

Accompagner
le personnel de
santé pour répondre
aux besoins
des femmes,
des nouveau-nés
et des adolescents
partout dans
le monde

L'ÉTAT DE
LA PRATIQUE DE
sage-femme
dans le monde
2021

À la mémoire de tous
les membres du personnel
de santé décédés des suites
de la Covid-19



CONTRIBUTEURS ET REMERCIEMENTS

ÉQUIPE RÉDACTIONNELLE : Sarah Bar-Zeev, Luc de Bernis, Martin Boyce, Manju Chhugani, Caroline Homer, Kirsty Hughes, Joanne McManus, Zoë Matthews, Million Mekuria, Andrea Nove, Petra ten Hoope-Bender.

GROUPE PRINCIPAL : Muna Abdullah, Mohamed Afifi, Zalha Assoumana, Sarah Bar-Zeev, Luc de Bernis, Mathieu Boniol, Martin Boyce, Alma Virginia Camacho-Hübner, Caroline Homer, Kirsty Hughes, Catherine Breen Kamkong, Tamar Khomasuridze, Anneka Knutsson, Geeta Lal, Sandra Land, Carey McCarthy, Fran McConville, Joanne McManus, Zoë Matthews, Million Mekuria, Allisyn Moran, Andrea Nove, Sally Pairman, Charlotte Renard, Shible Sahbani, Petra ten Hoope-Bender, Pulane Tlebere, Sally Tracy, Joseph Vyankandondera.

GROUPE DIRECTEUR : Groupe principal + Olajumoke Adebayo, Elena Ateva, Anshu Banerjee, Amy Boldosser-Bausch, James Campbell, Howard Catton, Manju Chhugani, Sheena Currie, Atf Ghérissi, Kristy Kade, Afsana Karim, Holly Kennedy, Bashi Kumar-Hazard, Barbara Levy, Vivian Lopez, Lastina Lwata, Lori McDougall, Martha Murdock, Josephine Murekezi, Anwar Nassar, Lushelo Simwina, Naveen Thacker, Veronic Verlyk, Jessica White.

GROUPE DE PARTENAIRES : Groupe directeur + Sultana Afdhal, Darcy Allen, Deborah Armbruster, Maria Helena Bastos, John Borrazzo, Louisa Cabal, Franka Cadée, Doris Chou, Giorgio Cometto, Helga Fogstad, Lynn Freedman, Howard Friedman, Carlos Fuchtner, Meena Ghandi, Lars Gronseth, Kathleen Hill, Elizabeth Iro, Annette Kennedy, Étienne Langlois, Chunmei Li, Betsy McCallon, Alison McFadden, Blerta Maliqi, Michaela Michel-Schuldt, Jean-Pierre Monet, Zoe Mullan, Christophe Paquet, Susan Papp, Annie Portela, Veronica Reis, Mary Renfrew, Eva-Charlotte Roos, Theresa Shaver, Jeffrey Smith, Kate Somers, Mary Ellen Stanton, Irum Taqi, Jyoti Tewari, Christiane Wiskow.

CONTRIBUTIONS TECHNIQUES ET SOUTIEN : Mohamed Afifi, Avni Amin, Rondi Anderson, Ian Askew, Chea Ath, Alka Barua, Davide de Beni, Sandra Blanco, Malin Bogren, Meghan Bohren, Mathieu Boniol, John Borrazzo, Callum Brindley, Jim Buchan, Franka Cadée, Alma Virginia Camacho-Hübner, Howard Catton, Venkatraman Chandra-Mouli, Laurence Codjia, Giorgio Cometto, Myrian Cortes, Allison Cummins, Hugh Darrah, Kim Darrah, Deborah Davis, Khassoum Diallo, France Donnay, Winfred Dotse-Gborgbortsi, Alexandre Dumont, Ashok Dyalchand, Alison Eddy, Patrick Hoang-Vu Eozenou, Amanda Fehn, Ingrid Friberg, Bela Ganatra, Claudia Garcia, Atf Ghérissi, Aparajita Gogoi, Sami Gottlieb, Veloshnee Govennder, Peter Griffiths, Sylvia Hamata, Claudia Hanson, Tawab Hashemi, Maren Hopfe, Anna von Hörsten, Keith Hurst, Ank de Jonge, Kristy Kade, Bartholomew Kamlewe, Bernar Kilonzo, Manasi Kumar, Christoph Kurowski, Sandra Land, Étienne Langlois, An'war Deen Bolarin Lawani, Barbara Levy, Jenny Liu, Ulrika Rehnström Loi, Sandra Lopez, Veronique Lozano, Carey McCarthy, Fran McConville, Michelle McIsaac, Emily McWhirter, Garth Manning, Viviana Martinez-Bianchi, Olga Maslovskaya, Andrea Matos Orbegoso, Federica Maurizio, Hedieh Mehrdash, Ann-Beth Moller, Sopha Muong, Maria Najjemba, Manjulaa Narasimhan, Pros Nguon, Marianne Nieuwenhuijze,

Danielle Okoro, Olufemi Oladapo, Paulina Ospina, Charlemagne Ouedraogo, Sally Pairman, Francesca Palestra, Christina Pallitto, Ann Phoya, Laura Pitson, Marina Plesons, Bob Radder, Anna Rayne, Charlotte Renard, Cori Ruktanonchai, Jihan Salad, Martin Schmidt, Andrew Schroeder, Meroji Seban, Teymur Seyidov, Mehr Shah, Pragati Sharma, Tekla Shiindi-Mbidi, Callie Simon, Lushelo Simwina, Amani Siyam, Laura Sochas, Sokun Sok, Karin Stenberg, Tigest Tamrat, Ai Tanimizu, Joyce Thompson, Patricia Titulaer, Sally Tracy, Elena Triantafyllou, Özge Tunçalp, Samson Udho, Victoria Vivilaki, Andrea Vogt, Amanda Weidner, Florence West, Jessica White, Teodora Wi, Elspeth Williams, Christiane Wiskow, Helen Witte, Julie Woods, Ann Yates, Catherine Yevseyev, Masahiro Zakoji, Willibald Zeck, Pascal Zurn.

Nous tenons à remercier les coordonnateurs des CNPS et les associations membres de la Confédération internationale des sages-femmes pour leur précieux travail de collecte de données, effectué avec l'appui des bureaux régionaux et des bureaux pays du Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), mais aussi de Direct Relief.

COMMUNICATIONS ET MÉDIAS : Rachel Firth, Molly Karp, Geeta Lal, Veronique Lozano, Lori McDougall, Hanno Ranck, Sonali Reddy, Irum Taqi, Petra ten Hoope-Bender, Veronic Verlyk, Eddie Wright, Rebecca Zerzan.

CONCEPTION, MISE EN PAGE ET TRADUCTION : Prographics, Inc.

SOUTIEN FINANCIER : New Venture Fund, Fonds des Nations Unies pour la population.

Le présent rapport a été rédigé et publié sous la direction de l'UNFPA, en partenariat avec l'OMS et l'ICM, avec le soutien de : Averting Maternal Death and Disability, l'Agence allemande de coopération internationale, l'Agence des États-Unis pour le développement international, l'Agence française de développement, l'Agence norvégienne de coopération pour le développement, l'Agence suédoise de coopération internationale au développement, l'Association internationale de pédiatrie, l'Association des sages-femmes du Rwanda, le Burnet Institute, le Conseil international des infirmières, Direct Relief, FCI@MSH, la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, la Fondation Bill et Melinda Gates, la Fondation Oswaldo Cruz, la Fondation Johnson & Johnson, la Fondation Wish, Human Rights in Childbirth, Jamia Hamdard, Jhpiego, le Mécanisme de financement mondial, le ministère du Développement international du Royaume-Uni, Novametrics, l'ONUSIDA, l'Organisation internationale du Travail, le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, Save the Children, Toutes les femmes, tous les enfants, l'Université de Dundee, l'Université de Southampton, l'Université de Yale, la White Ribbon Alliance et Women Deliver.

Nous souhaitons également remercier Novametrics Ltd pour son appui et son encadrement technique durant la préparation de ce rapport et des documents connexes ainsi que le PMNCH pour son leadership en matière de plaidoyer et communication.

SIGLES ET ACRONYMES

| | | | |
|-------------|--|---------------|--|
| BPS | besoins potentiels satisfaits | MEAP | Programme d'accréditation pour la formation des sages-femmes |
| CII | Conseil international des infirmières | ODD | objectifs de développement durable |
| CITP | Classification internationale type des professions | OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| CNPS | Comptes nationaux des personnels de santé | ONU | Organisation des Nations unies |
| CSU | couverture sanitaire universelle | SONUB | soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base |
| EDS | équivalent dédié à la SSRMNA | SSRMNA | santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et des adolescents |
| EPI | équipement de protection individuelle | UNFPA | Fonds des Nations unies pour la population |
| ICM | Confédération internationale des sages-femmes | UNICEF | Fonds des Nations unies pour l'enfance |

Les dénominations et la présentation des données qui figurent dans cette publication n'expriment aucune opinion de la part du Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ni de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) concernant le statut juridique des pays, territoires, villes ou régions ou de leurs autorités, ni concernant le tracé de leurs frontières et délimitations. Sur les cartes, les lignes pointillées représentent des frontières approximatives qui n'ont parfois pas encore fait l'objet d'un accord. Les termes utilisés pour désigner les pays, territoires et régions ainsi que la représentation de ces pays, territoires et régions, y compris le tracé de leurs frontières ou limites, et les statuts attribués directement ou indirectement à ces pays, territoires et régions dans le cadre de la présente publication respectent exclusivement les orientations et les pratiques institutionnelles de l'UNFPA, en sa qualité d'organisme chef de file de la publication. Ils peuvent différer de ceux employés par l'OMS, et ne sauraient être considérés comme une reconnaissance directe ou indirecte par l'OMS du statut juridique des pays, territoires, villes ou régions ou de leurs autorités, ni du tracé de leurs frontières et délimitations.

Photo de couverture : Rabiya Yusuf avec son fils, Umar Husseni, centre de santé Dikumari, Damaturu, État de Yobe, Nigéria.

© Gates Archive/Nelson Owoicho.

Table des matières

| | |
|--|----|
| AVANT-PROPOS | iv |
| RÉSUMÉ ANALYTIQUE | v |
| CHAPITRE 1 : INTRODUCTION | 1 |
| CHAPITRE 2 : LES SAGES-FEMMES : UN INVESTISSEMENT VITAL | 7 |
| CHAPITRE 3 : FORMATION DES SAGES-FEMMES ET RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION POUR GARANTIR LA QUALITÉ DES SOINS | 13 |
| CHAPITRE 4 : BESOIN ET DISPONIBILITÉ EN SAGES-FEMMES ET AUTRES PROFESSIONNELS DE SSRMNA | 25 |
| CHAPITRE 5 : ÉGALITÉ D'ACCÈS AU PERSONNEL DE SSRMNA | 43 |
| CHAPITRE 6 : RENFORCEMENT DES CAPACITÉS ET AUTONOMISATION DU PERSONNEL DE SSRMNA : L'IMPORTANCE DE L'ÉGALITÉ DES GENRES | 49 |
| CHAPITRE 7 : PROGRÈS ACCOMPLIS DEPUIS 2011 ET PERSPECTIVES POUR 2030 | 57 |
| GLOSSAIRE | 63 |
| RÉFÉRENCES | 65 |

ENCADRÉS

| | |
|---|----|
| 1.1 : Précédents rapports de la série <i>L'État de la pratique de sage-femme dans le monde</i> | 2 |
| 2.1 : Continuité des soins assurée par la sage-femme | 8 |
| 2.2 : Investissements en faveur des sages-femmes au Cambodge et aux Pays-Bas | 10 |
| 3.1 : L'Initiative pour les soins de sage-femme du Gouvernement indien | 14 |
| 3.2 : Le Programme d'accréditation pour la formation des sages-femmes de l'ICM..... | 15 |
| 3.3 : Données essentielles concernant la qualité de la formation d'après l'enquête mondiale de l'OMS auprès des formateurs en soins de sage-femme..... | 17 |
| 3.4 : Identifier les besoins des sages-femmes en Amérique latine et aux Caraïbes pendant la pandémie de Covid-19 et y répondre..... | 23 |
| 3.5 : La contribution des sages-femmes à la lutte contre la Covid-19 au Malawi et en Namibie | 24 |
| 4.1 : Difficultés liées à la collecte de données et solutions mises en place en Asie du Sud-Est | 26 |
| 5.1 : Les estimations nationales peuvent masquer des disparités géographiques et professionnelles : exemple du Ghana..... | 44 |
| 5.2 : Respect dans les soins de maternité | 45 |
| 5.3 : Soins de SSRMNA : une campagne mondiale enquête sur les besoins des femmes..... | 46 |
| 6.1 : Préparer la nouvelle génération de sages-femmes leaders..... | 53 |
| 6.2 : L'importance du dialogue social..... | 55 |
| 6.3 : Écarts de salaires entre les différents professionnels de SSRMNA : les cas du Maroc et de la Tunisie | 56 |

TABLEAUX

| | |
|---|----|
| 1.1 : Catégories professionnelles incluses dans la définition du personnel de SSRMNA | 3 |
| 3.1 : Pourcentage de pays dotés de lois distinguant la pratique de sage-femme des soins infirmiers et de pays dotés d'une association spécifique aux sages-femmes, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019-2020 | 18 |
| 3.2 : Pourcentage de pays (parmi les 79 pays répondants) dans lesquels les sages-femmes sont autorisées à accomplir les différentes fonctions signalétiques des SONUB, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019-2020 | 20 |
| 3.3 : Pourcentage de pays (parmi les 78 pays répondants) dans lesquels les sages-femmes sont autorisées à fournir des produits contraceptifs, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019-2020 | 21 |
| 4.1 : Nombre (en milliers) de professionnels de SSRMNA dans 192 pays en 2019 (ou la dernière année pour laquelle des données sont disponibles depuis 2014)..... | 29 |
| 4.2 : Effectifs (en milliers) et densité des prestataires de soins de sage-femme dans 160 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019 (ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles depuis 2014)..... | 30 |
| 4.3 : Estimations des besoins potentiels satisfaits dans 157 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019 (ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles depuis 2014) | 35 |
| 6.1 : Pourcentage de pays (parmi les 80 pays répondants) faisant état de sages-femmes à des postes à responsabilités, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019-2020 | 51 |

FIGURES

| | |
|---|-----|
| 1 : Récapitulatif des investissements requis pour permettre aux sages-femmes de réaliser pleinement leur potentiel..... | vii |
| 1.1 : Faits marquants relatifs aux soins de sage-femme et au personnel de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et des adolescents dans le monde, 2011-2020..... | 4 |
| 2.1 : Évolution du pourcentage de naissances dans un établissement de santé et du pourcentage d'accouchements assistés par des sages-femmes et des infirmiers dans 18 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure qui ont réduit leur taux de mortalité maternelle de plus de 50 % entre 2000 et 2017..... | 9 |
| 3.1 : Durées des programmes de formation à la pratique des soins de sage-femme et des doubles cursus (soins de sage-femme et soins infirmiers) accessibles par admission directe dans 63 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019-2020..... | 15 |
| 3.2 : Pourcentage moyen de formateurs de sages-femmes qui sont des sages-femmes dans 70 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019-2020 | 16 |
| 3.3 : Plus haut niveau de diplôme de sage-femme disponible dans 74 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019-2020 | 17 |
| 3.4 : Système de réglementation de la profession de sage-femme dans 78 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019-2020 | 19 |
| 3.5 : Système d'habilitation des sages-femmes dans 73 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019-2020..... | 19 |
| 4.1 : Pourcentage du temps de travail des professionnels de SSRMNA nécessaire à chaque étape du continuum de soins dans 189 pays en 2019 | 27 |
| 4.2 : Pourcentage du temps de travail des professionnels de SSRMNA nécessaire à chaque étape du continuum de soins dans 189 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, en 2019 | 28 |
| 4.3 : Pourcentage des prestataires de soins de sage-femme dans chaque catégorie professionnelle dans 161 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019 (ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles depuis 2014) | 31 |
| 4.4 : Personnel de SSRMNA : comparaison entre l'effectif et l'équivalent dédié à la SSRMNA (EDS) dans 192 pays, 2019 (ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles depuis 2014) | 32 |
| 4.5 : Répartition des sages-femmes, du personnel infirmier et des médecins pratiquant des activités de SSRMNA dans 192 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019 (ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles depuis 2014) | 33 |
| 4.6 : Part relative des prestataires de soins de sage-femme âgés de 55 ans et plus et de moins de 35 ans, dans 75 pays, 2019 (ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles depuis 2014) | 38 |
| 4.7 : Besoins potentiels satisfaits attendus dans 157 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019, 2025 et 2030 | 39 |
| 4.8 : Effectifs attendus par rapport à la demande prévue dans 143 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2030..... | 41 |
| 4.9 : Prévisions pour l'année 2030 des besoins potentiels satisfaits et de la part de la demande satisfaite en personnel de SSRMNA dans 143 pays, par catégorie de revenu de la Banque mondiale | 42 |
| 5.1 : Pourcentage de personnel de SSRMNA féminin dans les pays ayant communiqué des données, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019 (ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles depuis 2014)..... | 47 |
| 6.1 : Présence, dans 164 pays, de politiques et législations nationales ou infranationales visant à prévenir les atteintes à l'encontre des personnels de santé, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019..... | 54 |

Avant-propos

La crise de la Covid-19 a modifié notre manière de considérer les soins médicaux et les activités de soutien dans ce domaine, soulevant les questions suivantes : quand et comment ces soins doivent-ils être assurés, quels acteurs doivent être mobilisés, et quelles ressources (humaines et autres) doivent être priorisées ? Cette pandémie nous a notamment appris que même les systèmes de santé les plus solides pouvaient soudainement se fragiliser. Au cours de la crise, nous avons constaté de nombreuses répercussions négatives pour les femmes et les filles, notamment une hausse de la violence basée sur le genre et une diminution de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive essentiels, ce qui a entraîné une augmentation de la mortalité maternelle, du nombre de grossesses non désirées, du nombre d'avortements à risque et de la mortalité infantile.

La majorité des données factuelles et des analyses figurant dans *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021* sont antérieures à la pandémie de Covid-19. Elles présentent en détail les retombées positives des soins obstétricaux de qualité sur les femmes et leur famille dans le monde entier. Les résultats mettent en évidence l'importance et l'efficacité des sages-femmes en tant que membres essentiels du personnel de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et des adolescents (SSRMNA). Et pour cause, les sages-femmes sont à l'origine de progrès tangibles en faveur de la réalisation de plusieurs cibles et objectifs du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

En raison des restrictions et de la surcharge des systèmes de santé liées à la Covid-19, les sages-femmes sont plus indispensables que jamais pour répondre aux besoins des femmes et des adolescentes en matière de santé sexuelle et reproductive. Il faut saluer le courage manifesté par les sages-femmes dans le cadre de leurs missions tout au long de la crise, souvent au mépris du danger : elles ont contribué à la réduction du risque de transmission du virus aux femmes enceintes et aux bébés en facilitant les accouchements hors des hôpitaux, soit à domicile, soit dans des maternités ou des maisons de naissance. La possibilité d'accoucher de manière sûre, confortable et commode à domicile ou dans une clinique communautaire spécialisée en soins de sage-femme va probablement gagner en popularité auprès des femmes enceintes et de

leur famille dans une grande partie du monde. Les responsables politiques ont de plus en plus conscience des gains d'efficacité que permettent les investissements en faveur des sages-femmes et des infrastructures qui les soutiennent et les aident.

Les gouvernements et leurs partenaires sont invités à s'appuyer sur *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021* pour déterminer vers quels domaines ils doivent porter leur attention et leurs ressources, et de quelle manière, afin d'atteindre cet objectif. Le rapport met en évidence la nécessité de créer 1,1 million de postes à temps plein supplémentaires de professionnels de SSRMNA. Il s'agit essentiellement de postes de sages-femmes, concernant principalement l'Afrique. Le rapport souligne aussi que tous les pays doivent améliorer la formation et optimiser le déploiement de ces professionnels afin de réussir à répondre à la demande d'ici 2030. Lors de la prise de décisions, il est également nécessaire de tenir compte d'autres résultats importants révélés par les recherches, par exemple le fait que les sages-femmes convenablement formées, diplômées

et intégrées à une équipe pluridisciplinaire sont capables de répondre à environ 90 % des besoins liés aux interventions essentielles en matière de SSRMNA tout au long de la vie. Néanmoins, les sages-femmes ne représentent à l'heure actuelle que 8 % du personnel de SSRMNA à l'échelle mondiale. L'augmentation de cette proportion, ainsi que du nombre total de sages-femmes, pourrait avoir des effets notables. La couverture universelle des interventions réalisées par les sages-femmes pourrait éviter deux tiers des morts maternelles, néonatales et des mortinaissances, ce qui permettrait de sauver 4,3 millions de vies par an d'ici 2035.

C'est là l'argument le plus fort en faveur des mesures destinées à confier aux sages-femmes un rôle plus central au sein des systèmes de santé et à garantir qu'elles soient formées, protégées, traitées et valorisées professionnellement.



Amina Mohammed
Vice-Secrétaire générale des Nations unies

Résumé analytique

La santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et des adolescents (SSRMNA) est une composante essentielle des objectifs de développement durable (ODD). Pour l'améliorer, il est nécessaire de s'engager et d'investir davantage en faveur du personnel de santé. Le présent rapport s'intéresse principalement aux sages-femmes, celles-ci jouant un rôle clé au sein du personnel de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et des adolescents.

L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021 est une initiative sans précédent qui se propose de recenser l'ensemble du personnel de SSRMNA à l'échelle mondiale, en conformité avec le principe d'universalité des ODD. Elle part du postulat selon lequel les pays à faible revenu ne sont pas les seuls à avoir du mal à répondre aux besoins et aux attentes des populations, particulièrement en ces temps difficiles, et reconnaît qu'il existe de nombreuses voies pour améliorer la SSRMNA : on trouve des exemples de bonnes pratiques dans tous les pays, lesquels doivent être tenus de rendre des comptes.

L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021 a été rédigé et publié sous la direction du Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), en partenariat avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), avec le soutien de 33 organisations. Il s'appuie sur les précédents rapports, publiés en 2011 et 2014, tout en étudiant de nombreux pays qui ne figuraient pas dans ces derniers.

La pénurie mondiale de professionnels de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et des adolescents

Dans nombre de pays, la planification des effectifs et l'évaluation des capacités du personnel à répondre aux besoins en services de santé sont entravées par la mauvaise qualité des systèmes de données relatives au personnel soignant. S'appuyant sur les données disponibles, le rapport 2021 estime que le personnel de SSRMNA pourrait, sur la base de sa composition et sa structuration actuelles, satisfaire 75 % des besoins mondiaux en matière d'interventions de SSRMNA essentielles. En revanche, dans les pays à faible revenu, le personnel ne serait en mesure

de répondre qu'à 41 % des besoins. C'est dans les régions d'Afrique et de Méditerranée orientale (régions OMS) que le potentiel de satisfaction des besoins est le plus faible.

D'après l'analyse du rapport 2021, actuellement il manque à l'échelle mondiale 1,1 million de professionnels en « équivalent dédié à la SSRMNA » pour répondre aux besoins. Cette pénurie concerne toutes les catégories de professionnels de SSRMNA, en particulier les sages-femmes et les autres professionnels de soins de sage-femme. Il est urgent de procéder à des investissements pour combler ces lacunes.

D'après la tendance actuelle, on estime que le personnel de SSRMNA sera en mesure de répondre à 82 % des besoins en 2030, ce qui ne représente qu'une amélioration modeste par rapport aux 75 % actuels. L'écart entre les pays à faible revenu et les pays à revenu élevé et intermédiaire devrait en outre se creuser d'ici 2030, accentuant les inégalités.

Pour résorber cet écart avant 2030, il est nécessaire de créer 1,3 million de nouveaux postes de professionnels EDS (essentiellement des sages-femmes, principalement en Afrique) au cours des dix prochaines années. Si la tendance actuelle se poursuit, seulement 0,3 million de postes seront créés, ce qui laisse augurer une pénurie d'un million de postes EDS d'ici 2030.



Lucia Sumani, une étudiante sage-femme en poste dans un hôpital du district de Balaka (Malawi), effectue un bilan prénatal.
© Fondation Bill et Melinda Gates/Paul O'Driscoll.

