPA à l'appel à une "Décennie d'action sur les ressources pour le développement sanitaire" lancée en 2006 par l'Assemblée mondiale de la santé et figurant dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2006*.

Comme dans les éditions précédentes de "Mortalité maternelle : mise à jour", la première partie de cette publication fait le point et présente la justification d'un investissement qui serait consacré à la formation, au soutien et à l'augmentation de la capacité des sages-femmes et autres professionnels compétents dans la pratique de sage-femme, ainsi qu'un exposé des grandes questions qui se posent, la formation n'étant qu'une d'entre elles. La deuxième partie donne des aperçus de la situation, recueille les propos de sages-femmes exerçant leur pratique et montrent ce que les pays font déjà avec l'assistance fournie par l'UNFPA et ses partenaires, pour mettre les compétences des sages-femmes qualifiées à la disposition d'un plus grand nombre de jeunes mères et de leur nouveau-né, pour sauver des vies et améliorer la santé.

*"Renforcer les capacités des sages-femmes doit être au coeur de l'action de l'UNFPA pour que le Fonds s'acquitte de son mandat."*

Thoraya Ahmed Obaid, Directrice exécutive de l'UNFPA,  
New York, mars 2006

# Qui sont les sages-femmes, où sont-elles?

---

## 2

*L'une des plus grandes difficultés pour un pays qui cherche à accroître le nombre des sages-femmes est la confusion qui règne autour de la notion même. Il existe une large méprise et même un certain désaccord sur ce qu'il faut entendre par sage-femme, ce qu'elles font et qui elles sont, sans parler de leur nombre, de ce que ce nombre devrait être et de la façon de l'accroître et d'élargir les compétences de ces prestataires.*

*Les sages-femmes accomplissent un grand nombre de choses, mais la première est d'exercer leur pratique, c'est-à-dire d'aider les femmes pendant leur grossesse, le travail et l'accouchement, et apporter des soins indispensables à la jeune mère et au nouveau-né aussitôt après la naissance.*

*Dans beaucoup de pays, il est impératif de rétablir la pratique de sage-femme comme une profession autonome - un domaine distinct et important de la pratique médicale, défini par la possession de compétences essentielles dont l'ensemble est convenu au niveau international.*

*Il faut donc une campagne concertée pour affirmer la valeur des sages-femmes et de leur pratique. En outre, il faut mieux pouvoir déterminer le nombre de sages-femmes nécessaires et disposer de systèmes pour suivre les progrès de l'augmentation de la capacité d'un pays dans cette pratique. Un nouvel indicateur, le "rapport du nombre de sages-femmes au nombre d'accouchements" est proposé.*

### 2.1 La pratique de sage-femme, le modèle initial

Un coup d'œil sur les objets, les écrits et les recherches légués par l'histoire donnent à penser que la plupart des civilisations, dans le monde, ont une tradition de la pratique de sage-femme, quel que soit le nom donné à celle qui la possède. Cette tradition voit dans les sages-femmes des femmes puissantes, robustes, attentives, qui ont un statut élevé et jouissent du respect général. En Norvège et dans certains pays voisins leur nom est *jordmor*, nom composé de *jord* = la terre, de *mor* = la mère. En Islande, le mot qui les désigne signifie "porteuse de lumière" tandis qu'en France c'est leur sagesse, leur savoir qui est privilégié dans le nom de sage-femme. Dans la Grèce ancienne seules les grandes prêtresses étaient autorisées à être sages-femmes. Dans l'ancienne Égypte, selon l'histoire biblique de Moïse, les sages-femmes n'étaient pas seulement des femmes appelées à en aider d'autres au moment de l'accouchement, c'était des femmes volontaires, soucieuses d'éthique et novatrices, qui n'avaient pas peur de désobéir à l'ordre de Pharaon de tuer tous les nouveau-nés mâles. Le terme anglosaxon ("midwife") signifie celle qui est aux côtés d'une autre femme.

Ces conceptions positives de la notion de sage-femme - en tant que membre respecté de la communauté - ne sont malheureusement pas généralisées à tous les pays. Par exemple, la *dai*, la femme qui traditionnellement assiste d'autres femmes pendant l'accouchement dans une grande partie de l'Asie, est habituellement dépeinte comme une femme vieille, illettrée et souvent impure (physiquement et culturellement) et certainement pas comme méritant le respect de tous, en dehors de son âge. De même, des termes localement spécifiques sont relevés dans d'autres régions du monde pour désigner les assistantes traditionnelles des femmes qui accouchent et ils inspirent localement un degré variable de respect et de confiance publique. Les recherches ont montré que si ces assistantes traditionnelles des accouchements ont un rôle essentiel puisqu'elles travaillent avec les femmes et les familles locales et peuvent faire partie

d'une équipe de soins de maternité, elles ont rarement les compétences nécessaires pour stabiliser la situation critique d'une femme ou d'un nouveau-né, lors d'une urgence, et ne peuvent donc prendre la place d'une sage-femme professionnellement qualifiée. Il faut donc revenir au modèle précédent de la sage-femme comme femme robuste et respectée.

## 2.2 *La médecine moderne a entraîné un déclin de la pratique de la sage-femme*

Dans de nombreux pays, dans ceux qui précisément ont un faible taux de mortalité maternelle, la pratique de sage-femme est devenue une profession distincte, hautement respectée. Cependant, dans certains autres pays, souvent en raison de conseils d'experts mal inspirés, la pratique de sage-femme est fondue dans celle d'autres professions médicales – souvent celle d'infirmière – ou incluse dans le travail d'autres soignants polyvalents, ayant reçu une qualification formelle. Dans les deux cas, le résultat est de rendre la pratique de sage-femme pratiquement invisible comme pratique bien définie et distincte. En outre, les programmes de préparation avant l'emploi qui suivent de nombreux agents de la santé nouvellement formés, polyvalents, ne considèrent la pratique de sage-femme que comme un sujet théorique. Ces soignants ne sont donc pas assez exposés à la pratique de sage-femme et n'ont pas les compétences essentielles à cet égard. Il en va de même de beaucoup de programmes de formation d'infirmière.

Dans beaucoup de pays, la pratique de sage-femme est considérée comme une spécialisation, une qualification additionnelle, et souvent uniquement pour les infirmières. Là encore il y a un manque d'expérience pratique car la formation est fréquemment menée dans des grands hôpitaux de district ou des hôpitaux tertiaires, où il y a de nombreux autres étudiants, notamment les étudiants en médecine qui, dans l'attribution des patients, ont la priorité. Comme bien souvent les programmes de formation d'infirmière ne traitent pas de la pratique de sage-femme dans la communauté locale – en dépit du fait que la plupart des naissances ont bien lieu dans cette communauté – de nombreuses élèves infirmières n'ont pas l'expérience voulue pour gérer un accouchement normal.

Les infirmières diplômées n'ont généralement pas les qualifications indispensables pour surveiller avec compétence un accouchement<sup>xiii</sup>. Dans beaucoup de cas, le manque d'expérience pratique signifie que la capacité de travailler en comprenant et en appréciant les processus normaux de la grossesse et de l'accouchement fait défaut – tout comme les compétences traditionnelles des sages-femmes dispensant des soins, leur capacité de rassurer les jeunes mères ou d'aider leurs partenaires à prendre les décisions, et la capacité de travailler avec d'autres femmes dans un dialogue authentique.

## 2.3 *Qu'est-ce qu'une sage-femme?*

Malgré une définition internationalement convenue de la notion de sage-femme (voir encadré 1), il subsiste une grande confusion sur la notion même. Certains attribuent cette situation au fait que c'est bien par des femmes qu'est exercée le plus souvent cette pratique : historiquement, ce sont les femmes qui ont presque toujours accompli les gestes obstétricaux, fréquemment pour apporter une assistance humanitaire quand le besoin s'en faisait sentir. En tant que tel, dans beaucoup de pays, celles qui

xiii : OMS. *Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié.* Déclaration commune OMS, CISF et FIGO. Organisation mondiale de la santé, Genève, 2004.

“pratiquent l’art de la sage-femme” n’ont guère la possibilité de s’organiser en un groupe professionnel et encore moins de devenir une profession libérale.

*Qui sont les  
sages-femmes,  
où sont-elles?*

Du fait du nombre élevé de décès maternels durant la grossesse et l’accouchement, on considère désormais la naissance comme un événement médical. Cela amène inévitablement à penser que “la pratique de sage-femme” doit être supervisée par un médecin. En outre, la pratique en question a, dans certains pays, tablé sur l’hypothèse que toute naissance doit désormais avoir lieu dans un établissement de soins si ce n’est pas déjà le cas. La modification présumée dans le lieu de l’accouchement a créé une idéologie nouvelle autour de l’accouchement et de la pratique de sage-femme. Ainsi, accoucher n’est plus considéré comme quelque chose que les femmes accomplissent avec l’aide de la sage-femme, de la famille et de leur communauté, mais plutôt une situation médicale où le soignant “supervise” le travail de la femme et “conduit l’accouchement”. Cette évolution de la réflexion a des conséquences non seulement pour les sages-femmes mais aussi pour le lieu de l’accouchement. La femme qui attend un enfant devient un acteur passif. Il est intéressant de noter que cette évolution de la conception de la pratique de sage-femme a lieu dans les pays où la plupart des naissances ont encore lieu à domicile.

Avec cette évolution, la pratique de sage-femme est de plus en plus considérée comme l’identification des risques, la surveillance de l’accouchement, le traitement des urgences et les “soins infirmiers”, plutôt que le partenariat habituel avec les femmes. La conception qui voit dans la sage-femme uniquement la personne qui repère un risque, cependant, n’est pas le modèle que défend la Confédération internationale des sages-femmes, l’association professionnelle qui représente celles-ci dans le monde.

On fait valoir souvent que la vraie conception de la pratique de sage-femme voit dans celle-ci la personne qui assiste et qui, selon certains, donne les moyens à la femme de se prendre en charge durant la grossesse, avant, pendant et après le travail et l’accouchement, de façon que l’intéressée estime elle-même contrôler l’accouchement. La sage-femme apporte alors un soutien moral, physique et spirituel, une information, une éducation et des soins à la femme, à la famille de celle-ci, à ceux qui la soutiennent et aux membres de la communauté.

En 1972, la CISF a tenté de clarifier la notion de sage-femme et de préciser qui peut exercer cette pratique et a à cet effet élaboré une définition internationale plus tard reprise à la fois par l’Organisation mondiale de la santé et par la Fédération internationale de gynécologie et d’obstétrique (FIGO). La définition a été révisée et mise à jour (voir encadré 1) mais l’essentiel demeure – la sage-femme aide une femme à mener, en bonne santé, une grossesse à son terme – ce qui par définition suppose que la grossesse est choisie – et l’aide à prendre soin d’elle-même pour rester en bonne santé et ne pas compromettre la santé du nouveau-né.

### Encadré 1 – Définition internationale de la sage-femme

Une sage-femme est une personne qui, après avoir été régulièrement admise à suivre un enseignement de préparation à sa pratique, dûment reconnu dans le pays où il est dispensé, est parvenue avec succès au terme des études de sage-femme et a acquis les qualifications requises pour être légalement autorisée à exercer.

La sage-femme est reconnue comme une spécialiste responsable, rendant compte de son action, qui coopère avec la femme enceinte, lui apporte le soutien, les soins et les conseils nécessaires pendant la grossesse, le travail et la période post-partum, pour l'aider à accoucher, sous la responsabilité propre de la sage-femme, et qui dispense des soins au nouveau-né et au nourrisson. Ces soins comprennent des mesures préventives, la promotion de l'accouchement normal, le dépistage des complications chez la mère ou chez l'enfant, l'obtention de soins médicaux ou de toute autre assistance appropriée et la mise en œuvre de mesures éventuelles d'urgence.

La sage-femme a une tâche importante de conseils et d'éducation en matière de santé, non seulement au regard de la femme qui accouche mais également de sa famille et de sa communauté. Cette action comprend un enseignement prénatal et à la préparation à la fonction de parent; elle peut s'étendre à la santé des femmes, notamment la santé sexuelle et procréative, et aux soins aux enfants.

Une sage-femme peut exercer dans plusieurs cadres, à domicile, dans un établissement communautaire, un hôpital, une clinique ou un centre de soins.

Définition adoptée par le Conseil de la Confédération internationale des sages-femmes réuni le 19 juillet 2005 à Brisbane (Australie); elle remplace la "définition de la sage-femme" adoptée par la même Confédération en 1972 et ses amendements introduits en 1990

## 2.4 Un modèle international de la pratique de sage-femme

Pour la CISF, la sage-femme coopère avec la femme qui va accoucher. La sage-femme l'aide à mener à bien sa grossesse, en bonne santé, à vivre bien l'accouchement, à prendre soin d'elle-même de son nouveau-né et à s'adapter à la nouvelle dynamique familiale. Idéalement, le rôle de la sage-femme s'étend donc à des besoins de santé sexuelle et procréative plus larges. La CISF considère que la pratique de sage-femme englobe l'application de connaissances scientifiques solides, qui s'ajoutent à une bonne appréciation et une protection du caractère normal de l'accouchement comme événement de la vie naturelle, notamment en respectant le droit de la femme qui accouche de prendre le contrôle de l'ensemble du processus. Cet événement de la vie d'une femme est considéré par la sage-femme comme ayant une signification physique, émotionnelle, sociale et spirituelle, pour l'intéressée, sa famille et sa communauté. Ainsi, la conception prédominante, à la CISF et parmi ses membres, est que la sage-femme travaille non seulement avec une femme prise individuellement, mais constitue une ressource essentielle pour les familles et les communautés locales. Ce travail comporte pourtant une certaine tension intérieure qui peut entraîner des difficultés parfois importantes dans l'exercice de cette profession, comme le montre un grand nombre grandissant d'études<sup>xiv, xv, xvi</sup>.

xiv : Jewkes R., Abrahams N. et Mvo Z. Why do Nurses Abuse Patients? Reflections From South African Obstetric Services. *Soc Sci Med* 1998, Vol. 47, No 11, p.1781-179.

xv : Walsh D. An ethnographic study of women's experiences of partnership caseload midwifery practice - the professional as friend. *Midwifery*. 1999, No 15, p.167-176.

xvi : Sandall J. Midwives' burn out and continuity of care. *British Journal of Midwifery* 1997, No 5, p.106-111.

## Encadré 2 - La pratique de sage-femme comme philosophie et non pas seulement comme fonction

La pratique de sage-femme a à de nombreuses reprises été décrite comme un art et comme une science. La nature même de cette pratique : "être aux côtés d'une femme" (dans la traduction littérale du mot anglo-saxon "midwife") fait souvent que la sage-femme est en conflit avec elle-même et dans les organisations où elle travaille. La pratique de sage-femme - comme philosophie plutôt que comme fonction - voit dans celle-ci une personne amenée à plaider la cause des femmes et à défendre l'intérêt et les choix des femmes, quelqu'un qui tente d'orchestrer un environnement de soins pour le plus grand bien de la femme et du nouveau-né.

Cette philosophie peut fréquemment instaurer un sentiment de frustration chez la sage-femme, qui se trouve confrontée à des exigences concurrentes du service et d'usagers du service, face à des conditions de travail peu favorables, à une charge de travail excessive - d'où des pressions personnelles à domicile, et une charge émotionnelle qui résulte du fait qu'elle est "aux côtés de la femme" et pas seulement quand celle-ci accouche.

## Qui sont les sages-femmes, où sont-elles?

Sherratt D.R. "Rapid Scale-up of Midwives is Vital to Saving Lives of Mothers and Newborns". Document présenté à l'atelier de l'UNFPA tenu du 21 au 23 mars 2006 à New York, *Scaling up the Capacities of Midwives to Reduce Maternal Mortality and Morbidity*.

## 2.5 L'obstétrique et l'égalité entre les sexes

Les obstétriciens sont surtout des femmes : des sages-femmes, et ces femmes se heurtent à de nombreuses difficultés qui ne sont pas les mêmes que celles que peuvent connaître les soignants de sexe masculin. Elles se heurtent à des difficultés non seulement en raison de leur sexe et des questions culturelles que soulève la condition féminine et les tabous associés à ce travail, en particulier quand une soignante doit exercer sa fonction en dehors de son domicile, mais en raison même de la nature de la pratique de sage-femme qui, dans certains pays n'est toujours pas reconnue comme une profession à part entière. Pourtant, le fait que cette pratique est exercée surtout par des femmes, qui travaillent "avec d'autres femmes" en coopération, comme on l'a vu plus haut, est ce qui paraît le plus précieux aux femmes qui reçoivent ces soins<sup>xvii</sup>, et qui est pourtant trop souvent méconnu, dédaigné par le système dans lequel cette pratique est exercée.

Cette dimension sexospécifique de la pratique de sage-femme a beaucoup été débattue dans les pays du nord, et commence seulement à être examinée comme elle le mérite ailleurs. Le consensus est que la pratique de sage-femme est bien une question sexospécifique et que l'absence d'investissement dans la formation des sages-femmes résulte tout simplement de la médiocrité de la condition féminine et de l'inégalité entre les sexes dans beaucoup de pays.

Les sages-femmes sont amenées à prendre des décisions pour sauver des vies, notamment à prendre les dispositions d'aiguillage des patientes présentant des complications : elles contribuent aussi à l'élaboration et l'application de plans de mobilisation au niveau local. Pour fonctionner au mieux, elles doivent disposer d'une certaine autonomie. Les sages-femmes doivent donc pouvoir aider les femmes et les hommes à prendre des décisions et pouvoir travailler aussi bien avec des hommes que pour des hommes ayant des responsabilités en matière de plaidoyer, d'information et d'éducation. Or, elles ne pourraient le faire avec succès si de façon générale la condition

xvii : Nicholls L. et Webb C. What makes a good midwife? Implications for midwifery practice. The Royal College of Midwives. *Evidence Based Midwifery* 2006, Vol.4, No 2, p.65-70.



féminine est peu favorable : les femmes qu'elles soignent n'ont pas non plus dans ce cas le pouvoir d'exiger et d'obtenir des soins. Pour accroître le nombre de sages-femmes et constituer un cadre de personnel obstétricien suffisant, les pays doivent donc émanciper la femme et résoudre les problèmes d'inégalité entre les sexes.

La formation progressive en nombre suffisant de sages-femmes et autres professionnels de l'obstétrique peut à son tour aider à résoudre le problème de l'inégalité entre les sexes. Les sages-femmes qui travaillent dans la communauté locale, tout près des femmes qu'elles aident, qui sont respectées et traitées par autrui dans le système de soins, offrent à d'autres femmes et filles un excellent modèle d'émancipation à imiter. Aspirer à être une sage-femme, ou encourager sa fille à devenir sage-femme, peut convaincre une famille d'encourager les filles à terminer leurs études secondaires. L'émancipation de la femme et l'égalité entre les sexes doit donc être une composante essentielle de tous les plans de maternité sans risque, à la fois pour assurer l'exercice par les femmes de leurs droits fondamentaux et pour former des sages-femmes en nombre suffisant.

## 2.6 La formation des sages-femmes

Même s'il y a déjà une confusion au sujet de la définition de la sage-femme et de sa pratique, les moyens de former des sages-femmes donnent lieu à une confusion et des désaccords plus grands encore. Très peu de pays pauvres disposent d'un système solide de collecte d'informations précises, fiables, récentes, sur l'emploi de leurs ressources humaines dans la santé publique; et ces pays ne peuvent donc pas établir de plan de création d'emplois.

Globalement, on dispose de très peu de données vérifiées sur la formation des sages-femmes avant l'emploi. On en sait encore moins sur les résultats de la formation dispensée, et très peu de pays pauvres ont procédé à des évaluations rigoureuses de leurs programmes de formation de sages-femmes.

Comme pour les autres programmes de formation et d'éducation avant l'emploi des agents de la santé, les programmes de formation de sages-femmes s'inspirent de modèles historiques, bien souvent privés d'indications empiriques ou d'évaluations rigoureuses. On distingue trois types principaux de formation<sup>xviii</sup> :

- Formation directe (enseignement spécialisé de la pratique de sage-femme, d'une durée de deux à cinq ans);
- Enseignement complémentaire (après une formation d'infirmière, formation d'une durée d'un ou deux ans, en moyenne de 18 mois);
- Une formation à la pratique de sage-femme intégrée à la formation de l'infirmière.

Ces trois types existent dans les programmes officiels d'enseignement dans les universités ou les établissements d'enseignement supérieur, mais aussi comme programmes de formation pratique dans les écoles d'infirmière ou de sage-femme, ou des établissements semblables.

Il existe très peu de pays pauvres qui ont conçu leur programme de formation à la pratique de sage-femme pour répondre à leur situation épidémiologique et culturelle propre, pour veiller en somme à ce que cet enseignement réponde parfaitement

xviii : Benoit C., Davis-Floyd R., van Teijlingen E.R., Sandeall J. et Miler J. *Designing Midwives. A Comparison of Educational Models*; In Devries R., Benoit C., Van Teijlingen E.R., Wrede S. (dirs. de publ.) *Birth by Design. Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*. Routledge, New York, Londres, 2001.

à son objet<sup>xix</sup>. Moins nombreux encore sont les pays qui ont choisi leur programme d'enseignement en fonction de recherches solides sur la pratique de sage-femme, et l'optique "santé publique" fait presque toujours défaut. Certains enseignements de la pratique de sage-femme négligent complètement la composante "communautaire". C'est ce qui explique que de nombreuses études montrent que l'expérience pratique est souvent compromise, en particulier quand la formation est dispensée dans de grands établissements, et en particulier quand la plupart des naissances ont lieu dans la communauté même, en dehors d'un établissement de soins. Enfin, jusqu'à tout récemment, la plupart des enseignements de la pratique de sage-femme ne prévoyaient pas de formation au secourisme non plus qu'à la réflexion critique – c'est pourtant une exigence pour que les bonnes décisions soient prises et que les gestes cliniques soient les bons.

Ce tableau assez sombre de la formation à la pratique de sage-femme commence à évoluer, car de nombreux acteurs commencent à comprendre le caractère précieux de l'existence en nombre suffisant de sages-femmes compétentes. Cependant, dans de trop nombreux pays, la recherche d'une solution rapide l'emporte sur les décisions rationnelles et il est probable que les améliorations se produiront très lentement.

## 2.7 Combien faut-il de sages-femmes?

En dépit du manque de données rigoureuses, il est largement admis que la plupart des pays pauvres ont besoin en plus grand nombre de sages-femmes et autres personnels ayant des compétences de sage-femme. L'OMS estime qu'il faudrait 700 000 sages-femmes de plus pour assurer à toutes les femmes un accès à des soins de qualité et répondre à leurs besoins de santé procréative, et au moins 50 % en plus si l'on tient compte des taux estimatifs d'attrition<sup>xx</sup>. La question, dans beaucoup de pays, est de savoir comment y parvenir alors que les ressources disponibles sont rares.

