



Les Dossiers de la Maïeutique

www.dossiers-de-la-maieutique.fr

Les Dossiers de la Maïeutique (2014) 1(3), 88-91

Editorial

Rapport 2014 sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde

Luc de Bernis, Petra ten Hoop-Bender, Maria Guerra-Arias

Les quatre dernières années ont vu les données mondiales concernant les sages-femmes, leur force de travail et les services, se développer de manière rapide et sans précédent. En 2010, le premier Colloque mondial des sages-femmes, à l'appel du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et de la Confédération Internationale des Sages-Femmes (ICM), a eu lieu à Washington DC et a lancé un appel mondial à l'action pour renforcer les services de sages-femmes (UNFPA *et al.*, 2010). En réponse à cet appel à l'action, le rapport *La pratique de sage-femme dans le monde en 2011: naissances réussies, vies sauvées* a été publié en 2011 (UNFPA, 2011). Il a fourni la première vue d'ensemble de la disponibilité et de la qualité des services de sages-femmes à travers le monde, par un profil de 58 pays ayant des taux élevés de mortalité maternelle et néonatale.

Cette dynamique s'est poursuivie avec le deuxième Colloque mondial des sages-femmes (Kuala Lumpur, 2013) où les bases d'un second rapport ont été jetées. Ce rapport *La pratique de sage-femme dans le monde 2014 - Sur la voie de l'universalité - Le droit de la femme à la santé* (UNFPA *et al.*, 2014) a été publié l'année suivante. Avec des données solides et des analyses sur la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de sages-femmes, une vision pour *La pratique de la sage-femme en 2030* qui fournit une perspective politique pour la planification de l'agenda post-2015, et une analyse détaillée des profils et des projections sur les besoins de 73 pays des 75 pays de l'initiative Compte à rebours pour 2015 (Countdown to 2015 Initiative) à faible et moyen revenu et forte mortalité maternelle, le rapport 2014 montre comment l'ensemble des données scientifiques pour les soins de sage-femme progresse à pas de géant. Ces soins de sage-femme, ou maïeutique, recouvrent les services de santé et les professionnels de santé requis pour soutenir et soigner les femmes et les nouveau-nés avant et pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période des suites de couches et premiers jours de vie (OMS, 2014). Dans le même temps, 2014 a vu la publication de la série du Lancet sur les sages-femmes (<http://www.thelancet.com/series/midwifery> - traduction française en cours) qui fournit une base scientifique rigoureuse et un cadre pour la qualité de soins maternels et néonataux qui identifie ce qui doit

être fait pour améliorer la santé maternelle et néonatale, ainsi que comment et par qui.

Ce travail de recherche s'aligne sur la dynamique mondiale en appui aux progrès en matière de santé maternelle et néonatale, qui inclue l'initiative *Chaque femme, chaque enfant* (United Nations Foundation, 2014) du Secrétaire général des Nations Unies, *Saving Mothers, Giving Life* (Saving Mothers, Giving Life, 2014); la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA); *Une promesse renouvelée* (UNICEF, 2014) de l'UNICEF pour mettre fin aux décès d'enfants évitables; et le mouvement de la planification familiale 2020 (FP2020) (Bill and Melinda Gates Foundation, 2012). Reconnaisant la valeur et l'impact des services de sages-femmes, beaucoup de pays ont décidé d'investir dans les sages-femmes et autres professionnels pour la santé sexuelle et de la reproduction, incluant la santé maternelle et néonatale (SSRMN), et ont connu des progrès importants. Ces programmes comprennent : le programme ICM-UNFPA *Investir dans la Maïeutique* (UNFPA & ICM, 2008), financé par plusieurs bailleurs de fonds; le *Sahel Women's Empowerment and Demographics Project* de la Banque Mondiale (Banque Mondiale, 2013); les nouveaux programmes de formation de l'OMS AFRO (OMS AFRO, 2007); et les nouvelles lignes directrices de l'ASEAN pour la formation et l'accréditation des accoucheurs qualifiés (ASEAN, 2014). Ces différents programmes sont destinés à aider les gouvernements à renforcer leurs plans et les règlements en matière d'éducation et de formation des sages-femmes et équivalents, mais aussi en matière de gestion des ressources humaines pour la santé. Une autre initiative importante de l'ICM est la création d'un cadre d'orientation pour le développement des services de sages-femmes, dans le but d'aider les gouvernements et les partenaires au développement à développer ou renforcer les services de sages-femmes dans les contextes nationaux (ICM, 2014).