Outre ces pénuries, les données de référence mettent en évidence la nécessité d'investir en faveur de l'amélioration de la qualité des soins et de la réduction du nombre de cas de fautes professionnelles (manque de respect et abus) commises à l'encontre des utilisateurs de services de SSRMNA.

Pourquoi investir en faveur des sages-femmes ?

Depuis le premier rapport *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde* en 2011, la quantité de données factuelles relatives aux retours sur investissement en faveur des sages-femmes n'a fait qu'augmenter. D'après ces données, les investissements en faveur des sages-femmes permettent aux mères de vivre la naissance de manière positive et facilitent la mise en place de services d'avortement sûrs, complets et efficaces. En outre, ils améliorent les résultats en matière de santé, favorisent l'augmentation des effectifs, encouragent une croissance inclusive et équitable ainsi que la stabilisation de l'économie, et peuvent avoir des conséquences macroéconomiques positives.

La pandémie de Covid-19 a mis en lumière l'importance des investissements en faveur des soins de santé primaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population. Les sages-femmes sont des prestataires essentielles de services de santé primaire et peuvent jouer un rôle clé dans ce domaine et à d'autres échelons du système de santé : outre leurs activités liées à la maternité, elles effectuent un large éventail d'interventions cliniques et contribuent à la réalisation

d'objectifs plus généraux en matière de santé, par exemple en matière de droits liés à la sexualité et à la reproduction, de promotion des soins auto-administrés et d'autonomisation des femmes et des adolescentes.

L'analyse présentée dans ce rapport indique que des sages-femmes correctement formées, diplômées et intégrées, soutenues par des équipes interdisciplinaires et bénéficiant d'un environnement favorable, sont capables d'assurer environ 90 % des interventions essentielles de SSRMNA tout au long de la vie. Elles ne représentent pourtant qu'à peine 10 % du personnel de SSRMNA à l'échelle mondiale.

Des investissements significatifs sont indispensables

Pour que les sages-femmes puissent réaliser leur potentiel, il faut accentuer les investissements dans quatre domaines clés : l'éducation et la formation ; la planification, la gestion et la réglementation des activités du personnel de santé et l'environnement de travail ; le leadership et la gouvernance ; la prestation de services. La figure 1 récapitule les investissements nécessaires dans chacun de ces domaines.

Ces investissements doivent être envisagés aux niveaux national, régional et mondial par les gouvernements, les décideurs politiques, les autorités réglementaires, les institutions d'enseignement, les associations professionnelles, les organisations internationales, les partenariats mondiaux, les organismes donateurs, les organisations de la société civile et les chercheurs.



Sage-femme effectuant un bilan prénatal, Centre de soins de santé primaires d'Akwanga, État de Nasarawa, Nigéria.
© Gates Archive/Nelson Owoicho.

Les pays qui manquent de professionnels pour répondre aux besoins ne sont pas les seuls qui doivent investir en faveur de la formation et du déploiement de professionnels de SSRMNA. D'après les prévisions, de nombreux pays, y compris quelques pays à revenu élevé, ne disposeront pas d'un nombre suffisant de professionnels de SSRMNA pour faire face à la demande d'ici 2030.

Une hausse des besoins en sages-femmes et en personnel de SSRMNA

À l'échelle mondiale, 6,5 milliards d'heures de travail de professionnels de SSRMNA auraient été nécessaires pour satisfaire tous les besoins en matière de soins essentiels de SSRMNA en 2019. Ce chiffre devrait augmenter pour atteindre 6,8 milliards d'heures d'ici 2030. À peine plus de la moitié (55 %) des besoins concernent des interventions de santé maternelle et néonatale (soins prénatals, périnatals et postnatals) ; 37 % sont liés à d'autres interventions de santé sexuelle et reproductive (conseil, contraception, soins complets d'avortement, dépistage et gestion des infections sexuellement transmissibles) et 8 % portent sur des interventions de santé sexuelle et reproductive à destination des adolescents.

Parmi les facteurs qui empêchent le personnel de SSRMNA de répondre à l'ensemble des besoins figurent : l'insuffisance des effectifs, un éventail de compétences inefficace au sein des équipes, la répartition inégale du personnel, les différences de niveau et de qualité des programmes d'éducation et de formation, le nombre limité de formateurs qualifiés (y compris pour la supervision et le mentorat) ; et une efficacité réglementaire limitée.

La Covid-19 a entraîné une diminution de la disponibilité du personnel. Il faut faire de l'accès aux services de SSRMNA une priorité et s'assurer que ces services sont dispensés dans un environnement sûr, malgré la pandémie. Les professionnels de SSRMNA doivent bénéficier de mesures de protection contre les risques d'infection, de soutien pour faire face au stress et aux traumatismes, et de solutions créatives et innovantes au défi de fournir une éducation et des services de haute qualité.

Égalité d'accès au personnel de SSRMNA

Même lorsqu'il existe des données relatives au personnel, il est rare qu'elles soient parfaitement ventilées en fonction de caractéristiques clés telles que le genre, la catégorie professionnelle ou la situation géographique, ce qui rend difficiles l'identification et la résolution des manquements en matière de prestation de services.

FIGURE 1 **Récapitulatif des investissements requis pour permettre aux sages-femmes de réaliser pleinement leur potentiel**



Certaines populations risquent de voir leur accès aux professionnels de SSRMNA limité en raison de différents paramètres tels que l'âge, la pauvreté, le lieu de résidence, le handicap, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la religion, ou encore un contexte de conflit. L'avis des utilisateurs de services est essentiel pour comprendre les facteurs qui influencent leur recherche de soins.

Il est nécessaire d'accorder une attention particulière aux groupes de population « laissés de côté », afin de s'assurer qu'ils ont accès à des soins dispensés par des professionnels compétents. Le personnel de SSRMNA doit évoluer dans un environnement de travail et réglementaire favorable, tout en bénéficiant d'un enseignement et d'une formation adaptés, pour comprendre et satisfaire les besoins spécifiques de ces groupes en vue de prodiguer des soins de qualité, accessibles à tous et acceptables par tous.

Renforcement des capacités et autonomisation du personnel de SSRMNA

Le personnel de santé est en moyenne composé à 70 % de femmes, quoique ce taux varie en fonction des métiers. Les sages-femmes sont en majorité des femmes. Celles-ci subissent d'importantes inégalités liées au genre en matière de salaires, de perspectives de carrière et de pouvoir décisionnaire.

Seulement la moitié des pays ayant communiqué des données comptaient des sages-femmes parmi les cadres de leur ministère de la Santé. Le manque de perspectives offertes aux sages-femmes en vue d'occuper des postes de direction et la rareté des exemples de femmes occupant ce type de postes font obstacle à la progression de carrière des sages-femmes et à leur épanouissement professionnel.

L'accès à un travail décent, exempt de stigmatisations, violences ou discriminations, est essentiel pour faire face aux obstacles et aux difficultés liés aux inégalités de genre. Tous les pays doivent adopter des politiques destinées à prévenir les agressions à l'égard des professionnels de santé.

L'instauration d'un environnement réglementaire à même de faire évoluer les normes liées au genre permettrait de lutter contre les causes sous-jacentes des inégalités de genre, de garantir le respect des droits fondamentaux, la capacité d'action et le

bien-être des soignants (aussi bien rémunérés que bénévoles), de reconnaître la valeur du travail du personnel soignant et des femmes en particulier, et de les rémunérer comme il convient.

L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021 a été rédigé pendant la pandémie de Covid-19. Nous tenons à exprimer notre gratitude aux parties prenantes de nombreux pays qui ont accompli des efforts considérables pour transmettre des données alors même qu'elles faisaient face à d'autres priorités. Force est de constater que les lacunes des systèmes de données relatives au personnel de santé représentaient un obstacle majeur avant le début même de la pandémie. Ce rapport fournit cependant de nouvelles données factuelles précieuses qui pourront éclairer les politiques et la planification relatives au personnel de santé.

Depuis la publication du premier rapport en 2011, de nombreux progrès ont été réalisés dans le domaine de soins de sage-femme ; mentionnons à cet égard une prise de conscience accrue quant à l'importance de la qualité des soins, la mise en place à grande échelle de dispositifs d'accréditation concernant les établissements de formation du personnel de santé, et une reconnaissance formelle du métier de sage-femme en tant que profession à part entière. De nombreux problèmes mis en lumière dans les deux précédents rapports demeurent toutefois d'actualité, notamment les pénuries de main-d'œuvre, l'inadaptation de l'environnement de travail, les insuffisances en matière d'enseignement et de formation, ou encore le manque de données relatives au personnel de santé.

Les gouvernements et les parties prenantes concernées sont donc invités à s'appuyer sur ce rapport pour guider leurs efforts afin de reconstruire un monde meilleur et plus juste, une fois la pandémie résorbée. Il s'agira de renforcer les systèmes de santé primaire afin d'assurer une couverture sanitaire universelle, selon un principe d'équité. Gageons que la pandémie, qui a mis en lumière le rôle décisif des professionnels de santé, entraînera des changements. *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021* compte bien y contribuer.

INTRODUCTION

Les efforts notables consentis par les pays avec le soutien de plusieurs partenariats mondiaux se sont traduits par des progrès considérables au cours des vingt dernières années, aussi bien en ce qui concerne la réduction de la mortalité maternelle et néonatale que l'amélioration de la santé et du bien-être des femmes,¹ des nouveau-nés et des adolescents (1). Cependant, cette progression n'a pas été homogène et les laissés-pour-compte sont encore trop nombreux. D'après les estimations mondiales, on dénombre environ 810 décès maternels par jour (2), une mortinaissance toutes les 16 secondes (3) et 2,4 millions de décès de nouveau-nés chaque année (4) ; enfin, près d'une femme sur cinq accouche sans l'assistance d'un professionnel de santé compétent (5). Dans le monde, environ 218 millions de femmes voient leurs besoins en matière de moyens de contraception modernes non satisfaits (6) et les grossesses non désirées touchent au moins 10 millions de filles âgées de 15 à 19 ans chaque année dans les pays à revenu faible et intermédiaire (7). Les données relatives à l'année 2020 commencent à dévoiler les effets dévastateurs de la Covid-19 sur ces chiffres et sur les autres indicateurs clés de la SSRMNA (8). Les mesures de lutte contre la pandémie et de reprise doivent accorder la priorité à la satisfaction des besoins de SSRMNA des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des familles.

Les objectifs « survivre, s'épanouir, transformer » de la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)* (9) du Secrétaire général des Nations unies consistent non seulement à réduire le nombre de décès évitables, mais aussi à transformer les sociétés de manière à ce que les femmes, les enfants et les adolescents puissent exercer leur droit à jouir d'un niveau de santé et de bien-être optimal, partout dans le monde. La SSRMNA est une composante essentielle des objectifs de développement durable (ODD), en particulier de l'ODD 3 : « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous

à tout âge » et de l'ODD 5 : « parvenir à l'égalité des genres et autonomiser toutes les femmes et les filles » (10). La Stratégie mondiale et les ODD obéissent à deux principes fondamentaux : « ne laisser personne de côté » et « aider les plus défavorisés en premier » (11).

L'existence de systèmes de santé résilients centrés sur la santé primaire est essentielle pour assurer la santé et le bien-être de toutes les femmes, de tous les nouveau-nés et de tous les adolescents. La *Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé* rappelle qu'en l'absence d'un personnel de santé efficace, il est impossible de bâtir un système de santé viable et d'atteindre la couverture sanitaire universelle (12). Pour assurer des soins de SSRMNA de qualité, il faut disposer d'un personnel compétent, formé, motivé et bénéficiant du soutien nécessaire.



PRINCIPAUX MESSAGES

- ▶ La santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et des adolescents (SSRMNA) est une composante essentielle des objectifs de développement durable. Pour l'améliorer, il est nécessaire de s'engager et d'investir davantage en faveur du personnel de santé.
- ▶ Le présent rapport s'intéresse principalement aux sages-femmes, celles-ci jouant un rôle clé au sein du personnel de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et des adolescents. Elles peuvent effectuer la plupart des interventions de SSRMNA essentielles tout au long de la vie si elles travaillent au sein d'un système de santé et d'un environnement de travail pleinement fonctionnels.
- ▶ *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021*, qui s'appuie sur les rapports publiés en 2011 et 2014, constitue un effort sans précédent de recensement de l'ensemble du personnel de SSRMNA dans le monde. Il s'intéresse à nombre de pays jusque-là laissés de côté.
- ▶ Ce rapport met en lumière les répercussions dévastatrices de la Covid-19. Les gouvernements et les parties prenantes concernées sont encouragés à s'y référer pour éclairer leurs initiatives visant à reconstruire un monde meilleur et plus équitable au sortir de la pandémie.

¹ *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde* tient compte de la diversité des identités de genre des personnes. Pour éviter d'assimiler systématiquement les personnes qui accouchent à des femmes, il est possible d'employer les termes « personne enceinte » ou « parent ». Néanmoins, en raison de la marginalisation et de l'oppression auxquelles font face les femmes dans la majeure partie du monde, nous avons pris le parti de continuer à utiliser les termes « femme », « mère » et « maternité ». Ce choix terminologique ne vise aucunement à exclure les personnes qui accouchent et ne s'identifient pas comme des femmes.

Le rapport *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2014* et les rapports régionaux et nationaux publiés ultérieurement (encadré 1.1) ont permis à plusieurs pays de réaliser des avancées significatives, de prendre des engagements politiques et d'atteindre certains objectifs (13). Cependant, il est urgent de prendre davantage de mesures : les ODD 3 et 5 ne

pourront être atteints d'ici 2030 que si la mobilisation et les investissements en faveur de l'éducation, du recrutement, du déploiement, de la rétention et de la gestion des sages-femmes et des autres professionnels de SSRMNA progressent.

L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021 a été rédigé pendant la pandémie de Covid-19. La nécessité pour les ministères de la Santé de se concentrer sur la lutte contre la pandémie a considérablement freiné la collecte et la vérification des données. À cet égard, nous tenons à exprimer notre gratitude aux parties

prenantes de nombreux pays qui ont accompli des efforts considérables pour transmettre des données alors même qu'elles étaient confrontées à d'autres priorités. Force est de constater que les systèmes de données relatives au personnel de santé représentaient un obstacle majeur avant le début même de la pandémie. Ce rapport fournit cependant de nouvelles données factuelles précieuses qui pourront éclairer les politiques et la planification relatives au personnel de santé.

L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021 constitue un effort sans précédent de recensement de l'ensemble du personnel de SSRMNA à l'échelle mondiale, conforme au principe d'universalité des ODD. À ce titre, il mentionne de nombreux pays qui n'avaient jusqu'alors fait l'objet d'aucun suivi. Cette nouvelle approche part du postulat selon lequel les pays à faible revenu ne sont pas les seuls à avoir du mal à répondre aux besoins et aux attentes des populations, particulièrement en ces temps difficiles, et reconnaît qu'il existe de nombreuses voies pour améliorer la SSRMNA : on trouve des exemples de bonnes pratiques dans tous les pays, lesquels doivent être tenus de rendre des comptes.

Le personnel de SSRMNA et le rôle central des sages-femmes

Le présent rapport est centré sur les sages-femmes ; néanmoins, pour comprendre le rôle clé qu'elles jouent, il est nécessaire de définir et d'étudier leur rôle dans le contexte de l'ensemble du personnel de SSRMNA. *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021* s'appuie sur des définitions admises à l'échelle internationale afin de faciliter les comparaisons entre régions et entre pays, et classe le personnel de SSRMNA en groupes professionnels fondés sur les fonctions et les responsabilités conformément à la Classification internationale type des professions (14) (tableau 1.1). Ces professions ne sont pas toutes représentées dans chaque pays ; néanmoins, lorsqu'elles existent et que des données sont disponibles à leur sujet, elles sont mentionnées dans l'analyse. La définition des différents groupes figure dans l'annexe Web 1. Les cases grisées dans le tableau 1.1 indiquent que les groupes en question sont considérés comme faisant partie du « personnel de soins de sage-femme général » dans le cadre du présent rapport.

À l'instar des rapports précédents, *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021* ne mentionne

Les sages-femmes veulent travailler au sein d'un système de santé qui leur permette de prodiguer des soins de qualité et ne génère pas d'obstacles pouvant nuire à l'efficacité des prestations.

Associations de sages-femmes

ENCADRÉ 1.1

Précédents rapports de la série *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde*

Le premier rapport de la série, *Naissances réussies, vies sauvées (23)*, a été publié à l'occasion du Congrès triennal de l'ICM en 2011. Il a été rédigé en réponse à l'Appel mondial à l'action émis lors du colloque sur le renforcement de la pratique de sage-femme (*Women Deliver, 2010*), et a permis l'alignement des pratiques de soins de sage-femme sur la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent*. Ce rapport proposait une analyse complète des services de soins de sage-femme, de la

formation et du déploiement des sages-femmes, de la réglementation de la profession et des conditions de service dans 58 pays ayant des taux élevés de mortalité maternelle et néonatale.

Le deuxième rapport de la série, *Sur la voie de l'universalité. Le droit des femmes à la santé (24)*, a fourni une base de données de références et une analyse détaillée des progrès accomplis et des difficultés rencontrées dans la mise en place d'une couverture réelle de services

de soins de sage-femme de qualité dans 73 pays, qui représentaient à eux seuls plus de 95 % de la charge mondiale des décès maternels, néonataux et infantiles. Publié à l'occasion du trentième Congrès triennal de l'ICM, en 2014, ce rapport s'est avéré un précieux outil de référence et de plaidoyer (13).

La série compte par ailleurs quatre rapports régionaux (25-28), et plusieurs pays ont réalisé leurs propres évaluations de leur personnel.

pas les accoucheuses traditionnelles, car, même si elles assistent une proportion significative des accouchements dans certains pays et jouent parfois un rôle en faveur de la mobilisation et du soutien de la communauté (15), la plupart d'entre elles n'ont pas reçu une éducation ou une formation formelles et ne sont soumises à aucune réglementation officielle. En revanche, les agents de santé communautaires sont inclus pour la première fois dans notre rapport. Quels que soient leurs champs de pratiques et compétences, les agents de santé jouent un rôle fondamental dans de nombreux pays, où ils assurent quelques interventions de SSRMNA essentielles. Il convient

de remarquer que les infirmiers et sages-femmes communautaires diplômés ne sont pas considérés comme des agents de santé communautaires.

Au sujet du présent rapport

L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021 a été rédigé et publié sous la direction du Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), en partenariat avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), avec le soutien de 33 organisations. Novametrics a assuré la gestion du secrétariat et a dirigé l'analyse des données,

TABLEAU 1.1

Catégories professionnelles incluses dans la définition du personnel de SSRMNA*

| CATÉGORIE PROFESSIONNELLE | CODE CIP | EXEMPLES |
|--|----------|---|
| Sages-femmes professionnelles | 2222 | Sage-femme professionnelle, sage-femme technicienne, sage-femme |
| Infirmiers professionnels formés à la pratique de sage-femme | 2221 | Infirmier-sage-femme, infirmier périnatal, infirmier de maternité |
| Infirmiers professionnels | 2221 | Consultant infirmier clinique, infirmier de district, infirmier anesthésiste, praticien infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier professionnel, infirmier de santé publique, infirmier spécialiste |
| Sages-femmes auxiliaires professionnelles | 3222 | Sage-femme assistante, sage-femme adjointe |
| Infirmiers auxiliaires professionnels formés à la pratique de sage-femme | 3221 | Infirmier-sage-femme adjoint |
| Infirmiers auxiliaires professionnels | 3221 | Infirmier assistant, infirmier auxiliaire professionnel, infirmier inscrit sur les listes de l'État, infirmier praticien, infirmier adjoint |
| Obstétriciens et gynécologues | 2212 | Obstétricien, gynécologue |
| Pédiatres | 2212 | Pédiatre |
| Médecins généralistes | 2211 | Médecin de famille, médecin généraliste, docteur en médecine (générale), médecin (généraliste), docteur (généraliste), médecin spécialiste des soins de santé primaires |
| Praticiens paramédicaux | 2240 | Travailleur paramédical en soins avancés, praticien clinique (paramédical), professionnel médical intermédiaire, travailleur paramédical en soins de santé primaires, technicien en chirurgie, auxiliaire médical |
| Assistants médicaux | 3256 | Assistant clinique, assistant médical |
| Agents de santé communautaires | 3253 | Assistant de santé communautaire, défenseur de la santé communautaire, agent de santé communautaire, agent de santé de village |

* Cette liste n'est pas exhaustive. Le personnel de SSRMNA comprend d'autres catégories professionnelles, notamment les diététiciens et les nutritionnistes, les anesthésistes, les pharmaciens et les physiothérapeutes. Cependant, les catégories professionnelles citées ci-dessus sont : a) jugées nécessaires à la réalisation des interventions de SSRMNA essentielles figurant dans la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent* ; et b) mentionnées explicitement sur la plateforme des comptes nationaux du personnel de santé de l'OMS.

Source : liste adaptée de la Classification internationale type des professions (CITP-08) de l'Organisation internationale du Travail (14).

la rédaction et la publication du rapport avec le soutien de l'UNFPA, de l'OMS, du Burnet Institute, de l'ICM, de l'Université de Southampton et de Jamia Hamdard.

L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021 s'appuie sur les précédents rapports de la même série (encadré 1.1) et sur le rapport *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* (16). Le rapport est conforme aux ODD ainsi qu'aux autres recommandations et engagements politiques de haut niveau, y compris ceux de la Commission de haut niveau sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique (17). La figure 1.1 présente les faits marquants relatifs aux

soins de sage-femme et au personnel de SSRMNA qui ont eu lieu entre 2011 et 2020.

Afin de minimiser la charge qu'elle représente pour les pays, la collecte des données a été effectuée principalement à l'aide de deux mécanismes de communication des données : la plateforme des comptes nationaux du personnel de santé (CNPS) de l'OMS (18) et l'enquête de recensement des associations de sages-femmes à l'échelle mondiale de l'ICM (19). La plateforme CNPS, mise en place en octobre 2017, est le système officiel de communication de données statistiques relatives au personnel de santé de l'OMS. Elle est régulièrement

FIGURE 1.1 Faits marquants relatifs aux soins de sage-femme et au personnel de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et des adolescents dans le monde, 2011-2020



actualisée à l'aide de données validées par les gouvernements et dont la cohérence a été vérifiée. L'enquête de l'ICM a été menée par les associations de sages-femmes professionnelles (ou, en l'absence de telles associations dans le pays, par le bureau de pays de l'UNFPA) et validée par les autorités nationales compétentes. Une enquête réglementaire de l'OMS a également fourni des données (20). Cette procédure de collecte de données n'est pas la même que celle utilisée pour les précédents rapports de la série, ce qui réduit les possibilités d'analyse des tendances relatives au personnel dans le temps. La collecte des données est décrite en détail dans l'annexe Web 2.

L'ensemble des 194 États membres de l'OMS étaient habilités à participer à *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021*, et tous ont soumis au moins une donnée présentée dans ce rapport. Chaque partie de l'analyse renvoie à un nombre de pays différent, en raison du degré variable de disponibilité des données relatives à chaque indicateur. Tous les tableaux et figures indiquent le nombre de pays participants, et l'annexe Web 4 précise quels pays ont fourni des données pour chaque partie de l'analyse.

La première partie de ce rapport est centrée spécifiquement sur les sages-femmes, en raison de leur rôle central et unique aussi bien dans le cadre des soins liés à la maternité que dans l'ensemble



Confédération internationale des sages-femmes : l'ICM publie ses orientations stratégiques, centrées sur la qualité, l'égalité et le leadership, pour la période 2017-2020.

Global Midwifery Strategy 2018–2030 (Stratégie mondiale pour les soins de sage-femme 2018-2030, UNFPA) : conçue pour contribuer à la réalisation de l'ODD 3, cette stratégie entend faire décroître le taux de mortalité maternelle à l'échelle mondiale jusqu'en deçà de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030.

Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030: framework for action (Cadre d'action pour l'amélioration de la qualité de la formation des sages-femmes en vue de la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030) : ce rapport, élaboré conjointement par l'OMS, l'UNFPA, l'UNICEF et l'ICM, propose un plan d'action en sept étapes destiné à toutes les parties prenantes de la santé maternelle et néonatale.



Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier (lancée par l'Assemblée mondiale de la Santé).