Alors que le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* donnait une estimation des chiffres nécessaires, le rapport ne proposait pas de stratégie bien définie pour parvenir à réaliser, soutenir et entretenir cette augmentation. En outre, ces estimations, reposant sur les interventions minimales convenues par les organismes techniques dans la discipline, à savoir l'OMS, l'UNFPA, l'UNICEF et quelques autres, s'appliquent surtout à des pays où la population est relativement dense, et supposent que la sage-femme se borne à dispenser des soins prénatals, natals et postnatals, à l'exclusion des autres soins de santé. Les moyennes mondiales, tout comme les moyennes nationales, ne sont guère utiles pour calculer le nombre nécessaire de sages-femmes et autres professionnels de la pratique de sage-femme nécessaires. Au contraire, il faut prêter attention à la ventilation des besoins par niveau sous-national, provincial, et même d'un arrondissement (ou district) à l'autre. Il est essentiel d'estimer le nombre de sages-femmes nécessaires et reconnaître que ces estimations varieront en raison des caractéristiques géographiques et du type de soins que la sage-femme est censée dispenser.

Il faudra distinguer dans la plupart des pays au moins trois cas de figure, et le nombre de sages-femmes nécessaires différera selon ces cas : 1) les zones fortement peuplées, les grandes villes, les grandes conurbations, 2) les zones rurales où l'habitat est très dispersé, et 3) les zones intermédiaires, dans le reste du pays. Chacun de ces trois

## Qui sont les sages-femmes, où sont-elles?

xix : Sherratt D.R. "Why women need midwives in Bangladesh." In Bere M., Sundari Ravindran T. (dirs. de publ.) *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*. Reproductive Health Matters/Blackwell Science. Londres, 1999.

xx : OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2005. *Donner sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Organisation mondiale de la santé, Genève 2005, disponible sur le site de l'OMS, [www.who.int](http://www.who.int).

cas de figure suppose un rapport différent du nombre de sages-femmes au nombre d'accouchements.

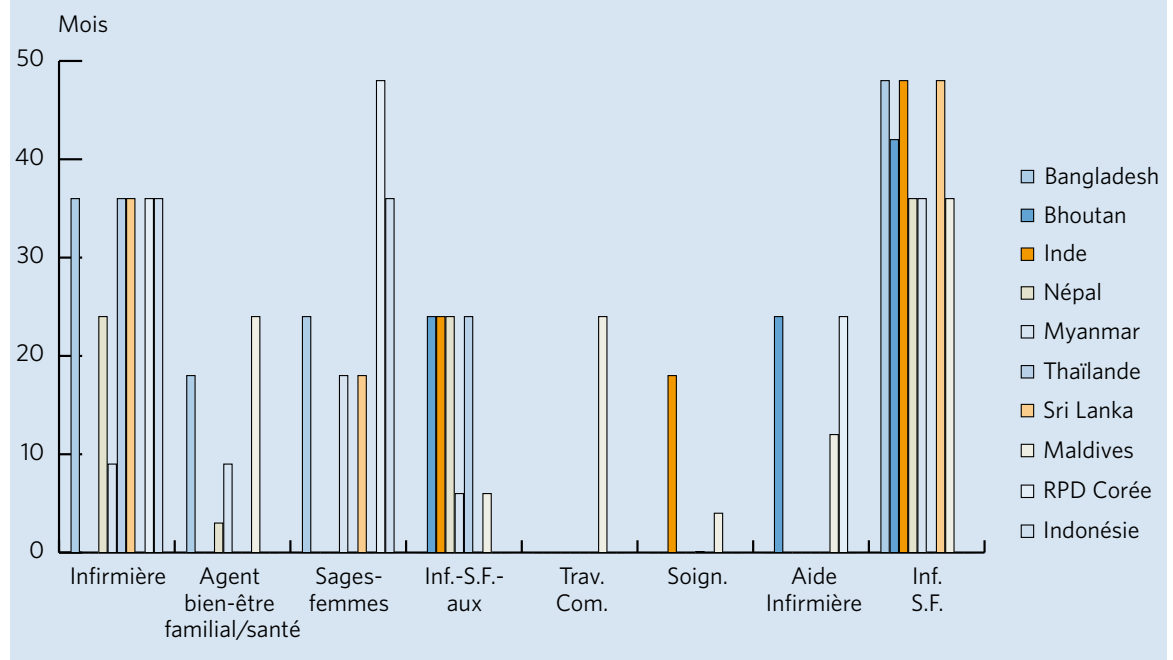
La plupart des données relatives au nombre de sages-femmes dans les pays à faible revenu proviennent de l'OMS et, comme le reconnaît le *Rapport sur la santé dans le monde* de 2006, elles doivent être abordées avec prudence car dans beaucoup de pays les sages-femmes sont classées dans le personnel infirmier, ou les infirmières sont classées dans la catégorie des sages-femmes, et il n'existe pas de données distinctes<sup>xxi</sup>. Les données regroupent souvent le personnel infirmier et les sages-femmes, même dans les pays où toutes les infirmières n'ont pas reçu une formation à la pratique de sage-femme, ou dans les pays où l'infirmière ne pratique jamais les accouchements. Même si leur formation a été bonne, ces infirmières perdent rapidement leurs compétences dans la pratique de sage-femme.

xxi : OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2006. WHO. *Travailler ensemble pour la santé*. Organisation mondiale de la santé, Genève 2006, disponible sur le site de l'OMS, www.who.int.

Malgré la pénurie mondiale de données fiables, le Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est (SEARO) est l'un de ceux qui, en dehors de l'Europe, tient à jour un ensemble de données le plus complet sur le nombre de sages-femmes<sup>xxii</sup>. Les données, initialement établies en 1996 dans le cadre d'un projet visant à développer des normes régionales de pratique de sage-femme, ont permis de déterminer le nombre de sages-femmes dans chaque pays de la région et plus précisément la durée de leur formation. Selon l'information la plus récente procurée lors de la réunion birégionale OMS/UNFPA/CISF sur la certification des compétences des accoucheuses communautaires qualifiées, réunion qui s'est tenue au Rajasthan (Inde) en décembre 2005, la situation a très peu changé depuis le milieu des années 90.

xxii : Données recueillies dans le cadre de la mise en place de normes régionales de la pratique de sage-femme. Les données proviennent de ministères de la santé, d'associations professionnelles (le cas échéant) et de centres d'excellence recensés sur le plan national, qui fournissent une formation avant l'emploi à divers cadres qui dispensent des soins de sage-femme dans chaque pays.

Figure 1 : Durée de la formation des différentes soignantes dispensant des soins de maternité dans les pays relevant du Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est (SEARO)



Source : Enquête du Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, 1996

Comme le montre la figure 1, dans la région de l'Asie du Sud-Est, la pratique de sage-femme est exercée par des personnels soignants très diversement qualifiés. De même, la longueur de la formation avant l'emploi, même pour celles qui reçoivent le titre de "sage-femme", montre de très fortes disparités, puisque la formation théorique varie entre trois mois et quatre ans. Aucune autre région du monde n'a entrepris d'étude comparable, mais des indications anecdotiques feraient apparaître un tableau semblable dans beaucoup d'autres régions du monde.

*Qui sont les  
sages-femmes,  
où sont-elles?*

Un examen plus détaillé des données du Bureau régional de l'OMS en Asie du Sud-Est révélerait que la durée de la formation – surtout pour les infirmières professionnelles et infirmières-sages-femmes a, à quelques exceptions près, un élément d'apprentissage de la pratique de sage-femme qui ne dure pas plus de six mois, et est souvent moins long encore. La plupart des diplômées des cours de formation plus longs travaillent en hôpital dans le cadre d'une équipe soignante, où il existe un certain soutien dans la pratique de sage-femme; par contre, celles qui dispensent des soins dans un cadre très isolé, celui de la communauté locale – et qui ont moins de soutien dans leur pratique et ont donc besoin d'acquérir des compétences leur permettant de stabiliser une situation critique chez la femme ou le nouveau-né en cas de complications, et de gérer les complications simples dans leur domaine de compétence professionnelle – ont habituellement une formation spécifique à la pratique de sage-femme qui est souvent inférieure à six mois. Les exceptions sont Sri Lanka et le Myanmar, où l'enseignement pour la formation des sages-femmes communautaires dure 18 mois, la Thaïlande où la composante "pratique de sage-femme" est de 18 mois; cependant, cette composante est actuellement intégrée dans un programme d'apprentissage du métier d'infirmière qui dure quatre ans, avec six mois supplémentaires pour celles qui souhaitent se spécialiser dans la pratique de sage-femme. L'Indonésie avait bien un cours d'un an d'acquisition de la pratique de sage-femme après celle de la pratique de l'infirmière, mais, en 1996, cette disposition a changé et un enseignement de trois ans d'entrée directe en pratique de sage-femme a commencé. Ce tableau assez diversifié dans la région de l'Asie du Sud-Est se retrouve aussi dans la plupart des autres régions du monde.

## 2.8 Où sont les lacunes?

En Afrique et en Asie du Sud-Est, les besoins sont les plus grands du fait du grand nombre de naissances surveillées par des personnes non qualifiées et, en Asie, étant donné le très grand nombre de naissances. Malheureusement, rares sont les pays qui ont établi une base de données solides sur les ressources humaines consacrées à la santé publique, de sorte qu'il est très difficile d'être précis quant au nombre de sages-femmes et au recensement des lacunes. Traditionnellement, pour estimer le nombre de sages-femmes qui servent dans un pays, on calcule un ratio par rapport à la population. Le ratio le plus largement utilisé a été déterminé à Genève en 1993<sup>xxiii</sup> par un groupe de travail de l'OMS, qui a fixé à **une sage-femme pour 5 000 habitants** le ratio souhaitable, sur la base du nombre de naissances projeté pour une année donnée et d'un indice synthétique de fécondité (ou de fécondité générale) de quatre enfants par femme. Le ratio suppose qu'une sage-femme communautaire peut prendre soin d'environ 200 femmes enceintes par an, et notamment assister à leur accouchement.

xxiii : OMS. Human Resources Development for Maternal and Newborn Health at the Health Centre referral level. Rapport de la Réunion d'un groupe de travail conjoint FHE/RHS, 25 au 29 octobre 1993. Organisation mondiale de la santé, Genève, 1993.

Le ratio, comme on le verra plus loin, présente plusieurs inconvénients. En particulier il ne tient pas compte du dosage des compétences nécessaires pour prendre soin des

urgences obstétricales non plus que des situations géographiques disparates; non plus encore que des exigences personnelles ou autres qui pèsent sur le travail de la sage-femme ou des différences de fécondité – le cas des pays à fécondité très élevée en particulier. Ce qu'il faut, c'est un nouveau moyen d'estimer le nombre réellement nécessaire de sages-femmes et notamment un moyen de prendre en compte tous ces facteurs et donc de diversifier les ratios à retenir en fonction de caractéristiques locales réelles.

## 2.9 *Un nouvel indicateur du rapport du nombre de sages-femmes aux naissances*

À l'aide des faits recueillis dans le Rapport de l'initiative conjointe de l'apprentissage sur les ressources humaines pour la santé publique<sup>xxiv</sup>, qui a montré un lien existant entre la réduction de la mortalité maternelle et la présence lors de l'accouchement d'un soignant ayant une qualification démontrée, et comme il faut que ce soignant soit un ou une accoucheur(se) qualifié(e), il serait peut-être utile de calculer le nombre de sages-femmes sur la base du nombre de naissances attendues.

L'OMS a estimé qu'une sage-femme pouvait normalement offrir tout un ensemble de soins à une femme et son nouveau-né sur la base d'un ratio de **une sage-femme pour 175 accouchements par an**<sup>xxv</sup> (ce ratio donne des résultats à peu près équivalents au rapport de une sage-femme pour 5 000 habitants<sup>xxvi</sup>, mais il est plus précis car il permet de tenir compte des variations entre 2 et 8 de l'indice synthétique de fécondité). Cependant, ce ratio d'une sage-femme pour 175 accouchements est calculé sur la base d'une population relativement dense où la sage-femme est employée à plein temps pour dispenser uniquement des soins relevant de la pratique de sage-femme et où un ensemble minimum de soins est demandé – sans tenir compte du fait que certaines de ces parturientes devront recevoir des soins supplémentaires ou même être aiguillées vers un autre établissement.

Naturellement, le ratio sage-femme-naissance doit être ajusté quand les sages-femmes travaillent dans un milieu où l'habitat est plus dispersé et doivent donc se déplacer plus fréquemment, et où elles dispensent également d'autres soins tels que l'immunisation des enfants, la gestion intégrée des maladies infantiles ou encore là où les complications sont nombreuses, ce qui nécessite des consultations ou des traitements supplémentaires, comme c'est le cas dans les régions où il y a une forte incidence d'anémie, de malnutrition et d'autres facteurs qui peuvent conduire à une mauvaise croissance du fœtus. En pareil cas, un ratio de 1 sage-femme pour 125 accouchements est plus raisonnable : là où la sage-femme travaille dans un milieu rural où l'habitat est très dispersé, ce ratio peut baisser à une valeur d'une sage-femme pour 50 à 70 accouchements, comme on l'a constaté dans une récente étude sur la pratique de sage-femme au Cambodge par exemple<sup>xxvii</sup>. Des ratios qui seraient de l'ordre de 20 accouchements par sage-femme par an peuvent également être utilisés pour alerter des directeurs de programme sur la nécessité de stratégies visant à préserver les compétences acquises par les sages-femmes, par exemple en aménageant une rotation des sages-femmes travaillant dans des zones où les accouchements sont peu nombreux en leur permettant de travailler pour de brèves périodes de formation en cours d'emploi dans des centres de soins vers lesquels sont aiguillées les complications.

xxiv : *Human Resources for Health: Overcoming the Challenge*. The Report. 1. Joint Learning Initiative, Harvard University Press. Disponible sur le site <http://www.globalhealthtrust.org>.

xxv : OMS. *Rapport sur la santé dans le monde 2005 : Donner sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Organisation mondiale de la santé, Genève, 2005.

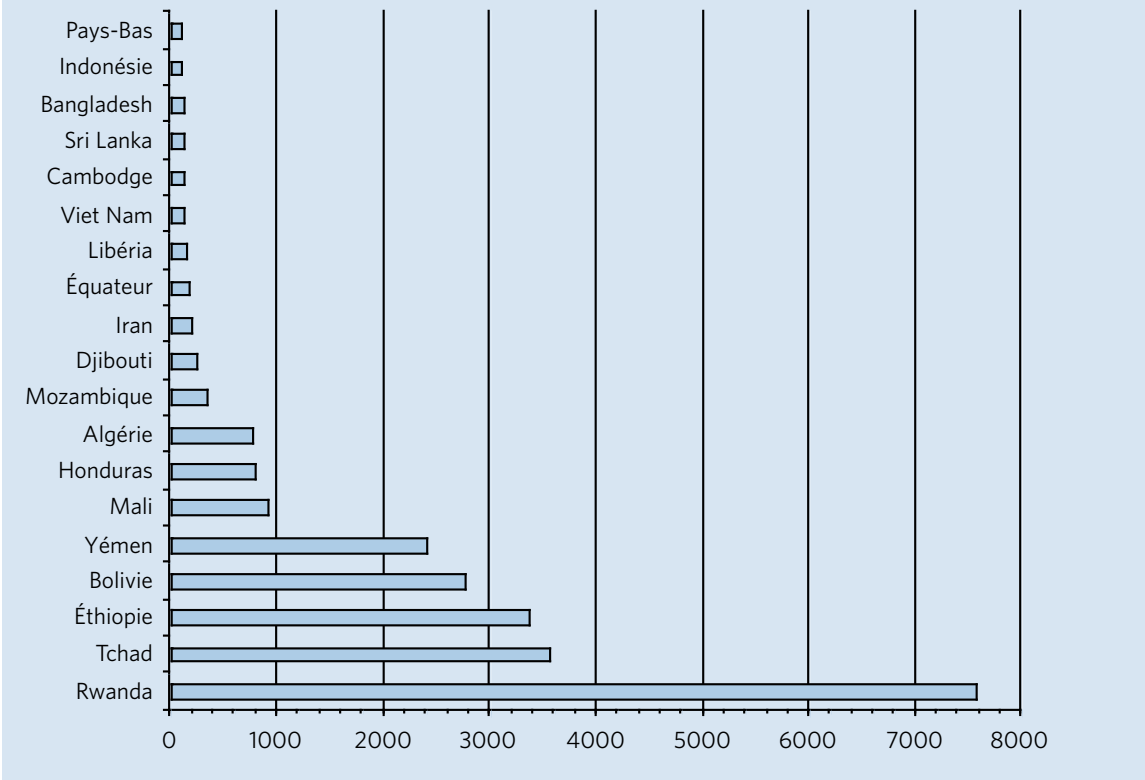
xxvi : L'estimation de 1 sage-femme pour 5 000 habitants est fondée sur un taux de fécondité total de 4. Les estimations fondées sur la population sont utiles seulement dans les cas d'évaluations nationales d'ensemble. Elles ne contribuent pas à indiquer les besoins effectifs de personnel au niveau local. Elles ne sont pas utiles non plus dans les pays ayant un fort taux de fécondité ni là où les services sont assurés par la collectivité ou par des moyens mobiles ou d'information.

xxvii : Sherratt D.R., White P. et Chang C. *A Comprehensive Review of Midwifery in Cambodia*. Final Report prepared for MoH, Phnom Penh, 6 octobre 2006.

L'application d'un indicateur du nombre d'accouchements par sage-femme, aux données disponibles sur le nombre de sages-femmes et au nombre estimatif d'accouchements, permettrait de voir qu'il y a bien une corrélation négative entre cet indicateur et le taux de mortalité maternelle (voir figure 2).

*Qui sont les sages-femmes, où sont-elles?*

Figure 2 : Ratio du nombre d'accouchements par sage-femme dans certains pays



Le graphique doit être interprété avec prudence car les chiffres sont empruntés au *Rapport sur la santé dans le monde 2006* et, comme on l'a déjà mentionné, sont assortis d'une mise en garde sur l'inexactitude possible du nombre de sages-femmes. Cependant, des vérifications avec les données des rapports nationaux et celles de la CISF montrent que ce sont les pays où les données sur le nombre de sages-femmes sont les plus fiables qui répondent à la définition de la CISF. En outre, il est à noter que les pays industrialisés font figurer dans leurs données l'ensemble des sages-femmes, même celles qui pratiquent en dehors de leur pays d'origine et celles qui travaillent dans les instances où sont définies les politiques, assurées l'administration et les recherches, et dans les milieux universitaires. Le ratio du nombre d'accouchements par sage-femme serait considérablement différent si on ne tenait compte que des données relatives aux sages-femmes exerçant effectivement leur pratique clinique.

Au niveau international, des tentatives sont faites pour encourager les pays à ventiler leurs données, ce qui deviendra sans doute plus facile à mesure que les pays commencent à reconnaître l'importance, pour la fourniture de soins de qualité, d'une vérification des qualifications des sages-femmes et leur mise à jour périodique. Il est désormais largement accepté que tous les soignants, et notamment les sages-femmes,

doivent être titulaires d'un diplôme leur permettant de pratiquer, ou d'une forme de certification vérifiable de leurs compétences, et que l'autorisation de pratiquer doit être périodiquement renouvelée. Un tel mécanisme permettrait aux pays d'estimer le nombre de professionnels et de connaître avec plus de précision l'ensemble de leurs compétences, ce qui permettrait de faire reposer sur des faits incontestables la planification des emplois. Actuellement, cette planification des emplois, en particulier ceux de sage-femme, repose sur des estimations assez imprécises et ne s'appuie que rarement sur des profils détaillés des compétences et une analyse systématique des besoins.

Dans la plupart des pays à faible revenu, on ne parviendra pas à atteindre les niveaux très bas de ratio du nombre d'accouchements par sage-femme que l'on constate dans les pays occidentaux riches, mais ce nouvel indicateur peut aider à suivre les progrès vers la formation d'un nombre suffisant de sages-femmes et de professionnels ayant les compétences de la pratique de sage-femme. En combinaison avec la proportion d'accouchements surveillés par un soignant qualifié, le ratio du nombre d'accouchements par sage-femme est un indicateur qui permet de bien dégager les priorités en fait de ressources humaines aux niveaux national et territorial. Cet indicateur permettra également de repérer une répartition inégale et de dire si pour cette raison des problèmes risquent de se poser.

# La nécessité d'accélérer la formation de sages-femmes

---

# 3

*“À cette heure décisive de l'histoire, nous devons être ambitieux. Notre action doit avoir la même urgence et la même ampleur que les besoins à satisfaire.”*

- Kofi Annan, *Dans une liberté plus grande*. Rapport du Secrétaire général de l'ONU, New York, 2005

*Il est indispensable de parvenir à comprendre ce que sont les sages-femmes, ce qu'elles font, les obstacles qui les empêchent de se constituer en groupe professionnel, et*

*notamment la dimension sexospécifique de leur travail. Par-dessus tout, il est impératif de renforcer l'identité professionnelle et la façon dont la profession est dirigée pour faire en sorte qu'une sage-femme compétente soit toujours là pour apporter des soins qualifiés avant, durant et après l'accouchement, et veiller ainsi à sauver des millions de vies perdues ou compromises, du fait de cette fonction essentielle pour l'humanité qu'est la procréation.*

Pour faire en sorte que des solutions culturellement appropriées mais demeurant scientifiques sont bien appliquées au développement, à l'essor et à l'exercice de la pratique de sage-femme, il convient de mettre en œuvre une démarche globale pour remédier aux lacunes actuellement repérées, d'abord s'agissant du nombre et de la qualité et ensuite, dans l'encadrement de la profession, de sa volonté de mobilisation et des recherches. Sans un examen de l'ensemble des besoins, il ne sera pas possible de mettre en place un système vigoureux, flexible et fonctionnel capable de produire en nombre suffisant des sages-femmes, non seulement pour satisfaire les besoins actuels mais également ceux des générations à venir.

L'essentiel est de définir les normes fondamentales que toutes les sages-femmes doivent observer. Ces normes définissent non seulement l'étendue de la pratique de sage-femme mais également les critères de l'enseignement reçu pour pouvoir entrer dans la profession, enseignement avant l'emploi et perfectionnement professionnel continu, ainsi que les compétences indispensables exigées de toutes les sages-femmes. Ces normes, qui constituent des codes de conduite professionnelle, sont d'importance critique pour que la profession soit bien administrée et pour protéger le public. Parmi les marques distinctives d'une profession libérale figure la capacité de contrôler à la fois l'entrée dans la profession et la pratique de ses membres. Une bonne gouvernance protège aussi bien le public d'une pratique médiocre ou inférieure à la norme, et offre un moyen de recours si une patiente n'est pas satisfaite des soins dispensés ou a subi une lésion du fait du comportement d'un membre de la profession en question. Il incombe ainsi aux conseils nationaux de la pratique de sage-femme d'établir et de faire respecter des normes et une réglementation régissant la profession de sage-femme et les limites de la pratique concernée.

La Confédération internationale des sages-femmes a recensé 214 compétences indispensables qu'une sage-femme doit posséder pour aider une femme à rester en bonne santé pendant la grossesse et au moment de l'accouchement, et pour l'aider à assurer la santé du nouveau-né et du reste de sa famille. Ces compétences indispensables, recensées par une méthode rigoureuse (la méthode Delphi) forment la base d'un consensus mondial sur ce que doit savoir une sage-femme (voir encadré 3).



En outre, ces compétences de base de la sage-femme sont celles qui sont également attendues d'un soignant qualifié supervisant l'accouchement.

Ces compétences de base constituent une description globale de ce qui forme la pratique de sage-femme. Des travaux sont en cours pour déterminer celles de ces compétences qui sont vraiment essentielles pour sauver la vie des femmes et des nouveau-nés. Les premiers travaux menés par l'Organisation panaméricaine de la santé (PAHO) et les résultats obtenus en Indonésie et au Pakistan montrent que de 22 à 26 de ces compétences sont indispensables pour sauver des vies; le reste contribue à la protection et à la promotion de la santé, et contribue donc de façon indirecte à sauver des vies.