Dans le même temps, les évaluations nationales des forces de travail en maïeutique, soutenues par l'initiative du H4+ (coalition des agences spécialisées des Nations Unies [UNICEF, Organisation mondiale de la santé (OMS), Fonds mondial des Nations Unies pour la population

(UNFPA), ONUSIDA, UN Femmes) et la Banque Mondiale sur la santé maternelle et néonatale] sur les pays à plus grand nombre de décès maternels - H4+ High Burden Countries Initiative (HBCI) (OMS, 2010), ont été menées ou sont en cours dans six des pays ayant un nombre élevé de décès maternels et néonataux : Afghanistan, Bangladesh, Tanzanie, République démocratique du Congo, Mozambique et Ethiopie. Cette méthodologie qui permet de couvrir tout le champ des ressources humaines pour la santé maternelle et néonatale, de la production à la gestion, a également été utilisée dans certains pays de taille plus réduite, le Bénin, la Guinée et le Togo. Ces évaluations détaillées visent à identifier les lacunes dans la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services (Tanahashi 1978), et aider les autorités nationales à élaborer des stratégies chiffrées, adaptées aux besoins et aux capacités de chaque pays. Un manuel de mise en œuvre qui permettra aux ministères de la Santé de reproduire ces évaluations dans leur pays est en cours d'élaboration et sera publié en 2014.

Tous ces progrès sont encourageants. Cependant, le chemin à parcourir pour améliorer l'accès aux soins efficaces et de qualité est encore long pour les mères et les nouveau-nés les plus vulnérables.

Les données primaires concernant les 73 pays ayant accepté de collaborer au rapport sur *l'Etat de la Pratique de Sage-Femme dans le Monde 2014* (SoWMy 2014) ont été recueillies grâce à un questionnaire sur les indicateurs clés liés aux services des sages-femmes et à la santé sexuelle et de la reproduction, travail coordonné dans chaque pays par UNFPA et l'OMS, en étroite collaboration avec les associations nationales des sages-femmes appuyées par ICM. Le questionnaire, conçu pour être aussi simple et efficace que possible, se voulait complet, afin de collecter toutes les données essentielles dont les ministères nationaux ont besoin pour prendre des décisions en matière de planification des ressources humaines en santé.

Environ la moitié des pays (37/73) ont dans le même temps organisé un atelier national impliquant leurs experts et les décideurs dans le domaine de SSRMN, dans le but de valider les données recueillies, d'examiner les principaux obstacles à l'élargissement de la couverture effective des services de sages-femmes et initier un dialogue politique sur les solutions possibles. Les rapports de ces ateliers ont été incorporés dans l'ensemble de données qualitatives analysées pour ce rapport.

En complément de la collecte de données primaires, des données secondaires sur la population, l'épidémiologie, les systèmes de santé et autres ont été obtenues de sources reconnues internationalement pour soutenir la modélisation mathématique des besoins satisfaits en services de sages-femmes.

Le résultat essentiel du rapport *SoWMy 2014* est que les sages-femmes peuvent fournir 87% des soins essentiels nécessaires pour les femmes et les nouveau-nés, quand elles sont éduquées et formées selon les normes

internationales. Toutefois, les sages-femmes sont le plus efficace quand elles ne travaillent pas seules mais soutenues par une équipe qui comporte des auxiliaires et des médecins, y compris des spécialistes, afin d'assurer la couverture des services aux femmes et aux nouveau-nés dans l'ensemble du continuum de soins de la santé sexuelle et de la reproduction, de la période précédant la grossesse, pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale, et de la maison jusqu'à l'hôpital de référence. Dans cet esprit, le rapport propose une vision pour *La pratique de sage-femme 2030* : une perspective pour les politiques en matière de planification et de gestion des sages-femmes jusqu'en 2030, qui favorise les modèles des soins centrés sur la femme et dirigés par des sages-femmes, pour atteindre l'objectif de couverture universelle de santé pour toutes les femmes et leurs nouveau-nés.