La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : *Investir dans la formation, l'emploi et le leadership.*

2017

2018

2019

2020

Compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme, version mise à jour en 2018 (ICM) : ce document présente les connaissances, compétences et attitudes professionnelles minimales requises pour prétendre au titre de sage-femme tel que défini par l'ICM.

Compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme, version mise à jour en 2019 (ICM) : ce document porte notamment sur le rôle des sages-femmes dans la prévention, le diagnostic et la stabilisation des complications.



Huitième réunion de la Triade CII-ICM-OMS : les participants s'engagent à aider les pays à élaborer et mettre en œuvre dix interventions prioritaires pour favoriser la réalisation des objectifs en matière de soins infirmiers et de sage-femme en vue de la lutte contre la pandémie de Covid-19 et de la mise en place d'une couverture sanitaire universelle.

73^e Assemblée mondiale de la Santé : l'Assemblée a décidé que l'année 2021 serait l'Année internationale des personnels de santé et d'aide à la personne.

Article sur les effets de l'activité des sages-femmes dans *The Lancet Global Health* : cette étude menée par l'ICM, l'UNFPA et l'OMS propose de nouvelles estimations concernant la capacité des sages-femmes à réduire la mortalité maternelle et néonatale ainsi que les mortinaissances.

Marla E Kristian examine Meliana, Makassar, Indonésie. © Fondation Bill et Melinda Gates/ Prashant Panjjar.

des soins de SSRMNA. Le deuxième chapitre explique pourquoi les pays doivent augmenter leurs investissements en faveur des sages-femmes, tandis que le troisième présente des données relatives aux progrès, aux obstacles et aux difficultés liés à la formation des sages-femmes ainsi qu'à la réglementation et à la législation concernant cette profession. Le quatrième chapitre étudie la nécessité et la disponibilité des sages-femmes et des autres professionnels de SSRMNA aux niveaux mondial et régional et par catégorie de revenu. Le cinquième chapitre porte quant à lui sur l'égalité d'accès aux services dispensés par le personnel de SSRMNA. Le sixième chapitre envisage les méthodes possibles pour renforcer les capacités et l'autonomie du personnel de SSRMNA, et met en lumière plusieurs problèmes liés au genre, notamment l'accès à des postes de direction et à des métiers décents. Enfin, le septième chapitre évalue les progrès accomplis depuis la publication du premier rapport en 2011 et présente les mesures à adopter pour s'assurer que les sages-femmes jouent un rôle central au sein des équipes pluridisciplinaires nécessaires à la prestation de services de SSRMNA intégrés et de qualité.

Les profils de pays sur deux pages présents dans le rapport (voir <https://unfpa.org/sowmy>) fournissent sur deux pages des informations détaillées sur le personnel de SSRMNA et son environnement de travail dans les pays concernés.

Le rapport met en évidence les conséquences dévastatrices de la Covid-19 sur les femmes, les nouveau-nés et les adolescents, ainsi que sur le personnel de SSRMNA. Les professionnels de santé ont fait preuve d'un engagement sans faille malgré les risques pour leur propre santé, accrus par les nombreux problèmes de gestion du personnel de santé (21). Les gouvernements et les parties prenantes concernées sont donc invités à s'appuyer sur ce rapport pour guider leurs efforts afin de reconstruire un monde meilleur et plus juste, une fois la pandémie résorbée. Il s'agira de renforcer les systèmes de santé primaire afin d'assurer une couverture sanitaire universelle, selon un principe d'équité (22). Gageons que la pandémie, qui a mis en lumière le rôle décisif des professionnels de santé, entraînera des changements. *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021* compte bien y contribuer.

Sages-femmes, infirmières, médecins et étudiantes lors d'une réunion du personnel à l'hôpital de Labasa, Fidji.
© Felicity Copeland.



LES SAGES-FEMMES : UN INVESTISSEMENT VITAL

Les sages-femmes effectuent de nombreuses interventions cliniques de SSRMNA essentielles, et peuvent participer, de manière plus générale, à la promotion des soins de santé primaires et de la couverture sanitaire universelle, à la lutte contre les violences faites aux femmes, ainsi qu'à la défense des droits en matière de sexualité et de reproduction (29). Elles peuvent constituer un point de contact au sein de la communauté en matière de services de santé sexuelle et reproductive, notamment de contraception, de soins complets d'avortement, et de dépistage et de traitement des infections sexuellement transmissibles, du virus du papillome humain et de la violence au sein du couple. Les sages-femmes jouent également un rôle vital dans le cadre de la réanimation des nouveau-nés, de la promotion de l'allaitement et du soutien aux mères et aux familles pour les soins aux nouveau-nés. Par ailleurs, elles favorisent et encouragent les soins auto-administrés, par exemple l'autogestion des compléments alimentaires, le suivi autonome du taux de glucose dans le sang et de la tension avant, pendant et après la grossesse, et peuvent assister les avortements médicaux autogérés. Les sages-femmes peuvent aussi appuyer la mise en place d'approches fondées sur les droits et à même de transformer les normes de genre pour les femmes qui vivent avec le VIH, et lutter contre les pratiques néfastes telles que la mutilation génitale féminine.

Outre leurs missions cliniques, les sages-femmes travaillent pour des institutions de formation, des associations de sages-femmes et le gouvernement, et contribuent à la gestion, à l'élaboration de politiques, à la recherche et à la réglementation. Il importe d'être à l'écoute des sages-femmes qui travaillent dans ces domaines fondamentaux pour le développement de la profession, et de les valoriser. Le renforcement des soins de sage-femme à l'échelle nationale nécessite des investissements à plusieurs niveaux, notamment en faveur des personnes qui forment les sages-femmes, qui les assistent dans le cadre de leurs pratiques cliniques et qui veillent à la prestation de soins de qualité.

Le rôle décisif des sages-femmes

L'analyse menée dans le cadre de *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021* a montré que

les sages-femmes pouvaient contribuer de manière considérable à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et des mortinaissances dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Portant sur les 88 pays qui représentent la majeure partie des décès maternels et néonataux et des mortinaissances dans le monde, cette analyse a révélé qu'une forte augmentation de la couverture des interventions assurées par des sages-femmes (à savoir une augmentation de 25 % tous les cinq ans jusqu'en 2035) pourrait permettre d'éviter 40 % des décès maternels et néonataux et 26 % des mortinaissances (30). Même une augmentation modeste (10 % tous les cinq ans) de la couverture des interventions assurées par les sages-femmes permettrait d'éviter 23 % des décès maternels et néonataux et 14 % des mortinaissances. La couverture universelle des interventions assurées par des sages-femmes permettrait quant à elle d'éviter 65 % des décès maternels et néonataux et des mortinaissances.



PRINCIPAUX MESSAGES

- ▶ Lorsqu'elles sont formées, diplômées et pleinement intégrées dans des équipes pluridisciplinaires qui les soutiennent, au sein d'un environnement propice, les sages-femmes peuvent assurer un large éventail d'interventions cliniques et contribuer à la réalisation d'objectifs sanitaires plus généraux, par exemple l'amélioration des soins de santé primaires, la réalisation des droits liés à la sexualité et à la reproduction, la promotion des soins auto-administrés et l'autonomisation des femmes.
- ▶ Les sages-femmes jouent un rôle vital dans la prévention des décès maternels et infantiles et des mortinaissances. L'augmentation de l'accès à des sages-femmes compétentes travaillant dans un cadre réglementé pourrait sauver des millions de vies chaque année.
- ▶ Le large éventail d'interventions que peuvent accomplir les sages-femmes en faveur de la SSRMNA et d'objectifs sanitaires plus généraux justifie une politique d'investissement prioritaire.
- ▶ D'après les données, les investissements en faveur des sages-femmes permettent aux mères de vivre la naissance de manière positive, améliorent les résultats en matière de santé, favorisent l'augmentation des effectifs, encouragent une croissance inclusive et équitable ainsi que la stabilisation de l'économie, et peuvent avoir des conséquences macroéconomiques positives.

Les soins dispensés par les sages-femmes, lorsqu'ils incluent la continuité des soins, ont d'autres conséquences positives (voir le glossaire et l'encadré 2.1). Un examen systématique de 15 études portant sur 17 674 mères et nouveau-nés de quatre pays à revenu élevé a montré les avantages de cette pratique en matière de résultats, de satisfaction et de possibilités de réduction des coûts (31). D'après un autre examen systématique, les réformes organisationnelles des services de maternité destinées à promouvoir la continuité des soins assurés par la sage-femme réduisent le taux d'accouchements par césarienne (32).

Des recherches préalables menées dans le cadre de la série sur les soins de sage-femme de la publication *The Lancet* ont par ailleurs révélé que les soins qui relèvent du champ d'activité des sages-femmes pourraient favoriser la réalisation de plus de 50 objectifs à court, moyen et long termes. Parmi ces objectifs figurent la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales, la diminution du nombre de naissances prématurées et de mortinaissances, la diminution du nombre d'interventions inutiles, et l'amélioration de l'état psychosocial de la population et de la santé publique, par exemple par la diminution de l'anxiété et l'augmentation du recours à la contraception et aux vaccins (33).

Les modalités des soins administrés aux femmes et aux nouveau-nés pendant l'accouchement ont une influence sur leur santé. La structure et l'organisation des systèmes de santé, ainsi que le contexte social, économique et culturel qui les entoure, sont très différents d'un pays à l'autre et influencent les modèles de soins de maternité auxquels les femmes ont accès. Le cadre de services relatifs à la pratique de sage-femme de l'ICM (34) peut être utilisé pour favoriser le renforcement des effectifs.

Quelques pays à revenu faible et intermédiaire en bonne voie pour atteindre leurs objectifs de réduction du taux de mortalité maternelle ont considérablement renforcé les fonctions des sages-femmes en tant que responsables principales des naissances normales au cours des vingt dernières années (42).

Malgré leurs ressources limitées, 28 pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ont ainsi réduit leur taux de mortalité maternelle de plus de 50 % entre 2000 et 2017 (2). La figure 2.1 présente les évolutions récentes dans 18 de ces pays, pour lesquels des données sont disponibles : la plupart d'entre eux ont accru la présence de sages-femmes ou d'infirmiers lors des accouchements, en général dans des établissements de santé. Par exemple, si le taux de mortalité maternelle au Malawi a décliné de plus de

ENCADRÉ 2.1

Continuité des soins assurée par la sage-femme

Les modèles de continuité des soins assurée par la sage-femme, dans lesquels la femme est prise en charge par une sage-femme ou un petit groupe de sages-femmes qui l'accompagnent tout au long de la période prénatale, de l'accouchement et de la période postnatale, sont recommandés pour les femmes enceintes dans les environnements dotés de programmes de formation des sages-femmes performants (35). Dans les pays à revenu élevé, on a constaté que ces modèles réduisaient le taux de décès néonataux, de naissances prématurées (36), de périurales, d'épisiotomies et de naissances instrumentales, et augmentaient le taux d'accouchements par voie basse spontanés et la satisfaction des femmes, sans accroître les

risques (31). Les investissements en faveur des sages-femmes constituent une manière rentable d'atteindre ces résultats (37, 38). La continuité des soins assurée par la sage-femme permet à la femme et à la sage-femme (ou l'équipe de sages-femmes) d'apprendre à se connaître et de nouer une relation fondée sur la confiance, l'égalité, les choix éclairés, ainsi que le partage des décisions et des responsabilités (39, 40). Ces relations, qui font l'objet de négociations entre les partenaires, sont dynamiques et autonomisent à la fois les femmes et les sages-femmes (41).

À l'heure actuelle, les données relatives à la continuité des soins assurée par la sage-femme

proviennent majoritairement de pays à revenu élevé. Pour mettre en place et déployer à grande échelle de tels modèles de manière pérenne, il est nécessaire de résoudre les difficultés relatives à la formation des sages-femmes, à leur environnement de travail et à la réglementation de la profession qui sont évoquées dans ce rapport. Cela permettra d'améliorer les résultats liés à la santé, non seulement pour les femmes et les nouveau-nés, mais aussi pour leur famille et pour la société.

Contribution de Sally Pairman (ICM).

50 % entre 2000 et 2017, passant de 749 à 349 décès pour 100 000 naissances vivantes, le pourcentage d'accouchements ayant eu lieu dans un établissement de santé a augmenté dans le même temps de 83 % et le pourcentage de naissances assistées par une sage-femme ou un infirmier de 36 %. L'Association des sages-femmes du Malawi a indiqué que la feuille de route nationale pour la santé maternelle et néonatale (43) avait contribué de manière significative à ces progrès.² L'encadré 2.2 explique comment le Cambodge (pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure) a réussi à obtenir des résultats positifs, et présente également la situation aux Pays-Bas, un pays à revenu élevé dans lequel les sages-femmes occupent une place importante et qui continue à réduire son taux de mortalité maternelle.

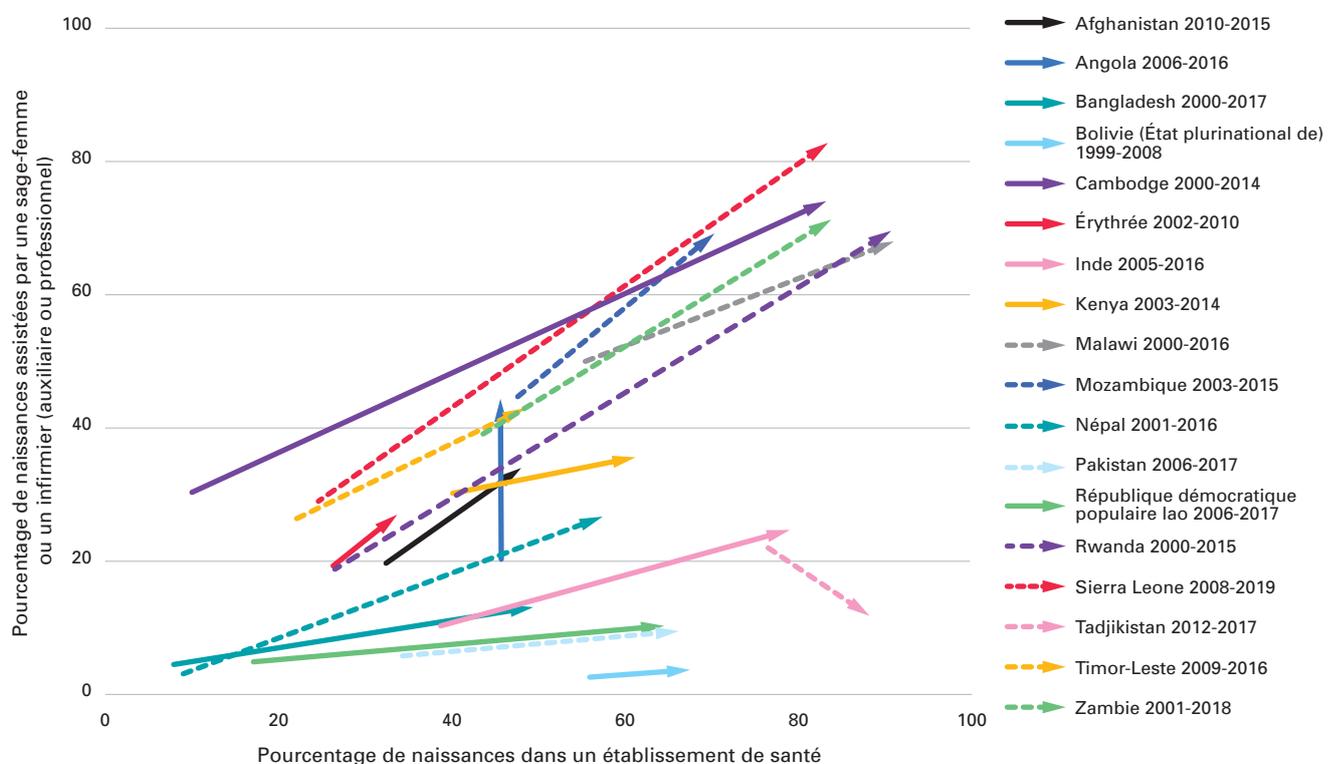
Investir en faveur des sages-femmes : des bénéfices multiples

L'existence d'un système de santé solide est essentielle pour atteindre une couverture sanitaire universelle et garantir des progrès en faveur de la réalisation des ODD. Si le personnel soignant

est une composante clé de tout système de santé, il représente souvent un maillon faible, car il est généralement perçu comme une source de coûts plutôt que de résultats positifs sur les plans sanitaire et social. Pour maximiser l'effet des activités des sages-femmes, améliorer la qualité des soins de SSRMNA et résoudre les pénuries de personnel évoquées au chapitre 4, des dépenses considérables seront nécessaires. Néanmoins, il est de plus en plus admis que la création de postes de professionnels de santé améliore la santé de la population et favorise une croissance économique durable ainsi que les progrès en faveur de la réalisation des autres ODD.

Les débats relatifs aux bénéfices économiques et aux avantages sociaux plus globaux des investissements en faveur de la santé ont été dominés au cours des dernières années par le « plaidoyer pour l'investissement ». Le mot-clé « investissement » rappelle que les bénéfices engendrés par la présence d'un personnel de

FIGURE 2.1 **Évolution du pourcentage de naissances dans un établissement de santé et du pourcentage d'accouchements assistés par des sages-femmes et des infirmiers dans 18 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure qui ont réduit leur taux de mortalité maternelle de plus de 50 % entre 2000 et 2017**



Sources : Outil de statistique sur les enquêtes démographiques et de santé DHS STATcompiler (44) et rapports des enquêtes démographiques et de santé.

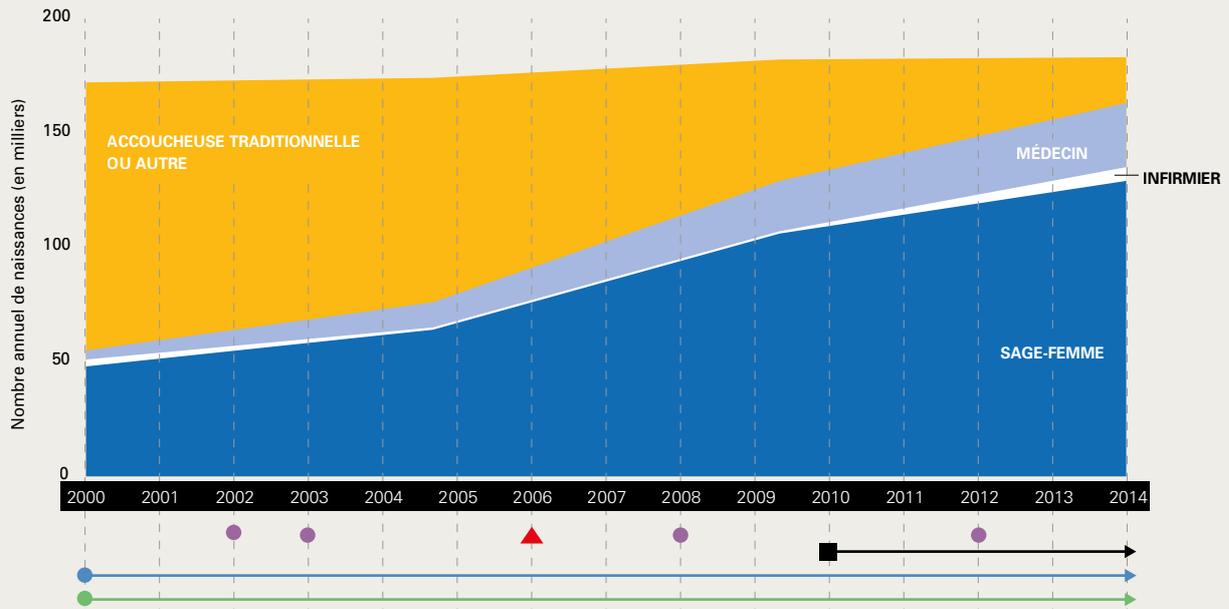
2 Phoya, A., Association des sages-femmes du Malawi, communication personnelle, 2020.

Investissements en faveur des sages-femmes au Cambodge et aux Pays-Bas

Cambodge

Au Cambodge, près de 1 500 établissements de santé publics proposent des services de SSRMNA complets, et chacun compte au moins une sage-femme. Des actions de sensibilisation sont menées dans les lieux difficiles d'accès, afin de fournir aux établissements de santé des médicaments, des équipements et du matériel essentiels. Le taux de mortalité maternelle du Cambodge a chuté de 488 à 160 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2000 et 2017. La figure ci-dessous présente les politiques mises en place depuis 2000.

Accouchements au Cambodge, en fonction du type d'accoucheur, 2000-2014



Source : Rapports des enquêtes démographiques et de santé de 2000, 2005, 2010 et 2014 et *Perspectives de la population dans le monde 2019*.

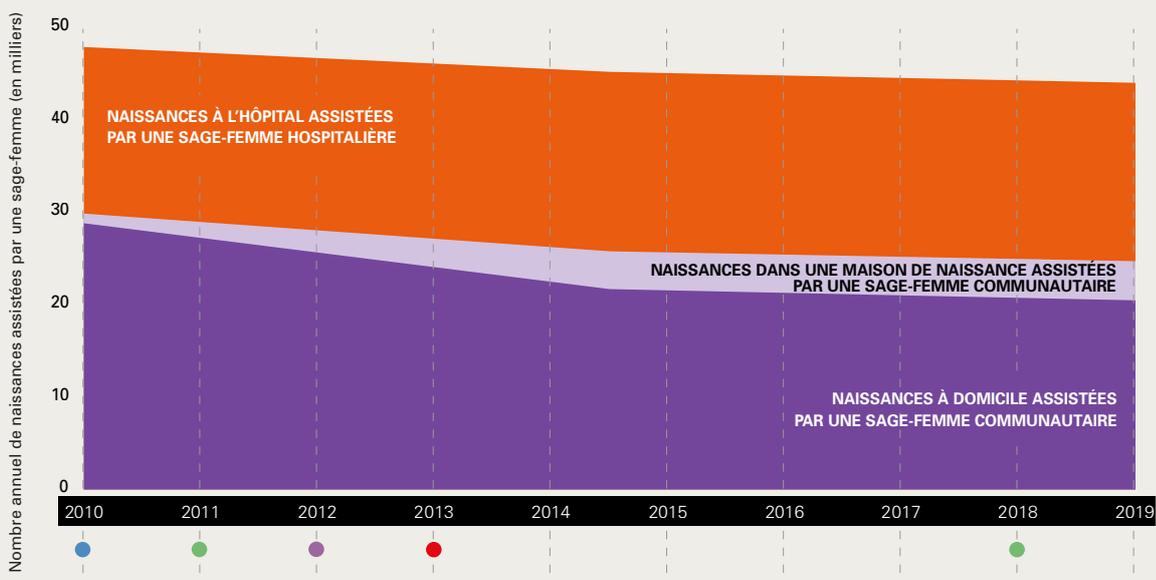


Contribution de Chea Ath (Association des sages-femmes du Cambodge) et Sokun Sok, Sopha Muong et Pros Nguon (Bureau de l'UNFPA au Cambodge).

Pays-Bas

Aux Pays-Bas, les sages-femmes travaillent soit de manière indépendante en se regroupant dans des cabinets au sein de la communauté, soit dans des hôpitaux. Les femmes vont d'elles-mêmes consulter une sage-femme pour bénéficier de soins liés à la maternité. Les sages-femmes communautaires assurent des soins aussi bien dans les centres de jour des établissements de santé que dans les maisons de naissance, dans les hôpitaux ou à domicile (en assurant l'orientation vers des soins dispensés par un obstétricien lorsque nécessaire). Qu'elles travaillent dans la communauté ou dans les hôpitaux, toutes les sages-femmes assistent les femmes lors des accouchements normaux dans les établissements de santé. Les accouchements assistés par une sage-femme représentent actuellement plus de 75 % des accouchements, et les sages-femmes sont les seules prestataires de soins dans 57 % des cas (46). Malgré la baisse du taux de natalité, la possibilité de bénéficier des soins d'une sage-femme dans n'importe quel contexte a permis à la profession de rester au cœur des efforts du système de santé en faveur de la santé maternelle et néonatale (46). Le taux de mortalité maternelle du pays a chuté de 13 à 5 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2000 et 2017.