### *Encadré 3 – Confédération internationale des sages-femmes – principales compétences de la sage-femme*

Pour tenter de répondre à la question "Quels sont les connaissances, qualifications et gestes attendus d'une sage-femme pour que sa pratique soit sûre dans toutes les conditions?" et pour donner une réponse reposant sur les faits à la question "Que font les sages-femmes?", la CISF a entrepris entre 1995 et 1999 une étude par la méthode Delphi modifiée sur 39 pays différents dans toutes les régions du monde, parmi lesquels beaucoup de pays à faible revenu.

Les résultats ont permis de dégager 214 compétences différentes regroupées en six sections ou domaines de soins de base :

1. Soins généraux – aptitude à offrir des soins culturellement sensibles et éthiques;
2. Soins prénatals et soins de planification familiale;
3. Soins et conseils durant la grossesse;
4. Soins pendant le travail et l'accouchement;
5. Soins postnatals à la mère;
6. Soins aux nouveau-nés et aux nourrissons.

La liste intégrale, qui comprend d'autres compétences, peut être consultée sur le site Web de la CISF à l'adresse suivante : <http://www.internationalmidwives.org>

### *3.1 Réglementation et autonomie de la profession*

À mesure que de nouvelles initiatives commencent à être lancées pour fournir et financer des soins de qualité dont profiteraient toutes les femmes et tous les nouveau-nés, on prête attention à la réglementation de la profession, en particulier quand apparaissent un grand nombre de sages-femmes du secteur privé, qu'elles pratiquent à domicile, dans des cliniques ou des petites maternités ou dans de grandes maternités privées.

La réglementation de la profession est le moyen par lequel l'ordre, la cohérence et le contrôle peuvent être apportés à une profession donnée et à la pratique correspondante<sup>xxviii</sup>. L'objet de la réglementation professionnelle de la pratique de sage-femme est d'aider les pays à réduire la mortalité maternelle et néonatale, à améliorer la santé reproductive des femmes et à assurer une maternité sans risque (voir encadré 4).

xxviii : Affara F.A., Madden Styles M. *Nursing Regulation Guidebook: From Principle to Power*. Conseil international des infirmières, Genève, 1993.

#### *Encadré 4 – Objet de la réglementation professionnelle de la pratique de sage-femme*

- Protéger le public contre des pratiques dangereuses;
- Veiller autant que possible à la qualité des services fournis;
- Informer le public de ce qu'il peut attendre de la sage-femme;
- Aider à développer la profession de sage-femme;
- Assurer l'exercice des responsabilités.

*La nécessité  
d'accélérer la  
formation de  
sages-femmes*

On y parvient au mieux en assurant que le système réglementaire repose sur une bonne législation, mais aussi en s'assurant que la réglementation est révisée de temps à autre pour rester bien adaptée aux besoins nouveaux d'un pays, comme c'est le cas du Zimbabwe (voir encadré 5).

#### *Encadré 5 – La réglementation de la pratique de sage-femme pour améliorer la qualité des soins dispensés : l'expérience du Zimbabwe*

Jusqu'en 2000, les sages-femmes, au Zimbabwe, étaient régies par une réglementation établie en 1970, alors que les besoins des femmes avaient changé et que de nombreux aspects des pratiques de la sage-femme n'étaient pas traités par cette réglementation. Quand une sage-femme zimbabwéenne s'est vue décerner le prix Marie Goubran (par la Confédération internationale des sages-femmes), les sages-femmes zimbabwéennes ont voulu réviser la réglementation. Cette expérience a permis de dégager de nombreux enseignements :

- 1) Sans réglementation, les limites de la pratique de sage-femme sont floues.** Cela laisse la praticienne exposée au risque de sortir de sa pratique et d'accomplir des gestes pour lesquels elle n'est pas préparée. La qualité de la pratique a été compromise quand l'intéressée a fait ce qu'elle croyait nécessaire, qu'il s'agisse ou non de pratiques de la sage-femme au sens strict. Quand des questions juridiques se sont posées, la sage-femme a été alors sans protection ni soutien.
- 2) Sans bonne définition de la pratique de sage-femme, personne ne sait bien ce qu'est une sage-femme et ce qu'elle accomplit.** Le pays avait besoin de praticiennes dans les zones rurales où les besoins sont les plus grands. Des sages-femmes et des infirmières ont été déployées pour remplir des lacunes dans la pratique médicale où il n'y avait pas de médecin, et les sages-femmes ont vu leur champ d'activités considérablement élargi. Cependant, il n'existe pas de mécanisme pour s'assurer que les sages-femmes ou les infirmières avaient bien reçu la formation nécessaire à ce rôle élargi. L'émergence de cadres de soignants polyvalents, chargés d'accomplir ce qui est normalement la tâche de la sage-femme n'a fait qu'ajouter à la confusion. Une crise d'identité a suivi entre les trois groupes de soignants, la qualité des soins a diminué, les femmes

ont perdu confiance dans les sages-femmes et les soins qu'elles dispensent et il y a eu souvent une publicité négative au sujet des sages-femmes. Les médecins et les obstétriciens-gynécologues ont perdu confiance dans les sages-femmes, le terme étant alors associé à une pratique bien mal définie, ces praticiennes faisant à peu près tout à tout moment.

### 3) Une fois que la réglementation a été mise en place

- La portée de la pratique de sage-femme a été bien précisée. Toute attribution supplémentaire a dû être sanctionnée par une formation complémentaire.
- Le suivi et la supervision sont devenus plus faciles. Les superviseurs savaient ce à quoi il fallait s'attendre et ce qu'il fallait décourager. La discipline interne au groupe est alors devenue possible.
- Les besoins d'éducation sont apparus plus clairement. L'enseignement a été adopté à l'étendue de la pratique de sage-femme, aux besoins des femmes et aux exigences de l'État. Une formation en université est même devenue possible une fois qu'une sage-femme savait avec précision le type de formation complémentaire qu'elle devait recevoir.
- La qualité des soins s'est améliorée (avant d'être à nouveau compromise par l'épidémie du sida).
- Avec une pratique bien définie, il est devenu plus facile de demander une augmentation de rémunération et une amélioration des conditions de travail.

La phase suivante a consisté à créer un Conseil de la profession de sage-femme, pour réglementer leur pratique. Il y a eu une lutte prolongée pour convaincre les hauts responsables et les autres professions médicales que les sages-femmes devaient être dissociées du Conseil des professions médicales, qui englobait toutes les pratiques et qui était dirigé par des médecins, Conseil qui classait les infirmières et les sages-femmes parmi les "professions alliées". Le Zimbabwe s'est désormais doté d'un Conseil des infirmières et des sages-femmes qui réglemente la pratique de ces deux professions.

Les sages-femmes préconisent désormais la création d'un conseil distinct pour la pratique de sage-femme afin de mieux définir encore la ligne de démarcation entre la pratique de sage-femme et celle de l'infirmière.

Mais la réglementation a mis fin à toute la confusion qui régnait sur ce qu'étaient les compétences des sages-femmes et qui étaient les sages-femmes. Elle a montré qu'il fallait des sages-femmes mieux préparées, grâce à un solide programme de formation. En outre, les questions concernant la formation en cours d'emploi sont bien plus claires du fait des besoins actuels de la population et du contenu du programme de formation. La réglementation a aussi beaucoup fait pour atténuer la concurrence et les conflits entre sages-femmes et infirmières et entre sages-femmes et médecins. Comme elles sont maintenant plus sûres de leur identité, les sages-femmes zimbabwéennes ont commencé à travailler avec des groupes de femmes et des organisations confessionnelles pour améliorer la santé des femmes et des enfants.

### 3.2 Associations et réglementations professionnelles

La relation entre les normes, la réglementation et l'accréditation cause une grande confusion, même, à l'occasion, entre les professionnels eux-mêmes.

La **réglementation** professionnelle définit le mandat qui établit et maintient la profession et pose les règles ou critères qui la régissent, de façon à s'assurer qu'un contrôle, souvent évoqué sous le nom de supervision, et une évaluation de la profession sont bien exécutés. La réglementation permet de prononcer des sanctions pour non-respect des règles, de radier l'intéressé de la profession pour non-respect des normes professionnelles. Une bonne législation renforce une bonne réglementation qui, à son tour améliore la pratique des professionnels de la santé.

Les **normes** donnent aux membres de l'organe réglementaire un moyen de mesurer avec précision le respect des critères convenus.

L'**accréditation** ou certification est le processus par lequel les protocoles et les procédures définis dans la réglementation sont appliqués pour assurer que la norme prescrite et les critères définis ont été remplis.

Les associations professionnelles sont d'importance décisive pour une bonne réglementation de la pratique. Les organisations professionnelles préconisent l'adoption de normes professionnelles et dans de nombreux cas sont à la fois le partenaire et la conscience des personnes exerçant ce contrôle.

Par exemple, les associations professionnelles :

- Régulent et surveillent l'entrée dans la profession.
- S'assurent de l'application de la réglementation et prononcent des sanctions en cas de non-respect.
- Assurent une discipline intragroupe, le contrôle et le suivi dans le groupe.
- Défendent la cause des femmes et de la profession en même temps.
- Exercent des pressions sur les pouvoirs publics, en particulier dans les pays pauvres, pour créer un climat favorable à l'exercice de la pratique de sage-femme.

Bien souvent les pays pauvres ont une infrastructure de supervision et de réglementation assez médiocre de toutes les professions de santé, et cela s'applique aussi et surtout aux sages-femmes. Alors que beaucoup de pays introduisent plusieurs initiatives de contrôle et d'amélioration de la qualité, ces contrôles sont surtout exercés dans les établissements de soins. Rares sont les initiatives qui intéressent les sages-femmes exerçant à domicile dans la communauté : pourtant dans beaucoup de pays à faible revenu, les sages-femmes et autres professionnels ayant les compétences de pratique de sage-femme travaillent surtout en se rendant au domicile de la patiente, et c'est le cas le plus fréquent.

Il est peu probable que les ministères de la santé puissent assumer les fonctions de supervision et de réglementation de la profession de la sage-femme quand leur nombre aura augmenté assez pour atteindre les objectifs voulant que tous les accouchements soient surveillés par des accoucheuses qualifiées, en particulier en milieu rural, dans les villages difficiles à atteindre et vulnérables. Il est essentiel que le gouvernement mette en place une législation et une réglementation efficace pour assurer que cette

*La nécessité  
d'accélérer la  
formation de  
sages-femmes*

supervision et ce contrôle seront effectués dans de bonnes conditions. Le partenariat avec des associations professionnelles sera nécessaire pour que la réglementation et le système de délivrance de permis d'exercer soit efficace.

Assurer la qualité du service, en particulier quand il est dispensé par des professionnels qui travaillent isolément ou en petits groupes, souvent en se rendant au domicile des patientes – mais également par le secteur privé en plein essor – est une tâche qui préoccupe la plupart des pays. Le seul moyen d'assurer la qualité des soins, dans ce contexte, est de veiller au respect de normes définies au niveau national et acceptées par la profession. Cependant, pour assurer la qualité, les systèmes de réglementation doivent comprendre de vigoureux mécanismes garantissant que les normes sont bien respectées. Cela suppose non seulement un organe professionnel qui assure la régulation de la profession – habituellement un conseil de la profession de sage-femme, ou un comité distinct s'occupant de la pratique de sage-femme dans un organe ou conseil de réglementation de l'ensemble de la profession médicale – mais également une association professionnelle. L'association professionnelle, qui s'occupe de développer la profession de sage-femme, peut offrir d'utiles avis aux professionnels sur la mise au point des normes. Les organes professionnels et les associations professionnelles ont donc un rôle important à jouer dans l'assurance de la qualité des soins et les plans d'augmentation considérable du nombre de sages-femmes dans un pays doivent envisager ces deux types d'entité.

### *3.3 Le premier atelier mondial de l'UNFPA sur la pratique de la sage-femme*

En 2006, l'UNFPA, avec l'OMS, la CISF et d'autres partenaires, a lancé une initiative d'aide très active aux pays pour renforcer la profession de la sage-femme et le nombre de sages-femmes. L'initiative reconnaît le rôle essentiel qu'elles jouent dans les soins de qualité dispensés aux femmes qui accouchent. C'est une tentative pour aborder la complexité de l'augmentation du nombre et de la qualité des accoucheuses qualifiées, et pour aider les collectivités locales à satisfaire les besoins plus larges de soins de santé procréative. L'initiative bénéficie du soutien de toutes les organisations au niveau le plus élevé.

Elle a commencé en mars 2006 avec un atelier mondial réunissant des sages-femmes, le premier dans le monde sur le sujet (voir encadré 6). Dans son initiative, la Directrice de l'UNFPA, Mme Thoraya Ahmed Obaid, a dit : "Remédier à la pénurie de sages-femmes par l'éducation, la formation et le déploiement dans des zones mal desservies aiderait considérablement à réaliser l'objectif du Millénaire pour le développement qui concerne la santé maternelle."

### *Encadré 6 – Le renforcement des capacités des sages-femmes et l'augmentation de leur nombre afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles – New York, 21-23 mars 2006*

L'UNFPA a organisé l'atelier, en collaboration avec le Département des ressources humaines de l'OMS, la CISF et le Groupe directeur de la communauté de pratique des infirmières et des sages-femmes (projet spécial des centres de coopération de l'OMS pour la profession d'infirmière et celle de sage-femme).

Pour répondre au programme mondial visant à remédier aux pénuries de ressources humaines dans la santé publique et reconnaissant que des efforts urgents étaient nécessaires pour atteindre les objectifs que les chefs de gouvernement et l'UNFPA avaient réaffirmé lors du Sommet mondial tenu par l'ONU en septembre 2005, l'UNFPA et ses partenaires ont réuni des sages-femmes venant d'horizons divers, notamment des pays pauvres, des pays industrialisés ainsi que des conseillères en matière de pratique de la sage-femme travaillant au niveau international pour étudier les moyens d'accroître la capacité des sages-femmes de sauver des vies et d'améliorer la santé de la jeune mère et du nouveau-né.

Avec des hauts responsables de l'UNFPA, en particulier avec les équipes de pays de l'UNFPA et avec les partenaires de celui-ci, les sages-femmes ont examiné les principaux obstacles au développement des compétences de la pratique de sage-femme dans les pays à faible revenu et les pays en transition. Les sages-femmes ont non seulement partagé leurs vues et leur expérience mais ont proposé des stratégies pour être à même de contribuer plus efficacement aux efforts nationaux.

Le dernier jour de l'atelier, les participants ont proposé et étudié diverses solutions possibles, et les moyens par lesquels l'UNFPA pourrait contribuer au programme mondial, en particulier dans les pays où la mortalité maternelle reste élevée.

*La nécessité d'accélérer la formation de sages-femmes*

*Le rapport sur les travaux de l'atelier peut être consulté sur le site de l'UNFPA à l'adresse suivante : <http://www.unfpa.org>. (et en suivant les liens)*

Pendant la réunion d'une journée conçue pour assurer le suivi des incidences de ce nouveau programme de travail pour leur propre plan de travail, les hauts responsables de l'UNFPA ont convenu qu'il était urgent de définir mieux la voie à suivre et le rôle de l'UNFPA dans cet ambitieux programme d'action international. D'autres efforts sont envisagés avec l'OMS, la CISF et d'autres entités encore pour poursuivre le travail commencé durant cet atelier qui a fait date. Les travaux porteront sur les activités menées au niveau d'un pays ou d'une région et sur le renforcement des équipes nationales afin de mieux fournir des conseils techniques et des avis au pays.

### *3.4 Le premier Forum mondial sur la pratique de la sage-femme dans la communauté*

Pour donner suite au premier atelier, un forum international a été organisé à Hammamet (Tunisie), en collaboration avec l'OMS, la CISF, le Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile, avec l'appui de nombreux donateurs nationaux et internationaux, notamment l'Agence suédoise pour le développement international

(ASDI), l'Initiative pour une évaluation des programmes de lutte contre la mortalité maternelle (IMMPACT) de l'Université d'Aberdeen (Écosse, Royaume-Uni); l'ONG *Family Care International* (FCI) et de nombreux autres partenaires.

Le thème de l'atelier était "La pratique de sage-femme dans la communauté : enseignements dégagés". Ce thème avait été choisi en raison des nombreuses préoccupations mentionnées lors de la première réunion concernant les normes, la durée minimale de la formation requise et d'autres questions, au moment où de plus en plus de pays décident de se doter de programmes de formation à la pratique de sage-femme au niveau communautaire. Le Forum a également étudié comment suivre et évaluer ces programmes et comment dégager les enseignements de l'expérience des pays à faible revenu qui ont déjà recours au modèle de la sage-femme exerçant dans la communauté locale. Un complément d'informations sur ce forum et sur ces travaux, notamment ses recommandations, peut être consulté sur le site Web de l'UNFPA.

### *Encadré 7 - Obstacles au développement des capacités et du nombre des sages-femmes*

- La confusion règne au sujet de ce qu'on entend par pratique de sage-femme et de savoir qui sont les sages-femmes et autres professionnels ayant les compétences de la pratique de sage-femme (MOMS), pour contribuer à sauver des vies de mères et de nouveau-nés.
- L'absence de chiffres sur le nombre et dans la plupart des cas la qualité des sages-femmes. Dans beaucoup de pays, la formation à cette profession est médiocre, faute de ressources. De nombreuses études concluent que la formation tant clinique que théorique, avant la pratique, pour les sages-femmes, est dépassée.
- Le manque de moyens financiers pour la formation continue, avant l'emploi et pendant l'emploi, et pour l'emploi de sages-femmes. Nombreuses sont les sages-femmes qui cherchent un emploi ailleurs, leur salaire étant trop faible dans leur pays.
- La compétition et des conflits entre médecins et infirmières, entre médecins et sages-femmes et entre infirmières et sages-femmes, les sages-femmes cherchant à définir un espace professionnel de leur pratique.
- Le manque d'incitations et le manque de politiques et de plans concernant les ressources humaines. Il faut aussi prévoir un appui à certains éléments essentiels que sont par exemple le logement, l'éclairage, l'adduction d'eau, et l'augmentation des rémunérations.
- Enfin, les sages-femmes et parfois des groupes et associations les représentant travaillent trop souvent dans l'isolement. Un effort plus important doit être fait pour renforcer les relations entre les sages-femmes et les femmes. Quand les sages-femmes travaillent avec des femmes et avec des groupes de femmes, leur profession est habituellement plus solide.

*Extrait emprunté au Rapport final sur les travaux de l'atelier sur le renforcement des capacités des sages-femmes et l'augmentation de leur nombre afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles - Stratégies pour la contribution de l'UNFPA à ce programme mondial. New York, 21-23 mars 2006.*

### 3.5 *L'augmentation du nombre et des capacités des sages-femmes exige une démarche différente*

*La nécessité d'accélérer la formation de sages-femmes*

L'atelier tenu à New York a confirmé l'existence d'obstacles à la création d'une capacité de la profession de sage-femme au niveau des pays, obstacles auxquels de nombreux autres avaient déjà fait allusion (voir encadré 7). Cependant, il est apparu pour la première fois que l'inégalité entre les sexes était à l'origine de la plupart des obstacles et qu'il fallait reconnaître ce problème si l'on voulait que les sages-femmes puissent se faire entendre.

L'augmentation du nombre et de la qualité des sages-femmes suppose que les pays adoptent une démarche entièrement différente pour examiner ce problème, une démarche qui soit fondée sur un modèle de soins de sage-femme définissant mieux la profession, semblable à ce qui a été mis au point par la CISF (encadré 8). Ce cadre définissant la pratique de sage-femme suppose que ces praticiennes collaborent avec d'autres soignants, en particulier dans la communauté locale, mais en conservant une certaine autonomie et une certaine flexibilité. Pour y parvenir, il faut modifier à la fois la façon dont sont formées et supervisées les sages-femmes, et leur donner de plus larges possibilités de recevoir une formation continue.

#### *Encadré 8 - Les compétences de la sage-femme*

Les compétences attendues de la sage-femme qui aide et protège les femmes et qui cherche l'avènement de la justice et de l'équité pour tous doivent comprendre notamment les suivantes :

1. Aider les femmes à obtenir des soins et des services appropriés :
  - A. En préconisant un accès gratuit aux soins de maternité pour toutes les femmes;
  - B. En préconisant l'organisation de services locaux proches de l'endroit où vivent les femmes ou de systèmes de transport appropriés;
  - C. En veillant à ce que toutes les femmes sachent où se rendre pendant leur grossesse pour recevoir des soins, et comment utiliser les services locaux de façon à mieux organiser leur grossesse et l'accouchement.
2. Aider les femmes à surmonter les obstacles à un meilleur état de santé, notamment en recommandant l'élimination de l'inégalité entre les sexes :
  - A. En travaillant avec les femmes, en étant à leur écoute.
  - B. En préconisant une évolution des attitudes, notamment celles qui sont connues pour être néfastes pour les femmes et en particulier l'opposition aux soins de santé sexuelle et procréative et à l'équité entre les sexes dans les soins de santé. (Pourtant, les sages-femmes ne doivent pas oublier que l'évolution des attitudes et de la tradition prend du temps et suppose que d'autres membres de la collectivité locale apportent leur concours, en particulier les hommes politiques, les dirigeants communautaires et les médias. Les femmes, isolément, ne peuvent susciter une modification des attitudes; elles ont besoin de défenseurs qui les aideront et parfois intercéderont auprès de leur famille, de leur communauté ou de l'État en leur nom. Le plus souvent on



y parvient par une action menée par des associations de femmes et par les ONG.)

- c. En donnant des conseils à la communauté locale et aux employeurs au sujet des risques relatifs à un travail trop lourd et à la nécessité pour les femmes de travailler dans un environnement salubre.
  - d. En donnant des conseils nutritionnels aux enfants et aux adolescentes en milieu scolaire ou non et en visant les membres de la famille, en particulier ceux qui sont chargés de répartir les aliments dans la famille.
  - e. En fournissant des services et des conseils éducatifs adaptés à l'âge, dans tous les secteurs de la communauté locale, notamment auprès des enfants et des adolescents en milieu scolaire ou non, sur la santé procréative, notamment des avis sur les maladies sexuellement transmissibles, le sida et la planification familiale.
3. Aider les femmes à obtenir des soins de qualité en maternité :
- a. En établissant des passerelles avec la communauté locale et d'autres, dans l'équipe de soignants, pour déterminer l'endroit le plus indiqué pour chaque accouchement.
  - b. En aidant les femmes à recevoir l'éducation, des conseils et un appui pour surmonter les obstacles néfastes érigés par la tradition, sans transgresser pour autant les normes culturelles
  - c. En mettant au point une approche "favorable aux femmes" de la fourniture des services, en particulier en s'assurant que les services sont disponibles, au bon moment et au bon endroit compte tenu des besoins spéciaux des femmes enceintes, et des agents communautaires.
4. Établir et maintenir des normes de pratique optimale. Si les ressources sont insuffisantes, il faut montrer de la créativité :
- a. Réfléchir sur la pratique. (Utiliser des réseaux de chercheurs pour repérer les pratiques optimales de la sage-femme, faire participer les femmes, la famille et leurs collègues de travail à cette réflexion.)
  - b. Veiller à ce qu'une formation avant l'emploi et un perfectionnement professionnel approprié, en particulier s'agissant des gestes de secourisme qui sauvent des vies. (La recherche montre qu'on ne peut prévoir toutes les urgences obstétricales, de sorte que les sages-femmes doivent disposer de toutes ces compétences.)
  - c. Mettre à jour ses connaissances et sa pratique en utilisant les réseaux d'appui collectif (l'examen d'études de cas et réunions de la profession et interprofessionnelles à cet égard seront très utiles.)
  - d. Tenir des livres à jour.
  - e. Manifester de la flexibilité et un esprit novateur.
  - f. Travailler avec les autres soignants, notamment avec des collègues de la profession médicale et les agents communautaires.