Le rapport souligne également la nécessité de données plus précises et désagrégées sur le marché du travail des sages-femmes, dans les domaines de la couverture efficace en termes de disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité. Bien que des progrès aient été réalisés depuis le premier rapport en 2011, en particulier dans les systèmes d'information sur les ressources humaines pour la santé, il y a encore un long chemin à parcourir. Le rapport *SoWMy 2014* montre que seulement dix indicateurs au minimum sont nécessaires pour aider les décideurs à planifier efficacement pour l'avenir, en tenant compte de l'évolution prévisible de la population. Ce sont : le nombre de personnels, le pourcentage de temps consacré à la SSRMN, les rôles, la structure par âge, l'âge de la retraite, la durée de la formation, les inscriptions, abandons et achèvement des études, et les départs volontaires. Cependant, la disponibilité de ces données dans l'enquête *SoWMy 2014* présente des lacunes importantes. Par exemple, des informations sur le nombre de personnels et le pourcentage de temps consacré à la SSRMN étaient disponibles pour environ 90% des catégories de personnels signalés par les pays, alors que les informations sur la répartition par âge et la diminution de la main-d'œuvre étaient disponibles pour seulement 40% des catégories signalées. De même, des informations fiables sur le nombre d'inscriptions ou étudiants diplômés en 2012 étaient disponibles pour moins de 60% des catégories de personnels. Pour s'assurer que cette information importante soit recueillie à l'avenir, il faudra renforcer les capacités des services nationaux des ressources humaines pour la santé, ce qui permettra aux ministères de prendre alors des décisions concernant les difficultés rencontrées dans leurs pays.

Ces données, ainsi que d'autres indicateurs clés sur les caractéristiques démographiques et épidémiologiques de la population, informent les 73 fiches-pays du rapport *SoWMy 2014*. Celles-ci contiennent des informations sur la disponibilité actuelle des personnels et des besoins satisfaits en services de SSRMN, ainsi que les trajectoires prévues d'ici à 2030 en fonction des changements démographiques et de l'évolution des personnels de santé (entrées versus sorties). Pour la région africaine qui a les taux de mortalité maternelle et néonatale les plus élevés

du monde, l'analyse des fiches-pays permet l'identification de plusieurs caractéristiques communes à ces pays. Dans certains, les taux de croissance démographique élevés et le manque de ressources à investir dans les ressources humaines pour la santé ont comme conséquences des besoins non satisfaits importants et, malheureusement, la situation ne va pas s'améliorer dans un avenir proche. C'est le cas par exemple de pays comme le Burkina Faso, la République Centrafricaine, le Tchad, le Congo ou le Mali. D'autres pays pourraient voir leur situation actuelle de besoins satisfaits élevés se détériorer dans la prochaine décennie car les taux de fécondité élevés vont entraîner une augmentation notable de besoins de services tandis que le nombre de retraités parmi les personnels ne sera pas comblé par une production prévue trop faible. C'est le cas de pays comme la République démocratique du Congo, la Zambie ou le Rwanda. Dans un autre groupe de pays, des estimations de niveau élevé des besoins satisfaits en services de SSRMN peuvent ne pas correspondre à la réalité du terrain si, par exemple, des mécanismes de déploiement inadéquats, des barrières géographiques ou financières empêchent un accès équitable aux professionnels comme par exemple au Libéria, au Nigéria ou au Zimbabwe. Enfin, les fiches-pays révèlent un groupe de pays qui sont actuellement en bonne voie d'amélioration des besoins satisfaits en services de SSRMN dans la population, à condition qu'ils continuent à former de nouveaux travailleurs de la santé, comme prévu : l'Angola, la Côte d'Ivoire, le Ghana, Kenya ou encore le Malawi.

De plus, des données précises peuvent permettre aux pays de modéliser des scénarios de politiques alternatives et observer leur impact sur la satisfaction des besoins de la population pour les services de santé sexuelle et de la reproduction (SSRMN). En réalisant ces projections pour 73 pays, le rapport *SoWMy 2014* estime que le besoin global à satisfaire en 2030 pourrait augmenter de 60% en moyenne en gardant les trajectoires actuelles mais de 87% avec des actions politiques concertées volontaristes. Celles-ci comprennent des efforts pour réduire le nombre de grossesses, augmenter le nombre de sages-femmes, infirmières et médecins diplômés, améliorer l'efficacité du personnel de SSRMN et réduire les pertes de main-d'œuvre.