Accouchements assistés par des sages-femmes aux Pays-Bas, en fonction du milieu d'accouchement, 2010-2019



Source : Ank de Jonge, Marianne Nieuwenhuijze, Bob Radder

FORMATION

La formation des sages-femmes consiste en une licence en quatre ans, à admission directe, qui porte sur la fonction de sage-femme dans le secteur de la santé publique, la collaboration entre les professions, le partage de la prise de décisions et le champ d'activité au sens large, et contribue à faire des sages-femmes des partenaires incontournables et autonomes pour les soins maternels et néonataux. En 2001, un master de recherche post-licence a été créé, et, en 2010, plusieurs institutions ont proposé des programmes de doctorat.

ACCÈS DES FEMMES AUX SOINS PRODIGUÉS PAR LES SAGES-FEMMES

Pour éliminer les différences d'accès aux soins, les programmes « Healthy Pregnancy 4 All » (Une grossesse saine pour toutes) et « Promising Start » (Un début prometteur) ont été lancés en 2011 (47) et 2018 (48). Ces programmes aident les femmes vulnérables, y compris les migrantes, à faire face à des difficultés spécifiques (dettes, absence de relations sociales, situations dangereuses, etc.).

QUALITÉ DES SOINS

En 2006, l'organisation nationale des sages-femmes (KNOV) a créé un registre « qualité », fondé sur le volontariat, auquel la plupart des sages-femmes se sont inscrites en sus du registre public existant qui protège le titre de sage-femme. D'après le système de suivi du KNOV, trois cabinets de sages-femmes proposaient des soins prénatals en groupe. En 2012, 143 cabinets suivaient cette approche. Cette augmentation visait à réduire la surmédicalisation.

AUGMENTATION DU NOMBRE DE SAGES-FEMMES DANS LES HÔPITAUX

En 2008, 75 % des 1 763 sages-femmes immatriculées exerçaient à titre libéral dans les communautés, et les 25 % restants travaillaient dans des hôpitaux (49). D'après des estimations, en 2012, 77 % des accouchements ayant eu lieu à l'hôpital sous la responsabilité d'un obstétricien étaient assistés par des sages-femmes travaillant à l'hôpital, et la sage-femme était la seule prestataire de soins dans 40 % des cas. En 2013, il existait 23 maisons de naissance conviviales, où les femmes à faible risque pouvaient accoucher en présence d'une sage-femme communautaire. Trois de ces maisons étaient indépendantes, 14 étaient administrées en partenariat avec un service d'obstétrique et les six dernières étaient intégrées dans un service d'obstétrique.

Contribution de Ank de Jonge, Marianne Nieuwenhuijze et Bob Radder (KNOV).

santé adéquat priment le coût de l'éducation, de la formation et de l'emploi des professionnels.

Malgré des données factuelles attestant que les investissements en faveur des systèmes de santé et du personnel soignant sont efficaces, le nombre d'études qui en évaluent les bénéfices (parfois appelés « retour sur investissement ») pour le personnel soignant dans son ensemble, et pour les sages-femmes en particulier,



Sage-femme examinant sa patiente, Mercy Yakubu, dans le cadre d'un bilan prénatal, Centre de soins de santé primaires d'Akwanga, État de Nasarawa, Nigéria.
© Gates Archive/Nelson Owoicho.

reste limité. Afin de mieux comprendre les différentes catégories de bénéfices liées à ces investissements, l'OMS a examiné, analysé et synthétisé des données à ce sujet. Cela lui a permis d'identifier cinq bénéfices principaux.

- 1. Les résultats sanitaires.** Des données factuelles fiables tendent à prouver que les investissements en faveur des sages-femmes permettent une amélioration des résultats sanitaires grâce à la réduction des décès maternels et néonataux et des mortinaissances (30).
- 2. L'amélioration de l'offre de travail et du niveau d'activité économique.** Lorsque le nombre de sages-femmes disponibles augmente, l'activité économique croît.
- 3. Les retombées macroéconomiques des dépenses en faveur de la santé et du personnel soignant.** Les investissements en faveur de la santé et du personnel soignant ont des effets multiplicateurs considérables sur le reste de l'économie. Différentes études indiquent que ces effets peuvent dépasser ceux des investissements en faveur d'autres secteurs, ce qui rend les investissements en faveur de la santé et du personnel soignant particulièrement attractifs, en particulier pour les décideurs du secteur public.
- 4. La croissance équitable et inclusive.** Les investissements en faveur des sages-femmes constituent une occasion d'accroître les possibilités d'emploi des femmes et l'accès à un travail décent.
- 5. La stabilisation de l'économie.** Plusieurs études établissent que, dans les contextes économiques défavorables, le nombre de personnes employées dans le secteur de la santé tend à diminuer moins fortement que dans les autres secteurs. Les dépenses pérennes ont un effet stabilisateur sur l'économie dans les périodes difficiles et permettent de préserver des normes de soins élevées.

Il n'existe pas d'approche unique pour l'évaluation des bénéfices et des retours sur investissement des octrois de ressources en faveur du personnel soignant, y compris des sages-femmes. Les différentes approches ont chacune leurs avantages et leurs inconvénients.

FORMATION DES SAGES-FEMMES ET RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION POUR GARANTIR LA QUALITÉ DES SOINS

Formation

Une formation en soins de sage-femme de qualité est essentielle pour préparer les sages-femmes à prodiguer des soins de SSRMNA de qualité (50). Malgré les données prouvant les avantages des investissements en leur faveur, l'éducation et la formation des sages-femmes pâtissent encore de financements très insuffisants dans de nombreux pays. Le contenu, la qualité et la durée des programmes de formation initiale sont très variables ; de plus, les difficultés importantes liées aux ressources et aux infrastructures ont des effets négatifs sur l'expérience d'apprentissage et limitent l'acquisition de compétences sur le terrain (51-56). Des recherches menées en Afrique et en Asie du Sud ont montré que l'inadéquation de l'éducation et de la formation ont des effets néfastes sur l'identité professionnelle, les compétences et la confiance des sages-femmes en tant que prestataires de soins primaires de SSRMNA (57). Cependant, il semblerait que des efforts tangibles d'amélioration de la qualité de la formation des sages-femmes soient actuellement menés dans plusieurs pays (58), notamment en Inde (encadré 3.1).

En 2019, l'UNFPA, l'UNICEF, l'OMS et l'ICM ont défini trois priorités stratégiques en matière de formation des sages-femmes : 1) chaque femme et chaque nouveau-né doit bénéficier des soins d'une sage-femme, éduquée et formée selon les normes internationales et juridiquement habilitée à pratiquer l'ensemble des actes relevant de son champ d'activité ; le titre de « sage-femme » ne doit désigner que les prestataires de services formés conformément aux normes internationales ; 2) le leadership des sages-femmes doit être pris en compte dans les processus nationaux d'élaboration de politiques, de planification et de budgétisation de haut niveau afin d'améliorer les décisions prises au sujet des investissements en faveur de la formation des sages-femmes en vue de la couverture sanitaire universelle ; 3) les parties prenantes du secteur des soins de sage-femme doivent travailler de manière coordonnée et harmonisée aux niveaux mondial, régional et national pour assurer l'homogénéité de la formation et de l'éducation, des connaissances, de la recherche, de la documentation

fondée sur des données factuelles, des indicateurs et des investissements (51).

L'enquête de l'ICM auprès de ses associations membres décrite dans le chapitre 1 et l'annexe Web 2 a permis de recueillir des données relatives aux programmes de formation des sages-femmes dans 80 pays : il en ressort que 33 (41 %) d'entre eux ne proposent que des programmes à admission directe, 17 (21 %) ne proposent qu'une formation accessible après une formation aux soins infirmiers, cinq (6 %) proposent une formation associant pratique des soins de sage-femme et soins infirmiers et 25 (31 %) proposent à la fois une formation à admission directe et un autre type de programme.



PRINCIPAUX MESSAGES

- ▶ Il est nécessaire d'améliorer la qualité de la formation initiale des sages-femmes. Parmi les principales difficultés figurent l'absence d'investissements en faveur des formateurs, le manque de compétences et de connaissances relatives aux méthodes contemporaines d'enseignement et d'apprentissage, l'inadéquation des expériences pratiques proposées aux élèves et les lacunes des infrastructures, des ressources et des systèmes, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire.
- ▶ La Covid-19 a entraîné l'apparition de nouvelles méthodes de formation des sages-femmes et de prestation de services par les sages-femmes. Il est nécessaire de développer ces méthodes, y compris les technologies numériques innovantes et les possibilités d'apprentissage en ligne, et de les utiliser efficacement. Il faut également évaluer leur efficacité dans des conditions « normales ».
- ▶ Sur les 74 pays qui ont répondu, presque tous (91 %) ont indiqué qu'ils proposaient au moins une licence de sage-femme, voire un diplôme de niveau plus élevé. Cependant, en moyenne, seuls deux tiers des personnes formant des sages-femmes étaient habilitées à exercer la profession de sage-femme. La prestation de formations de qualité reste par ailleurs un enjeu majeur.
- ▶ Dans de nombreux pays, les sages-femmes ne sont pas autorisées à accomplir des tâches qui sont pourtant généralement considérées comme faisant partie de leur champ d'activité. C'est particulièrement le cas dans la région Amériques, en Europe et en Méditerranée orientale, ainsi que dans les pays à revenu élevé de façon générale.

Sur les 63 pays qui ont indiqué disposer d'un programme de formation à la profession de sage-femme à admission directe ou d'un programme de formation à la pratique des soins de sage-femme et aux soins infirmiers, 53 disposent d'un programme d'au moins trois ans (parmi lesquels 23 offrent des cursus plus longs). La figure 3.1 montre que les programmes d'au moins trois ans sont la norme dans toutes les régions OMS (60) et dans toutes les catégories de revenus de la Banque mondiale (61) ; cependant, le faible nombre de pays ayant répondu à l'enquête dans certaines régions et parmi certaines catégories de revenus signifie que ces résultats ne sont pas nécessairement représentatifs de l'ensemble des pays des catégories et régions en question. Les programmes de quatre à cinq ans sont les plus fréquents en Asie du Sud-Est et dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. Sur les 41 pays proposant un programme de formation à la pratique des soins de sage-femme accessible

après une formation aux soins infirmiers, 30 ont indiqué que ce programme durait au moins 18 mois, tandis qu'il dure un an dans huit autres pays et moins d'un an dans les trois pays restants.

Sur les 175 pays ayant fourni des informations dans le cadre des CNPS, 79 % ont transmis une liste complète des institutions habilitées à former des professionnels de santé, et 7 % ont transmis une liste partielle ; les 14 % restants ne disposaient pas d'une telle liste. L'ICM a créé le Programme d'accréditation pour la formation des sages-femmes (62) afin de favoriser la mise en place de procédures d'accréditation (encadré 3.2).

Les normes relatives à la formation varient elles aussi. Sur les 57 pays ayant fourni des informations à ce sujet dans le cadre des CNPS (dont seulement deux étaient des pays à faible revenu), 93 % disposaient de normes relatives à la durée et au

ENCADRÉ 3.1

L'Initiative pour les soins de sage-femme du Gouvernement indien

Dans le cadre de son Initiative pour les soins de sage-femme, qui vise à mettre en place des services de soins dispensés par les sages-femmes dans les établissements de santé publics, le Gouvernement indien a publié en décembre 2018 le rapport *Guidelines on Midwifery Services* (Directives relatives aux services de soins de sage-femme). Son objectif consistait à mettre sur pied une cohorte de praticiens infirmiers spécialisés dans les missions de sage-femme, capables de permettre aux femmes de vivre la naissance de manière positive en favorisant les naissances physiologiques (limitant la surmédicalisation), en prodiguant des soins de maternité respectueux de la personne et en respectant des interventions dans des services de soins dispensés par des sages-femmes pour libérer des places dans les établissements de santé de plus haut niveau. Cette initiative visait essentiellement à assurer l'autonomisation et l'amélioration des possibilités de carrière des sages-femmes.

L'Inde a habilité sept Instituts nationaux de formation d'excellence à former les formateurs de sages-femmes. En 2019, le ministère de la Santé et du Bien-être familial a lancé la formation de formateurs de sages-femmes dans l'un de ces instituts. Après la fin de la formation, les sages-femmes proposeront

d'abord leurs services dans des établissements de santé secondaires et tertiaires ; par la suite, elles travailleront également dans les centres de soins primaires, où leurs services s'inscriront dans un ensemble complet de soins de santé primaires.

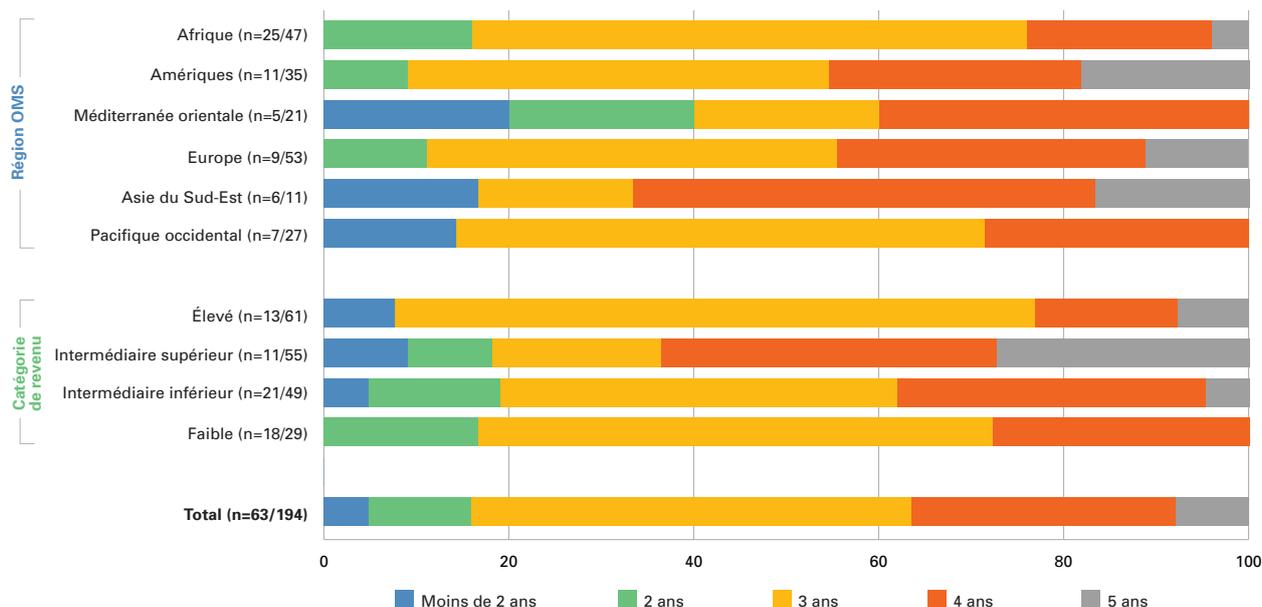
Pour faciliter la mise en œuvre de l'Initiative, le Gouvernement a lancé, en partenariat avec l'OMS, une étude destinée à évaluer les compétences en soins de sage-femme des praticiens et des éducateurs et à identifier les obstacles et les facteurs favorables à des services de soins de sage-femme de qualité dans six États du pays. Les outils employés pour cette étude étaient fondés sur les compétences fondamentales pour la pratique de sage-femme de l'ICM et les compétences fondamentales des formateurs de sages-femmes de l'OMS. Les obstacles ont fait l'objet d'enquêtes en Inde, en Asie du Sud et dans le monde entier. L'étude a ainsi identifié des obstacles et des facteurs favorables dans les domaines suivants : éducation, formation, supervision, déploiement, reconnaissance insuffisante de la profession de sage-femme en tant que profession autonome, et absence de postes appropriés permettant aux sages-femmes d'effectuer l'ensemble des interventions qui relèvent de leur champ d'activité. Parmi les obstacles à la prestation de services figuraient la couverture insuffisante et la

mauvaise qualité de certains services, la médiocrité des environnements de travail, ainsi que le manque d'équipements et de fournitures. La principale recommandation formulée invitait à mettre en place un programme de formation initiale de qualité, pour préparer des sages-femmes compétentes, répondant aux normes internationales et capables de fournir des soins de qualité en s'appuyant sur des données factuelles (59).

Sur la base des recherches effectuées et des données recueillies, le Gouvernement a élaboré une feuille de route stratégique pour la mise en œuvre efficace de l'Initiative, en collaboration avec différentes parties prenantes, notamment le Conseil indien des infirmiers. Cette feuille de route comprend un programme de formation, un cadre d'action et des normes relatives aux pratiques, des outils de plaidoyer et des supports pour le programme de formation des formateurs de sages-femmes et pour le programme de formation des praticiens infirmiers spécialisés dans les missions de sage-femme. Elle vise à amener la formation des sages-femmes et la prestation de services par les sages-femmes à un niveau conforme aux normes mondiales.

Contribution de ministère indien de la Santé et du Bien-être familial.

FIGURE 3.1 Durée des programmes de formation à la pratique des soins de sage-femme et des doubles cursus (soins de sage-femme et soins infirmiers) accessibles par admission directe dans 63 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019-2020



Remarque : De nombreux pays ont indiqué disposer de plusieurs types de programmes à admission directe et de programmes de formation pluridisciplinaires : dans ce cas, seul le programme le plus long est représenté ici.

Source : Enquête de l'ICM.

ENCADRÉ 3.2

Le Programme d'accréditation pour la formation des sages-femmes de l'ICM

Le Programme d'accréditation pour la formation des sages-femmes (MEAP) de l'ICM est fondé sur les bonnes pratiques internationales en matière de formation et d'accréditation dans le domaine des soins de sage-femme. Il évalue les programmes de formation initiale des sages-femmes selon les Normes mondiales de l'ICM pour la formation en pratique sage-femme (2013 et révisions ultérieures), y compris en ce qui concerne la formation fondée sur les compétences, pour laquelle il s'appuie sur les Compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme de l'ICM (version révisée en 2019).

Le MEAP est une référence pour les programmes de formation de sages-femmes qui cherchent à atteindre les normes internationales. Il propose un service payant de validation de l'accréditation, qui consiste en une évaluation indépendante du ou des programme(s) de formation de sages-femmes de l'institution concernée pour déterminer leur degré de conformité aux normes de l'ICM (63). Il aide également à identifier les bonnes pratiques et les lacunes, ce qui permet aux donateurs et aux responsables de la mise en œuvre d'assurer



Étudiantes en obstétrique, Mymensingh, Bangladesh. © UNFPA/Geeta Lal.

un soutien ciblé, efficace et durable en faveur de la qualité de la formation des sages-femmes.

L'ICM a commencé à évaluer les programmes de formation des sages-femmes par l'intermédiaire du MEAP en 2020. Le premier programme accrédité était un programme de formation

de sages-femmes à admission directe au Rwanda. Pour faire face à la limitation des déplacements liée à la pandémie de Covid-19, l'ICM adapte actuellement le MEAP afin qu'il puisse être mis en œuvre à l'aide des technologies numériques et d'autres solutions.

Contribution de Sally Pairman (ICM).

contenu de la formation professionnelle des sages-femmes et 86 % avaient des systèmes d'accréditation des institutions de formation professionnelle des sages-femmes.

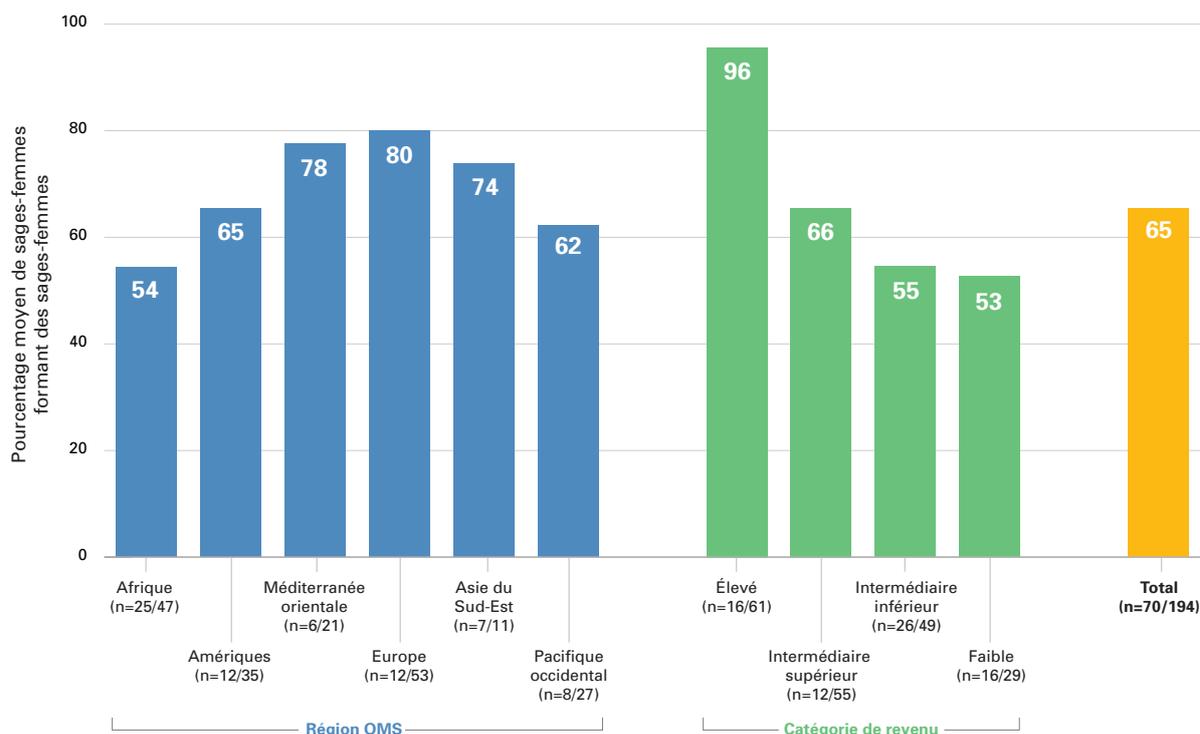
Sur les 70 pays ayant fourni des informations, 34 (49 %) ont indiqué que **tous** leurs formateurs de sages-femmes étaient des personnes habilitées à exercer la profession de sage-femme, et quatre (6 %) ont signalé qu'**aucun** de leurs formateurs de sages-femmes n'était une sage-femme. En **moyenne**, dans l'ensemble des 70 pays répondants, 65 % des formateurs de sages-femmes étaient des sages-femmes. La figure 3.2 montre que cette proportion est plus élevée en Europe, en Méditerranée orientale et en Asie du Sud-Est, et plus faible en Afrique. Cependant, dans les régions où peu de pays ont répondu à l'enquête, ces résultats pourraient ne pas être représentatifs. Les pays à revenu élevé sont plus susceptibles que les pays à revenu faible et intermédiaire de confier l'enseignement de la pratique de sage-femme à des sages-femmes. Cette différence pourrait être liée à un manque de soutien et de possibilités pour les sages-femmes de devenir formatrices (64, 65). L'encadré 3.3 décrit les résultats d'une enquête de l'OMS sur les personnes formant les sages-femmes, qui mettent en évidence certaines difficultés spécifiques aux pays à revenu faible et intermédiaire.

Sur les 74 pays répondants, plus d'un tiers (38 %) ont indiqué que le plus haut diplôme de soins de sage-femme qu'ils proposaient était une licence ; un quart (26 %) ont indiqué qu'il s'agissait d'un master ; enfin, un quart (27 %) proposent un programme de doctorat. Pour un peu moins d'un dixième des pays (9 %), le plus haut niveau de formation proposé était inférieur à tous les niveaux de diplômes. La figure 3.3 montre que les diplômes de sage-femme de niveau master ou doctorat sont délivrés davantage en Europe et dans les pays à revenu élevé ; cependant, le panel limité de pays ayant répondu dans certaines régions invite à la prudence quant à l'interprétation des résultats.

Réglementation et association

Dans chaque pays, la réglementation relative à la profession de sage-femme régit la formation, les pratiques et l'habilitation des sages-femmes. Les lois et règlements nationaux déterminent qui a le droit d'utiliser le titre de « sage-femme », ainsi que le champ d'activité de cette profession. Les associations de sages-femmes sont instituées à l'échelle nationale pour aider les membres de la profession, mais aussi accroître leur pouvoir et leur visibilité. Elles doivent être distinctes des organismes de réglementation de la profession. Certaines associations jouent parfois également le rôle de syndicats.

FIGURE 3.2 **Pourcentage moyen de formateurs de sages-femmes qui sont des sages-femmes dans 70 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019-2020**



Source : Enquête de l'ICM.