Il faudra, pour mettre en place le cadre de la pratique de sage-femme, faire appel à d'autres collègues de travail, aux autorités nationales et locales, à la communauté et aux chefs communautaires, aux groupes professionnels de pression, ainsi qu'aux collègues sages-femmes et à l'association nationale des sages-femmes.

### 3.6 Stratégies pour une augmentation rapide du nombre des sages-femmes - enseignements dégagés

*La nécessité  
d'accélérer la  
formation de  
sages-femmes*

Si l'OMS, pas plus qu'une autre organisation, ne peut dire actuellement avec certitude comment organiser une augmentation rapide du nombre de sages-femmes, la raison en est simple : très peu de ressources ont été consacrées aux études de cas dont on pourrait tirer des données factuelles sur ce que serait une pratique optimale.

On peut cependant formuler certaines constatations quant à ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné, et en utiliser les enseignements pour définir une stratégie nationale d'augmentation du nombre et de la capacité des sages-femmes. Par exemple, une étude de cas en Indonésie a montré que la formation de jeunes filles inexpérimentées dans un programme court, mal défini d'enseignement de la pratique de sage-femme, avant de les mettre à travailler toutes seules - en particulier en dehors de leur propre communauté - sans supervision ni soutien, n'est pas une solution fonctionnelle à long terme. Cette méthode ne conduit pas à la production de sages-femmes qualifiées capables de sauver des vies.

L'investissement consacré à la formation de sages-femmes venant des communautés locales est souvent très utile, mais il est inefficace sans une conception stratégique de la création de capacités. Le Soudan par exemple n'a pas pu investir dans la formation d'enseignants et de dirigeants pour la profession de sage-femme (en raison surtout de problèmes internes) et les instances dirigeantes de cette profession sont fragiles. Malgré l'ouverture à la fin des années 20 d'une première école de sages-femmes, le Soudan n'a pas organisé un enseignement universitaire pour aider les sages-femmes à acquérir une pratique professionnelle, et les sages-femmes n'ont pas pu avoir un statut égal à celui d'infirmières. L'absence de direction a également empêché la mise au point d'un programme d'enseignement de la pratique de sage-femme et les diplômées n'ont qu'une capacité limitée de sauver des vies et de prendre soin de nouveau-nés. Ce manque de capacités signifie que les sages-femmes du nord du pays ne peuvent pas participer à la reconstruction et au développement du sud du Soudan.

Une autre stratégie qui s'est largement propagée mais qui est inefficace consiste à accroître les responsabilités des sages-femmes sans modifier leur formation ou diminuer la charge de travail attendue d'elles, ce qui leur permettrait peut-être d'assumer des rôles nouveaux, de préserver leur identité professionnelle et d'intégrer des tâches supplémentaires dans leur charge de travail quotidienne sans compromettre les soins qu'elles dispensent en tant que sages-femmes. Les sages-femmes deviennent alors simplement de soignantes généralistes.

Sri Lanka et la Malaisie, pour ne nommer que deux pays, ont montré que les sages-femmes peuvent être utilisées efficacement pour dispenser tout un ensemble de soins de santé dans la communauté locale. Sri Lanka leur a conféré le titre de "sages-femmes de la santé publique" et a protégé la fonction dans la communauté. La pratique de sage-femme à Sri Lanka a malheureusement perdu une partie de son statut ces dernières années : les premiers investissements consacrés au développement de cette pratique n'ont pas été entretenus car de plus en plus on accouche dans une clinique et non plus à domicile. À ce jour, les maternités de Sri Lanka souffrent d'un manque de sages-femmes qualifiées et très motivées. Il est difficile de préserver la qualité des soins dispensés dans les maternités. On constate la même chose en Égypte où, malgré une

réduction impressionnante de la mortalité maternelle obtenue par l'application d'une démarche globale, qui inclut l'amélioration des compétences de toutes les ressources humaines disponibles<sup>xxix</sup>, la pratique de sage-femme n'a pas encore vraiment atteint le statut professionnel. Comme dans les pays occidentaux, de nombreuses Égyptiennes commencent à se plaindre de l'utilisation massive de techniques et d'interventions réalisées dans beaucoup de cliniques, et demandent l'application d'une conception plus humaniste des soins.

Des enseignements ont également été tirés de ce qui s'est révélé efficace, dans le passé, dans des pays comme l'Argentine, le Chili, la Malaisie, la République démocratique du Congo, la Thaïlande, la Tunisie et le Zimbabwe et dans certains pays occidentaux (voir encadré 9), qui permettent de dégager quelques conditions générales du développement et de la viabilité de la profession de sage-femme dans un pays.

Il faut d'abord qu'il existe un système à peu près fonctionnel réglementant la formation et la pratique. Cette réglementation est d'importance vitale pour que la communauté ait confiance dans les sages-femmes et attire, dans la profession, un nombre suffisant de candidates. Deuxièmement, la carrière de la sage-femme doit être aménagée pour qu'elle puisse parvenir à des positions élevées, notamment celui de la définition des politiques, et il faut renforcer les normes déontologiques – et pour cela une association professionnelle énergique est nécessaire. Cela contribue beaucoup à améliorer l'image des sages-femmes et le respect avec lequel elles sont considérées. Cela aide aussi à modifier l'image de la pratique de sage-femme et à faciliter le recrutement dans la profession.

On peut citer en exemple ce qui se passe en Indonésie où on observe une croissance exponentielle des écoles privées de sages-femmes, ces dernières années; les places, dans ces écoles, sont très demandées, malgré les frais de scolarité élevés. Le fait que

### *Encadré 9 – Enseignements des pays qui ont réduit les taux de mortalité maternelle en faisant appel aux sages-femmes*

Ces enseignements présentent un thème constant, déjà relevé plusieurs fois (voir note 7) – la nécessité de soins de qualité pratiqués par les sages-femmes à la disposition de toutes les femmes et de leurs familles. Ces enseignements relèvent de quatre grandes stratégies :

**Stratégie 1 : Adopter avec constance une démarche "santé publique".** Tous les pays qui sont parvenus de longue date à réduire les taux de mortalité maternelle font de cette question une question de santé publique nationale.

**Stratégie 2 : Collaboration entre sages-femmes et obstétriciens spécialisés.** Là où la relation entre la profession médicale et la pratique de sage-femme sont fondées sur le respect mutuel et la collaboration, les taux de mortalité maternelle ont baissé plus rapidement que lorsque les relations sont conflictuelles. Les sages-femmes et les obstétriciens sont tenus de conduire la grossesse à un résultat heureux : une mère et un bébé en bonne santé.

**Stratégie 3 : Professionnaliser la pratique de sage-femme et introduire progressivement l'accouchement en milieu hospitalier.** Les pays qui sont parvenus à réduire leur taux de mortalité maternelle dans le passé récent comme la Malaisie, Sri Lanka et la Thaïlande, ont tous investi massivement dans la qualité et le nombre des sages-femmes. Ils ont fait de la pratique de sage-femme une profession respectée et attrayante en réglementant l'entrée et la pratique et en professionnalisant le métier.

Alors que ces trois pays avaient également investi massivement dans la création de maternités, l'évolution vers les multiplications des accouchements en milieu hospitalier a été progressive et lente, et non pas rapide et soudaine. Cette évolution a commencé au moment où la communauté locale commençait à avoir confiance dans le système de soins de santé officiel, parce que par exemple une sage-femme respectée, émanant de la communauté locale, a d'abord fourni les soins, au moment où les équipements s'amélioraient progressivement et où d'autres investissements économiques étaient réalisés.

**Stratégie 4 : Soutien des milieux politiques et de la société civile.** Les tentatives réussies pour réduire le taux de mortalité maternelle ont toutes profité d'un solide soutien politique et civil accompagné par une action des dirigeants nationaux et des commentateurs – même peu nombreux.

**Stratégie 5 : Il faut travailler en partenariat avec les accoucheuses traditionnelles et redéfinir leur rôle.** La plupart des pays qui ont réduit le taux de mortalité maternelle ont introduit progressivement des sages-femmes professionnelles tout en travaillant avec les accoucheuses traditionnelles pour aider celles-ci à redéfinir leur rôle et à préconiser le recours à des soins qualifiés pour l'accouchement. Ils se sont gardés d'ériger en infraction la pratique des accoucheuses traditionnelles.

les candidates paient des sommes élevées pour recevoir cette formation montre le succès de l'amélioration de l'image de la sage-femme et l'intérêt d'une certification officielle de la pratique privée – bien que l'expansion de ces écoles privées et le fait d'autoriser les sages-femmes salariées par le secteur public à travailler dans la pratique privée présente certains problèmes.

Les pays où les taux de mortalité maternelle sont très faibles, principalement les pays occidentaux industrialisés, sont parvenus à les réduire bien avant l'avènement des techniques modernes. Presque tous ces pays avaient déjà fortement abaissé leur taux de mortalité maternelle au début du XXe siècle. Quand ce taux a commencé à baisser, certains de ces pays se trouvaient à un niveau de vie et à des conditions d'existence proches de ceux des pays pauvres actuellement. En Suède en particulier, 90 % de la population vivaient à la campagne et le pays connaissait des problèmes de distance géographique importants et était mal équipé.

Tous ces pays ont suivi une conception de la santé publique prévoyant un accès de tous à des soins qualifiés, et leur succès a été plus ou moins rapide et marqué qu'ailleurs, et à des périodes différentes. De façon générale, des sages-femmes ayant reçu une formation professionnelle assez bonne, travaillant en milieu communautaire, offraient des soins de santé primaires et assuraient l'essentiel des soins qualifiés. Ces sages-

femmes étaient en relation étroite avec les établissements médicaux, vers lesquels elles orientaient les femmes présentant des complications obstétricales ou celles qui, par ailleurs, étaient en mauvaise santé.

### 3.7 *Les femmes de tous les pays doivent pouvoir obtenir des soins prodigués par une sage-femme*

Les sages-femmes ont un rôle important, celui d'aider la femme à rester en bonne santé pendant sa grossesse, pendant l'accouchement et pendant l'importante période qui suit la naissance, ainsi que pour aider à assurer la survie du nouveau-né. En aidant la femme et le nouveau-né à rester en vie et en bonne santé, la sage-femme aide à raffermir la future bonne santé de la femme et de l'enfant. Ce faisant, la sage-femme contribue à la bonne santé de la famille et de la nation, aide le pays à atteindre ses objectifs de développement social et économique.

Le rôle et les attributions de la sage-femme varient d'un pays à l'autre, mais un thème central existe, celui qui donne le sens initial au mot de sage-femme, celle qui, avec sagesse, assiste une autre femme. Il y a un élément supplémentaire d'unité dans le fait que c'est tout un ensemble de soins de maternité et de services qui sont dispensés à la mère et au nouveau-né. Idéalement, la sage-femme dispense cet ensemble de soins avec la collaboration et le soutien d'autres soignants, mais ce n'est pas toujours le cas, comme le montre la vie d'une sage-femme au Malawi, dont on trouvera une description à la deuxième partie.

Quand elles ont le choix, les femmes préfèrent obtenir les soins d'une sage-femme qualifiée au moment d'accoucher. Dans des pays tels que le Canada et la Nouvelle-Zélande, c'est le démarchage des femmes auprès des hommes politiques et de la société en général qui a eu pour effet d'inciter les pouvoirs publics, parfois contre l'opposition d'autres soignants, à rendre les soins dispensés par une sage-femme disponibles pour toutes les femmes. Des études faites en Australie, au Canada, au Royaume-Uni, en Suède, notamment, montrent que non seulement beaucoup de femmes attachent une grande importance aux soins dispensés par les sages-femmes mais souvent préfèrent les soins dispensés par elles, comme le montre la popularité grandissante des unités qui sont dirigées par des sages-femmes.

Le désir de soins dispensés par une soignante professionnelle qui a une relation amicale avec les femmes n'est pas souvent, comme on l'a souvent suggéré, propre aux pays riches. Par exemple, dans une étude récemment réalisée par l'UNFPA au Cambodge, les femmes ont exprimé un intérêt d'un plus large accès à des soins de sage-femme qualifiée<sup>xxx</sup>, et de nombreuses autres études nationales montrent des résultats similaires. Le Népal, par exemple, a créé une maternité très populaire qui est dirigée par une sage-femme, et qui donne d'excellents résultats dans les accouchements depuis plus de 10 ans. D'autres pays se sont dotés d'institutions similaires.

Il est manifestement nécessaire que les sages-femmes se constituent en une association professionnelle solide. Les sages-femmes doivent recevoir une formation assez poussée; il doit exister des mécanismes efficaces permettant de vérifier les compétences pour délivrer un certificat et réglementer la profession et la pratique.

xxx : Ministère de la santé/UNFPA. *Obstacles to deliveries by Trained Health Providers to Cambodian Rural Women*. UNFPA, Phnom Penh, février 2006.

Il serait utile que l'on fasse mieux comprendre ce qu'est une sage-femme et ce qu'elle fait et doit faire. Son droit à pratiquer certains gestes qui peuvent sauver des vies est d'importance cruciale pour la femme et le nouveau-né. La liberté des professionnels est nécessaire pour que la communauté reconnaisse ce que fait la sage-femme, et pour que celle-ci connaisse bien sa propre motivation, ait confiance dans sa mission et obtienne de bons résultats.

Il n'est ni essentiel ni réalisable dans la plupart des pays pauvres, que toutes les sages-femmes reçoivent une formation supérieure, postérieure au baccalauréat; toutefois, pour assurer la viabilité de la profession, il faut que certaines des sages-femmes reçoivent une formation supérieure : celles qui deviendront les dirigeantes de la profession, définiront les politiques, enseigneront la pratique et feront les recherches. Un groupe de sages-femmes très qualifiées, ayant reçu une formation supérieure, doit donc occuper des positions de direction au sein de l'association professionnelle pour dégager des solutions culturellement adaptées, surmonter les obstacles rencontrés et mettre au point un modèle de la pratique de sage-femme propre aux conditions locales.

L'enseignement de la pratique de sage-femme doit changer – non seulement il faut mieux appliquer les techniques éducatives actuelles fondées sur les principes de l'apprentissage des adultes, mais de nouveaux modèles novateurs d'éducation doivent être appliqués. L'éducation doit reposer sur les pratiques de référence dont des recherches auront démontré la validité; et elle doit également être sensible à la cause des femmes en tenant compte des facteurs culturels qui interviennent dans la vie des femmes et dans toutes les pratiques qui concernent la grossesse et l'accouchement. Un tel modèle, connu sous le nom de modèle CASA, a été appliqué avec succès au Mexique (voir encadré 10).

### *Encadré 10 – Le modèle CASA de formation de sages-femmes*

Le CASA (*Centro para los adolescentes de San Miguel de Allende*) s'est doté d'une école de sages-femmes, la seule, approuvée par le gouvernement, au Mexique pour la formation de sages-femmes; cet établissement continue à mettre l'accent sur des pratiques traditionnelles, sur l'émancipation de la femme et sur la pratique de l'accouchement normal. Les élèves sages-femmes apprennent les pratiques traditionnelles et les pratiques modernes. Elles acquièrent des compétences cliniques de type traditionnel auprès des sages-femmes et en travaillant dans la maternité attachée à l'école, où on pratique très peu de césariennes puisque le taux de césariennes ne dépasse pas 9 %, ce qui atteste la volonté de cette clinique de conserver le modèle normal de l'accouchement.

La fusion des traditions culturelles et des techniques modernes, au CASA, est peut-être un moyen d'améliorer la capacité des sages-femmes et d'accroître le nombre de sages-femmes qualifiées sans perdre le centrage sur la femme et sur la valeur de la connaissance traditionnelle. Ce modèle est peut-être aussi de nature à préserver des traditions culturelles qui font que l'accouchement reste un événement normal, tout en préservant la signification de la naissance pour la communauté locale.

Pour tout complément d'information sur l'École des sages-femmes du CASA et sur le projet de développement de la pratique de sage-femme du CASA, consulter l'adresse suivante : <http://www.casa.org.mx/midwife.html>

Un autre moyen d'accroître le nombre de sages-femmes travaillant dans la population rurale consiste à choisir des femmes du lieu, ayant une tradition ou des liens familiaux avec la pratique de sage-femme et de les doter d'une formation de qualité, culturellement adaptée, mettant étroitement l'accent sur le développement des compétences. Les nouvelles sages-femmes qui s'établissent dans une communauté locale ont plus de chances d'y rester et d'y pratiquer leurs compétences.

Enfin, l'histoire aussi bien que les succès récents montrent qu'avec un soutien politique de haut niveau, la pratique de sage-femme peut s'épanouir dans tous les pays, quel que soit son niveau de développement socioéconomique ou structurel. Les sages-femmes peuvent contribuer non seulement à une réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales, mais peuvent aussi améliorer l'état de santé général de la population, en particulier des groupes pauvres, vulnérables et isolés.



## Observation finale : la formation, bien souvent, ne suffit pas

---

# 4

*Il est nécessaire de s'occuper de la formation des sages-femmes aussi bien avant l'emploi que pendant l'emploi pour obtenir une augmentation rapide du nombre de sages-femmes et une amélioration rapide de la qualité des soins dispensés. Cependant, la formation n'est pas le seul problème qui se pose. La réglementation, la certification, la bonne délégation d'attributions et une supervision qui cherche à encourager les*

*sages-femmes, sont également importantes. Il faut également s'assurer que les sages-femmes ont bien la protection appropriée de leur emploi, une bonne rémunération, des incitations suffisantes pour qu'elles soient vraiment motivées, et c'est là sans doute un aspect crucial. La volonté d'être aux côtés de la femme enceinte et qui va accoucher suppose plus qu'un ensemble de compétences pratiques.*

Dans la plupart des pays, les efforts faits pour améliorer la qualité des soins dispensés par les sages-femmes portent avant tout sur les soignants qui sont déjà dans le système de soins - l'élargissement de la couverture des soins et de l'utilisation de ces soins suppose une politique complète de valorisation des ressources humaines visant non seulement les effectifs, le recrutement, la formation, le déploiement et la conservation, mais aussi l'adoption d'une politique et d'une législation qui s'appliqueront à la pratique de sage-femme. Il faut mettre plus nettement l'accent, à chaque phase de l'action entreprise pour accroître le nombre de sages-femmes, sur de meilleurs systèmes de suivi et d'évaluation pour s'assurer que les enseignements dégagés sont bien pris en compte, avant que commence un effort massif, potentiellement coûteux, d'augmentation du nombre des sages-femmes.

L'une des principales difficultés, pour beaucoup de pays à faible revenu, est de savoir comment organiser et dispenser un enseignement de la pratique de sage-femme qui soit, avant l'entrée en fonctions, de bonne qualité. Malheureusement, les pressions extérieures au cours des quelque 20 dernières années expliquent que de nombreuses écoles de sages-femmes aient fermé leurs portes ou aient été fusionnées à des écoles d'infirmières. De ce fait, on observe une diminution régulière de la compétence des sages-femmes, qui va de pair avec une augmentation du nombre de soignants ayant de nombreuses fonctions, et qui ne sont que partiellement formés à la pratique de sage-femme.

Il est bien compréhensible que les gouvernements, en particulier ceux des pays à faible revenu, hésitent à financer de longs programmes de formation des sages-femmes, après la formation de base reçue dans une école d'infirmières. Cependant, faire figurer la pratique de sage-femme dans la formation reçue dans une école d'infirmières n'est pas nécessairement la réponse, étant donné les techniques devenues plus complexes, l'augmentation des maladies chroniques et l'impact de maladies nouvelles comme le sida et ses maladies de cortège, dont l'étude doit figurer dans la formation des infirmières. Il n'est pas non plus rationnel d'investir dans des programmes trop courts de formation à la pratique de sage-femme à moins que, comme au Bangladesh, ce soit pour une période brève de transition, ou dans le cadre d'un plan à long terme de formation en plus grand nombre de sages-femmes comme en Tunisie et dans plusieurs autres pays (sur la Tunisie et le Bangladesh, voir également la partie II). Si l'on ne prête



pas attention à la qualité de la formation des sages-femmes avant l'emploi, la pénurie de sages-femmes qualifiées perdurera. Les élèves sages-femmes obtiendront leur diplôme sans pour autant avoir les compétences techniques et les attitudes professionnelles nécessaires non plus que la capacité de répondre aux besoins des femmes parturientes et des nouveau-nés dans des situations critiques.

S'ils sont de qualité médiocre, les programmes de formation préalable des sages-femmes assombrissent également la perception que la communauté locale peut avoir des sages-femmes diplômées et peut amener les intéressées à renoncer à faire usage des services fournis. Il est en effet des exemples de femmes, avec leurs familles, qui refusent d'utiliser les services fournis localement, compromettant ainsi leur vie et celle de l'enfant à naître, en se déplaçant sur de longues distances pour aller jusqu'à un centre de soins.

Enfin, comme le constatent certains pays comme l'Indonésie, compenser les lacunes de la formation préalable de sage-femme après coup peut se révéler coûteux et prendre du temps. L'amélioration de la formation de sages-femmes nécessite cependant des investissements dans la formation de sages-femmes enseignantes et dans une action visant à rendre la profession intéressante et respectée. Faute de relever le statut de sage-femme, les pays risquent de se retrouver incapables de recruter des élèves sages-femmes ayant le calibre voulu en nombre suffisant. Il demeure difficile de dissuader les sages-femmes de quitter leur profession, ce qu'elles font, quand elles sont les plus capables, pour devenir enseignantes, inspectrices, directrices, ou même responsables de la définition des politiques.

Comme le note l'OMS dans son ouvrage sur la mère et le nouveau-né : "La formation à elle seule ne permet pas d'assurer la fourniture de soins de qualité". L'attitude des soignantes est également décisive<sup>xxxii</sup>. Si l'on ne prête pas attention à la motivation et aux attitudes des soignants, à leur rémunération, à leur charge de travail et à leurs conditions de travail, à l'aménagement de leur carrière, les services fournis risquent de ne pas être de qualité suffisante. On constate en effet que la perception, par les patientes, de la qualité des soins dispensés, mesurée par la performance de la soignante - notamment son attitude et la façon dont elle traite bien ou mal la patiente - peut avoir une plus grande influence sur la consommation des services que l'accès ou les coûts à la charge de l'utilisateur<sup>xxxii</sup>.

Alors que de nombreux programmes de maternité sans risque sont dirigés par des professionnels de la santé publique ou des médecins très compétents, rares sont ceux qui ont des compétences pertinentes, des connaissances techniques tout à fait à jour dans la pratique de sage-femme, et ces médecins ne peuvent donc pas prendre des décisions en connaissance de cause sur le type de formation et l'action à mener pour la formation des sages-femmes. Il est possible que cela explique l'échec des nombreux efforts entrepris pour assurer la formation mais qui n'ont pas donné de résultats durables.