En prenant possession de leurs données publiées dans les fiches-pays du rapport, les parties prenantes nationales peuvent définir les bases d'un dialogue politique efficace. L'appropriation par les pays et le dialogue ont été des objectifs essentiels du projet *SoWMy 2014* depuis sa phase de conception afin de s'assurer que les conclusions et les recommandations du rapport soient utilisées pour générer un effet réel de transformation. En même temps que les 37 ateliers organisés pendant la période de collecte de données, ce processus est en cours avec les lancements nationaux du rapport menés par les ministères de la santé, avec l'appui des équipes nationales de UNFPA, de l'OMS et des associations de sages-femmes et le soutien d'autres partenaires (y compris JHPIEGO, l'Alliance du Ruban blanc, Family Care International et Evidence for Action avec le soutien

de Johnson & Johnson). En septembre 2014, 11 lancements nationaux ont déjà eu lieu, avec jusqu'à 25 de plus prévus pour les mois à venir, générant une large couverture médiatique et les engagements politiques des ministères nationaux (bdnews24.com, 2014; The Daily Star, 2014; Viet Nam News, 2014; Al-Mohattwari, 2014). Les lancements peuvent également servir à renforcer les capacités des acteurs locaux, tels que les associations nationales de sages-femmes, en leur fournissant une plate-forme pour dialoguer avec les décideurs.

Les fiches-pays soulèvent de nombreux défis et les politiques alternatives à mettre en place sont très ambitieuses mais, avec le soutien international et la mise en œuvre de meilleures pratiques qui ont démontré leur succès dans d'autres contextes. Ces politiques alternatives peuvent être à la portée de tous les pays qui se sont engagés à étendre leur couverture universelle en services de SSRMN et à mettre fin, une fois pour toutes, à la tragédie des décès maternels et néonataux évitables.

Références

- Al-Mohattwari A. (2014) Good Midwives Promote Healthier Families, Communities And Nations. *National Yemen*. 30 août. Accessible à : <http://nationalyemen.com/2014/08/30/good-midwives-promote-healthier-families-communities-and-nations/> [Accédé le 30 septembre 2014].
- ASEAN (2014). *ASEAN regional guideline for minimum requirements for training and accreditation of skilled birth attendants (SBA)*.
- Banque Mondiale (2013). Les Nations Unies et la Banque mondiale appuient un appel à l'action en faveur de la santé des femmes et de l'éducation des filles dans le Sahel. 6 novembre. Accessible à : <http://www.banquemondiale.org/fr/news/press-release/2013/11/06/un-world-bank-call-to-action-women-health-girl-education-sahel> [Accédé le 30 septembre 2014].
- bdnews24.com (2014). Specialist care during delivery must. 22 août. Accessible à : <http://bdnews24.com/health/2014/08/22/specialist-care-during-delivery-must> [Accédé le 30 septembre 2014].
- Bill & Melinda Gates Foundation (2012). Family Planning 2020. Accessible à : <http://www.londonfamilyplanningsummit.co.uk/fp2020.php> [Accédé le 30 septembre 2014].
- ICM (2014). The ICM Midwifery Services Framework for Reproductive, Maternal, Neonatal, Child Health Services. Accessible à : <http://www.internationalmidwives.org/projects-programmes/icm-msf-page1/> [Accédé le 30 septembre 2014].
- OMS (2010). H4+ High Burden Country Initiative (HBCI). Accessible à : <http://www.who.int/workforcealliance/countries/hbci/en/> [Accédé le 30 septembre 2014].
- OMS (2014). Midwifery. Accessible à : <http://www.who.int/topics/midwifery/en/> [Accédé le 30 septembre 2014].
- OMS/AFRO (2007). *Guide de l'évaluation des programmes de formation infirmiers et sages-femmes pour la région Africaine*. Brazzaville : OMS/AFRO. Accessible à : <http://www.afro.who.int/fr/groupes-organiques-et-programmes/dsd/ressources-humaines-pour-la-sante.html> [Accédé le 30 septembre 2014].
- Saving Mothers Giving Life (2014). About. Accessible à : <http://savingmothersgivinglife.org/> [Accédé le 30 septembre 2014].

- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56(2), 295–303.
- The Daily Star (2014). Services reach less than half of seekers. 22 août. Accessible à : <http://www.thedailystar.net/city/services-reach-less-than-half-of-seekers-38227>[Accédé le 30 septembre 2014].
- United Nations Foundation (2014). Every woman every child. Accessible à : <http://www.everywomaneverychild.org/> [Accédé le 30 septembre 2014].
- UNICEF (2014). A promise renewed. Accessible à : <http://www.apromiserenewed.org/> [Accédé le 30 septembre 2014].
- UNFPA (2011). *La pratique de sage-femme dans le monde. Naissances réussies, vies sauvées*. New York : United Nations Population Fund.
- UNFPA & ICM (2008). *Investing in midwives and others with midwifery skills to save the lives of mothers and newborns and improve their health*. Accessible à : http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2008/midwives_eng.pdf [Accédé le 30 septembre 2014].
- UNFPA, ICM & OMS (2014). *L'état de la pratique de sage-femme dans le monde. Sur la voie de l'universalité. Le droit de la femme à la santé*. New York : United Nations Population Fund.
- UNFPA, Jhpiego, OMS, GHWA, UNICEF, FIGO, *et al.* (2010). *A Global Call to Action: Strengthen Midwifery to Save Lives and Promote Health of Women and Newborns*. First Global Midwifery Symposium, Washington D.C.
- Viet Nam News (2014). VN encourages rural midwives. (3 juillet). Accessible à : <http://vietnamnews.vn/society/256975/vn-encourages-rural-midwives.html> [Accédé le 30 septembre 2014].

Auteurs

Luc de Bernis est Conseiller Principal en Santé Maternelle à la Division Technique du Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), basé à Genève. Sa responsabilité principale est le soutien technique aux efforts entrepris par les bureaux régionaux et nationaux dans le champ de la santé maternelle et néonatale, y compris la planification familiale, l'élimination de la transmission HIV mère-enfant et de la fistule obstétricale, ceci avec le soutien du Fonds Thématique Santé Maternelle. L'accent est mis sur le renforcement des systèmes de santé, les plans stratégiques, le développement et l'encadrement des ressources humaines, la prestation et l'évaluation des services de santé. En collaboration avec les H4+ (UNICEF, OMS, FNUAP, la Banque Mondiale, UNAID et ONU Femmes - Programme pour la santé maternelle et néonatale), il contribue au renforcement des partenariats à niveau global, régional et national. Luc soutient actuellement le programme H4+ High Burden Country Initiative dont l'objectif est d'assister les pays affectés par une mortalité maternelle et infantile très importante à développer les ressources humaines nécessaires et à planifier leurs politiques de santé.

Avant de rejoindre le FNUAP, Luc de Bernis a travaillé pour le Programme régional africain de Santé Maternelle et Néonatale basé à Addis-Ababa.

Luc de Bernis est gynécologue-obstétricien, avec formation en épidémiologie et santé publique. Il a passé plus de dix ans en Afrique occidentale francophone comme assistant technique et conseiller pour le Ministère français de la Coopération et les ministères de la santé (Tchad, Sénégal). Il a été un des coordinateurs de la première enquête multi-centriques africaines sur la mortalité et morbidité maternelle (MOMA). Luc a rejoint l'OMS en 2000, travaillant comme agent technique du Département de la Santé reproductive et du Département de Recherche où il a coordonné l'équipe de santé maternelle et néonatale.

Petra ten Hoop-Bender est Directrice du programme Santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile à l'Institut de Coopération Sociale (ICS) Integrare. Elle est sage-femme, ancienne Secrétaire Générale de la Confédération Internationale des Sages-femmes (ICM), ancienne directrice du Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile et Directrice du programme "Dual Career and Staff Mobility" (Carrière double et mobilité du personnel) aux Nations Unies. Elle a non seulement coordonné la publication de la série du Lancet sur la Maïeutique (lancé le 23 juin 2014) mais est aussi le premier auteur du quatrième article qui traite de la politique internationale. Son expertise s'étend au développement et à l'analyse de politique de santé, au développement organisationnel, à l'évaluation des besoins en ressources humaines, au plaidoyer et à la communication et enfin au renforcement des capacités. Elle a été membre de l'équipe des auteurs du rapport sur La Pratique de la Sage-femme dans le Monde 2011 et de sa mise à jour pour le Rapport de 2014 (UNFPA, 2011; UNFPA, ICM & OMS 2014).

Maria Guerra Arias est Chercheur à l'Institut de Coopération Sociale (ICS) Integrare. Elle possède une Maîtrise en Etudes de Développement de l'Université de Cambridge. Son expérience s'étend à la recherche, au développement de projets et à l'élaboration de leurs rapports au niveau international ainsi qu'à leur mise en œuvre à niveau local.