Données essentielles concernant la qualité de la formation d'après l'enquête mondiale de l'OMS auprès des formateurs en soins de sage-femme

En 2018 et 2019, l'OMS a mené une enquête mondiale sur les personnes formant des sages-femmes, durant laquelle elle a recueilli les témoignages de différents formateurs (sages-femmes, infirmiers, médecins) dans des pays à revenu faible et intermédiaire dans cinq de ses six régions OMS (à l'exclusion de l'Europe). Cette enquête visait à mieux comprendre les mesures nécessaires pour améliorer la qualité de la formation des sages-femmes. Plus de 100 institutions de formation, présentes dans 35 pays différents, ont répondu à l'enquête. Parmi les principales difficultés identifiées figurent les suivantes :

- Dans tous les établissements de formation, les participants ont indiqué que la réglementation des programmes ne permettait pas de garantir la qualité de l'enseignement et ne favorisait pas non plus de manière efficace la normalisation des formations : en effet, le niveau des compétences enseignées varie entre les différents types de formation.
- À peine plus de la moitié des répondants ont déclaré que leur profession était « sage-femme ». Moins de la moitié des répondants avaient été formés ou habilités à la fonction de formateur.

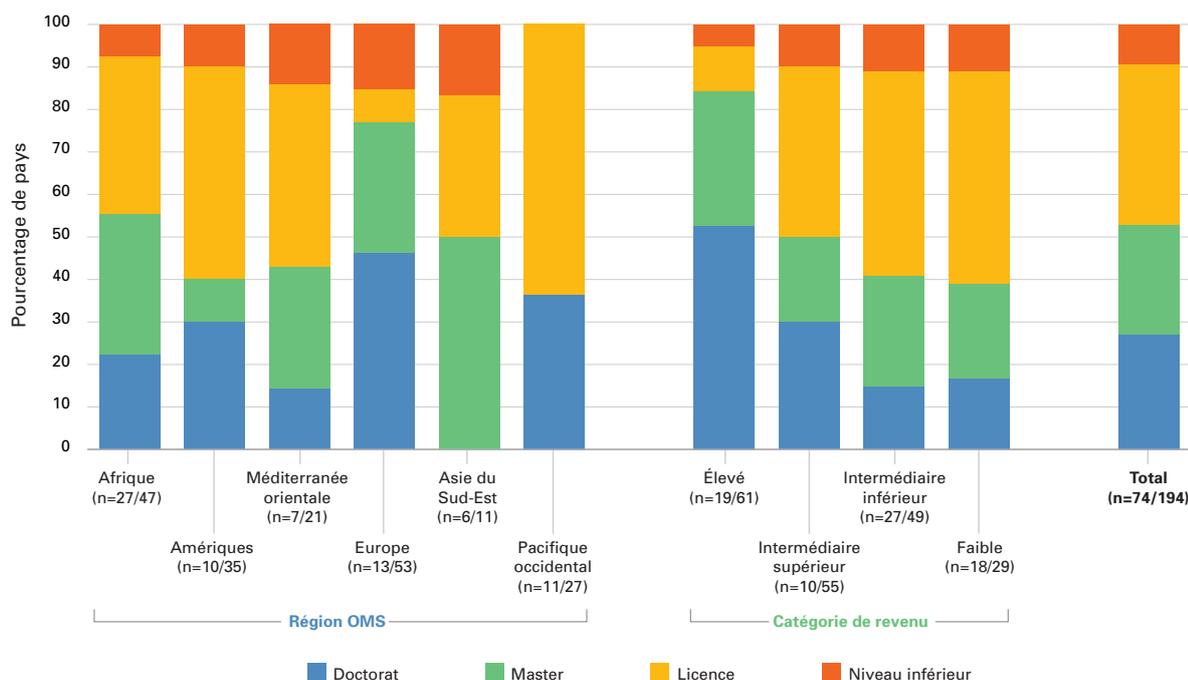
- À peine plus de la moitié des institutions participantes connaissaient les modules de formation des sages-femmes de l'OMS ou les autres supports de formation et y avaient accès.
- Les formateurs affichaient le plus haut degré de confiance concernant leur capacité à enseigner les soins à apporter à la femme et au bébé pendant l'accouchement et la naissance. La capacité à enseigner les soins prénatals et les soins obstétricaux d'urgence était ensuite mentionnée. Ils avaient le moins confiance en leur capacité à enseigner les problématiques liées à la planification familiale et les soins à apporter aux nouveau-nés, en particulier les soins à apporter aux nouveau-nés de faible poids ou malades. Aucun des répondants n'avait confiance en sa capacité à exercer toutes les compétences fondamentales des formateurs de sages-femmes reconnues par l'OMS.
- Tous les formateurs ont indiqué manquer d'au moins certains équipements et certaines fournitures dans les salles de classe, les laboratoires d'exercices pratiques et/ou les environnements cliniques.
- Tous les formateurs, à l'exception de ceux de la région Amériques, rencontraient des difficultés liées

à l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Ces difficultés sont particulièrement importantes en Afrique (surtout dans les pays francophones), où les trois quarts des formateurs ont indiqué qu'ils n'avaient pas accès à de l'eau salubre au moins une partie du temps. De nombreux formateurs d'Afrique et d'Asie du Sud-Est ont signalé qu'ils n'avaient pas accès à des toilettes fonctionnelles sur leur lieu de travail.

Cette enquête donne un aperçu de la nature et de l'étendue des difficultés rencontrées par de nombreux formateurs de sages-femmes et constitue un point de départ pour orienter les recherches et les mesures à prendre. Les résultats de l'enquête ont été extrêmement utiles lors de l'élaboration du cadre d'action pour l'amélioration de la qualité de la formation des sages-femmes en vue de la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030 (51), rédigé conjointement par l'OMS, l'UNFPA, l'UNICEF et l'ICM. Ce cadre d'action vise à garantir que le système forme des sages-femmes confiantes et compétentes, aptes à réaliser tout leur potentiel, pour s'assurer que les mères et les nouveau-nés survivent et s'épanouissent.

Contribution de Fran McConville (OMS).

FIGURE 3.3 Plus haut niveau de diplôme de sage-femme disponible dans 74 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019-2020



Source : Enquête de l'ICM.

Les trois quarts (77 %) des pays ayant fourni des données, dont 90 % des pays répondants des Amériques, d'Europe et du Pacifique occidental, ont indiqué que leurs lois nationales distinguaient la pratique de sage-femme des soins infirmiers (tableau 3.1).

Le tableau 3.1 montre par ailleurs que les trois quarts (77 %) des pays répondants disposent d'au moins une association professionnelle spécifique aux sages-femmes, et que c'est la norme dans toutes les régions, sauf en Asie du Sud-Est.

Parmi les 78 pays participants, presque tous (92 %) disposent d'un système de réglementation qui couvre les sages-femmes. Un huitième d'entre eux (12 %) a indiqué l'existence d'un organe réglementaire indépendant spécifique aux sages-femmes. La plupart des pays participants (62 %) n'ont pas d'organe de réglementation indépendant, mais disposent d'une autorité réglementaire dotée de politiques et de

procédures spécifiques aux sages-femmes (figure 3.4). Enfin, dans 19 % des pays, les sages-femmes sont soumises à l'autorité d'un organe réglementaire qui n'est pas dédié aux soins de sage-femme et qui ne dispose pas de politiques ni de procédures spécifiques aux sages-femmes.

Les pays emploient des termes variés pour décrire le droit d'exercer la profession de sage-femme. La moitié (49 %) des 79 pays qui ont répondu disposent à la fois d'un système d'habilitation et d'un système d'immatriculation, indépendants et obligatoires ; un quart (25 %) d'entre eux disposent uniquement d'un système d'immatriculation, 13 % disposent uniquement d'un système d'habilitation et 12 % ont un autre type de système. Sur 73 pays répondants, 17 ne disposent d'aucun système d'habilitation, et 22 n'imposent aux sages-femmes d'obtenir une habilitation qu'une seule fois après l'obtention de leur diplôme, sans exiger de renouvellement régulier de cette habilitation. Les 36 autres pays ont un système

TABLEAU 3.1

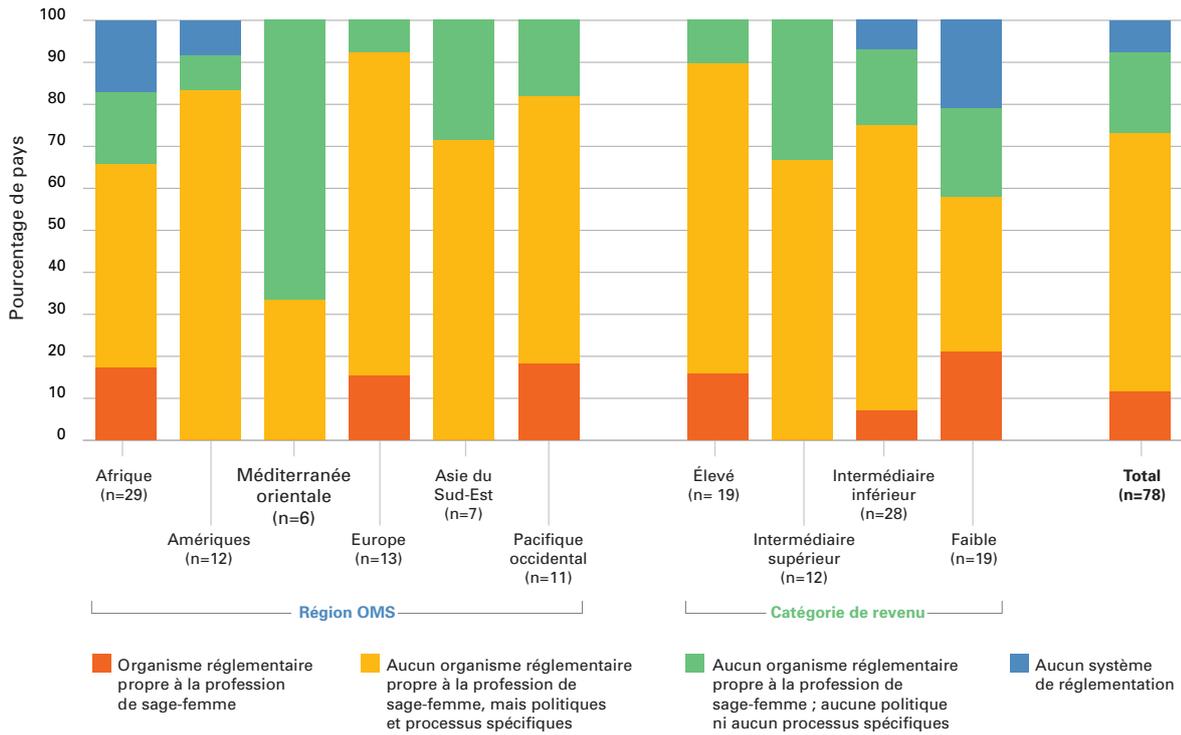
Pourcentage de pays dotés de lois distinguant la pratique de sage-femme des soins infirmiers et de pays dotés d'une association spécifique aux sages-femmes, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019-2020

| | Nombre de pays participants/ nombre total de pays | Pourcentage de pays dotés de lois distinguant la pratique de sage-femme des soins infirmiers | Nombre de pays participants/nombre total de pays | Pourcentage de pays dotés d'une association spécifique aux sages-femmes* |
|----------------------------|--|--|--|--|
| RÉGION OMS | | | | |
| Afrique | 29/47 | 62 % | 35/47 | 77 % |
| Amériques | 12/35 | 92 % | 17/35 | 88 % |
| Méditerranée orientale | 7/21 | 86 % | 13/21 | 69 % |
| Europe | 13/53 | 92 % | 28/53 | 79 % |
| Asie du Sud-Est | 7/11 | 57 % | 8/11 | 50 % |
| Pacifique occidental | 11/27 | 91 % | 14/27 | 79 % |
| CATÉGORIE DE REVENU | | | | |
| Élevé | 19/61 | 89 % | 33/61 | 79 % |
| Intermédiaire supérieur | 12/55 | 92 % | 22/55 | 82 % |
| Intermédiaire inférieur | 28/49 | 68 % | 34/49 | 68 % |
| Faible | 20/29 | 70 % | 26/29 | 81 % |
| TOTAL | 79/194 | 77 % | 115**/194 | 77 % |

* Le nom de l'association comporte le terme « sage-femme » (ou un terme synonyme dans la langue nationale) et ne mentionne aucune autre profession de santé. ** Pour cet indicateur uniquement, la réponse des associations de sages-femmes a été acceptée y compris en l'absence d'une lettre de validation, car ces associations ont été considérées comme les autorités compétentes pour répondre à cette question.

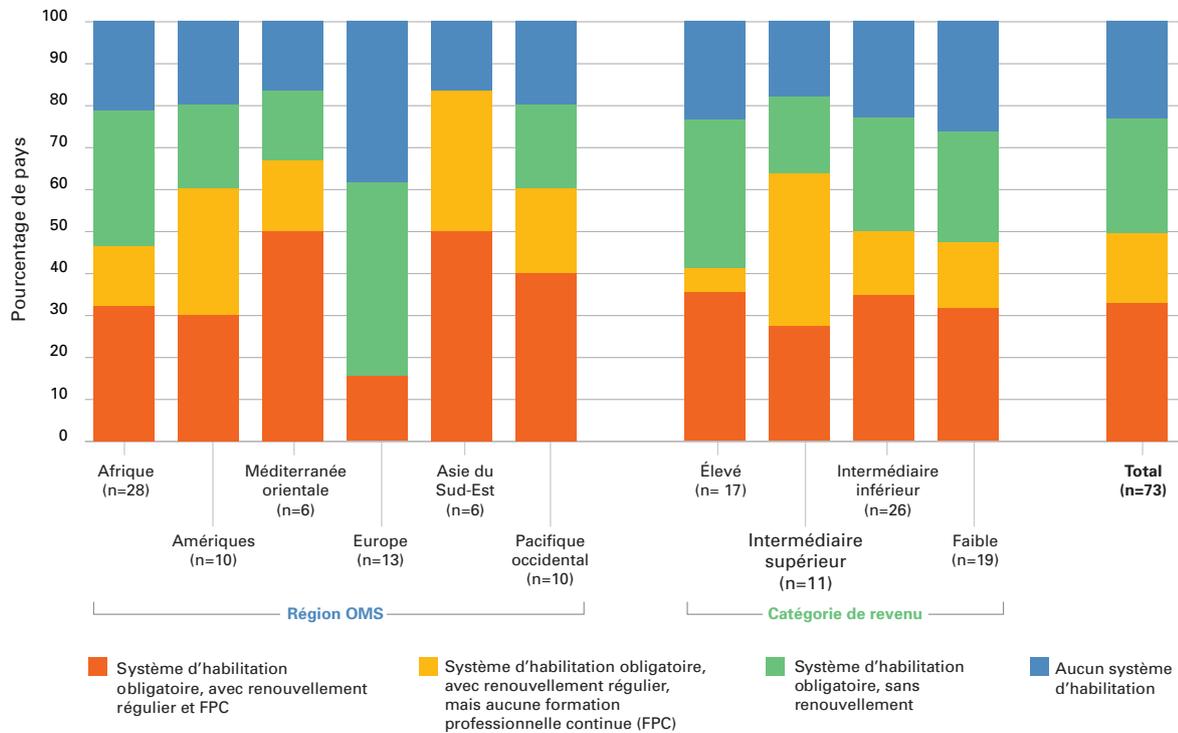
Source : Enquête de l'ICM.

FIGURE 3.4 Système de réglementation de la profession de sage-femme dans 78 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019-2020



Source : Enquête de l'ICM.

FIGURE 3.5 Système d'habilitation des sages-femmes dans 73 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019-2020



FPC = formation professionnelle continue

Source : Enquête de l'ICM.

de renouvellement régulier de l'habilitation, mais seuls 24 ont des exigences en matière de formation professionnelle continue (figure 3.5).

Les systèmes d'habilitation et de réglementation sont essentiels pour assurer la sécurité des pratiques, mais ils ne suffisent pas à maximiser la contribution des sages-femmes à l'amélioration des résultats en matière de santé. En effet, dans de nombreux pays, les sages-femmes n'ont pas l'autorité requise pour accomplir des tâches qui sont pourtant généralement considérées comme faisant partie de leur champ d'activité. Le tableau 3.2 montre ainsi que, dans la plupart des pays répondants, les sages-femmes sont autorisées à effectuer cinq des sept fonctions signalétiques qui relèvent des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB), mais, dans la moitié des pays, elles n'ont pas le droit d'effectuer un accouchement instrumental à l'aide d'une ventouse obstétricale ni d'utiliser un système manuel d'évacuation par aspiration en cas de saignements au début de la grossesse.

De même, bien que l'OMS recommande de permettre aux sages-femmes de fournir efficacement et en toute sécurité une large gamme de produits contraceptifs (66), les systèmes de réglementation de certains pays limitent les produits que les sages-femmes ont le droit de prescrire. Le tableau 3.3 montre ainsi que, si la plupart des pays répondants autorisent les sages-femmes à fournir un large éventail de produits contraceptifs, ce n'est pas le cas dans certains pays (essentiellement en Europe et en Méditerranée orientale).

Conséquences de la Covid-19 sur la formation et les pratiques des sages-femmes

La Covid-19 a eu des répercussions sur de nombreuses activités en 2020 et 2021, notamment sur la formation et les pratiques des sages-femmes. Les politiques de santé publique, en particulier les confinements, ont en effet fortement perturbé les services de santé essentiels (67). La formation des sages-femmes, comme celle des autres

TABLEAU 3.2

Pourcentage de pays (parmi les 79 pays répondants) dans lesquels les sages-femmes sont autorisées à accomplir les différentes fonctions signalétiques des SONUB, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019-2020

| | Nombre de pays participants | Réanimation néonatale avec ballon et masque (%) | Ocytocine (%) | Antibiotiques par voie parentérale (%) | Anti-convulsifs (%) | Extraction manuelle du placenta (%) | Accouchement instrumental à l'aide d'une ventouse obstétricale (%) | Évacuation par aspiration manuelle (%) |
|----------------------------|-----------------------------|---|---------------|--|---------------------|-------------------------------------|--|--|
| RÉGION OMS | | | | | | | | |
| Afrique | 29/47 | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 97 % | 79 % | 90 % |
| Amériques | 12/35 | 92 % | 100 % | 100 % | 83 % | 83 % | 17 % | 25 % |
| Méditerranée orientale | 7/21 | 86 % | 57 % | 71 % | 57 % | 43 % | 57 % | 29 % |
| Europe | 13/53 | 100 % | 100 % | 85 % | 85 % | 46 % | 15 % | 8 % |
| Asie du Sud-Est | 7/11 | 100 % | 100 % | 86 % | 86 % | 71 % | 43 % | 57 % |
| Pacifique occidental | 11/27 | 100 % | 91 % | 91 % | 91 % | 71 % | 64 % | 36 % |
| CATÉGORIE DE REVENU | | | | | | | | |
| Élevé | 19/61 | 100 % | 100 % | 89 % | 79 % | 58 % | 26 % | 11 % |
| Intermédiaire supérieur | 12/55 | 83 % | 92 % | 92 % | 83 % | 58 % | 25 % | 25 % |
| Intermédiaire inférieur | 28/49 | 100 % | 96 % | 93 % | 93 % | 93 % | 64 % | 68 % |
| Faible | 20/29 | 100 % | 90 % | 95 % | 95 % | 90 % | 75 % | 80 % |
| TOTAL | 79/194 | 97 % | 95 % | 92 % | 89 % | 78 % | 52 % | 51 % |

SONUB : soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base

Source : Enquête de l'ICM.

professionnels de santé, a elle aussi été touchée par ces perturbations : l'enseignement a dû être organisé en ligne, l'accès aux stages cliniques s'est vu limité et les horaires de contact direct des élèves avec les patientes pendant les soins ont été réaménagés (68-71). Dans certains contextes, les programmes et les prestataires de services ont mis en place de nouvelles solutions numériques, ont renforcé les compétences des élèves et des professeurs en matière de technologies numériques, et ont créé des espaces virtuels en ligne pour leur permettre d'échanger. Il est à présent nécessaire de mettre en place une planification conjointe et une collaboration entre toutes les parties prenantes, y compris les étudiants, les formateurs et les établissements de santé, en veillant à la clarté des communications, afin de réduire tout risque de confusion et d'anxiété (72).

Au milieu de l'année 2020, l'ICM a lancé une enquête mondiale sur la Covid-19 afin de déterminer le rôle joué par les associations de sages-femmes pour lutter contre les conséquences de la pandémie

Les sages-femmes devraient avoir un champ d'activité clairement défini et pouvoir exercer toutes les compétences.

Associations de sages-femmes

TABLEAU 3.3

Pourcentage de pays (parmi les 78 pays répondants) dans lesquels les sages-femmes sont autorisées à fournir des produits contraceptifs, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019-2020

| | Nombre de pays participants | Pilules contraceptives (%) | Contraceptifs injectables (%) | Contraceptifs d'urgence (%) | Dispositifs intra-utérins (%) | Implants contraceptifs (%) |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| RÉGION OMS | | | | | | |
| Afrique | 29/47 | 100 % | 100 % | 100 % | 97 % | 100 % |
| Amériques | 11/35 | 100 % | 100 % | 91 % | 100 % | 91 % |
| Méditerranée orientale | 7/21 | 71 % | 71 % | 43 % | 57 % | 57 % |
| Europe | 13/53 | 54 % | 46 % | 46 % | 38 % | 23 % |
| Asie du Sud-Est | 7/11 | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 71 % |
| Pacifique occidental | 11/27 | 91 % | 91 % | 91 % | 91 % | 91 % |
| CATÉGORIE DE REVENU | | | | | | |
| Élevé | 18/61 | 61 % | 56 % | 44 % | 50 % | 50 % |
| Intermédiaire supérieur | 12/55 | 83 % | 83 % | 83 % | 75 % | 75 % |
| Intermédiaire inférieur | 28/49 | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 89 % |
| Faible | 20/29 | 100 % | 100 % | 95 % | 95 % | 90 % |
| TOTAL | 78/194 | 88 % | 87 % | 83 % | 83 % | 78 % |

Source : Enquête de l'ICM.

Les sages-femmes devraient participer à la prise de décisions en matière de SSRMNA à tous les échelons, notamment : ministère de la Santé, établissements de santé, institutions éducatives, organismes de réglementation, programmes de recherche, projets de développement.

Associations de sages-femmes

sur les sages-femmes qu'elles représentent. En décembre 2020, plus de la moitié des associations membres de l'ICM avaient répondu à l'enquête. Elles ont signalé des taux élevés de stress et d'épuisement professionnel chez les sages-femmes, et la plupart d'entre elles (70 %) ont déclaré que les sages-femmes avaient dû faire face à une pénurie ou à une rupture de stock d'équipements de protection individuelle (EPI). Les associations ont expliqué que les sages-femmes avaient résolu ce problème en fabriquant leurs propres EPI (43 %), en achetant leurs propres EPI (53 %) ou en improvisant une solution à partir du matériel disponible (48 %). Certaines associations ont indiqué que les sages-femmes avaient réutilisé des EPI jetables (30 %), avaient travaillé sans EPI (26 %) ou avaient temporairement cessé de travailler (7 %).

Plus de la moitié (54 %) des associations qui ont répondu ont indiqué que les formations au métier de sage-femme avaient été suspendues dans



Sage-femme effectuant un bilan prénatal. © UNFPA Guinée

Identifier les besoins des sages-femmes en Amérique latine et aux Caraïbes pendant la pandémie de Covid-19 et y répondre

Au début de l'année 2020, il est devenu clair que la pandémie de Covid-19 aurait des répercussions majeures sur les plans de l'UNFPA en faveur du renforcement des soins de sage-femme. Pour orienter son intervention, le Bureau régional pour l'Amérique latine et les Caraïbes a organisé une enquête en ligne auprès des sages-femmes afin d'évaluer les conséquences de la pandémie sur leur travail et la nature du soutien dont elles avaient besoin en vue d'agir efficacement. Le Bureau régional a reçu plus de 1 000 réponses provenant de 12 pays. Plus de la moitié des personnes qui ont répondu estimaient ne pas avoir été suffisamment consultées ou prises en compte dans le cadre des processus de prise de décisions de leur lieu de travail, et ne pas disposer d'assez d'EPI.