Les programmes de formation comprennent rarement un examen des facteurs qui retentissent sur la performance de la soignante : sa rémunération, l'aménagement de sa carrière, son logement, les bourses d'étude pour les enfants, la délégation d'autorité, la protection juridique, le droit légal de pratiquer des gestes de secourisme vital et la formation nécessaire pour cela, et la délégation de responsabilités. En particulier, la

xxxii : OMS. *Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries*. Programme de la santé maternelle et de la maternité sans risque, Division de la santé familiale, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1994.

xxxii : Andaleeb S.S. Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine* 2001, No 52, p.1359-1370

plupart des programmes ne prêtent pas l'attention voulue à l'amélioration du statut et de la position des sages-femmes professionnelles, non plus qu'à la constitution progressive d'une identité de la profession, pour que celles-ci soient capables de se défendre, établir leur propre réglementation et offrir un soutien mutuel à ses membres.

Pour prendre des décisions sur les meilleurs modèles à suivre, les pouvoirs publics doivent disposer, pour les conseiller, du concours de sages-femmes compétentes et connaissant bien la situation. La plupart des pays auront sans doute besoin d'appliquer une démarche globale à cet effet, pour d'abord former des enseignantes très compétentes, ensuite pour former des sages-femmes cliniciennes pour la supervision, la recherche et la définition des politiques, et enfin des sages-femmes qualifiées, cliniciennes, opérant en milieu communautaire. Toutes ces conditions sont nécessaires pour créer une profession dynamique et qui se renouvelle régulièrement.

On peut espérer que beaucoup sera réalisé au cours des quelques années qui viennent. Beaucoup plus de pays, avec l'aide et l'appui des organismes des Nations Unies tels que l'UNFPA et ses partenaires, mais aussi avec le secteur des ONG - reconnaissent qu'il est important et dans leur intérêt de développer la profession de sage-femme. À mesure qu'ils commencent à investir dans la fonction de sage-femme et autres professionnels ayant les compétences de la pratique de sage-femme, ces pays peuvent s'attendre à voir les progrès s'accélérer dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, ainsi que des nombreuses infirmités qui trop souvent restent associées aux conséquences de la grossesse et de l'accouchement.

*Le droit de pratiquer des gestes de secourisme vital et la formation nécessaire à cet effet, la délégation de responsabilités et en particulier l'amélioration du statut et de la position des sages-femmes et la constitution d'une profession ayant son identité propre, qui puisse préconiser un nouveau renforcement de la pratique de sage-femme, définisse sa propre réglementation et offre un soutien mutuel sont autant d'éléments décisifs pour la formation, en nombre suffisant, de sages-femmes compétentes.*

*Observation finale : la formation, bien souvent, ne suffit pas*



## PARTIE II

### Témoignages de sages-femmes dans les pays du monde



# L'UNFPA apporte son soutien à la valorisation des ressources humaines pour sauver des vies et protéger la santé de la mère et du nouveau-né

---

*“À ce moment décisif de l'histoire, nous devons être ambitieux. Notre ambition doit avoir la même urgence et la même ampleur que les besoins.”*

- Kofi Annan, Rapport du Secrétaire général, *'Dans une liberté plus grande'*, 2005

*“La formation, en nombre suffisant, de soignants nécessaires pour porter à l'échelle voulue les services de santé procréative, maternelle, néonatale et infantile est une tâche urgente et nous sommes convaincus que l'appui de associations professionnelles de soignants sera décisif.”*

- Thoraya Ahmed Obaid, Directrice exécutive de l'UNFPA

L'année 2006 a été importante pour l'UNFPA. Lors du Sommet mondial réuni en septembre 2005, la communauté internationale a reconnu que la couverture universelle des soins de santé procréative était une condition essentielle pour réaliser les ambitieux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Le Sommet mondial a reconnu en outre que tous les accouchements devaient être surveillés par du personnel qualifié, mais que pour cela il faudrait former en nombre suffisant des soignantes ayant les compétences de la pratique de sage-femme. Cela appelle des efforts concertés, novateurs et ambitieux, chaque partenaire devant apporter sa contribution en fonction de ses propres atouts.

Reconnaissant que l'augmentation du nombre et l'amélioration de la qualité des sages-femmes et autres professionnels ayant les compétences de la pratique de sage-femme permettrait de sauver quelque 5 millions de vies de femmes entre aujourd'hui et 2015, empêcher 80 millions de maladies causées par la grossesse ou l'accouchement et sauver la vie d'un très grand nombre de nouveau-nés, l'UNFPA avec ses partenaires, l'OMS et la Confédération internationale des sages-femmes (CISF), a lancé une nouvelle initiative mondiale ayant pour but d'accroître considérablement le nombre de sages-femmes au niveau de chaque pays. L'initiative soutient directement la stratégie en trois points définie par l'UNFPA pour la réduction de la mortalité maternelle, qui suppose un élargissement de l'accès aux soins de planification familiale et aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence, et admet le droit de toutes les femmes enceintes de recevoir des soins qualifiés lors de l'accouchement. Ces soins qualifiés supposent des soignants qualifiés qui, comme le montre clairement le *Rapport sur la santé dans le monde 2006*, sont trop peu nombreux dans la plupart des pays où la mortalité maternelle est élevée.

L'initiative mondiale, reconnaissant la complexité de la tâche visant à faire en sorte que toutes les complications obstétricales et néonatales soient bien traitées par des soignantes compétentes, à prévenir la fistule obstétricale et autres complications obstétricales et à assurer des soins de qualité lors de l'accouchement (thèmes qui ont fait l'objet des *Mortalité maternelle : mise à jour* antérieurs), appelle à améliorer le statut de la profession de sage-femme et à en augmenter le nombre, ainsi que celui

des autres professionnels ayant les compétences de la sage-femme, en particulier au niveau communautaire. L'initiative cherche à aider les pays à dégager des solutions pratiques, peu coûteuses et de qualité pour assurer que toutes les femmes reçoivent bien, en accouchant, des soins de qualité.

### *L'Initiative MOMS*

L'Initiative portant sur la formation de sages-femmes ou autres professionnels ayant les compétences de la pratique de sage-femme (MOMS) a été lancée par l'UNFPA avec ses partenaires l'OMS, l'UNICEF et la Confédération internationale des sages-femmes lors de l'atelier tenu à New York en mars 2006. Cet atelier, le premier de ce type sur la question des ressources humaines, a réuni des sages-femmes venant de pays en développement et de pays industrialisés et des conseillères dans la pratique de sage-femme travaillant au niveau international, pour examiner avec les hauts responsables de l'UNFPA et leurs partenaires les principaux obstacles au développement, dans les pays à faible revenu et en transition, de la profession de la sage-femme, et pour proposer des solutions possibles.

Les obstacles sont bien connus. Ce qui est nouveau est la reconnaissance du fait qu'ils sont dus surtout à l'inégalité entre les sexes. Il s'agit surtout d'une profession féminine, et les sages-femmes se heurtent à différentes difficultés imputables à leurs homologues masculins, non seulement du fait de leur sexe et de questions culturelles liées à la condition de la femme, mais aussi en raison du domaine où elles travaillent, la pratique de sage-femme, qui n'est pas reconnue dans certains pays comme une profession à part entière. Pourtant, c'est le fait que ce sont des femmes, qui assistent d'autres femmes, dans une sorte de coopération, considérée souvent comme très précieuse par les femmes qui reçoivent les soins mais trop souvent méconnue ou dédaignée par le système où elles travaillent.

Après les succès de l'atelier tenu en mars, l'UNFPA avec ses partenaires, l'OMS et la CISF, a organisé le premier Forum international sur la pratique de sage-femme au niveau communautaire à Hammamet (Tunisie) en décembre 2006<sup>xxxiii</sup>. L'atelier s'est achevé par un appel adressé aux pouvoirs publics nationaux, aux organes réglementant la profession, aux associations professionnelles de la santé publique, aux éducateurs et aux collectivités locales dans le monde entier, pour une action urgente et intense visant à assurer l'exercice effectif de la pratique de sage-femme au niveau de la communauté locale (encadré 11),

*L'UNFPA  
apporte son  
soutien à la  
valorisation  
des ressources  
humaines pour  
sauver des vies  
et protéger  
la santé de  
la mère et du  
nouveau-né*

xxxiii : Le Forum a été organisé avec l'appui de l'Agence suédoise pour le développement international (ASDI), du Gouvernement luxembourgeois, du Gouvernement tunisien, de l'Initiative pour l'évaluation des programmes de mortalité maternelle (IMMPACT) de l'Université d'Aberdeen, (Écosse, R.-U.), du Programme Prévenir les décès et infirmités maternels (AMDD) de l'Université Columbia, de *Family Care International* (FCI) et du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH).

### *Encadré 11 - Appel à l'action de Hammamet*

Le Forum, tenu à Hammamet (Tunisie) en décembre 2006, a rassemblé des représentants d'organismes internationaux, des sages-femmes, des infirmières, des médecins, des responsables de la santé publique, des membres d'associations professionnelles et d'organes de tutelle, et des chercheurs venant de 23 pays du monde entier, où les taux de mortalité et de morbidité maternelle et néonatale demeurent beaucoup trop élevés. Après avoir examiné les progrès accomplis et les difficultés constatées au cours des 20 dernières années depuis le lancement de l'Initiative mondiale pour une maternité sans risque, les participants sont parvenus à la conclusion qu'une action intensifiée était nécessaire aux niveaux mondial, régional et national pour former en plus grand nombre des sages-femmes et les aider à accomplir leur travail au contact de la communauté locale.

Des mesures sont nécessaires dans six principaux domaines :

- Les politiques visant à assurer un accès équitable aux soins dispensés par les sages-femmes;
- Des mesures et une réglementation visant à améliorer le nombre, le déploiement, le statut et les conditions de travail des sages-femmes et autres personnes professionnelles ayant les compétences de la pratique de sage-femme;
- Une formation des sages-femmes reposant sur une liste de compétences à acquérir;
- Une supervision mutuelle des soignantes dans ce domaine;
- Un environnement favorable à des soins de qualité, notamment l'équipement, les moyens de communication, les transports d'urgence, un financement adéquat, du matériel et les fournitures indispensables;
- Une surveillance permanente et une évaluation périodique de la profession.

Les résultats du Forum sont utilisés pour dégager des directives à l'intention des pays qui souhaitent accroître le nombre et les capacités des sages-femmes et autres prestataires de soins obstétricaux, les participants ont formulé des recommandations dans ces domaines essentiels.

Étant donné la gravité de la pénurie, presque toutes les équipes de pays de l'UNFPA contribuent aux efforts que font les pays pour renforcer les ressources humaines dans ce domaine, souvent avec le soutien technique des équipes d'appui de l'UNFPA et de ses nombreux partenaires. On trouvera ci-après un bref examen général de certaines de ces activités. Le mandat de l'UNFPA consiste notamment à renforcer toutes les ressources humaines nécessaires pour assurer une bonne santé reproductive de tous les hommes et toutes les femmes : ce travail n'est autre que l'émancipation des femmes et l'élargissement de l'accès des femmes aux soins, en particulier pour sauver la vie des femmes avant, pendant et après l'accouchement. Les exemples que donne la version de cette année de la "Mortalité maternelle : mise à jour" publiée par l'UNFPA portent en particulier sur le renforcement de la pratique de sage-femme.







Ce que disent les sages-femmes dans le monde



# Afrique

---

## 1

La nécessité d'augmenter le nombre des sages-femmes se fait le plus sentir en Afrique, en raison de décennies de sous-investissement et d'une insuffisance de l'autonomie des professionnels de la pratique de sage-femme. À l'exception de certaines parties de l'Afrique du Nord, la plupart des pays admettent que la pratique de sage-femme est un domaine bien défini de la pratique soignante, mais d'ordinaire uniquement à l'intérieur de la profession d'infirmière ou comme spécialisation après une formation élémentaire d'infirmière. Une des rares exceptions est le Congo, qui depuis 1969<sup>xxxiv</sup> dispose d'une école de sages-femmes où l'on entre directement, l'une des rares dans ces cas. Mais les pays francophones représentent généralement les plus graves problèmes dans la région. Ils manquent en particulier d'information et de directives fondées sur des faits, à jour, et notamment de matériels d'enseignement facilement disponibles dans les langues locales.

xxxiv : Chintu M. et Susu B. Role of the Midwife in Maternal Health Care. In Nash B.T., Mati J.K.G. et Kasonde J.M. (dirs. de publ.). *Contemporary Issues in Maternal Health Care in Africa*. 1994, Harwood Academics, Australie.

La profonde pauvreté endémique en Afrique, l'impact du sida et dans beaucoup de pays les conflits compliquent la situation en ce qui concerne la pratique de sage-femme. La pauvreté prive les familles de soins même élémentaires de sage-femme, en particulier dans les campagnes. Le sida menace toute une génération d'adolescentes et de jeunes femmes et appelle donc une action urgente. De nombreuses sages-femmes qualifiées ont quitté la région pour échapper à la guerre ou à la guerre civile. Dans beaucoup de pays, il n'existe pas de normes définissant la formation et la pratique des sages-femmes comme base pour mettre au point non seulement des enseignements de qualité mais également pour superviser et suivre l'activité des sages-femmes. Ce sont là de graves problèmes.

L'UNFPA et ses partenaires se sont attachés à voir réalisée la feuille de route pour la santé maternelle et néonatale, élaborée surtout dans les pays africains, et dont un important élément est la formation de sages-femmes qualifiées. Avec l'assistance de l'UNFPA, beaucoup de pays prennent des mesures semblables à ce que fait le **Burkina Faso**, où des infirmières sages-femmes auxiliaires qui ont reçu une formation de deux ans assurent la plupart des soins pratiqués par les sages-femmes de premier niveau (le Burkina Faso a décidé de ne pas autoriser les accoucheuses traditionnelles à superviser les accouchements et les autorités travaillent avec les accoucheuses traditionnelles pour redéfinir leur rôle). Avec le soutien de l'UNFPA, les gouvernements et les établissements d'enseignement mettent au point des systèmes pour superviser, soutenir et former les soignants à tous les niveaux, en particulier au niveau de la communauté locale. Dans la plupart des systèmes, des niveaux de soins plus élevés surveillent des niveaux moins élevés, avec l'appui d'une équipe de spécialistes appartenant à plusieurs professions, au niveau de l'hôpital.

L'UNFPA soutient les efforts que fait l'OMS et d'autres organismes pour développer à l'échelle de l'Afrique des normes pour la formation et la pratique de sage-femme, qui devraient servir de base à l'élaboration de stratégies visant à renforcer la capacité et le nombre des sages-femmes et améliorer la qualité des soins. Les normes serviront aussi à réaliser des évaluations des besoins et pour la certification des praticiennes. En 2005 et 2006, l'UNFPA a participé à des ateliers régionaux organisés par l'OMS, qui ont fait une liste des compétences principales que doivent avoir les sages-femmes et le personnel professionnel ayant les compétences de la pratique de sage-femme

dans la région. Ces compétences essentielles, qui reposent sur celles élaborées par la CISF, faciliteront le partage des ressources, en particulier des matériels de formation et d'enseignement, la mise en commun des leçons de l'expérience et la promotion de la coopération technique entre pays.

L'actuel programme de travail de l'UNFPA dans la région implique la collaboration de plusieurs partenaires différents et couvre un large ensemble d'activités, depuis un bilan de la morbidité maternelle en **Ouganda** jusqu'au développement d'un programme de formation des sages-femmes au **Soudan**, comme le montrent les exemples ci-dessous empruntés à plusieurs pays prioritaires pour l'UNFPA.

### *1.1 Les soins dispensés par la sage-femme doivent être accessibles aux pauvres et aux habitants des campagnes*

Dans beaucoup de pays pauvres, en Afrique, on suit l'exemple du Burkina Faso, du **Kenya** et du Mozambique. Le Kenya travaille actuellement à un projet expérimental pour accroître l'accès des soins de qualité, en réduire le coût, pour le profit des familles indigentes. Le Kenya a une longue histoire dans le domaine de la pratique de sage-femme et forme des sages-femmes depuis de nombreuses années. Ce pays a élargi la définition de la pratique de sage-femme : par exemple, avec une formation et une préparation appropriée, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer l'aspiration manuelle par ventouse, pour le traitement d'un avortement incomplet. Malgré certaines traditions, la plupart des sages-femmes au Kenya travaillent encore en milieu hospitalier ou dans une clinique.

Avec le soutien de l'UNFPA, le Ministère kényen de la santé mène une action expérimentale pour développer au niveau communautaire ou à domicile la pratique de sage-femme dans deux districts du pays. Le but du projet est de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales en améliorant la qualité des soins dispensés aux femmes dans la communauté pour une grossesse normale, un bon accouchement et de bons soins postnatals. Parmi les objectifs précis de ce projet expérimental figurent les suivants :

- Améliorer l'accès à des soins de qualité dans le contexte socioculturel concerné;
- Accroître les connaissances de la santé procréative qu'ont les femmes, leur partenaire, et la communauté dans son ensemble;
- Aider les femmes à faire des plans en vue de l'accouchement;
- Organiser à l'intention de la mère et du nouveau-né, un soutien prénatal, pendant l'accouchement et pendant la période post-partum, jusqu'à six semaines après la naissance;
- Réduire les coûts pour les femmes, pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum.

Le recrutement et la formation ont commencé en 2006. L'UNFPA apporte son soutien à la formation, distribue des trousseaux pour l'accouchement, des trousseaux MVA, des téléphones mobiles utilisés par les sages-femmes, et mène des activités de surveillance et de supervision.

L'UNFPA et le projet AMDD (Prévenir les décès et infirmités maternels) apportent une aide au **Mozambique** pour augmenter le rôle des sages-femmes, pour tenter de remédier à l'épidémie du sida chez les jeunes femmes et pour réduire la mortalité maternelle et néonatale. Malgré des améliorations sensibles des indicateurs nationaux relatifs à la santé, le système de soins au Mozambique ne touche pas toute la population, dont la grande majorité vit dans des zones rurales. Le Ministère mozambicain de la santé cherche à tirer parti des succès obtenus au niveau du district, notamment dans la province de Sofala, qui ont permis de réduire la mortalité maternelle en augmentant l'efficacité de l'action des établissements de soins en cas d'urgence. Dans la province de Sofala, les hôpitaux ruraux et les centres de soins ont été améliorés, tout comme les transports, les communications et le système d'aiguillage; les ressources humaines ont été développées, en particulier par la supervision du personnel soignant, qui bien souvent est composé d'infirmières spécialistes en santé maternelle et infantile mais ayant aussi des compétences de la pratique de sage-femme. Le personnel de l'UNFPA, comme d'autres, est convaincu que cette supervision, qui vise à aider les soignantes, l'appui logistique plus ferme pour l'obtention de fournitures, de matériel et de médicaments, la meilleure tenue des comptes, ainsi que le suivi et l'évaluation réguliers, expliquent le succès obtenu dans la province de Sofala.

La forte incidence du sida et le grand nombre de jeunes femmes qui sont enceintes chaque année risquent de compromettre ces progrès. Les estimations donnent à penser que 60 % des femmes enceintes ont moins de 20 ans. Le Ministère mozambicain de la santé espère, avec l'aide de l'UNFPA, d'autres organismes et de *Save the Children Norway*, commencer un projet portant expressément sur le sida, dans lequel les sages-femmes auront une action éducative auprès des communautés, en particulier des jeunes femmes, sur la prévention des grossesses non désirées, leur protection contre l'infection par le VIH et la réduction de la violence sexiste. En outre, les sages-femmes et les infirmières ayant des compétences de la pratique de sage-femme aideront, sur le plan pratique, à prendre soin des enfants en bas âge et des femmes vivant avec le sida, et à prévenir la transmission materno-fœtale. Le soutien technique de l'UNFPA a été considérablement accru par une sage-femme suédoise qui travaille étroitement avec ses collègues du Mozambique. L'Agence suédoise pour le développement international (ASDI), qui finance généreusement ses services, agit dans le même esprit en Bolivie et au Bangladesh. Après une évaluation, l'ASDI espère élargir cette coopération.

Pour améliorer la capacité du Mozambique pour ce qui est de la formation des sages-femmes, l'UNFPA a distribué, avec l'OMS, les *Modules pour une maternité sans risque à l'usage des sages-femmes* en portugais (*Manual para Professoras de Enfermagem Obstetrica*). Cet ouvrage est également disponible à Maputo, Beira et Nampula; on espère qu'il sera plus largement distribué en 2007. De petites réunions de discussion ont permis de propager ces modules auprès de celles qui forment les sages-femmes pour leur montrer comment utiliser, dans leurs programmes d'enseignement, les matériaux ainsi produits.

L'UNFPA apporte aussi son soutien à l'organisation de sages-femmes APARMO (*Associação de parteiras de Mozambique*) qui deviendra bientôt membre de la CISF. Enfin, l'UNFPA apporte son aide au Ministère de la santé pour l'examen des programmes d'enseignement dans les écoles de sages-femmes, notamment à l'aide de l'ouvrage de l'OMS et de la CISF intitulé *Strengthening Midwifery Toolkit*. L'UNFPA préconise avec ses partenaires de démontrer l'intérêt potentiel d'un enseignement destiné aux sages-

femmes comme source d'information sur la santé publique, en particulier dans l'optique de la maternité sans risque.

## 1.2 Remédier aux problèmes de l'émigration des sages-femmes qualifiées

Le Malawi est en mesure de former ses propres sages-femmes, mais il doit lutter pour fournir des soins qualifiés lors des accouchements. Au Malawi la mortalité maternelle est l'une des plus élevées au monde. L'ONU estime qu'en 2000 on a compté 1 800 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, alors que les statistiques publiques ne parlaient que de 984 pour 100 000<sup>xxxv</sup>. Quel que soit le chiffre réel, la situation des femmes enceintes et qui accouchent est très mauvaise et ne semble pas devoir s'améliorer dans l'immédiat. Les contraintes qui empêchent le Malawi d'assurer des soins de qualité pendant les accouchements, malgré une proportion assez forte d'accouchements ayant lieu dans des établissements de soins, s'expliquent par le taux très élevé d'émigration des soignantes – en particulier les sages-femmes qualifiées – taux qui est l'un des plus élevés de la région. La médiocrité des conditions de travail et de la rémunération explique aussi qu'il est difficile de conserver les sages-femmes dans leur profession. Les conditions de vie des sages-femmes au Malawi sont difficiles et n'attirent que celles qui ont une vraie vocation, comme le montre un regard rapide sur une journée typique d'une sage-femme au Malawi (voir encadré 12).

xxxv : Malawi, Enquête démographique et de santé, 2004.

Les initiatives prises par le pays pour la maternité sans risque et la santé du nouveau-né comprennent donc des mesures visant à encourager les sages-femmes qualifiées à rester au Malawi. L'UNFPA et ses partenaires, au Malawi, parmi lesquels le *Department for International Development* britannique (DfID) travaillent avec le Ministère de la santé à un plan complet de valorisation des ressources humaines. L'UNFPA aide aussi les institutions de formation à étendre leurs activités de façon à accroître le nombre d'élèves infirmières et élèves sages-femmes et autres soignants. Mais des normes doivent être définies en vue de cette expansion et du travail à entreprendre pour assurer un changement d'échelle du programme d'émancipation communautaire en matière de santé procréative.