L'UNFPA a créé un modèle de rapport sur les ajustements innovants des modalités de prestation de services et a invité les présidents des associations de sages-femmes professionnelles à lui soumettre une synthèse de leurs pratiques à l'aide de ce modèle. L'UNFPA a ainsi reçu des exemples communiqués par 23 sages-femmes de 11 pays, notamment : l'utilisation de technologies numériques pour poursuivre la prestation des services

essentiels ; la mise en place d'efforts pluridisciplinaires (par exemple de sensibilisation des communautés) dans différents contextes pour répondre aux besoins en matière de SSRMNA dans le respect des droits fondamentaux ; l'autonomisation des sages-femmes leaders et des associations de sages-femmes afin qu'elles puissent collaborer avec les responsables politiques et les chefs des services de santé.

Des visioconférences ont été organisées deux à quatre fois par mois pour réunir les dirigeants des associations de sages-femmes, le personnel de l'UNFPA et le représentant régional de l'ICM en Amérique latine. Le partage de statistiques concernant les infections et les décès liés à la Covid-19 était l'un des points à l'ordre du jour de ces réunions. Les associations membres de l'ICM en Amérique latine ont préparé une déclaration destinée à leurs ministères de la Santé en vue de souligner les risques pour les mères, les nouveau-nés et leur famille dans le contexte de la pandémie et d'insister sur la nécessité de fournir des EPI aux sages-femmes (73).

Les restrictions liées à la Covid-19 exigent de trouver de nouvelles méthodes pour poursuivre l'éducation et la formation des

sages-femmes. L'Université du Chili a ainsi dirigé la création et la diffusion de supports de formation en espagnol afin que l'enseignement continue (74, 75). Il existe un répertoire régulièrement mis à jour qui regroupe les informations sur la Covid-19, notamment les directives, protocoles et informations épidémiologiques nationaux, ainsi que d'autres documents destinés à faciliter le travail des sages-femmes (76). Le Bureau sous régional de l'UNFPA pour les Caraïbes a accordé une subvention aux associations régionales de sages-femmes des Caraïbes pour financer leurs activités, à commencer par l'élaboration d'un programme de formation professionnelle continue virtuel (77). Parmi les thèmes abordés dans ce cadre, choisis en concertation avec les sages-femmes, figuraient par exemple : la santé mentale des femmes et des sages-femmes ; la continuité des services de santé sexuelle et reproductive pendant la pandémie de Covid-19 ; la prévention et la lutte contre les infections pendant la pandémie ; des soins de maternité respectueux de la personne dans le contexte de la pandémie.

Contribution d'Alma Virginia Camacho-Hübner (Bureau régional de l'UNFPA pour l'Amérique latine et les Caraïbes).

leur pays ; 90 % des formations ont été converties en formations en ligne et 25 % en formations en petits groupes. Seulement cinquante pour cent de ces associations ont déclaré que les élèves avaient accès à des espaces de pratique et à des stages cliniques, alors que 25 % estimaient qu'ils n'y avaient pas accès. Près des deux tiers (61 %) des associations qui ont répondu ont signalé que l'achèvement de la formation des élèves sages-femmes avait été ajourné.

Les associations ont par ailleurs indiqué que la pandémie de Covid-19 avait eu quelques effets positifs, notamment l'amélioration de la collaboration entre les professionnels de santé. Parmi les associations qui ont répondu à cette question, 90 % ont rapporté une amélioration

et des conséquences positives de la collaboration entre les professionnels de santé, notamment les obstétriciens, les pédiatres, les spécialistes de la lutte contre les infections, les infirmiers, voire, dans certains cas, le personnel médical des forces de défense, qui ont uni leurs efforts de différentes manières pour s'entraider.

Dans de nombreux pays, les sages-femmes ont déployé des efforts spécifiques pour résoudre les difficultés liées à la Covid-19. L'encadré 3.4 décrit le travail effectué dans une région de l'UNFPA en vue de comprendre précisément les besoins des sages-femmes alors qu'elles poursuivent leur travail dans le contexte de la pandémie. L'encadré 3.5 met en lumière le rôle clé joué par de jeunes sages-femmes leaders au Malawi et en Namibie.

La contribution des sages-femmes à la lutte contre la Covid-19 au Malawi et en Namibie

Trois participantes au programme Jeunes sages-femmes leaders de l'ICM ont fait part de leur expérience en matière de renforcement des mesures de lutte contre la pandémie de Covid-19 prises par leur pays. Au Malawi, la sage-femme leader a réalisé une analyse de la situation afin de déterminer les effets de la pandémie sur les sages-femmes et sur leur travail, et a mis au point des solutions pour faire face aux problèmes identifiés. En Namibie, une sage-femme leader a participé à l'élaboration des politiques et orientations nationales relatives aux soins à apporter aux femmes atteintes de la Covid-19 pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, tandis qu'une autre a pris part aux travaux du comité national de prévention et de lutte contre les infections.

L'expérience de ces trois sages-femmes leaders a montré que : **La participation des professionnels de SSRMNA de première ligne permet de prendre de meilleures décisions.** Le point de vue des professionnels qui travaillent en contact direct avec les utilisateurs

des services est essentiel pour la prise de décisions. La contribution de ces professionnels est souvent sous-estimée, en raison d'un préjugé selon lequel les professionnels de santé n'auraient pas de compétences de planification et d'organisation. Cependant, leur avis peut éviter de prendre de mauvaises décisions. Par exemple, ils peuvent empêcher qu'un service de soins néonataux intensifs soit transféré et éloigné des salles de travail pour reconvertir ses locaux d'origine en centre de prise en charge des malades de la Covid-19, ou encore sensibiliser les responsables au fait qu'une pénurie nationale de pinces pour cordon ombilical, liée à la réorientation des ressources vers la lutte contre la Covid-19, met en danger la vie des nouveau-nés.

Les sages-femmes ont un point de vue unique. La SSRMNA est à la fois le cœur de métier et la passion des sages-femmes. Par conséquent, leur participation au plus haut niveau contribue à garantir la prise en compte des besoins des utilisateurs et des

prestataires de services de SSRMNA dans le cadre de la lutte contre la Covid-19. Par exemple, elles peuvent veiller à ce que les stocks d'EPI soient répartis équitablement entre les établissements de santé et au sein de ceux-ci, mais aussi veiller à ce que les craintes des sages-femmes qui travaillent dans les établissements de santé soient entendues et prises en considération dans l'élaboration de directives claires et rassurantes.

La création de réseaux permet la participation des sages-femmes.

Au départ, aucune sage-femme n'a été invitée à participer à la lutte contre la Covid-19 au Malawi ni en Namibie. Le soutien que les trois sages-femmes leaders citées ci-dessus ont reçu de la part de l'ICM et de leurs mentors du programme Jeunes sages-femmes leaders leur a permis de se mettre en avant afin de s'assurer que le point de vue des sages-femmes était pris en compte.

Contribution de Sylvia Hamata, Tekla Shiindi-Mbidi et Lushelo Simwinga, avec le soutien d'Ann Yates (ICM).



Lushelo sur son lieu de travail, Blantyre, Malawi. © White Ribbon Alliance.

BESOIN ET DISPONIBILITÉ EN SAGES-FEMMES ET AUTRES PROFESSIONNELS DE SSRMNA

Le présent chapitre évalue la situation du personnel de SSRMNA dans le monde en 2019 et s'appuie sur des travaux de modélisation pour prévoir son évolution d'ici 2030. La composition du personnel de SSRMNA est très variable : d'un pays à l'autre, les titres utilisés pour décrire des fonctions différentes, et les rôles et responsabilités associés à chaque fonction peuvent également varier entre des pays qui utilisent les mêmes titres. Cette hétérogénéité de la classification et de la nomenclature entrave les efforts de suivi et d'analyse aux échelles nationale et mondiale. Par exemple, il n'existe pas dans tous les pays ni dans toutes les langues une distinction claire entre les sages-femmes et les autres catégories professionnelles, par exemple les infirmiers, les obstétriciens et les accoucheuses traditionnelles ; en outre, le champ d'activité des sages-femmes diffère d'un pays à l'autre. Une étude récente a révélé l'existence de 102 termes uniques utilisés dans les pays à revenu faible et intermédiaire pour décrire les professionnels de santé chargés d'assister les naissances (78). De même, tous les pays n'acceptent pas la définition, publiée en 2018, relative au personnel de santé compétent assurant les soins pendant l'accouchement (79).

Les données présentées dans ce chapitre proviennent principalement des CNPS (consultés en décembre 2020), conformément aux descriptions qui figurent dans le chapitre 1 et les annexes Web 1 à 3. L'analyse exposée dans ce chapitre porte non seulement sur les sages-femmes mais aussi sur les autres professionnels de SSRMNA, afin de tenir compte de la nécessité d'une équipe interdisciplinaire pour répondre aux besoins de toutes les femmes, de tous les nouveau-nés et de tous les adolescents en matière de SSRMNA.

Disponibilité des données

L'ensemble des 194 États membres de l'OMS étaient habilités à participer à *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021*, et tous ont soumis au moins une donnée présentée dans ce rapport. L'efficacité de la planification des activités du personnel dépend de la disponibilité de données de qualité au sujet du personnel mais aussi des

réseaux connexes. Il est donc essentiel de recueillir de manière systématique un ensemble minimal de données (le rapport de 2014 recensait 10 points essentiels (24)) ; néanmoins, aucun pays n'a fourni des données relatives à tous ces points pour toutes les catégories professionnelles liées à la SSRMNA. L'encadré 4.1 décrit les difficultés rencontrées en matière de collecte de données relatives au personnel et explique les solutions mises en place pour y faire face dans une région OMS.

Les CNPS précisaient généralement les effectifs des sages-femmes, infirmiers et médecins, et souvent les effectifs des promotions de sages-femmes et d'infirmiers diplômés. Cependant, à l'exception de ces chiffres, les données disponibles étaient limitées, ce qui a réduit les possibilités d'analyse détaillée. Ainsi, l'analyse et les profils de pays du présent rapport sont en grande partie fondés sur les chiffres renseignés dans les CNPS, en raison des lacunes dans les données (voir l'annexe Web 3).

L'analyse présentée dans ce chapitre s'appuie sur trois concepts clés pour déterminer la disponibilité et l'accessibilité du personnel : le nombre de professionnels de santé nécessaires pour assurer

PRINCIPAUX MESSAGES

- ▶ Avec sa composition et sa répartition actuelles, le personnel de SSRMNA mondial n'est pas en mesure de répondre aux besoins de soins de SSRMNA essentiels à l'échelle mondiale. En effet, les effectifs de toutes les catégories de professionnels de SSRMNA, en particulier ceux des sages-femmes, sont insuffisants.
- ▶ Le manque de personnel est le plus criant dans les pays à faible revenu, surtout dans ceux de la région Afrique de l'OMS.
- ▶ Si la tendance actuelle se poursuit, la situation sera à peine meilleure en 2030, et les principaux progrès auront eu lieu dans les pays à revenu intermédiaire. Les projections annoncent un creusement de l'écart entre les pays à revenu élevé et les pays à faible revenu.

**Distinguer
les données portant
sur les sages-femmes
de celles relatives
aux autres métiers
de la santé et les
ventiler séparément.**

*Associations de
sages-femmes*

les services essentiels (ou « besoin »), la disponibilité des professionnels de santé (ou « offre ») et la capacité des pays à les employer (ou « demande »). Chaque partie de l'analyse renvoie à un nombre de pays différent, en raison du degré variable de disponibilité des données relatives à chaque indicateur. Tous les tableaux et figures indiquent le nombre de pays participants, et l'annexe Web 4 précise quels pays ont fourni des données pour chaque partie de l'analyse. Lorsque peu de pays ont soumis des données relatives à un indicateur, il est impossible de parvenir à une conclusion certaine à son sujet. De plus, l'analyse par région et par catégorie

de revenu est susceptible de masquer des disparités au sein des régions et des catégories de revenus. Un profil de pays présente les données relatives au pays en question.

L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021 s'appuie sur des méthodes de collecte de données différentes de celles des rapports précédents et ne définit pas les catégories professionnelles de la même manière. Ainsi, certains pays qui avaient jusqu'alors fait mention de sages-femmes professionnelles précisent à présent que leurs sages-femmes sont des sages-femmes auxiliaires professionnelles. **Cette évolution constitue un progrès, améliorant la cohérence des définitions des catégories professionnelles. Néanmoins, elle signifie que, pour de nombreux pays, les données qui figurent dans *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021* ne doivent pas être comparées directement aux données présentes dans les précédents rapports de la série.**

Besoin en professionnels de SSRMNA

Dans ce rapport, le **besoin** en professionnels de SSRMNA est défini comme le temps de travail de professionnels de SSRMNA nécessaire pour assurer la couverture universelle et la qualité des interventions de SSRMNA essentielles identifiées par la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et*

ENCADRÉ 4.1

Difficultés liées à la collecte de données et solutions mises en place en Asie du Sud-Est

Le suivi des progrès relatifs au renforcement du personnel de santé peut s'avérer difficile lorsque peu de données sont disponibles à l'échelle nationale ; or la collecte de données représente parfois un fardeau pour les pays. Même avant la pandémie de Covid-19, de nombreux pays peinaient à recueillir et à traiter l'ensemble des données nécessaires, en raison de besoins conflictuels, qui pouvaient nuire à la quantité et à la qualité des données communiquées dans le cadre des CNPS.

En 2014, les États membres de la région Asie du Sud-Est de l'OMS se sont engagés en faveur d'une Décennie de renforcement du personnel de santé. Le premier bilan réalisé dans ce contexte, en 2016, a conclu que l'absence d'indicateurs normalisés et les lacunes des données constituaient des obstacles considérables à l'élaboration de

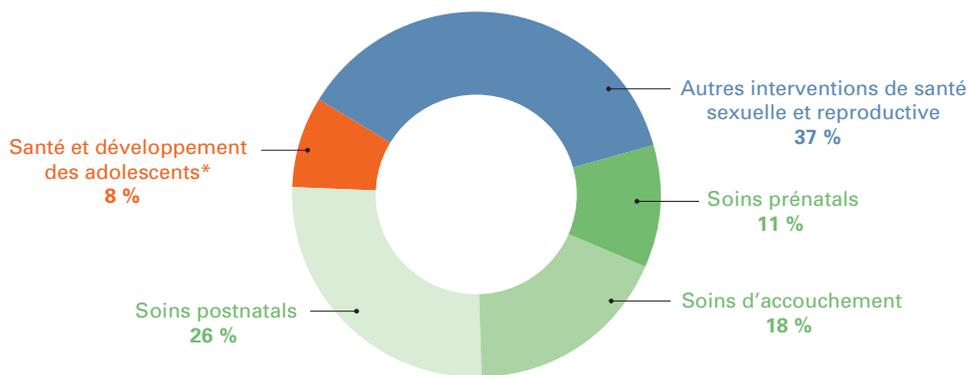
rapports sur les progrès. Par exemple, les données relatives aux effectifs étaient généralement issues des registres des conseils de santé, qui sont susceptibles d'être très différents des autres sources de données – par exemple les recensements et les enquêtes dans les établissements de santé – car ils ne répondent pas aux mêmes objectifs.

Pour faire face à ces difficultés, les États membres de la région se sont mis d'accord sur 14 indicateurs prioritaires à renseigner dans le cadre des CNPS et ont convenu d'évaluer les progrès accomplis en 2018 (80). Dans le cadre de la collecte de données pour le présent rapport et pour *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*, le Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est et les bureaux de pays se sont appuyés sur cette approche, en assurant une coordination

entre les départements pour éviter les doublons et garantir la fluidité des communications avec leurs homologues gouvernementaux. Au sein des pays, des groupes de travail techniques rassemblant des coordonnateurs des CNPS et des représentants de différentes parties prenantes, notamment les conseils de santé et les institutions de formation, ont joué un rôle essentiel dans la vérification croisée des données issues de différentes sources, qui leur a permis de s'accorder sur des données homogènes à soumettre dans le cadre des CNPS. Cette procédure a favorisé une meilleure appropriation et une utilisation optimisée des données recueillies par les pays.

Contribution de Masahiro Zakoji, Ai Tanimizu et Malin Bogren (Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est).

FIGURE 4.1 **Pourcentage du temps de travail des professionnels de SSRMNA nécessaire à chaque étape du continuum de soins dans 189 pays en 2019**



* Les besoins des adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont été pris en compte dans les besoins des femmes en âge d'avoir des enfants. L'estimation relative à la santé et au développement des adolescents ne concerne donc que les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive des filles âgées de 10 à 14 ans et des garçons âgés de 10 à 19 ans.

Source : Estimations réalisées pour le présent rapport.

de l'adolescent (9), dont la liste figure dans l'annexe Web 5. Cette définition est proche de celle de *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2014*, mais la liste des interventions essentielles est différente. Cela réduit la comparabilité entre le rapport de 2014 et celui de 2021 : le besoin identifié en 2021 est plus important, car la liste des interventions essentielles prises en compte dans la définition des besoins est plus exhaustive.

À l'échelle mondiale, 6,5 milliards d'heures de travail effectuées par des professionnels de SSRMNA auraient été nécessaires pour satisfaire l'ensemble des besoins en 2019. Ce chiffre devrait augmenter pour atteindre 6,8 milliards d'heures d'ici 2030. La figure 4.1 montre que 55 % des besoins mondiaux en temps de travail des professionnels de santé pour assurer des soins de SSRMNA essentiels concernent des interventions de santé maternelle et néonatale (soins prénatals, périnatals et postnatals) ; 55 % sont liés à d'autres interventions de santé sexuelle et reproductive (conseil, contraception, soins complets d'avortement, dépistage et gestion des infections sexuellement transmissibles) et 37 % portent sur des interventions de santé sexuelle et reproductive à destination des adolescents. Le temps nécessaire en matière de soins postnatals représente plus du double du temps nécessaire en matière de soins prénatals. Cette disparité est principalement liée au fait que les soins postnatals concernent toujours deux personnes : dans les 24 à 48 premières heures après la naissance, la mère et le nourrisson doivent tous deux bénéficier d'interventions fréquentes, qui sont en outre plus longues que les visites effectuées dans le cadre des soins prénatals. Par ailleurs, certaines interventions essentielles de soins postnatals, certes peu fréquentes, demandent beaucoup de temps, par exemple les soins aux

nouveau-nés de faible poids et malades et les soins aux femmes atteintes de comorbidités graves.

Les deux principaux facteurs qui déterminent le besoin de professionnels de SSRMNA sont la taille de la population et son taux de fécondité (87). Le niveau de ces deux facteurs entraîne des besoins relativement élevés de professionnels de SSRMNA dans les régions d'Asie du Sud-Est et d'Afrique (respectivement 1,6 milliard d'heures et 1,5 milliard d'heures nécessaires en 2019). La variation du taux de fécondité influence également la nécessité relative des différentes compétences du personnel de SSRMNA : lorsque le taux de fécondité est élevé, le personnel de SSRMNA doit compter un nombre plus important de professionnels compétents en matière

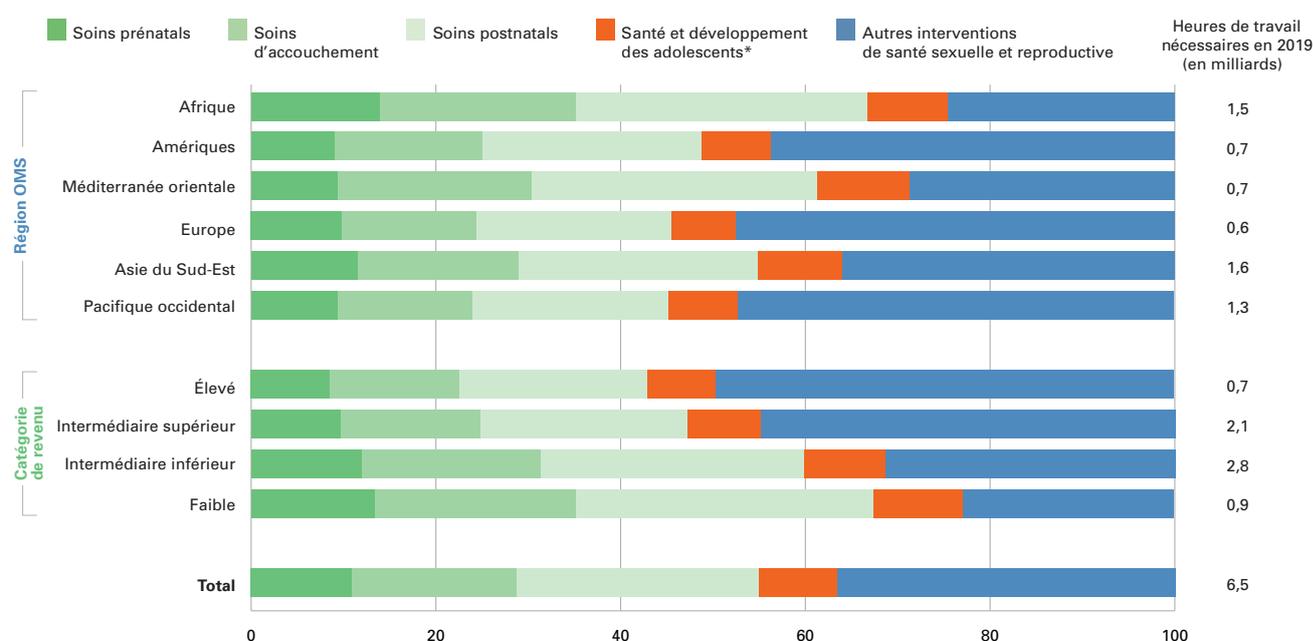
PRINCIPAUX CONSTATS

- ▶ À l'échelle mondiale, 6,5 milliards d'heures de travail effectuées par des professionnels de SSRMNA auraient été nécessaires pour satisfaire l'ensemble des besoins en 2019. Ce chiffre devrait augmenter pour atteindre 6,8 milliards d'heures d'ici 2030.
- ▶ À peine plus de la moitié (55 %) des besoins mondiaux en temps de travail des professionnels de santé pour assurer des soins de SSRMNA essentiels concernent des interventions de santé maternelle et néonatale (soins prénatals, périnatals et postnatals) ; 37 % sont liés à d'autres interventions de santé sexuelle et reproductive (conseil, contraception, soins complets d'avortement, dépistage et gestion des infections sexuellement transmissibles) et 8 % portent sur des interventions de santé sexuelle et reproductive à destination des adolescents.

de soins maternels et néonataux. Par exemple, dans la région de l'Afrique, plus de 60 % du temps de travail de professionnels de SSRMNA nécessaire en 2019 concernait des interventions de santé maternelle et néonatale (représentées par les segments verts sur la figure 4.2), alors que ces interventions ne

représentaient que 45 % du temps requis dans les régions d'Europe et du Pacifique occidental. Par conséquent, même si les « autres interventions de santé sexuelle et reproductive » ne constituent qu'un **pourcentage** relativement faible des besoins en Afrique, elles représentent un nombre d'heures

FIGURE 4.2 Pourcentage du temps de travail des professionnels de SSRMNA nécessaire à chaque étape du continuum de soins dans 189 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, en 2019



* Les besoins des adolescentes âgées de 15 à 19 ans sont pris en compte dans les besoins des femmes en âge d'avoir des enfants. L'estimation relative à la santé et au développement des adolescents ne concerne donc que les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive des filles âgées de 10 à 14 ans et des garçons âgés de 10 à 19 ans.

Source : Estimations réalisées pour le présent rapport.

considérable : 375 millions d'heures de travail, sur les 1,5 milliard d'heures nécessaires pour répondre à l'ensemble des besoins de la région. Dans l'absolu, ce nombre est proche des 330 millions d'heures de travail nécessaires pour faire face aux mêmes besoins dans la région des Amériques, mais, comme le temps de travail total nécessaire dans cette région (750 millions d'heures) est bien plus faible qu'en Afrique, ces interventions représentent une proportion plus importante du temps de travail total requis.

Les figures 4.1 et 4.2 présentent des estimations du temps de travail total de professionnels de SSRMNA **nécessaire** à chaque étape du continuum de soins pour parvenir à une couverture universelle. Ces chiffres n'indiquent pas le temps **réellement consacré** à chaque étape. Dans de nombreux pays, la couverture des soins postnatals est très inférieure à la couverture des soins prénatals (82). Il est possible que le personnel de SSRMNA de ces pays consacre davantage de son temps disponible aux soins prénatals qu'aux soins postnatals, bien

que ces derniers requièrent plus de temps, et que les besoins de soins postnatals soient par conséquent moins satisfaits que les besoins de soins prénatals.

Lorsque les sages-femmes sont disponibles en nombre suffisant, formées et encadrées conformément aux normes internationales et qu'il leur est permis de mettre à profit toute l'étendue de leurs compétences au sein d'une équipe intégrée et d'un environnement habilitant, celles-ci sont en mesure de répondre à environ 90 % des besoins mondiaux en matière d'interventions essentielles de SSRMNA (voir les annexes Web 3 et 5).

Disponibilité, composition et répartition actuelles du personnel de SSRMNA

Les 192 pays participants ont indiqué leurs effectifs de professionnels de SSRMNA en s'appuyant sur les définitions des catégories professionnelles qui figurent dans l'annexe Web 1. Le tableau 4.1 présente le nombre total de professionnels. Très peu de pays ont précisé les effectifs des professionnels



- ▶ Avec sa composition et sa répartition actuelles, le personnel de SSRMNA mondial pourrait satisfaire 75 % des besoins mondiaux en matière d'interventions de SSRMNA essentielles, mais seulement 41 % des besoins dans les pays à faible revenu. C'est dans les régions d'Afrique et de Méditerranée orientale (régions OMS) que le potentiel de satisfaction des besoins est le plus faible.
- ▶ Si elles sont formées et encadrées au sein d'équipes interdisciplinaires, les sages-femmes sont en mesure de répondre à environ 90 % des besoins mondiaux en matière d'interventions essentielles de SSRMNA. Elles ne représentent pourtant que 8 % des effectifs du personnel de SSRMNA.
- ▶ En effet, à l'échelle mondiale, il manque 1,1 million de professionnels en « équivalent dédié à la SSRMNA » (EDS) pour répondre aux besoins. Cette estimation tient compte du manque de professionnels dans toutes les catégories professionnelles liées à la SSRMNA, mais les principales pénuries concernent les sages-femmes et les autres professionnels de soins de sage-femme.
- ▶ Parmi les facteurs qui empêchent le personnel de répondre à l'ensemble des besoins figurent : l'insuffisance des effectifs, un éventail de compétences inefficace au sein des équipes, la répartition inégale du personnel, la mauvaise qualité des programmes d'éducation et de formation (y compris de la supervision et du mentorat) et la réglementation défailante, qui sont à l'origine de soins de mauvaise qualité et de fautes professionnelles (notamment manque de respect et abus) et de résultats médiocres en matière de SSRMNA.
- ▶ La Covid-19 a entraîné une diminution de la disponibilité du personnel. Il faut faire de l'accès aux services de SSRMNA une priorité et s'assurer qu'ils sont dispensés dans un environnement sûr, malgré la pandémie. Les professionnels de SSRMNA doivent bénéficier de mesures de protection contre les risques d'infection, de soutien pour faire face au stress et aux traumatismes, et de solutions créatives et innovantes pour surmonter les défis sous-tendant un enseignement et des services de qualité.

TABLEAU 4.1

Nombre (en milliers) de professionnels de SSRMNA dans 192 pays en 2019 (ou la dernière année pour laquelle des données sont disponibles depuis 2014)

| Catégorie professionnelle | Nombre de pays participants | Nombre de professionnels recensés (en milliers) |
|---|-----------------------------|---|
| Sages-femmes professionnelles | 77 | 650,9 |
| Sages-femmes auxiliaires professionnelles | 22 | 477,3 |
| Sages-femmes sans statut défini | 68 | 420,9 |
| Infirmiers professionnels | 144 | 19 766,5 |
| Infirmiers auxiliaires professionnels | 93 | 5 317,9 |
| Infirmiers sans statut défini | 56 | 2 386,2 |
| Obstétriciens et gynécologues | 191 | 532,7 |
| Pédiatres | 185 | 537,5 |
| Médecins généralistes | 190 | 4 109,9 |
| Praticiens paramédicaux | 40 | 345,0 |
| Assistants médicaux | 18 | 104,7 |
| Agents de santé communautaires | 43 | 1 950,9 |

Remarque : De nombreux pays ont indiqué l'effectif total des docteurs en médecine sans préciser les effectifs des différentes spécialités (obstétrique, pédiatrie, etc.). Pour ces pays, des hypothèses ont été formulées au sujet de la proportion de docteurs en médecine appartenant à chacune des trois catégories professionnelles de docteurs en médecine mentionnées dans ce tableau (voir l'annexe Web 3).

Source : CNPS, mise à jour de 2020.

de toutes les catégories professionnelles liées à la SSRMNA.³ Les effectifs des praticiens paramédicaux, des assistants médicaux et des agents de santé communautaires ont ainsi été rarement communiqués. Par conséquent, le présent chapitre ne comprend

aucune analyse relative à ces trois catégories professionnelles, même si elles figurent dans les profils de pays et sont prises en compte dans l'estimation de la capacité du personnel de SSRMNA à répondre aux besoins.

³ Le fait que peu de pays aient communiqué des données n'implique pas nécessairement l'existence de lacunes dans les données : nous n'attendons pas de tous les pays qu'ils indiquent un effectif pour chaque catégorie professionnelle. Certains pays peuvent en effet ne pas compter de représentants de certaines catégories professionnelles au sein de leur personnel de santé.

La catégorie professionnelle de personnel de santé « sages-femmes » n'existe pas dans tous les pays. Certains pays ont recours à des infirmiers ayant reçu une formation complémentaire spécialisée dans la pratique de sage-femme. Pour montrer cette hétérogénéité des professions qui prennent en charge les soins relevant des compétences des sages-femmes, *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021* emploie l'expression « personnel de soins de sage-femme », qui recouvre également les infirmiers formés à la pratique de sage-femme, parfois nommés « infirmiers sages-femmes ».

Le fait que ces infirmiers soient inclus dans le même groupe que les sages-femmes ne signifie pas que tous les membres de ce groupe travaillent comme sages-femmes, mais simplement qu'ils ont reçu une formation à la pratique de sage-femme d'un niveau suffisant pour être habilités à agir en qualité des prestataires de soins de sage-femme de leur pays. Les données disponibles n'indiquent pas combien des personnes concernées travaillent comme sages-femmes, combien travaillent comme infirmiers et combien exercent les deux fonctions.

Les analyses restantes du présent chapitre portent sur les groupes suivants de professionnels de SSRMNA :

Les prestataires de soins de sage-femme :

catégorie qui regroupe toutes les sages-femmes professionnelles, les sages-femmes auxiliaires, les sages-femmes sans statut défini et les infirmiers (professionnels ou auxiliaires) formés à la pratique de sage-femme, ci-après nommés « infirmiers sages-femmes ».

Le personnel infirmier à l'exception des infirmiers formés à la pratique de sage-femme :

catégorie qui regroupe tous les infirmiers professionnels et les infirmiers auxiliaires professionnels, ainsi que les infirmiers sans statut défini, excepté ceux formés à la pratique de sage-femme.

Les médecins pratiquant des activités de SSRMNA :

catégorie qui regroupe les médecins généralistes, les obstétriciens, les gynécologues et les pédiatres.

TABLEAU 4.2

Effectifs (en milliers) et densité des prestataires de soins de sage-femme dans 160 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019 (ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles depuis 2014)

| | Nombre de pays ayant communiqué des données/ensemble des États membres de l'OMS | Effectifs des prestataires de soins de sage-femme* en milliers (% du total mondial) | Densité par 10 000 habitants** |
|----------------------------|---|---|--------------------------------|
| RÉGION OMS | | | |
| Afrique | 37/47 (79 %) | 259 (14 %) | 2,6 |
| Amériques | 23/35 (66 %) | 160 (8 %) | 1,9 |
| Méditerranée orientale | 15/21 (71 %) | 175 (9 %) | 3,2 |
| Europe | 52/53 (98 %) | 424 (22 %) | 4,6 |
| Asie du Sud-Est | 8/11 (73 %) | 588 (31 %) | 10,4 |
| Pacifique occidental | 25/27 (93 %) | 289 (15 %) | 5,9 |
| CATÉGORIE DE REVENU | | | |
| Élevé | 55/61 (90 %) | 435 (23 %) | 3,7 |
| Intermédiaire supérieur | 42/55 (76 %) | 795 (42 %) | 6,5 |
| Intermédiaire inférieur | 37/49 (76 %) | 566 (30 %) | 4,3 |
| Faible | 26/29 (90 %) | 98 (5 %) | 1,6 |
| TOTAL | 160/194 (82 %) | 1 894 (100 %) | 4,4 |

* Les prestataires de soins de sage-femme comprennent les sages-femmes professionnelles, les sages-femmes auxiliaires professionnelles, les infirmiers sages-femmes, les infirmiers sages-femmes auxiliaires et les sages-femmes sans statut défini.

** La densité est le rapport entre le total des effectifs dans une région/catégorie de revenu et la population totale de la région/catégorie de revenu en question.

Notes : la densité de l'Indonésie et des États-Unis a une forte incidence sur la moyenne régionale et par catégorie de revenu. Si l'on ne compte pas l'Indonésie, la densité tombe à 4,6 pour l'Asie du Sud-Est et à 3,6 pour la catégorie des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. Si l'on ne compte pas les États-Unis, la densité monte à 2,8 pour les Amériques et à 4,9 pour la catégorie des pays à revenu élevé. Si l'on exclut ces deux pays, la moyenne mondiale s'établit à 3,8 pour 10 000 habitants.

Source : CNPS, mise à jour de 2020.

Disponibilité actuelle du personnel de soins de sage-femme

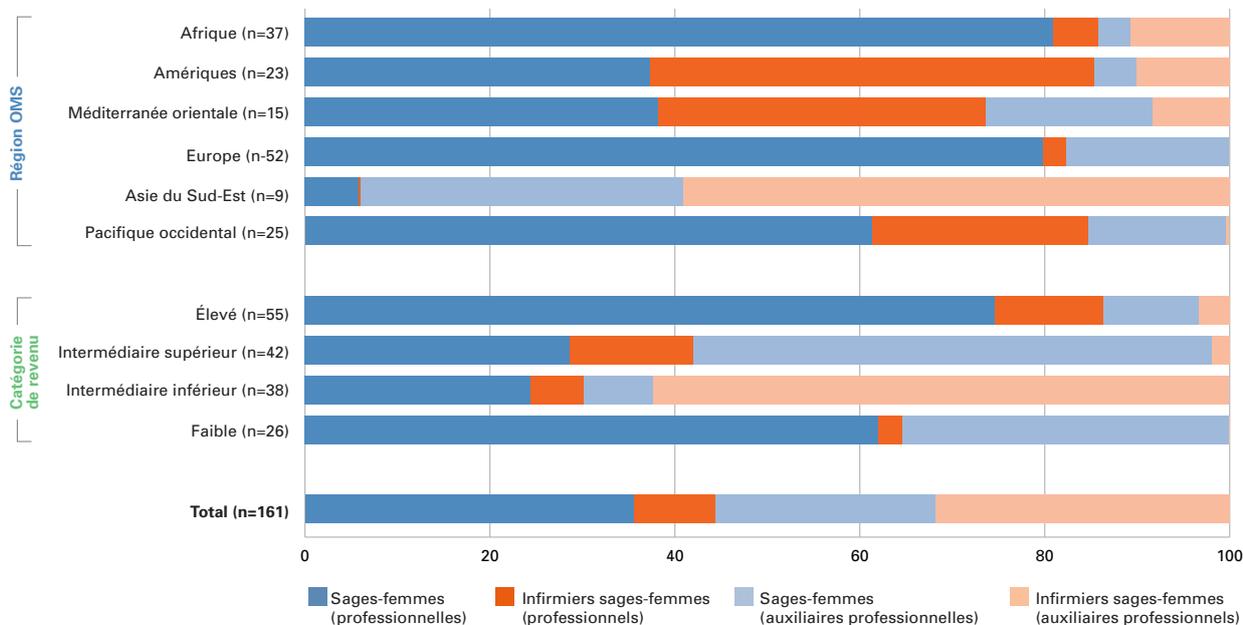
Des données sur les effectifs des prestataires de soins de sage-femme étaient disponibles pour 160 pays. Au total, les prestataires de soins de sage-femme comptent 1,9 million de membres, soit une densité moyenne de 4,4 professionnels pour 10 000 habitants (tableau 4.2). La densité est relativement élevée dans la région du Pacifique occidental (5,9 pour 10 000 habitants). Elle est plus forte dans les pays à revenu élevé et intermédiaire que dans les pays à faible revenu. Plus de la moitié des effectifs se concentrent en Asie du Sud-Est (10,4 pour 10 000 habitants) et en Europe (4,6 pour 10 000 habitants). Pour certaines régions ou catégories de revenu, les moyennes sont faussées, car des pays très peuplés présentent une densité atypique, en particulier l'Indonésie (qui compte un très grand nombre de sages-femmes auxiliaires) et les États-Unis d'Amérique (où les prestataires de soins de sage-femme sont rares). Les notes figurant sous le tableau 4.2 indiquent les moyennes obtenues à l'échelle mondiale, régionale et par catégorie de revenu si l'on ne comptabilise pas ces deux pays.

Les statistiques du tableau 4.2 ne sont pas directement comparables avec celles des précédentes éditions de *L'état de la pratique de sage-femme dans le monde*, puisque, d'une part, dans le rapport 2021, les données

proviennent d'un ensemble de pays beaucoup plus vaste et hétérogène, et, d'autre part, une autre méthode de collecte a été utilisée. Par conséquent, toute interprétation des tendances relatives à la pratique doit être prudente. Par exemple, sur les 56 pays à revenu faible et intermédiaire figurant dans l'édition 2021 et dans une précédente édition, la densité des prestataires de soins de sage-femme est nettement orientée à la hausse dans 24 pays, nettement orientée à la baisse dans 16 pays, en stagnation dans trois pays, et sans tendance clairement définie dans 13 pays.

Sur les 1,9 million de prestataires de soins de sage-femme exerçant dans les pays ayant communiqué des données, 651 000 (34 %) sont des sages-femmes professionnelles, 477 000 (25 %) sont des sages-femmes auxiliaires professionnelles, 421 000 (22 %) sont des sages-femmes sans statut défini, 285 000 (15 %) sont des infirmiers sages-femmes et 60 000 (3 %) sont des infirmiers sages-femmes auxiliaires. Depuis 2019, la catégorie professionnelle « infirmier sage-femme » est incluse comme sous-catégorie des infirmiers dans les CNPS. Auparavant, les infirmiers sages-femmes étaient probablement comptabilisés dans la catégorie des infirmiers, par conséquent leur nombre pourrait être supérieur à celui donné ici.

FIGURE 4.3 Pourcentage des prestataires de soins de sage-femme dans chaque catégorie professionnelle dans 161 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019 (ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles depuis 2014)



Remarque : les données de l'Inde sont comptabilisées dans la figure 4.3 et non comptabilisées dans le tableau 4.2. En effet, comme décrit dans l'annexe Web 3, une partie des infirmiers auxiliaires/professionnels en Inde est reclassée dans la catégorie des infirmiers sages-femmes auxiliaires professionnels.

Source : CNPS, mise à jour 2020. Les données ont été ajustées pour compenser le nombre élevé de « sages-femmes sans statut défini ».

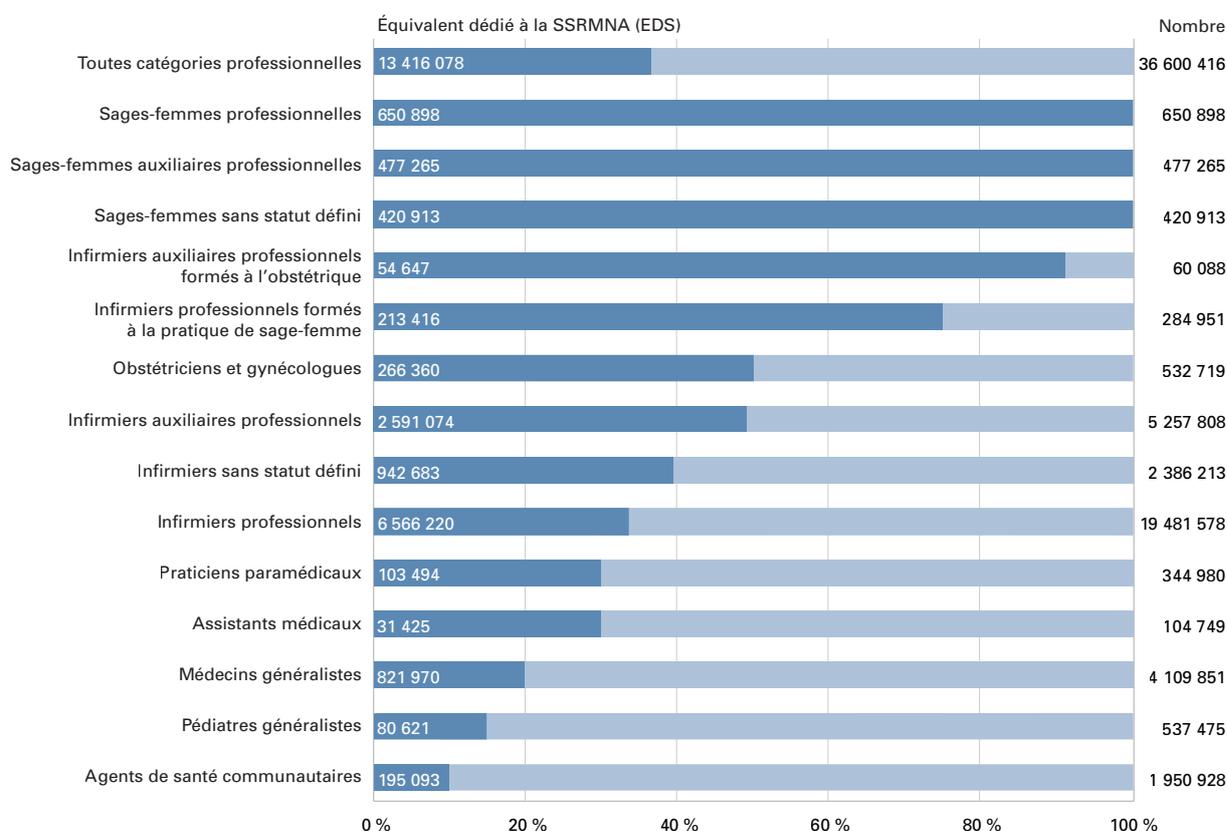
On recense de très nombreuses « sages-femmes sans statut défini », ce qui est problématique, puisque leurs compétences ne sont pas connues. Dans notre analyse, les sages-femmes n'ayant pas de statut défini sont classées dans la catégorie des sages-femmes professionnelles ou des sages-femmes auxiliaires, selon leur niveau d'études et les caractéristiques des informations communiquées antérieurement (voir l'annexe Web 3 pour plus de détails). Si l'on tient compte de ce reclassement, l'Asie du Sud-Est est la seule région où les auxiliaires sont plus nombreux que les professionnels (figure 4.3). Comme il s'agit d'une région très peuplée, la moyenne régionale joue fortement sur le total mondial. Ceci explique que, bien que les professionnels soient plus nombreux que les auxiliaires dans toutes les autres régions, à l'échelle mondiale le nombre d'auxiliaires est légèrement supérieur à celui des professionnels. La proportion de sages-femmes est la plus élevée en Afrique et en Europe ; la proportion d'infirmiers sages-femmes est la plus élevée dans les Amériques. Dans les pays à revenu élevé et, dans une moindre mesure, les pays à faible revenu, les professionnels sont majoritaires. Dans les pays à revenu intermédiaire, les auxiliaires sont plus nombreux que les professionnels.

Disponibilité actuelle des autres professionnels de SSRMNA

Comme pour les autres métiers de la santé, le système de santé et l'environnement de travail doivent opérer de telle sorte que les professionnels de la SSRMNA puissent exploiter toute l'étendue de leur savoir-faire individuel, afin que collectivement ils maîtrisent les compétences requises pour prodiguer des soins de SSRMNA de haute qualité et respectueux de la personne (79). En conséquence, la disponibilité des prestataires de soins de sage-femme doit être envisagée en concomitance avec celle des autres professionnels de SSRMNA.

L'analyse des effectifs et de la densité du personnel infirmier (à l'exception des infirmiers sages-femmes) et des médecins pratiquant des activités de SSRMNA est disponible dans l'annexe Web 1. En outre, il convient de prendre en compte le nombre d'heures que les différentes catégories professionnelles consacrent à la SSRMNA : il serait faux de croire que tous les professionnels de SSRMNA consacrent la totalité de leur temps de travail à des activités de SSRMNA. Pour contourner cet écueil, dans le rapport 2021 on applique un « équivalent dédié à la SSRMNA » (EDS),

FIGURE 4.4 **Personnel de SSRMNA : comparaison entre l'effectif et l'équivalent dédié à la SSRMNA (EDS) dans 192 pays, 2019 (ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles depuis 2014)**



Note : les catégories « infirmiers professionnels » et « infirmiers auxiliaires professionnels » n'incluent pas le personnel infirmier formé à la pratique de sage-femme. Celui-ci est classé dans une catégorie à part.

Source : les effectifs sont tirés des CNPS, mise à jour 2020. Les EDS sont calculés à partir des effectifs en estimant la part de temps de travail consacrée à la SSRMNA.

qui reflète la part moyenne du temps de travail que chaque catégorie professionnelle consacre à la SSRMNA (annexe Web 3).

L'incidence de l'EDS est illustrée dans la figure 4.4 : le personnel EDS du secteur de la SSRMNA compte 13,4 millions de personnes, soit 37 % de l'effectif total (36,6 millions). En principe, l'EDS tient également compte du travail à temps partiel et du pourcentage de professionnels de santé exerçant un rôle médical. Par conséquent, dans les pays où le temps partiel est répandu ou le nombre de professionnels de santé exerçant un rôle non médical est élevé, on obtient avec l'EDS une surestimation du temps de travail que les professionnels de SSRMNA consacrent aux activités de SSRMNA.

Répartition des effectifs de la SSRMNA

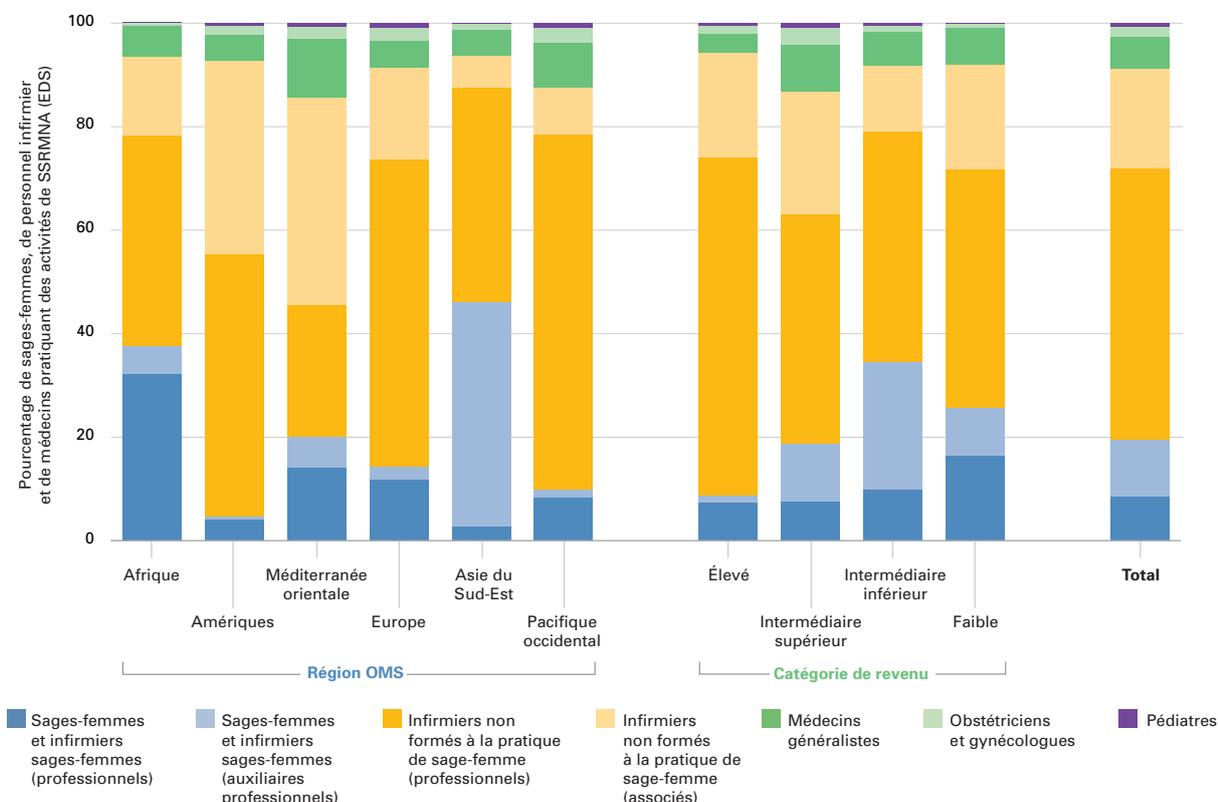
La figure 4.5 illustre la répartition des principales catégories professionnelles exerçant dans la SSRMNA dans 192 pays participants, au total, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale. Faute de données, les membres du personnel de SSRMNA autres que les sages-femmes, le personnel infirmier et les médecins ne sont pas représentés.