## 1.3 Établir des normes pour améliorer la qualité des soins

Les taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles s'expliquent par la médiocrité des soins le plus souvent. Une évaluation récente des services de soins de santé maternelle et néonatale au Zimbabwe effectuée par le Ministère de la santé et de l'enfance, l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA, a montré qu'en 2004, 50 % des centres de soins de santé primaires ne disposaient pas des services d'une sage-femme<sup>xxxvi</sup>. La pénurie est la plus marquée dans les zones rurales. Il est peu probable que la situation se soit améliorée en 2006.

xxxvi: Évaluation des services de santé maternelle et néonatale au Zimbabwe. Ministère de la santé et de l'enfance, UNICEF, UNFPA, OMS, 2005.

C'est là une question très préoccupante étant donné l'importance, au Zimbabwe, de la présence au niveau des centres de soins de santé primaires d'une soignante ayant les compétences de la pratique de sage-femme. La communauté locale dépend en effet des soins de qualité que peut dispenser la sage-femme, qui doit aussi faire comprendre aux habitants que les retards peuvent entraîner la mort de la mère, et qu'il faut donc

rapidement diagnostiquer, traiter les complications, ou les orienter vers un autre centre de soins.

L'évaluation, au Zimbabwe, a également montré que là où il y a bien des soignants, beaucoup d'obstacles retardent les soins, en particulier en cas d'intervention susceptible de sauver la vie. De nombreux médicaments indispensables à cet effet font défaut, il n'y a pas de comptes précis non plus que de moyens de transport pour transporter la patiente faisant une complication vers un centre de soins mieux équipé. L'UNFPA apporte son appui à la profession de sage-femme, en améliorant les compétences des sages-femmes qui pratiquent pour s'assurer qu'elles ont bien les capacités voulues pour dispenser des soins vitaux. La révision de la réglementation de la pratique de sage-femme et de l'infirmière a beaucoup aidé à mener à bien cette action.

Comme le note l'évaluation nationale au Zimbabwe, cependant, la formation ne suffit pas. De nombreux soignants n'ont pas les normes voulues et il n'y a pas de protocole de soins basé sur les faits, et même leur description d'emploi est imprécise. Le pays a la chance d'avoir une base déjà assez solide pour l'exercice de la pratique de sage-femme. L'UNFPA collabore avec les associations professionnelles de sages-femmes, d'obstétriciens et de gynécologues et autres soignants.

### *Encadré 12 – Une journée de la vie d'une sage-femme au Malawi*

Au Malawi, typiquement, la sage-femme est bien sûr une femme et est mariée. Elle commence sa journée à 5 h 30. Elle allume d'abord son feu à l'aide de bois ou de charbon de bois, à moins qu'elle ne vive en ville où elle utilisera alors une cuisinière ou une plaque électrique. Elle s'assure que son mari et ses enfants ont pris leur douche et leur petit déjeuner avant de partir travailler ou d'aller à l'école. Entre ces activités elle se prépare elle-même pour aller travailler.

Elle doit être à son poste, à l'hôpital, 5 à 10 minutes avant que son équipe commence à travailler, à 7 h 30. Si elle a de la chance, elle a peut-être une petite chambre à l'hôpital, mais bien souvent les sages-femmes doivent marcher 30 à 45 minutes ou utiliser les transports en commun, si elles peuvent se le permettre.

Dans une maternité active, il y a normalement deux sages-femmes dans une équipe, mais il n'est pas rare qu'une sage-femme doive travailler toute seule toute la journée. On s'attend à ce qu'elle prenne soin de pas moins de 30 patientes par jour : admettre les patientes à la clinique, mener un examen médical, surveiller le travail, réaliser l'accouchement et s'occuper de la troisième étape et des soins immédiats à donner au nouveau-né. S'il y a eu césarienne, elle va à la salle d'opération pour recevoir le nouveau-né. Elle peut avoir à s'occuper de 10 accouchements ou plus chaque jour.

Il lui appartient aussi de s'assurer que des soins sont dispensés aux patientes présentant un risque élevé, par exemple en cas de pré-éclampsie ou d'éclampsie. Idéalement, un médecin obstétricien est censé réaliser l'accouchement s'il présente des risques, ou du moins il doit être présent. Au Malawi, cette assistance est un luxe, ce qui signifie que la sage-femme assume ces responsabilités. Elle doit donc maîtriser plusieurs compétences différentes, à savoir gérer une présentation par le siège, ou une naissance multiple, par exemple, ou réaliser une extraction par ventouse en cas de fausse-couche, ou s'occuper de complications obstétricales comme d'enlever un placenta retenu. Il arrive qu'elle n'ait pas les ressources élémentaires à sa disposition et doive donc improviser, de façon que certains soins au moins soient dispensés à la parturiente et au nouveau-né.

À 17 heures, la sage-femme passe la main à sa collègue de l'équipe de nuit. Elle rentre chez elle à 18 heures, ses enfants l'attendent et, comme au Malawi la plupart des sages-femmes sont bien des femmes mariées, un mari qui attend aussi. Les mêmes tâches domestiques que le matin l'attendent à la fin de sa journée. Pour une activité aussi lourde, pour des responsabilités aussi importantes qui permettent de sauver des vies, la sage-femme au Malawi ne touche en moyenne que 100 dollars par mois.

Malgré tous ces inconvénients, les sages-femmes au Malawi continuent à remplir leur devoir sans défaillance, avec diligence. Elles considèrent qu'elles ont répondu à une noble vocation, qu'elles assument des responsabilités professionnelles et morales qui sont celles d'aider les jeunes mères et leur famille. Mais il n'est pas surprenant que certaines sages-femmes aient préféré émigrer vers d'autres pays où les conditions de travail et la rémunération sont meilleures, et où l'environnement même du travail est plus favorable.



# 2

En Asie et dans le Pacifique, les pays pauvres ont rarement constitué un cadre de "sages-femmes" spécialisées et désignées comme telles. Dans la plupart des pays, l'enseignement de la pratique de sage-femme se confond avec l'enseignement de la pratique de l'infirmière. Comme dans d'autres régions, certains pays ont organisé un enseignement dispensé aux infirmières qui souhaitent se spécialiser dans la pratique de sage-femme. Quelques pays offrent pourtant un enseignement direct de la pratique de sage-femme, mais habituellement à des filles qui n'ont pas les qualifications voulues pour entrer dans une école d'infirmière. Ces programmes durent habituellement entre un an et 18 mois. Généralement ils ne prêtent pas assez attention à la réflexion critique et à la capacité de prendre des décisions, non plus qu'aux gestes vitaux – même si la formation a surtout pour but d'aider les sages-femmes qui vont travailler à domicile dans les communautés locales, où elles sont d'ailleurs souvent la seule soignante, tout soutien étant généralement inexistant. L'UNFPA et ses partenaires travaillent avec diligence avec les ministères de la santé de ces pays pour aider à remédier à ces lacunes. L'UNFPA reconnaît aussi qu'au moins dans l'avenir immédiat, les sages-femmes travaillant à domicile et autres professionnels ayant les compétences de la pratique de sage-femme devront assurer le service dans les villages, où vit l'essentiel de la population.

**Le Bangladesh, le Népal et l'Inde** ont des soignantes polyvalentes formées à la pratique de sage-femme plutôt que des sages-femmes travaillant à domicile en tant que tel – ce sont les infirmières-sages-femmes auxiliaires, ou encore, au Bangladesh, la visiteuse familiale, auparavant désignée sous le nom de visiteuse sanitaire. La plupart de ces soignantes auxiliaires polyvalentes n'ont reçu qu'une formation préalable de 18 mois, mais, comme pour les programmes d'enseignement des infirmières, l'enseignement de la pratique de sage-femme est souvent très limité. Par exemple, l'enseignement ne dure que 14 semaines dans le programme ANM au Népal<sup>xxxvii</sup>. Avec l'aide des partenaires en santé publique, dont l'UNFPA, le Népal renforce actuellement son programme. Le **Pakistan** d'autre part commence tout juste à introduire, avec l'aide de l'UNFPA et d'autres partenaires, un enseignement de la pratique de sage-femme opérant à domicile.

Au **Népal**, l'UNFPA participe à la réalisation d'un plan national visant à introduire à la fois une spécialisation d'un an en pratique de sage-femme pour les infirmières, et à un programme d'entrée directe plus long (trois ans) à l'intention des femmes qui souhaitent devenir sages-femmes, en travaillant surtout à domicile. Pour s'assurer que toutes les élèves sages-femmes reçoivent une formation pratique, et qu'il y a donc un nombre suffisant de patientes, le Népal investit dans des maternités qui sont dirigées par les sages-femmes. Ces maternités se sont révélées tout à fait populaires et sont largement utilisées par les futures mères.

En Asie du Sud-Est, par exemple, au **Cambodge**, en **RDP lao** et au **Viet Nam**, l'enseignement de la pratique de sage-femme laisse beaucoup à désirer. Dans ces pays on s'efforce pourtant aussi de répondre au problème. Au Cambodge par exemple, l'UNFPA et ses partenaires aident le Ministère de la santé à procéder à un examen complet de la situation de la profession. Parmi les autres pays à faible revenu de la région, l'**Indonésie** s'est signalée par la qualité de la formation de ses sages-femmes.

xxxvii : OMS/Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est. Évaluation des besoins pour une maternité sans risque au Népal, décembre 2004.

La réglementation et l'accréditation de la profession est un autre problème majeur dans beaucoup de pays d'Asie du Sud et de l'Est, où, dans la majorité des cas, le système de réglementation de la profession de sage-femme est encore fragile ou entièrement absent, en particulier au niveau de la communauté locale, la plupart des accouchements ayant lieu à domicile. En **Afghanistan**, l'UNFPA travaille activement à l'organisation d'une formation de sages-femmes, d'une réglementation de leur profession, et il encourage la nouvelle association professionnelle de sages-femmes.

Parmi d'autres initiatives soutenues par l'UNFPA il faut citer le développement et la mise en œuvre d'un dialogue sur les politiques et le changement, comme en **Inde**, qui autorise désormais la formation d'infirmières-sages-femmes auxiliaires qui assurent l'essentiel des soins dans les villages, pour qu'elles puissent pratiquer certains gestes obstétricaux d'importance vitale. L'Inde s'est également engagée dans un petit projet expérimental qui vise à former des infirmières-sages-femmes professionnelles capables d'intervenir à la fois à l'hôpital et à domicile. Ce programme n'a pas encore reçu l'agrément national et les infirmières-sages-femmes praticiennes n'existent que dans quelques États de l'Inde.

Pour encourager au niveau régional le dialogue et la mise en commun des données d'expérience, l'UNFPA apporte son appui à plusieurs activités d'ambition régionale, en commençant par un atelier sur les accoucheuses qualifiées à Islamabad (Pakistan) en 2004 (voir encadré 13). L'équipe des services techniques pour l'Asie du Sud et de l'Ouest a également apporté des informations techniques au secrétariat de l'Association pour la coopération régionale en Asie du Sud (SAARC) en vue d'investissements consacrés à la formation d'accoucheuses qualifiées. L'UNFPA et ses partenaires prennent des mesures énergiques pour fournir une assistance technique pratique à plusieurs pays de la région, comme on va le voir plus bas.

### *Encadré 13 – La mise en commun de données d'expérience dans le renforcement des capacités de la profession de sage-femme*

En 2004, l'équipe des services techniques dans les pays de l'UNFPA, en Asie du Sud et de l'Ouest, a organisé à Islamabad (Pakistan) une réunion pour examiner la question des accoucheuses qualifiées. On s'est mis d'accord sur l'idée que les compétences attendues des accoucheuses qui aident les femmes à domicile à accoucher dans leur famille : les naissances à domicile représentent 50 % des accouchements de la plupart des pays de la région. La réunion est parvenue à la conclusion que moyennant une formation adéquate et une supervision auxiliaire, les sages-femmes et autres professionnels ayant les compétences de la pratique de sage-femme, travaillant au niveau local, peuvent contribuer à l'effort national de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales. Les éléments essentiels sont une formation adéquate, une réglementation plus rigoureuse et un système d'accréditation des sages-femmes qualifiées. La réunion a également estimé que les efforts visant à renforcer l'accès aux services de soins obstétricaux d'urgence en cas de complication doivent aller de pair avec un renforcement des soins de base dispensés à domicile à la parturiente, afin de faciliter de meilleures

décisions, par les familles, et éviter les retards dans la demande d'un traitement, retard qui, dans la région, souvent entraîne la mort de la mère.

En 2005, pour donner suite à l'atelier tenu à Islamabad, le Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud et de l'Est a organisé un nouvel atelier interrégional pour examiner ce qu'il faut faire pour renforcer la réglementation et la certification des sages-femmes exerçant à domicile et autres professionnels ayant les compétences de la sage-femme. L'atelier a préconisé l'adoption de normes régionales pour la formation des sages-femmes communautaires, et une action régionale pour l'adoption de systèmes appropriés de réglementation et d'accréditation de la profession. Convenant qu'un système d'accréditation était essentiel pour assurer la qualité des soins, les participants ont demandé un soutien technique pour organiser des ateliers de suivi au niveau des pays afin d'aider à mettre au point leur propre cadre de règles, en suivant les directives régionales. Les participants ont demandé à l'UNFPA et à l'OMS de les aider à faire adopter une législation de la pratique de sage-femme reposant sur le droit de toutes les femmes de recevoir des soins par une sage-femme qualifiée et reconnue comme tel. Ces pays ont estimé que si les femmes ne savent pas qu'elles ont le droit de recevoir des soins qualifiés, il sera difficile d'augmenter la demande et l'utilisation des services dispensés par les sages-femmes dans les pays où l'émancipation de la femme fait toujours problème.

## *2.1 Accroître le nombre des sages-femmes dans les villages*

Le **Bangladesh** reste l'un des rares pays de la région où l'espérance de vie à la naissance est moins élevée pour les filles que pour les garçons. Alors que la fécondité et la mortalité infantile ont baissé, les taux de mortalité et de morbidité maternelles n'ont que légèrement décliné, les derniers chiffres disponibles établis à partir d'un échantillon à l'échelle du pays faisant état encore de 320 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, ce qui contribue directement à un taux de mortalité néonatale élevé.

Le Bangladesh compte 140 millions d'habitants; il doit appliquer des méthodes différentes pour remédier à l'énorme écart qui existe entre les sages-femmes disponibles et le nombre de sages-femmes nécessaires pour que toutes les femmes et tous les nouveau-nés reçoivent au moment de l'accouchement les soins de qualité voulus. Plusieurs catégories de soignants qualifiés dispensent bien les services de la pratique de sage-femme, en particulier les infirmières et les visiteuses familiales, mais rares sont celles qui supervisent un accouchement à domicile. Plusieurs évaluations ont montré que la plupart des soignantes n'ont pas les connaissances nécessaires pour assurer la pratique de sage-femme, en particulier pour ce qui est de sauver une vie. Alors que les centres de soins publics existent à tous les niveaux, y compris au niveau du groupe de village, plus de 90 % des accouchements sont toujours réalisés à domicile par des accoucheuses traditionnelles ou des parentes, sans qu'une accoucheuse qualifiée soit présente sur place. Ces auxiliaires ne sont pas formées pour reconnaître les facteurs de risque pendant la grossesse et l'accouchement et pour y donner la réponse voulue.

Le Bangladesh forme des accoucheuses communautaires qualifiées pour résoudre ce problème avec l'aide de l'OMS (qui a réalisé la première évaluation des besoins) et de l'UNFPA. Le programme pilote a été mené comme programme national conjoint de

formation par le Gouvernement du Bangladesh avec l'aide de l'OMS et de l'UNFPA. Le Pakistan prend des mesures similaires pour accroître le nombre de sages-femmes se rendant à domicile, dans le cadre d'un ensemble complet de mesures d'intervention pour améliorer les communications et les moyens de transport.

## 2.2 Qu'est-ce qu'une accoucheuse qualifiée communautaire?

L'accoucheuse qualifiée communautaire est une soignante certifiée qui doit avoir été à l'école pendant 10 ans au moins, avoir été formée comme assistante sociale ou comme aide-soignante et avoir terminé avec succès son cours de formation. Les accoucheuses qualifiées communautaires ont des connaissances suffisantes pour assurer les principaux gestes de la profession de sage-femme et les connaissances nécessaires pour gérer les grossesses normales (sans complications) et les accouchements normaux, pour dispenser des soins aux mères et aux nouveau-nés immédiatement après la naissance et pour diagnostiquer les complications et, avant de les adresser à un médecin, de fournir à la mère et au nouveau-né de premiers secours.

Après révision en 2005, cet enseignement englobe désormais un cours de base de six mois, une période pratique définie par un ensemble d'objectifs et un certain nombre d'accouchements à réaliser, qui prépareront les accoucheuses à un cours complémentaire de trois mois. Ce cours principal de six mois et le cours complémentaire de trois mois consistent à l'enseignement de modules définis par diverses compétences, à l'aide des techniques d'enseignement des adultes. Une fois l'enseignement achevé, les accoucheuses qualifiées communautaires sont certifiées comme telles et enregistrées au Conseil de la profession d'infirmière du Bangladesh. L'UNFPA et l'OMS s'attachent à renforcer la capacité du Conseil de régler et d'encourager cette nouvelle catégorie professionnelle (voir encadré 14).

### *Encadré 14 - La vie quotidienne des sages-femmes au Bangladesh*

Les deux courts extraits suivants recueillent les propos d'une accoucheuse qualifiée communautaire et d'une visiteuse familiale. Ils donnent une image vivante du travail des sages-femmes au Bangladesh.

#### *Une journée de la vie d'une accoucheuse qualifiée communautaire*

"Je travaille comme accoucheuse qualifiée dans un village isolé du Bangladesh. Chaque jour je dois traverser plusieurs cours d'eau pour me rendre à mon travail, qui comprend plusieurs choses différentes. Parfois je m'occupe de vaccination, parfois de distribuer des sels de réhydratation par voie orale, mais le plus souvent je m'occupe d'accouchements. C'est ce qui me plaît le plus. Quand j'ai réalisé mon premier accouchement, j'ai trouvé que c'était l'événement le plus extraordinaire de ma vie. L'une de mes principales tâches est aussi d'organiser de petites réunions dans les cours pour enseigner aux familles comment se préparer à l'accouchement, comment bien se nourrir quand on est enceinte (*uttan boitok*) et de conseiller les femmes enceintes et leurs belles-mères. Je leur demande, à ces réunions, de m'appeler quand le travail commence. Je suis disponible à tout moment, on peut m'appeler à toute heure. Je tiens à partager mon expérience.

“Un matin de juin, vers 4 heures, le mari d’une patiente fait appel à moi. Je me rends à leur domicile, j’écoute la femme, et on me dit que le travail a commencé vers 23 heures. J’examine la patiente et vois que le col est bien dilaté mais que la présentation du fœtus est très peu avancée : je ne parviens pas à l’atteindre avec la main. L’abdomen est gros. Les mouvements fœtaux et le bruit du cœur du fœtus sont normaux. Après avoir attendu quelque temps je vois que le travail ne progresse pas. J’explique à la famille que le travail est ralenti par un obstacle et lui recommande d’envoyer la patiente à l’hôpital du district, car il n’est pas possible de faire un accouchement de ce type à domicile, cela risque de mettre en péril la vie de la mère et de l’enfant. Initialement, ils ne veulent pas envoyer la patiente à l’hôpital. Après une longue discussion, je parviens à les convaincre de le faire. La consultante examine la patiente et ordonne immédiatement une césarienne. La famille l’accepte. La césarienne est faite et l’enfant, qui pèse 4,5 kg est en pleine santé. Pour sauver la vie de la mère et du nouveau-né, nous sommes en première ligne. Je pense que j’ai beaucoup de chance de faire ce travail.”

### *Une visiteuse familiale ayant des compétences de sage-femme raconte son histoire*

*Les visiteuses familiales sont en poste dans les centres de soins et de bien-être familial, où sont reçues certaines patientes que leur adressent les accoucheuses qualifiées. Les visiteuses familiales peuvent aussi, sur demande, surveiller les accouchements à domicile. On a recueilli ici les propos de l’une d’elles qui, en 2004, a reçu une formation de sage-femme.*

“Je m’occupe d’environ 14 à 15 accouchements chaque mois, 4 ou 5 ayant lieu au domicile. Quand on vient me consulter pour des soins prénatals, je précise toujours que j’ai reçu une formation et que je peux aider la jeune femme à accoucher à la clinique ou à domicile pendant le travail.

“Un jour, alors que je travaillais au centre de santé et de bien-être familial, arrive une patiente à qui j’avais déjà dispensé des soins prénatals. Elle était enceinte pour la première fois, et elle était arrivée à son terme. Le travail avait commencé et l’accoucheuse traditionnelle se trouvait au domicile. Celle-ci l’a examinée, elle pouvait toucher les doigts de l’enfant et elle a emmené la patiente jusqu’au centre de soins. J’avais peur quand je l’ai reçue, car il n’y a pas d’installation pour pratiquer la césarienne au centre. J’ai aussi senti la main et la tête de l’enfant mais il n’y avait pas de temps pour aiguiller la patiente vers une clinique. J’avais aussi compris lors de l’examen qu’il s’agissait de jumeaux et je l’ai dit à sa famille. J’avais peur et j’ai attendu, mais j’ai donné à la femme une perfusion intraveineuse d’une ampoule d’oxytocine. Le premier bébé est né avec une présentation normale, et le second a suivi sept minutes plus tard de la même manière. Ils étaient grands, l’un pesait 2 750 gm et l’autre 2 500 gm. Il n’y avait pas de saignement, mais je craignais une hémorragie post-partum car le placenta était bien gros. J’ai donné à la parturiente deux ampoules d’oxytocine par voie intramusculaire et j’ai vu qu’elle allait bien. J’étais heureuse de voir que tout avait bien marché, mais je sens tout de même qu’il me faut une formation complémentaire sur les soins à donner aux nouveau-nés et sur la réanimation.”

Au **Pakistan**, l'UNFPA aide les autorités à développer les services et à faire en sorte que les soins répondent mieux aux besoins de la mère et du nouveau-né, en particulier dans les campagnes. Par exemple, l'UNFPA apporte son soutien au nouveau programme, d'une durée de 18 mois, de formation de sages-femmes communautaires (voir encadré 15). En dehors du soutien technique et logistique, et notamment de l'organisation d'une formation de perfectionnement pour les enseignantes de la pratique de sage-femme au niveau du district et la remise en état de plusieurs écoles de sages-femmes, l'UNFPA organise un stage de perfectionnement professionnel pour le personnel; il s'occupe aussi de la création de capacités dans les établissements qui traitent des complications maternelles et néonatales et cherche à augmenter la capacité des établissements de soins vers lesquels sont aiguillées les complications.

1. **L'UNFPA soutient une formation de perfectionnement professionnel** : l'UNFPA et ses partenaires en santé publique ont organisé une formation complémentaire pour les sages-femmes déjà employées. Dans les districts aidés par l'UNFPA on a mis l'accent sur la formation de sages-femmes par des médecins de l'hôpital de district.
2. **Promotion d'interventions en maternité sans risque** : le projet consiste à aider le Gouvernement pakistanais à former certaines soignantes communautaires bien choisies à la pratique de sage-femme, dans le cadre du programme national de soins de santé primaires et de planification familiale. Les sages-femmes qui travaillent déjà dans les zones retenues pour le projet bénéficieront d'une formation de perfectionnement et participeront au programme national de soins de santé primaires et planification familiale. La population rurale concernée est composée, dans chaque zone, de 2 000 à 5 000 personnes selon la géographie locale. Le projet s'étendra à d'autres districts, à mesure que le programme national se développera. En outre, le projet aidera à sensibiliser la population locale au problème de la santé maternelle, aidera à mettre en place un système d'aiguillage pour les soins obstétricaux d'urgence de base et complets, aidera à former le personnel nécessaire et renforcera les écoles de sages-femmes et les districts retenus.
3. **Appui au développement des ressources humaines et innovations ciblées** : pour remédier à la pénurie aiguë de spécialistes qualifiés et organiser 24 heures sur 24 un système de soins obstétricaux d'urgence de base et complets, l'UNFPA organise une formation en cours d'emploi et verse les salaires des gynécologues, anesthésistes, médecins de sexe féminin, infirmières et visiteuses sanitaires (il s'agit d'agents féminins de la santé, de l'anglais *lady health workers*) dans les établissements de soins de premier et deuxième niveaux. Cette aide est progressivement remplacée par les efforts des pouvoirs publics. Après avoir achevé leur formation, les élèves sages-femmes sont détachées par rotation pendant un mois depuis les établissements hospitaliers tertiaires dans les hôpitaux de district pour recevoir une formation aux soins obstétricaux d'urgence et pour améliorer leurs compétences.
4. **Amélioration des systèmes de communication pour sauver la mère et le nouveau-né** : les visiteuses sanitaires reçoivent une formation pour être à même de repérer les risques que représente une grossesse et aiguiller les cas compliqués vers des établissements appropriés. Il est essentiel d'établir un bon système de communication entre ces visiteuses et les établissements de soins pour faciliter cet aiguillage et utiliser au mieux les services de soins maternels, néonataux et infantiles.

Des négociations sont en cours avec les compagnies de téléphone pour assurer gratuitement un raccordement fixe ou mobile au profit de ces visiteuses pendant l'aiguillage des patientes vers les établissements de soins appropriés. L'utilisation commerciale du téléphone par le public sera, pour les visiteuses sanitaires, une source de recettes.

5. **Relance des comités villageois de la santé publique** : chacune des visiteuses sanitaires compte, dans la zone de son travail, un comité villageois de santé publique et une association de femmes. Pour améliorer la participation de la collectivité locale, ces visiteuses sanitaires sont encouragées à organiser chaque mois des réunions de comités villageois de santé publique pour discuter des problèmes de santé maternelle et néonatale et proposer des solutions. L'équipe du centre de soins voisin participe à la réunion et organise un stage médical gratuit au sein même de la communauté locale. Cette activité a encouragé la participation des femmes des villages aux interventions de santé maternelle et néonatale et accru le degré d'utilisation des services des centres de soins.
6. **Aide de l'UNFPA à la mise en place d'un système d'ambulance à radio-téléphone** : les ambulances des hôpitaux ont été réparées pour permettre le transport rapide des patientes de leurs villages aux centres de soins et du centre de soins de premier niveau à un établissement de niveau plus élevé. Les autorités des districts ont financé le système de radiotéléphone des ambulances

#### *Encadré 15 – L'UNFPA apporte son appui à un enseignement de la pratique de sage-femme au niveau des villages au Pakistan*

Après des consultations approfondies, le Conseil pakistanais des infirmières (*Pakistan Nursing Council*) et l'UNFPA ont mis au point, en 2005, un nouveau programme communautaire d'enseignement de la pratique de sage-femme. L'UNFPA, avec l'aide de la Confédération internationale des sages-femmes et de la société John Snow Inc., a également aidé le Conseil pakistanais à élaborer un manuel de formation qui sera traduit en urdu et en sindhi. L'UNFPA participe ainsi à la formation de 48 sages-femmes enseignantes de district, dans les 10 districts retenus par l'UNFPA, et contribue au renforcement des écoles communautaires de sages-femmes et des centres de formation, ainsi qu'à la création de centres de formation spécialisée de sages-femmes.

### *2.3 Nécessité d'un plaidoyer et d'un soutien de haut niveau aux sages-femmes*

Beaucoup de pays de la région n'ont pas l'expérience de la pratique professionnelle de la sage-femme, il faut donc qu'on fasse plus largement connaître et apprécier la valeur des sages-femmes dans la lutte contre la mortalité maternelle. Les équipes de l'UNFPA dans les différents pays ont activement contribué à la solution de ce problème, en particulier auprès des hommes politiques, comme au Cambodge, ainsi qu'auprès du public comme au Bangladesh (voir encadré 16).

### *Encadré 16 – Célébration de la Journée internationale de la sage-femme*

Le Bangladesh a célébré le 5 mai la Journée internationale de la sage-femme, pour la première fois en 2006. L'Association des infirmières et le Conseil des infirmières, soutenus par l'UNFPA, ont organisé des rassemblements de sensibilisation à Dhaka et Comilla, et cette manifestation a été suivie par un séminaire d'une demi-journée qui a abouti à la formation d'un groupe de travail sur les problèmes de la pratique de sage-femme.

Le **Cambodge** a réintroduit la formation des sages-femmes en 1999 seulement, alors que le pays sortait d'une des périodes les plus troublées de son histoire. Les nombreuses années de guerre et de troubles et la cessation de la formation de sages-femmes pendant six ans ont laissé au Cambodge une énorme pénurie de sages-femmes. Trois femmes enceintes seulement sur 10 ont accès durant l'accouchement à des soins dispensés par une sage-femme ou un autre soignant qualifié ayant les compétences de la pratique de sage-femme, et neuf accouchements sur 10 ont encore lieu à domicile. Dans certaines régions rurales du pays, la proportion d'accouchements surveillés par une sage-femme ou une soignante qualifiée est plus faible encore.

Avec une couverture aussi faible, il n'est donc pas surprenant que la mortalité maternelle au Cambodge reste l'une des plus élevées de la région, à 437 pour 100 000 naissances vivantes. Des estimations assez grossières montrent que pour assurer 80 % d'accouchements surveillés par une sage-femme, il faudrait former plus de 1 000 sages-femmes supplémentaires. Un programme d'un an spécialement conçu a commencé en 2005, il formera près de 200 nouvelles sages-femmes par an; mais on craint que cela reste encore très en deçà des besoins. Un tiers des sages-femmes cambodgiennes atteindront d'ailleurs l'âge de la retraite au cours des cinq prochaines années, ce qui rend la tâche plus difficile encore.

Le Cambodge donne la priorité à une amélioration des soins de santé procréative, maternelle et infantile et à l'augmentation du nombre des sages-femmes. Ces priorités sont bien mises en évidence dans le Plan cambodgien pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et dans le Plan de développement national 2006-2010. Ces objectifs ont été réaffirmés avec vigueur lors d'une réunion de deux jours sur la pratique de sage-femme au Cambodge, organisée conjointement par le Gouvernement et par l'UNFPA en décembre 2005; cette réunion a rassemblé des responsables de la politique médicale, des sages-femmes, notamment des représentantes de l'Association des sages-femmes cambodgiennes et les partenaires de développement, pour examiner ce qui pourrait être fait pour améliorer la situation de la profession au Cambodge. La réunion a abouti à des décisions de remédier à la pénurie nationale de sages-femmes, et notamment à un accord en vue de la réalisation d'un bilan complet de la profession.

Ce bilan, réalisé entre juillet et septembre 2006, a proposé des mesures à prendre pour accroître la proportion de sages-femmes, améliorer leurs compétences, pourvoir au recrutement, à la conservation et au déploiement des sages-femmes, notamment par des incitations et des moyens de rendre la profession plus attrayante. Ce bilan, soutenu financièrement par l'UNFPA, avait le soutien non seulement de tous les acteurs du secteur de la santé mais aussi d'autres secteurs, en particulier le Ministère de l'éducation, de la jeunesse et des sports et le Secrétariat d'État à la fonction publique. Le



bilan a permis de dégager un consensus sur les mesures à prendre pour que les soins de santé procréative soient dispensés au profit des femmes et de tous les nouveau-nés.

Le travail que mène l'UNFPA sur la condition de la femme, qui vise à assurer un espacement des naissances avec des soins de qualité et à protéger la santé procréative des adolescentes, ne pourra que concourir à une augmentation du nombre et des capacités des sages-femmes au Cambodge. Le travail mené sur la santé procréative des adolescentes, est particulièrement important étant donné le nombre de jeunes qui seront bientôt en âge de procréer dans ce pays. Le nombre énorme d'adolescentes menace en effet de compromettre les efforts que mènent les pouvoirs publics pour dispenser des soins de santé à toute la population. Il sera essentiel de retarder l'âge du mariage et de la première grossesse pour donner au Ministère de la santé assez de temps pour accroître le nombre de sages-femmes et de centres de soins. Le Bureau de l'UNFPA au Cambodge travaille déjà avec le Ministère de la santé et avec l'Association des sages-femmes cambodgiennes pour organiser un forum de suivi sur la pratique de sage-femme au Cambodge, qui examinera les recommandations établies lors de la réunion de 2005 et les conclusions et propositions du bilan détaillé.

#### *2.4 Les sages-femmes dispensent des soins intégrés de santé procréative de qualité*

En **Mongolie**, comme au Népal, l'UNFPA et ses partenaires aident le Ministère de la santé à mettre à jour et à approfondir les compétences des sages-femmes qui leur permettront de dispenser des soins généraux de santé procréative. Les services que les sages-femmes offrent sont les soins prénatals, les conseils et services de planification familiale, le maniement du partogramme, l'observation des règles de prévention de l'infection, l'assistance aux médecins dans la gestion des complications obstétricales et dans les soins dispensés pendant l'accouchement, la réanimation des nouveau-nés et l'allaitement au sein. En outre, les sages-femmes tiennent les dossiers médicaux des jeunes mères et des nouveau-nés.

En Mongolie comme au Népal, comme d'ailleurs dans d'autres pays de la région, en l'absence du médecin c'est la sage-femme qui doit pouvoir surveiller l'accouchement, et notamment stabiliser une patiente en situation difficile et l'aiguiller vers un hôpital central en cas de complications pour la mère ou l'enfant.

En Mongolie, entre 1997 et 2006, l'UNFPA a aidé à procéder à un bilan des besoins de formation de sages-femmes, à mettre au point des modules de formation portant sur les soins essentiels et les soins obstétricaux d'urgence, et assurer la formation de formatrices et la formation locale de sages-femmes. Le programme de cette formation inclut la planification familiale, la mise à jour de la pratique obstétricale; la prévention de l'infection et le traitement des MST. Plus de 90 % des sages-femmes dans les districts aidés par l'UNFPA ont ainsi reçu cette formation. Des directives cliniques de santé procréative adaptées au contexte de la Mongolie ont été diffusées auprès de toutes les sages-femmes.

En 2005, la Faculté de médecine de Mongolie et l'UNFPA ont, ensemble, examiné le programme de base d'enseignement de la santé procréative en début de formation médicale. Certaines de leurs conclusions sont les suivantes :

- Les manuels de formation sont insuffisants;
- On continue à utiliser un manuel traduit du russe mais qui porte surtout sur les soins curatifs plutôt que préventifs;
- Il faut fournir aux établissements de formation du matériel de formation pour l'acquisition de compétences cliniques;
- Il y a trop d'étudiants à l'hôpital au même moment, ce qui compromet la qualité de la formation et surcharge les installations médicales.

Avec l'assistance technique de l'UNFPA et de spécialistes détachés par la *New South Wales University* (Australie), la Faculté de médecine de Mongolie a mis au point un nouveau programme de formation de base pour la santé procréative, que les écoles d'infirmière utilisent désormais systématiquement dans les stages de formation qu'elles organisent.

En 2006, le Bureau régional de l'UNFPA dans la partie ouest de la Mongolie a réalisé une évaluation des besoins de formation des sages-femmes dans la province de Khovd, l'une des provinces retenues par l'UNFPA à cet effet. Les principales conclusions sont les suivantes :

- 76 % des soins de santé procréative au niveau des *soums* (arrondissements) sont le fait des sages-femmes.
- Alors que le projet a formé des sages-femmes à la santé procréative, il faut prévoir un perfectionnement professionnel et un complément de formation pratique.
- Les sages-femmes doivent participer plus largement à l'échange de données d'expérience et ont tout intérêt à s'enseigner mutuellement des pratiques.

Le bilan constatait qu'il fallait faire participer un plus grand nombre de sages-femmes à l'échange de données d'expérience, mais les sages-femmes, depuis 1994, assistent aux séminaires de la Fédération mongole d'obstétrique et de gynécologie. Par exemple, l'Association d'obstétrique et de gynécologie a organisé en 2005 une réunion préalable à un congrès sur "l'amélioration de l'apprentissage de la pratique médicale par l'échange de données d'expérience entre femmes" à Ulaanbaatar, et cette réunion a rassemblé 150 obstétriciens et sages-femmes de 21 provinces et de neuf districts du pays. Pendant cette réunion préparatoire, la Fédération a créé un fonds de financement de l'éducation, avec un apport initial de 4 000 dollars pour mettre au point des stratégies afin d'accroître le nombre des sages-femmes en Mongolie. Une association de sages-femmes a maintenant été établie dans plusieurs provinces et dans la capitale.

Au **Népal**, l'UNFPA travaille avec le Ministère de la population et de la santé publique pour élaborer un plan de stratégie détaillé visant à former en nombre suffisant des sages-femmes qualifiées. À l'appui de la politique nationale de la maternité sans risque de 1998, le Bureau de l'UNFPA au Népal continue à soutenir un enseignement élémentaire et de perfectionnement à l'intention des infirmières-sages-femmes auxiliaires et des soignantes en santé maternelle et infantile pour améliorer les capacités des sages-femmes en général. Ces soignantes sont effect les seules qui soient présentes au niveau de la communauté locale et dans les zones reculées du pays, à avoir reçu une

formation leur permettant d'aider les femmes à accoucher. Ces soignantes offrent aux habitantes des campagnes des soins de santé de la procréation, notamment des soins pour une grossesse normale et un accouchement normal et des premiers secours en cas de complication obstétricale. Elles sont habilitées à reconnaître les complications, à stabiliser la patiente et à l'adresser à un hôpital central ou un centre de soins adéquat.

Pour équiper ces différentes soignantes de façon qu'elles puissent dispenser des soins durant l'accouchement, qu'il ait lieu à domicile ou dans un établissement local, une trousse essentiellement conçue pour traiter les soins obstétricaux d'urgence est distribuée à chaque élève sage-femme à l'achèvement de son stage de perfectionnement professionnel.

Dans le cadre de sa contribution au développement d'une politique de multiplication des accoucheuses qualifiées, le Bureau de l'UNFPA au Népal a cherché à réunir un consensus sur une définition de l'accoucheuse qualifiée pour le Népal. Cette définition reconnaît que les principales compétences nécessaires pour aider la parturiente et le nouveau-né, en particulier pendant la phase critique, juste avant la naissance et juste après, sont bien celles d'une sage-femme. Comme le Népal n'a pas assez de sages-femmes qualifiées spécialisées, l'UNFPA a aidé à élaborer une politique de formation d'accoucheuses qualifiées qui, à son tour, a contribué au développement d'une stratégie de ressources humaines pour le programme de maternité sans risque, qui vise à accroître les compétences et le nombre des sages-femmes à l'échelle du pays.

En 2006, le Bureau de l'UNFPA au Népal a commencé plusieurs activités pour appliquer cette stratégie :

1. **Accréditation des accoucheuses qualifiées** : l'UNFPA normalise les règles d'accréditation des sages-femmes qualifiées en collaboration avec le Gouvernement, le Conseil des infirmières du Népal et les autres principaux acteurs. Un atelier a eu lieu à la fin de 2006 pour définir les voies à suivre pour appliquer une politique nationale de formation d'accoucheuses qualifiées.
2. **Contribution à la mise au point d'un plan directeur de formation médicale** : conformément au programme de réforme du secteur de la santé publique au Népal, le Centre national de formation médicale élabore un plan directeur de cinq ans (qui englobe aussi un plan de formation pour accroître les compétences des soignantes, pour qu'elles puissent faire office d'accoucheuses qualifiées) avec le soutien financier et technique de l'UNFPA.
3. **Contribution à la révision du programme de formation des sages-femmes** : l'UNFPA apporte son assistance technique à la révision et la mise à jour du programme de formation avant l'emploi des infirmières pour qu'elles acquièrent les compétences de la pratique de sage-femme et il a aidé à examiner et analyser le nouveau programme de formation de quatre ans destiné aux sages-femmes communautaires.
4. **Contribution à l'établissement et l'amélioration des soins obstétricaux d'urgence de base** : l'UNFPA a aidé à créer et à mettre en route des centres de soins obstétricaux d'urgence de base dans plusieurs centres médicaux des provinces.

5. **Ouverture de maternités** : 28 maternités construites dans le dernier cycle de programmation de l'UNFPA ont ouvert leurs portes dans certains districts.
6. **Contribution à la préparation à l'accouchement** : l'UNFPA aide le Gouvernement népalais à piloter un module de préparation à l'accouchement spécialement conçu pour les femmes enceintes, leurs familles et leurs communautés, pour préparer à l'accouchement dans de bonnes conditions.

L'UNFPA a à beaucoup d'autres égards contribué en 2006 à assurer qu'un plus grand nombre de femmes et de nouveau-nés puissent recevoir des soins qualifiés des sages-femmes, notamment des soins d'urgence et un aiguillage vers un hôpital central au besoin. En particulier, l'UNFPA a aidé le Ministère népalais de la santé à établir un fonds pour les soins obstétricaux d'urgence, à fournir des ambulances tirées par une bicyclette, et à inciter, dans certains districts choisis, un plus grand nombre de femmes à venir accoucher dans un établissement de soins. En outre, l'UNFPA a distribué des bicyclettes aux soignantes qualifiées, ce qui a accru la proportion d'accouchements à domicile qu'elles peuvent surveiller. Elles peuvent en effet se rendre plus rapidement au domicile d'une femme qui va accoucher et cela améliore la qualité des soins en général mais donne aussi plus de temps pour détecter les complications éventuelles, fournir des secours obstétricaux, stabiliser la patiente et l'aiguiller éventuellement vers un centre de soins plus approprié.

# États arabes, Europe et Asie centrale

---

## 3

Les besoins sont les plus aigus en Afrique et en Asie, mais les mêmes problèmes se posent dans presque tous les autres pays, même les pays industriels où la mortalité maternelle est faible. Dans les États arabes et les pays voisins de la Méditerranée, ainsi que dans la plupart des pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, on s'efforce surtout d'accroître la qualité des soins dispensés par les sages-femmes, et c'est ce qu'ont fait récemment **l'Égypte, le Maroc et la Tunisie**. Dans la plupart des ces pays, le statut social de la sage-femme est médiocre et la pratique de sage-femme fait partie de la pratique de l'infirmière, bien que cette situation évolue lentement dans les pays comme le Maroc. Plusieurs des pays d'Asie centrale dispensent une formation spécialisée aux sages-femmes, et distinguent ainsi les fonctions qu'elles remplissent. Plusieurs des pays de la Méditerranée, de l'Europe orientale et de l'Asie centrale avec lesquels travaille l'UNFPA, à l'exception du Soudan, n'ont pas de programme de formation spécialisée de sage-femme. L'amélioration de la qualité des soins dispensés par elles relève donc de programmes plus généraux en santé publique.

Dans certains pays, la plupart des femmes accouchent dans un établissement de soins et beaucoup plus qu'ailleurs, les accouchements sont supervisés par des médecins. Cela tend à reléguer la sage-femme au statut d'infirmière de maternité ou d'assistante de médecin. Dans plusieurs pays, en particulier en Europe orientale, on compte encore un grand nombre de sages-femmes professionnelles qui s'efforcent d'enrayer ce qui semble être une dégradation systématique de la profession de sage-femme. Dans d'autres pays, les troubles civils font obstacle à une amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux.

### 3.1 Réforme du système de soins

**Le Maroc, l'Égypte et la Tunisie** ont investi dans la formation de sages-femmes et autres professionnels ayant les compétences de la pratique de sage-femme pour améliorer la qualité des soins de maternité, en particulier la gestion des complications obstétricales.

Au Maroc, les sages-femmes reçoivent une formation de trois ans, mais qui ne distingue pas en particulier la pratique de sage-femme dans la communauté locale. Très peu de sages-femmes sont en poste dans les centres de soins éloignés et isolés, où les communications, le logement, l'intégration sociale font défaut, et sans l'appui de la profession médicale. Les pouvoirs publics, avec l'aide de l'UNFPA, ont commencé à résoudre ces problèmes par l'organisation de visites de soutien clinique et communautaire. Les visites, qui sont effectuées par des équipes venues du district et gérées par lui, renforcent les fonctions sociales (émancipation, intégration), cliniques (compétence et confiance en soi) et administratives des sages-femmes. L'expérience acquise jusqu'à présent a permis de produire un manuel de la sage-femme.

Le Maroc tire aussi parti de l'expérience acquise dans les maternités et grâce aux dispositifs d'assurance communautaire. Une grande partie de ce travail est le résultat d'une réforme approfondie des ressources humaines effectuée par le Ministère de la santé avec l'aide de donateurs et d'organismes des Nations Unies partenaires, notamment l'UNFPA. Cette réforme, qui répondait à une demande croissante, a fait

participer les professionnels de la santé en s'occupant en particulier de la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales, ou encore de la santé procréative.

La réforme de la formation des sages-femmes, prévue dès 1994, a permis de résoudre des problèmes que l'on observait depuis l'accès du Maroc à l'indépendance : des sages-femmes trop peu nombreuses, une formation trop limitée, une formation pratique trop restreinte à certaines tâches et une confusion entre les tâches accomplies et les qualifications nécessaires. Les résultats sont encourageants :

- Vingt-cinq établissements de formation de sages-femmes ont été ouverts dans toutes les régions du pays; 1 000 nouvelles infirmières, chaque année, reçoivent une formation à la pratique de sage-femme. Il y a aussi 250 sages-femmes qui ont reçu directement une formation à cette pratique (à l'exclusion de la pratique de l'infirmière).
- De nouveaux postes d'infirmière et de sage-femme ont été créés dans les établissements périphériques, en particulier dans les régions rurales.
- Une nouvelle réglementation précise que la formation de base que reçoivent les élèves sages-femmes ne commence que trois ans après la fin des études secondaires.
- De meilleures méthodes pédagogiques et un meilleur système d'interaction permanente entre les élèves et les enseignants sont en place.
- Le programme d'enseignement a été révisé, adapté à des techniques et des connaissances qui changent constamment.
- De nouveaux modules ont été ajoutés au programme d'enseignement : sur la planification familiale, les soins néonataux, les soins obstétricaux d'urgence et les sexospécificités.
- La recherche et les enquêtes financées par l'UNFPA ont permis de recueillir les vues des nouvelles diplômées en poste dans des districts ruraux, sur leurs conditions de travail et de vie.

L'amélioration impressionnante enregistrée par la Tunisie dans la lutte contre la mortalité maternelle au cours des 30 dernières années est due surtout aux efforts des pouvoirs publics pour étendre les services de santé maternelle à toutes les femmes et toutes les familles, offrant la meilleure qualité de soins possible, créant des mécanismes bien clairs pour aiguiller les femmes qui font une grossesse à risque vers un hôpital central et pour mettre en place des services mobiles qui cherchent à mieux desservir les zones rurales. La formation de tous les soignants, et donc des sages-femmes, est un aspect central de cet effort majeur; avec le soutien constant de l'UNFPA, ces soignants continueront à dispenser des soins de qualité.

Malgré ces progrès, la reconnaissance de la pratique de sage-femme comme une profession médicale en tant que telle est encore peu avancée. Un regard rapide sur l'histoire de la Tunisie à cet égard (voir encadré 17) montre que la formation de la sage-femme en Tunisie n'a pas d'abord été une formation directe mais est passée par une formation spécialisée d'infirmière. À mesure que les infirmières ont commencé à apprécier ce qu'on attendait d'elles en tant que sages-femmes professionnelles compétentes et que des évaluations ont montré les lacunes du modèle, cette formation initiale a été prolongée à trois ans, comme dans d'autres pays d'Afrique du Nord et d'Europe.

Le statut de la sage-femme fait encore débat, elle est mal reconnue en tant que membre d'une profession autonome, mais la profession gagne en statut social, année après année, et elle intervient de façon critique dans la définition des stratégies nationales de soins préventifs et curatifs. Pour faciliter ce processus, le programme d'enseignement de la pratique de sage-femme doit être mis à jour, surtout pour développer l'esprit critique, de façon qu'elle puisse participer plus activement à la concertation sur le choix des politiques. Cela renforcerait encore la position assez privilégiée que la sage-femme a toujours eue en Tunisie. Elle ne se borne pas à dispenser des soins périnataux, elle s'occupe activement à conseiller les femmes dans des domaines nouvellement introduits dans la pratique de la santé procréative tels que le traitement de la ménopause et le dépistage du cancer du sein. La sage-femme a beaucoup à offrir car elle est à l'écoute des femmes et peut aider les jeunes par des conseils dans divers aspects de la santé sexuelle et procréative.

### *Encadré 17 – Histoire de la formation des sages-femmes en Tunisie*

- 1956 – introduction d'une formation de base à la pratique de sage-femme, par un enseignement court de 6 mois à l'intention des infirmières obstétricales;
- 1967 – formation prolongée à trois ans;
- 1979 – désignation des sages-femmes comme *techniciennes supérieures en santé publique*, ce qui améliore leur statut et précise leur rôle;
- 1985 – élaboration d'un profil professionnel;
- 1987 – réforme du programme de formation des sages-femmes.

En 50 ans, la pyramide des âges a beaucoup changé, la Tunisie passant d'une population très jeune, avec plus de 50 % de moins de 15 ans, à une structure plus équilibrée où les hommes et les femmes en âge de procréer sont plus nombreux. Cela a suscité une augmentation de la demande de sages-femmes. La politique nationale reconnaît et continue à investir dans le perfectionnement professionnel des sages-femmes et pour leur permettre de participer intellectuellement à la définition de la politique suivie. Les sages-femmes sont désormais mieux à même de donner des réponses précises aux demandes d'informations plus complètes et meilleures sur la santé sexuelle et procréative. Elles sont non seulement mieux préparées à contribuer aux objectifs nationaux en santé procréative, notamment la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales, mais elles deviennent aussi les membres d'une profession autonome, responsable, dont la difficulté est reconnue.

### *3.2 Élargissement de l'accès des communautés locales aux soins dispensés par les sages-femmes*

**Le Soudan** a une longue histoire de formation de sages-femmes, en particulier de jeunes femmes des villages, qui travaillent sur place. Dans les années 1920, le Soudan a ouvert de premières écoles de sages-femmes, principalement grâce aux efforts de médecins qui étaient préoccupés par le taux très élevé de mortalité maternelle. Ce programme initial était tout à fait novateur en son temps, car les jeunes filles des villages, souvent elles-mêmes filles d'accoucheuses traditionnelles, recevaient ainsi une

formation professionnelle. Cependant, ce programme n'a pas conduit à la constitution d'une profession nombreuse et vigoureuse et en 2006, les sages-femmes n'avaient pas le même statut social que les infirmières, même si c'était une profession respectée dans la communauté locale, en particulier dans les zones rurales.

Les familles permettent toujours à leurs filles de recevoir une formation de sage-femme, et un nouveau programme d'enseignement de 18 mois a été conçu expressément pour tenir compte du faible niveau d'instruction générale des femmes dans le pays. Cependant, l'insuffisance des investissements et de nombreuses années de guerre civile ont fait qu'il est pratiquement impossible de transformer la pratique de sage-femme en une profession médicale et on ne prête guère attention à la création des conditions qui seraient favorables aux sages-femmes intervenant à domicile dans les villages. L'UNFPA et ses partenaires cherchent à remédier à ces graves lacunes et, après l'accord de paix, à reconstituer la profession dans le sud du Soudan.

Les longues années de guerre civile entre le nord et le sud du Soudan ont laissé le Sud-Soudan pratiquement dépourvu de sages-femmes qualifiées et de centres de formation. Depuis de nombreuses années, l'UNFPA soutient les efforts qui visent à accroître la capacité de formation des sages-femmes au Soudan. Depuis 2005, ces efforts ont permis d'améliorer la situation dans le sud, de sorte que les parturientes et les nouveau-nés reçoivent des soins de qualité, en particulier autour du moment de l'accouchement.

L'accord de paix global signé en 2005 a marqué le début d'une ère nouvelle. Sous la notion de "Un pays, deux systèmes", le Gouvernement d'unité nationale et le Gouvernement du Sud-Soudan ont commencé, avec l'aide de la communauté internationale, à inverser les effets de dizaines d'années de guerre et à consolider la paix. La collecte de données, actuellement, dans le Sud-Soudan est très fragile et on dispose de très peu d'indicateurs fiables sur la santé procréative. Les soins dépendent des efforts de quelques ONG capables de fonctionner dans le pays et demeurent très insuffisants.

On estime à 16 % seulement le nombre de femmes qui ont accès à des soins prénatals, mais ce chiffre augmente. La plupart des accouchements ont lieu à domicile, les soins étant dispensés par une accoucheuse traditionnelle locale bien intentionnée mais insuffisamment qualifiée. L'absence de soins qualifiés allant de pair avec l'insuffisance de l'équipement expliquent des taux de mortalité maternelle qui sont très élevés, ce qui n'est guère surprenant. On estime qu'une femme sur neuf meurt des complications de la grossesse ou de l'accouchement.

Pour remédier à cette situation, le bureau de l'UNFPA au Soudan a demandé à la Fondation pour la médecine et la recherche en Afrique (AMREF) d'entreprendre une évaluation rapide des besoins de santé procréative, en particulier de déterminer les conditions qui seraient propices à l'expansion de la formation de sages-femmes au Sud-Soudan. Un atelier consultatif, en mai 2005, a examiné les diverses options possibles pour un programme de formation de sages-femmes au niveau communautaire. Un groupe diversifié de partenaires en santé publique, incluant le Ministère soudanais de la santé, l'OMS, l'UNFPA et d'autres partenaires, notamment des ONG, se sont mis d'accord sur la voie à suivre pour introduire une formation de sage-femme au niveau



communautaire. Ces partenaires appliquent les recommandations de l'atelier pour élaborer un plan d'action.

### *3.3 Des sages-femmes qualifiées au Yémen*

L'UNFPA a aidé à créer l'Association des sages-femmes yéménites, en collaboration avec l'USAID, pour permettre une meilleure formation et une meilleure prestation de soins, et pour mettre en place un système d'autodiscipline nécessaire pour améliorer la qualité des soins. Le projet a facilité la première réunion de l'Assemblée générale, la formation des membres du Conseil de l'Association et les diverses activités de sensibilisation; une clinique de planification familiale et de santé procréative, qui devrait dégager des recettes, a également été établie.

L'Association des sages-femmes yéménites aidera à choisir les élèves sages-femmes, à revoir le programme d'enseignement et à élaborer un code de déontologie de la pratique de sage-femme.

### *3.4 La formation de sages-femmes communautaires*

Entre 1998 et 2004, le Ministère de la santé publique et de la population, en collaboration avec le bureau de l'UNFPA au Yémen et avec un financement de l'ambassade des Pays-Bas, a formé 1 282 sages-femmes communautaires, apporté un complément d'information aux soignantes dispensant des soins de santé primaires (*murshidat*) et formé des formatrices. Un comité composé d'habitants des zones rurales ciblées a choisi les candidates et a participé à tous les aspects de la formation, encourageant ainsi dans la communauté locale la prise de responsabilité et une appropriation du projet. La communauté locale a assuré le logement des élèves sages-femmes, organisé leur alimentation pour compléter les bourses d'étude fournies par le projet. Cette participation de la communauté locale a permis une bonne communication avec les élèves sages-femmes, et un bon suivi de la formation, de sorte que la continuité de celle-ci devrait être assurée.

La formation communautaire de sages-femmes diffère de la formation traditionnelle dans un établissement d'enseignement, car elle met l'accent sur la communication en vue d'obtenir des changements de comportement au sujet de la planification familiale et de la santé procréative, de l'alimentation et de l'hygiène, la formation en cours d'emploi dans la communauté elle-même, les visites et l'accouchement à domicile. Deux formatrices vivent avec les élèves sages-femmes pendant l'ensemble des deux années de formation. Le projet a rapproché les services de santé procréative de certaines communautés locales, pour la première fois, et le nombre d'accouchements surveillés par une sage-femme qualifiée a donc ainsi augmenté. Le choix et la formation d'élèves sages-femmes venant de la communauté locale permettent aux élèves de maintenir les liens avec la communauté et avec les familles, et on accroît ainsi la probabilité qu'elles continueront à servir ces communautés. Les directeurs d'école, dans la communauté, ont signalé que les familles autorisaient leurs filles à continuer à recevoir un enseignement formel de façon qu'elles puissent être choisies en vue de cette formation à la profession de sage-femme. Le projet a suscité une importante demande pour l'organisation d'une formation semblable dans d'autres communautés locales.

En Amérique latine, la situation de la pratique de sage-femme est très différente de ce qu'elle est dans d'autres parties du monde. Dans très peu de pays d'Amérique latine la pratique de sage-femme est-elle une spécialité; les naissances ont lieu dans des centres de soins, sous le contrôle ou la supervision d'un généraliste ou d'un gynécologue-obstétricien spécialiste, aidé par une infirmière. Mais le **Chili** et l'**Argentine** sont deux exceptions, bien que la **Bolivie**, le **Pérou**, le **Nicaragua** et **Haïti** commencent à organiser de nouveaux programmes avec l'aide de l'UNFPA<sup>xxxviii</sup>. Le **Mexique** cherche aussi à améliorer les soins dispensés par les sages-femmes. Le gouvernement a récemment approuvé un programme novateur de formation à la profession de sage-femme destiné aux femmes autochtones : il était opérationnel dans une seule région du Mexique seulement, mais ce programme est très populaire et a donné des évaluations positives.

xxxviii : Organisation panaméricaine de la santé/OMS. *Profiling Midwifery Services in the Americas. Models of Childbirth Care: a literature review*. Organisation panaméricaine de la santé, Washington, 2004.

Contrairement à beaucoup de leurs voisins proches, beaucoup de pays des Caraïbes ont au contraire des sages-femmes professionnelles, certifiées comme telles, et il y a dans cette région une longue histoire de la pratique de sage-femme. Les soins qu'elles dispensent et de nombreux programmes de formation de sages-femmes, à ce jour, relèvent toujours de la profession d'infirmière mais dans beaucoup de pays des Antilles, on observe une renaissance de la pratique de sage-femme. Par exemple, à la **Trinité-et-Tobago** il existe une vigoureuse association professionnelle de sages-femmes, qui n'a rallié que tout récemment la CISF. Ce pays a accueilli la conférence régionale des sages-femmes d'Amérique, organisée par la CISF, en 2004; de nombreuses sages-femmes venues du monde entier y ont participé. La **République dominicaine** s'efforce de réviser le programme d'enseignement préparant à la fonction d'infirmière-sage-femme, pour répondre aux besoins nationaux d'amélioration de la qualité des soins de maternité.

En Amérique latine comme dans d'autres régions du monde, l'absence d'autonomie de la profession de sage-femme et la progression des interventions médicales font obstacle au recrutement d'élèves sages-femmes pour les programmes de formation de sage-femme et pour un relèvement général du statut de la sage-femme. L'UNFPA, avec l'OMS et d'autres partenaires, notamment l'*American College of Nurse Midwives* et des établissements d'enseignement américains aident les écoles d'infirmières et les écoles de sages-femmes en Amérique latine à mettre en place des programmes de spécialisation de la pratique de sage-femme. Au Chili, les sages-femmes, connues sous le nom de matronas, ont une assez bonne réputation; mais il y a assez peu d'effort, en Amérique latine, pour suivre le modèle chilien, qui consiste à former directement des sages-femmes. Le programme chilien remonte aux années 1930. Il met nettement l'accent sur l'orientation communautaire, la formation dure cinq ans et comprend une période d'internat. L'UNFPA apporte son soutien technique à des programmes similaires en Bolivie, au Pérou et en Haïti, qui imiteront certains de ces aspects.

## 4.1 *Rendre la sage-femme accessible aux populations rurales et autochtones*

Parmi les importants problèmes que pose l'augmentation du nombre des sages-femmes en Amérique latine et dans les Caraïbes, figure la nécessité de rendre les sages-femmes

plus facilement accessibles et plus acceptables aux populations rurales et autochtones qui, traditionnellement, vivent isolées, à l'écart de tous soins officiels, et ne considèrent pas comme culturellement acceptable d'accoucher dans un établissement moderne.

Il y a peu de pays en Amérique latine où la pratique de sage-femme est une profession à part entière, mais plusieurs pays ont bien des programmes de formation officiels, non validés, pour les praticiennes. La plupart de ces programmes sont offerts par des ONG et ne sont pas reconnus par les ministères de la santé. Ils ne conduisent pas à un diplôme d'État et ne confèrent pas le droit officiel de pratiquer l'art de la sage-femme.

Le **Mexique**, cependant, s'efforce d'inverser cette tendance en professionnalisant la pratique de sage-femme. Le Ministère de la santé et le Ministère de l'éducation ont approuvé un nouveau programme novateur de formation de sages-femmes qui assure la fusion des pratiques des accoucheuses traditionnelles (connues sous le nom de sages-femmes traditionnelles) et des pratiques modernes, notamment les gestes secouristes qui sauvent des vies. Le programme a commencé en 1996 au Centro para los adolescentes de San Miguel de Allende (CASA, voir encadré 10) qui dispense une formation et une éducation complémentaires aux sages-femmes traditionnelles depuis 1985, aux côtés d'efforts d'éducation communautaire et une volonté d'émanciper les femmes.

De récentes évaluations de ce programme ont montré des résultats très positifs; quand, en 2005, le Ministère de la santé a décerné ses prix à une clinique rurale pour un travail d'équipe exemplaire, la sage-femme, dans l'équipe, était diplômée du CASA.

La fusion unique en son genre de traditions culturelles telles que pratiquées par le CASA pourrait être un moyen d'améliorer les capacités des sages-femmes et d'augmenter leur nombre, sans perdre le centrage sur la femme, et en même temps préserver les connaissances traditionnelles, les façons d'apprendre traditionnelles. Cela pourrait également contribuer à préserver des traditions culturelles très anciennes qui continuent à voir dans l'accouchement un événement de la vie tout à fait normal, important pour la communauté locale. Le fait de choisir des femmes locales qui, par des liens familiaux, sont historiquement liées à la profession de sage-femme et de leur donner une formation complémentaire de qualité, culturellement adaptée, qui mette l'accent sur le renforcement des capacités pratiques, aidera à accroître la proportion de sages-femmes dans la population rurale. Les nouvelles sages-femmes, qui sont bien établies dans leur communauté locale, ont en effet plus de chances de rester et de pratiquer sur place leurs compétences.

#### *4.2 Relever le statut de la sage-femme et accroître l'autonomie de la profession*

En **Bolivie**, en moyenne 56 % seulement des accouchements sont surveillés par une accoucheuse qualifiée et, dans les campagnes, ce chiffre tombe à 34 %<sup>xxxix</sup>. L'UNFPA travaille actuellement avec l'OMS et avec d'autres partenaires à un projet pilote qui vise à officialiser la formation de sage-femme dans le système universitaire bolivien. Le but est en fin de compte d'accroître à la fois la demande et l'offre de soins qualifiés. La proposition en Bolivie consiste à organiser la carrière de la sage-femme, en décernant une licence de pratique de sage-femme. Le programme prêterait une attention particulière

xxxix : Bolivie, *Post-census Survey on Maternal Mortality*, 2000.

aux aspects socioculturels de l'accouchement et aura un caractère culturellement adapté, centré sur la femme, des soins à dispenser. De nombreuses Boliviennes disent que pour elles il est essentiel de recevoir des soins et un traitement qui les respectent, l'attitude condescendante des soignants étant l'un des principaux facteurs qui les amènent à rejeter les services de santé maternelle existants<sup>x1</sup>.

De nombreux responsables en Bolivie ont marqué leur préférence pour un système de formation rapide, bien abrégé, de formation des sages-femmes. Cependant, après le *Rapport sur la santé dans le monde 2005* et une démarche active de l'UNFPA, aidé par une des trois sages-femmes suédoises soutenues par l'Agence suédoise pour le développement international, les autorités boliviennes ont admis qu'un programme formel d'enseignement était le seul moyen de faire de la pratique de sage-femme une carrière respectée.

Les premières étapes de ce projet, accompagnées par une action de plaidoyer visant à faire largement connaître la proposition en Bolivie, consistent à établir un programme d'enseignement et à former celles qui enseigneront la pratique de sage-femme. Les autorités universitaires, le Collège des infirmières et le Ministère de la santé, avec l'aide de l'UNFPA, de l'Organisation panaméricaine de la santé et de spécialistes de la pratique de sage-femme venus du Pérou et du Chili, mettront en place un programme intensif, attentif aux considérations culturelles, de formation d'enseignantes sages-femmes. Une partie de cette formation sera organisée au Pérou et au Chili, ces deux pays ayant de longue date des programmes de formation de sages-femmes qui figurent parmi les plus robustes de la région.

x1 : Ministère de la santé et des sports. *Guide for the Development of an Intercultural Approach within the Attention of Maternal Health*, La Paz (Bolivie) 2005.

# Glossaire

---

Pratique de sage-femme	La pratique professionnelle des sages-femmes, c'est-à-dire l'art et la science d'aider une femme durant la grossesse et le travail de l'accouchement.
Sage-femme	Praticienne soignante qualifiée qui aide une femme pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, et prend soin de la jeune mère et du nouveau-né pendant la période postnatale. Dans le domaine plus général de la santé de la procréation, de la santé en général, de l'émancipation des femmes et de la santé du nouveau-né, la sage-femme a un rôle important de promotion et de prévention (voir annexe 6 et voir la définition internationale de la sage-femme : <a href="http://www.internationalmidwives.org">http://www.internationalmidwives.org</a> ).
Dans la communauté	Niveau où sont dispensés les soins et qui est proche de l'endroit où vit la famille de la patiente : poste de santé ou clinique publics, privés ou relevant d'une ONG, ou même au domicile de la famille (parfois désigné 'niveau des soins de santé primaires').
Professionnels compétents dans la pratique de sage-femme	Soignants dont la fonction première inclut les soins de santé dispensés aux femmes pendant la grossesse et pendant le travail et l'accouchement, à la jeune mère, ainsi qu'au nouveau-né durant la période postnatale.
Professionnels complémentaires dans la pratique de sage-femme	Ensemble des personnels soignants nécessaires pour dispenser les soins de maternité : la catégorie inclut donc non seulement les sages-femmes et autres personnes ayant les compétences de la pratique de sage-femme, mais également le personnel obstétrical et chirurgical, les pédiatres (médecins et infirmières), les techniciens de laboratoire, radiologues et autres spécialistes.

**Agents communautaires de santé maternelle** Soignants, travailleurs communautaires et autres, y compris les praticiens traditionnels et autres, qui ont des relations avec des professionnels compétents dans la pratique de sage-femme. Ces agents communautaires jouent un rôle important en aidant les femmes et les nouveau-nés à rechercher et à recevoir des soins qualifiés pour assurer une grossesse et un accouchement en bonne condition, et des soins postnatals et néonataux.

**Soins obstétricaux d'urgence de base et complets** Huit fonctions principales :  
Fonctions de base : administration parentérale d'antibiotiques, d'oxytociques et d'anticonvulsifs, extraction manuelle du placenta, aspiration manuelle des produits résiduels dans l'utérus, extraction par ventouse obstétricale, stabilisation de la situation d'une patiente et soins dispensés avant et pendant le transfert à un hôpital central.  
Fonctions complètes : tout ce qui précède plus la chirurgie (césarienne) et transfusion de sang.

**Soins obstétricaux et néonataux d'urgence** Comprend neuf fonctions principales :  
Fonctions de base : comme ci-dessus, plus soins de base au nouveau-né.  
Fonctions complètes : comme ci-dessus, plus réanimation du nouveau-né.

**Soins obstétricaux qualifiés** Par "soins qualifiés", on entend les soins dispensés par les accoucheuses qualifiées qui surveillent la grossesse et pratiquent l'accouchement dans un environnement facilitateur (au moins centre de santé) avec le soutien éventuel d'un hôpital de référence.

**Compétences** Connaissances, aptitudes et expérience nécessaires pour exercer son métier de façon correcte.

**Aptitudes** Elles sont acquises par la formation ou par l'expérience, permettent de remplir certaines fonctions ou tâches précises. Cette notion est habituellement associée à des tâches ou techniques précises, en particulier l'utilisation des mains ou du corps.

Compétences de base

Domaine de pratique spécialisé qui, dans la pratique de sage-femme, comprend la combinaison d'aptitudes et de connaissances complémentaires (il ne s'agit pas seulement d'une base de connaissances) au sein d'un groupe, d'une équipe ou d'une profession. On trouvera les descriptions des compétences de base dans le manuel publié conjointement par la CISF et l'OMS.

OMD-5

Le cinquième des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) adoptés par les dirigeants réunis au Sommet du Millénaire aux Nations Unies en 2000, visant à réduire de moitié l'extrême pauvreté d'ici à 2015. L'objectif 5 consiste à réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.





## Sites Web

---

UNFPA : [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

OMS : [www.who.int/reproductive-health/](http://www.who.int/reproductive-health/)  
[www.who.int/makingpregnancysafer](http://www.who.int/makingpregnancysafer)  
[www.paho.org](http://www.paho.org)

UNICEF: [www.unicef.org](http://www.unicef.org)

Confédération internationale  
des sages-femmes : [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)

Family Care International : [www.familycareintl.org](http://www.familycareintl.org)

AMDD : [www.amddprogram.org](http://www.amddprogram.org)

IMMPACT : [www.immpact-international.org](http://www.immpact-international.org)



Fonds des Nations Unies pour la population  
*Division de l'information, du Conseil d'administration  
et de la mobilisation des ressources*  
220 East 42nd Street  
New York, NY 10017  
(États-Unis d'Amérique)  
[www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

© UNFPA 2007

Photos donnée par ICM  
Photographe : Liba Taylor  
Mise en page & Production : Phoenix Design Aid, Danemark