Échographie, Centre de soins de santé primaires de Lakshmiapuram, Vellore, Inde. © Gates Archive/Mansi Midha.

Selon les effectifs, 77 % des professionnels intervenant dans la SSRMNA sont des membres du personnel infirmier non formé à la pratique de sage-femme, 15 % sont des médecins pratiquant des activités de SSRMNA et 8 % relèvent des prestataires de soins de sage-femme. Selon l'EDS, 72 % appartiennent au personnel infirmier non formé à la pratique de sage-femme, 19 % sont des prestataires de soins de sage-femme et 9 % sont des médecins pratiquant des activités de SSRMNA, bien que des

FIGURE 4.5 Répartition des sages-femmes, du personnel infirmier et des médecins pratiquant des activités de SSRMNA dans 192 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019 (ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles depuis 2014)



Source : les effectifs sont tirés des CNPS, mise à jour 2020. Les EDS sont calculés à partir des effectifs en estimant la part de temps de travail consacrée à la SSRMNA.

Faire des sages-femmes des membres à part entière au sein des équipes opérant à tous les échelons du système de santé.

Associations de sages-femmes

disparités existent entre les régions et les catégories de revenu. Les prestataires de soins de sage-femme représentent une part relativement importante du personnel EDS en Afrique, où l'on compte une majorité de professionnels, et en Asie du Sud-Est, où l'on compte une majorité d'auxiliaires. En Méditerranée orientale, les médecins pratiquant des activités de SSRMNA représentent une part relativement élevée du personnel EDS. Enfin, les prestataires de soins de sage-femme représentent une part relativement importante du total dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.

La quasi-totalité des pays a communiqué les effectifs de médecins et de personnel infirmier, mais seuls 160 pays ont communiqué ceux du personnel de soins de sage-femme. Ceci peut s'expliquer par le fait que les 34 pays restants n'ont pas de sages-femmes ou qu'ils ne connaissent pas leur nombre. Si la seconde hypothèse se vérifiait, cela signifierait que les prestataires de soins de sage-femme représentent une plus grande part du personnel de SSRMNA à l'échelle mondiale que celle donnée dans le diagramme. L'incidence serait particulièrement forte sur la région du Pacifique occidental, puisque la Chine n'a pas communiqué de données sur les sages-femmes, uniquement sur le personnel infirmier et les médecins pratiquant des activités de SSRMNA.

Probabilité que le personnel de SSRMNA réponde aux besoins en matière d'interventions essentielles

Dans les profils de pays, les "besoins potentiels satisfaits" (BPS) permettent d'estimer la mesure dans laquelle les professionnels EDS sont en nombre suffisant et maîtrisent les compétences requises pour répondre aux besoins en matière d'interventions essentielles de SSRMNA. Il

permet d'évaluer, en tenant compte des données démographiques et épidémiologiques individuelles des pays, le pourcentage maximum des besoins en matière d'interventions essentielles de SSRMNA auxquels le personnel peut répondre, à condition qu'il ait fait des études appropriées, qu'il soit équitablement réparti et qu'il travaille dans un environnement habilitant (et donc qu'il puisse réaliser des prestations de qualité). L'« environnement habilitant » signifie que les professionnels de SSRMNA : i) peuvent exploiter toute l'étendue de leurs compétences ; ii) doivent répondre des décisions prises indépendamment dans le cadre de procédures opérationnelles permanentes soumises à réglementation ; iii) travaillent au sein d'une infrastructure de santé fonctionnelle, bien équipée et approvisionnée et dotée des ressources humaines nécessaires ; iv) peuvent réaliser des consultations en temps opportun et de façon respectueuse, mener des collaborations et orienter les patients ; v) sont protégés contre les préjudices physiques ou émotionnels ; et vi) perçoivent une rémunération juste et travaillent dans de bonnes conditions.

Lorsque les conditions de travail ne sont pas optimales (infrastructures défectueuses, chaînes d'approvisionnement grippées, taux d'absentéisme élevé, faible niveau d'études, répartition géographique inégale, etc.), le niveau du besoin réellement satisfait est inférieur à celui des BPS.

Pour estimer les BPS, des hypothèses relatives au temps de travail nécessaire pour atteindre la couverture universelle en matière d'interventions essentielles de SSRMNA (annexe Web 5) et aux catégories professionnelles maîtrisant les compétences pour réaliser chacune de ces interventions essentielles (annexe Web 6) sont formulées. À cette fin, les sages-femmes et le personnel infirmier sans statut défini ont dû être répartis entre les catégories « professionnels » et « professionnels auxiliaires », suivant les règles fixées dans l'annexe Web 3.

L'estimation des BPS individuels des pays figure dans le profil de 157 pays ayant communiqué dans leurs CNPS les effectifs des trois principales catégories professionnelles de SSRMNA : les prestataires de soins de sage-femme, le personnel infirmier non formé à la pratique de sage-femme et les médecins pratiquant des activités de SSRMNA. Le tableau 4.3 présente les moyennes obtenues par région et catégorie de revenu de ces pays. Le besoin satisfait potentiel pour l'Europe et les Amériques avoisine les 100 %, contre seulement 51 % en Afrique. Une nette tendance se dégage par catégorie de revenu : le personnel de SSRMNA pourrait répondre à 99 % du besoin dans les pays à revenu élevé, contre seulement 41 % dans les pays à faible revenu.

Lorsque les BPS sont faibles, cela signifie qu'il y a peu de prestataires de SSRMNA et/ou que ceux-ci sont répartis de telle sorte qu'il n'est pas possible de répondre aux besoins. Les BPS élevés signifient que le nombre de prestataires est suffisamment important pour répondre aux besoins, mais pas nécessairement que leur répartition est optimale. Par exemple, un pays comptant de nombreuses sages-femmes et un pays comptant de nombreux médecins peuvent avoir les mêmes BPS, puisque le temps nécessaire pour réaliser les interventions est attribué aux catégories professionnelles compétentes disponibles. Par conséquent, s'il y a peu ou pas de sages-femmes, le temps qu'il leur faudrait pour réaliser les interventions est attribué au personnel infirmier ou aux médecins disponibles. On pourrait toutefois objecter que confier aux médecins des tâches que d'autres professionnels pourraient réaliser avec compétence n'est ni efficace, ni rentable. De surcroît, ne pas pouvoir consulter une sage-femme prive les femmes, les nouveau-nés et les adolescentes du savoir-faire et du savoir-être qui font la spécificité de cette profession.

Dans ces conditions, il est important d'évaluer scrupuleusement la **répartition** du personnel de SSRMNA, ainsi que son **effectif** global. À cet effet, le profil des pays comprend une estimation du nombre de professionnels EDS devant être mobilisés afin que les BPS atteignent 100 %. Les tâches sont attribuées à une catégorie professionnelle **préférentielle**, choisie selon les compétences que l'on attend des membres de cette profession s'ils ont suivi un cursus approprié et si leur activité est réglementée (voir l'annexe Web 6). Dans la mesure du possible, les tâches sont attribuées aux médecins (dont les études et la rémunération coûtent relativement cher et dont la présence n'est requise que pour les interventions purement médicales) uniquement lorsqu'aucune autre catégorie professionnelle ne possède les compétences requises pour les réaliser. Lorsque les BPS sont élevés, mais que les effectifs « requis » dans une catégorie professionnelle sont très en deçà des effectifs « attendus », cela peut signifier que la répartition du personnel de SSRMNA n'est pas optimale.

TABLEAU 4.3

Estimations des besoins potentiels satisfaits dans 157 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019 (ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles depuis 2014)

| | Nombre de pays ayant communiqué des données/ensemble des États membres de l'OMS | Estimation des besoins potentiels satisfaits | |
|----------------------------|---|--|--------------------|
| | | Moyenne* | Intervalle** |
| RÉGION OMS | | | |
| Afrique | 36/47 (77 %) | 51 % | 8 % - 100 % |
| Amériques | 23/35 (66 %) | 95 % | 27 % - 100 % |
| Méditerranée orientale | 15/21 (71 %) | 69 % | 7 % - 100 % |
| Europe | 49/53 (92 %) | 98 % | 74 % - 100 % |
| Asie du Sud-Est | 9/11 (82 %) | 78 % | 57 % - 100 % |
| Pacifique occidental | 25/27 (93 %) | 87 % | 32 % - 100 % |
| CATÉGORIE DE REVENU | | | |
| Élevé | 52/61 (85 %) | 99 % | 95 % - 100 % |
| Intermédiaire supérieur | 42/55 (76 %) | 91 % | 56 % - 100 % |
| Intermédiaire inférieur | 37/49 (76 %) | 73 % | 30 % - 100 % |
| Faible | 26/29 (90 %) | 41 % | 7 % - 100 % |
| TOTAL | 157/194 (81 %) | 75 % | 7 % - 100 % |

* La moyenne est égale au temps total des professionnels de SSRMNA requis dans les pays du groupe divisé par le temps total réellement consacré à la SSRMNA dans ces pays (obtention d'une moyenne pondérée). Par conséquent, lorsque dans un pays le temps disponible est supérieur aux besoins, ce « surplus » de temps n'est pas comptabilisé dans les estimations à l'échelle de la région, de la catégorie de revenu et du monde.

** L'intervalle représente l'écart entre les estimations la plus haute et la plus basse pour les pays du groupe (on compte au moins un pays atteignant 100 % dans chaque groupe).

Source : les effectifs sont tirés des CNPS, mise à jour 2020. Les besoins potentiels satisfaits sont estimés suivant la méthode décrite dans l'annexe Web 3.

En attribuant les interventions à des catégories professionnelles préférentielles, on peut estimer, au vu des besoins, la pénurie de personnel dans les différentes catégories (annexe Web 3). Pour cette analyse, on a utilisé les données de 157 pays sur les prestataires de soins de sage-femme, sachant que le personnel infirmier formé à la pratique de sage-femme et les médecins pratiquant des activités de SSRMNA ne comptent pas comme personnel infirmier. Tous les pays ne sont pas touchés par une pénurie, mais parmi ceux qui le sont, **la pénurie totale au vu des besoins atteint 1,1 million de sages-femmes, médecins pratiquant des activités de SSRMNA et personnel infirmier EDS, dont 0,9 million de sages-femmes/infirmiers sages-femmes EDS**. L'Afrique est la première région touchée par cette pénurie (56 %). Les deux autres régions les plus touchées sont la Méditerranée orientale et les Amériques.

Incidence de la Covid-19 sur la disponibilité des professionnels de SSRMNA

Les effectifs rapportés ci-dessus sont antérieurs à la pandémie de Covid-19, dont les effets sur la disponibilité des professionnels de SSRMNA sont toujours en cours d'évaluation. Dans certains cas, ces effets seront temporaires. Ainsi, une enquête de l'OMS révèle qu'en maintes occasions, les services de SSRMNA étaient perturbés parce que le personnel était redéployé dans les unités de Covid-19 (83), et que les soins de SSRMNA étaient parfois jugés non essentiels, comme l'attestent certaines données (84). Pour remédier à ces difficultés ponctuelles, l'OMS

a publié des orientations provisoires relatives à la gestion et l'encadrement du personnel de santé dans le contexte de la pandémie de Covid-19 (85). La crise sanitaire aura sans doute aussi des répercussions durables sur la disponibilité du personnel de santé. Faute de dispositifs formels de communication des données, peu de pays connaissent précisément le nombre de professionnels de santé atteints de la Covid-19, toutefois les premiers chiffres indiquent que ceux-ci sont davantage exposés au risque d'infection (86, 87). Il se peut que la pénurie d'EPI survenue au début de la pandémie ait contribué à accentuer ce risque.

Bien que beaucoup de questions soient toujours sans réponse, on sait que la Covid-19 a fait des milliers de victimes parmi le personnel de santé (88-90). Par ailleurs, 80 % des associations professionnelles de personnel infirmier ont reçu des rapports signalant l'état de détresse psychologique des soignants travaillant au sein des unités de Covid-19, ce qui fait craindre un épuisement professionnel et des traumatismes parmi ces personnes (90). Dans de nombreux pays, le stress au travail a été aggravé par des actes de violence ou de stigmatisation perpétrés par une partie de la population (91). Il est manifeste que l'on s'achemine vers un exode du personnel de santé, ce qui contribuera à exacerber la pénurie de personnel actuelle et prospective. La Confédération internationale des sages-femmes a lancé un appel mondial à l'action pour protéger les sages-femmes de la Covid-19 afin qu'elles puissent continuer à prodiguer des soins essentiels (92).



Infirmières et sages-femmes du service prénatal de l'hôpital de Lautoka, Fidji. © Felicity Copeland

Le personnel de santé peut trouver un second souffle grâce aux plans de relance économique mis en œuvre après la crise de la Covid-19 (93). De très lourdes pertes d'emploi dues à la pandémie sont à déplorer dans le secteur de la santé mondiale, déjà éprouvé (12). Pour augmenter les effectifs, les capacités en matière d'éducation et de formation pourraient être renforcées et des programmes de reconversion professionnelle pourraient être créés à destination des personnes souhaitant intégrer le secteur de la santé.

Future disponibilité du personnel de SSRMNA

PRINCIPAUX CONSTATS

- ▶ D'après la tendance actuelle, on estime que le personnel de SSRMNA sera en mesure de répondre à 82 % des besoins en 2030, ce qui ne représente qu'une amélioration modeste par rapport aux 75 % actuels. L'écart entre les pays à faible revenu et les pays à revenu élevé et intermédiaire devrait en outre se creuser d'ici 2030, accentuant les inégalités.
- ▶ Pour résorber cet écart avant 2030, il est nécessaire de créer 1,3 million de nouveaux postes de professionnels EDS (essentiellement des sages-femmes/infirmiers sages-femmes, principalement en Afrique) au cours des dix prochaines années. Si la tendance actuelle se poursuit, seulement 0,3 million de postes seront créés, ce qui laisse augurer une pénurie d'un million de postes d'ici 2030.
- ▶ Les pays qui manquent de professionnels pour répondre aux besoins ne sont pas les seuls qui doivent accélérer la formation et le déploiement de personnel de SSRMNA. D'après les prévisions, de nombreux pays, y compris quelques pays à revenu élevé, ne disposeront pas d'un nombre suffisant de professionnels de SSRMNA pour faire face à la demande d'ici 2030.

Évolution des effectifs

Pour optimiser la planification et l'encadrement des effectifs, il faut d'abord analyser les raisons qui poussent les personnes à intégrer ou, à l'inverse, quitter le secteur de la SSRMNA et évaluer l'incidence que cela aura sur la disponibilité des professionnels à l'avenir. Plusieurs facteurs sont déterminants, notamment le nombre de nouveaux diplômés à l'échelle nationale, les dynamiques migratoires et la moyenne d'âge des professionnels en activité.

Moins de la moitié des États membres de l'OMS ont communiqué des données des CNPS sur le nombre de sages-femmes et d'infirmiers nouvellement diplômés, et encore moins sur celui des médecins pratiquant des activités de SSRMNA, d'où la difficulté

de déterminer si les diplômés sont suffisamment nombreux pour répondre à la demande et aux besoins futurs à l'échelle nationale, régionale et mondiale. Pour les pays ayant communiqué des données, le nombre de diplômés figure dans le profil de pays et sert à déterminer l'évolution des effectifs jusqu'en 2030. Pour les autres pays, cette évolution a été calculée au moyen d'hypothèses standard (voir l'annexe Web 3).

Peu de pays ont transmis des données sur la migration des professionnels de SSRMNA. Les médecins pratiquant des activités de SSRMNA et le personnel infirmier (hormis celui formé à la pratique de sage-femme) sont plus susceptibles d'être nés à l'étranger ou d'avoir fait leurs études à l'étranger que les prestataires de soins de sage-femme. Une possible explication résiderait dans la relative diversité des rôles et des formations liés à la pratique de sage-femme, qui fait que les compétences des sages-femmes sont moins facilement transférables vers un système de santé étranger. Cependant, près de la moitié des pays ayant communiqué des données sur les prestataires de soins de sage-femme étaient des pays d'Europe, dont plus de la moitié à revenu élevé. Ces données ne peuvent donc pas être extrapolées aux autres régions. Pour les pays à revenu faible et intermédiaire ayant fourni des données sur ces indicateurs, la part de professionnels de SSRMNA d'origine étrangère ou ayant fait leurs études à l'étranger est très faible.

La pyramide des âges des professionnels de SSRMNA constitue un précieux indicateur de leur disponibilité future : si le nombre de professionnels proches de la retraite est supérieur à celui des jeunes professionnels, alors il sera difficile de garantir une disponibilité suffisante à court terme. Peu de pays disposaient de données sur la répartition par âge de l'ensemble des professionnels de SSRMNA, cependant 75 pays en ont fourni pour les prestataires de soins de sage-femme (voir les profils de pays), 70 pour les médecins pratiquant des activités de SSRMNA et 106 pour le personnel infirmier (hormis celui formé à la pratique de sage-femme). Dans la figure 4.6, la ligne verte représente l'équilibre entre la cohorte d'âge la plus âgée et la cohorte d'âge la plus jeune ; les points bleus symbolisent les pays qui comptent plus de professionnels âgés de moins de 35 ans que de professionnels proches de la retraite appartenant aux prestataires de soins de sage-femme ; et les points rouges représentent les pays confrontés au vieillissement de leur personnel, c'est-à-dire que le nombre de professionnels proches de la retraite est supérieur à celui des professionnels âgés de moins de 35 ans. Les pays déclarants sont presque tous représentés par des points

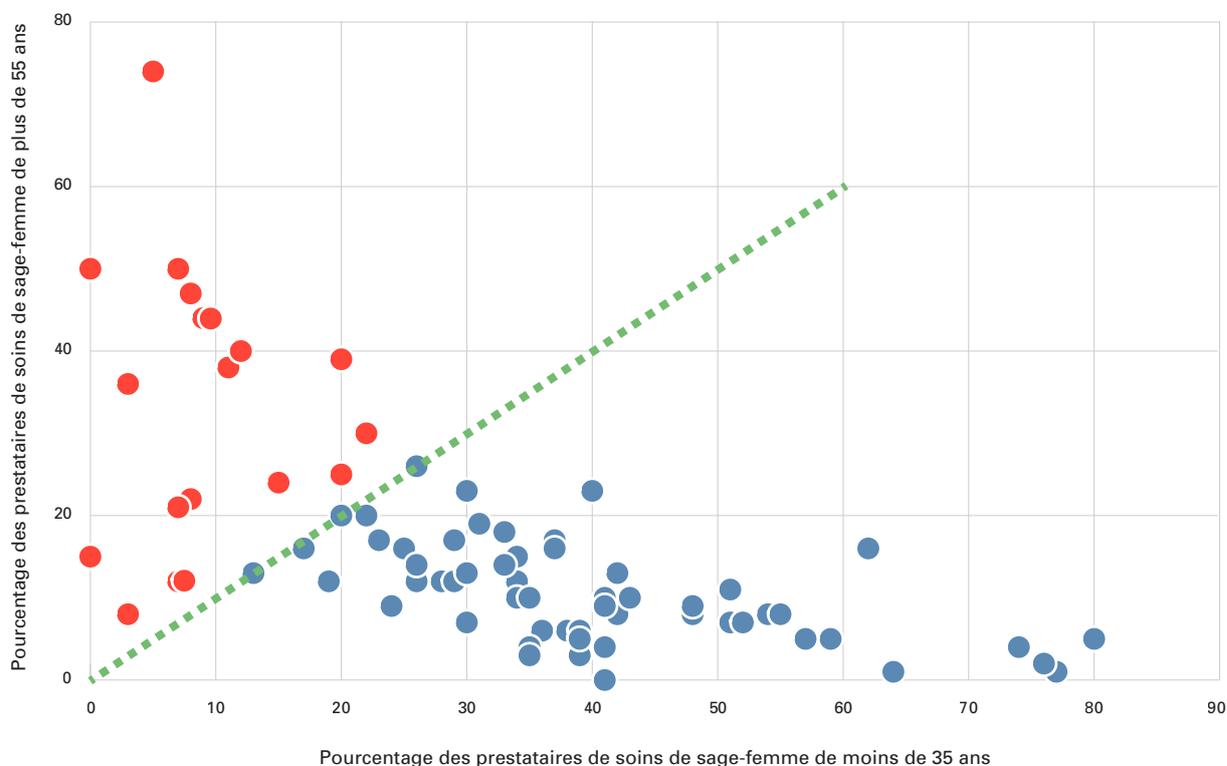
bleus, cependant 19 pays sont confrontés au vieillissement de leur personnel. Le vieillissement des médecins pratiquant des activités de SSRMNA concerne 26 pays, et selon le rapport *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*, le vieillissement du personnel infirmier concerne 18 pays (16).

La moitié des pays confrontés au vieillissement des prestataires de soins de sage-femme et un tiers des pays confrontés au vieillissement des médecins pratiquant des activités de SSRMNA sont des pays à revenu élevé. Aucune autre tendance nette ne se dégage par région ou catégorie de revenu : des pays de toutes les régions et de toutes les catégories de revenu se trouvent des deux côtés de la ligne verte.

En Asie du Sud-Est et en Méditerranée orientale, le personnel de SSRMNA est relativement jeune, notamment les sages-femmes, le personnel infirmier et les médecins généralistes. L'Afrique compte les plus jeunes gynécologues-obstétriciens et pédiatres.

Très peu de pays ont communiqué des données sur le nombre de professionnels de SSRMNA ayant fait le choix de cesser leur activité au cours de l'année la plus récente : huit pays pour les prestataires de soins de sage-femme ; 23 pour le personnel infirmier (hormis celui formé à la pratique de sage-femme) ; et quatre pour les médecins pratiquant des activités de SSRMNA. Aucun pays à faible revenu n'a fourni de telles données. En moyenne, 4 % des prestataires de soins de sage-femme, 9 % du personnel infirmier (hormis celui formé à la pratique de sage-femme) et 5 % des médecins pratiquant des activités de SSRMNA ont fait le choix de cesser leur activité au cours de l'année la plus récente. Ces moyennes masquent toutefois de profondes disparités entre les pays. Par exemple, l'estimation des départs volontaires parmi les prestataires de soins de sage-femme se situe dans une fourchette comprise entre 1 % et 22 % des effectifs actuels. Des départs en grand nombre compromettent l'avenir de la profession sans l'arrivée annuelle massive de jeunes diplômés et/ou d'immigrants, et même ainsi, la qualité des

FIGURE 4.6 Part relative des prestataires de soins de sage-femme âgés de 55 ans et plus et de moins de 35 ans, dans 75 pays, 2019 (ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles depuis 2014)



- Équilibre entre la cohorte d'âge la plus âgée et la cohorte d'âge la plus jeune.
- Pays comptant plus de personnel âgé de moins de 35 ans que de personnel proche de la retraite.
- Pays comptant plus de personnel proche de la retraite que de personnel âgé de moins de 35 ans.

Source : CNPS, mise à jour 2020.

soins risque de pâtir de la perte de professionnels chevronnés. Le nombre de départs, les motifs et la destination constituent des informations cruciales souvent négligées (94).

En s'appuyant sur les données ci-dessus et, à défaut, sur des estimations obtenues à partir de données factuelles (voir l'annexe Web 3), la taille des effectifs de SSRMNA d'ici 2030 est calculée et insérée dans les profils des pays. Le nombre de professionnels EDS passera de 13,5 millions en 2019 à 20,1 millions en 2030, soit une hausse de 49 %.

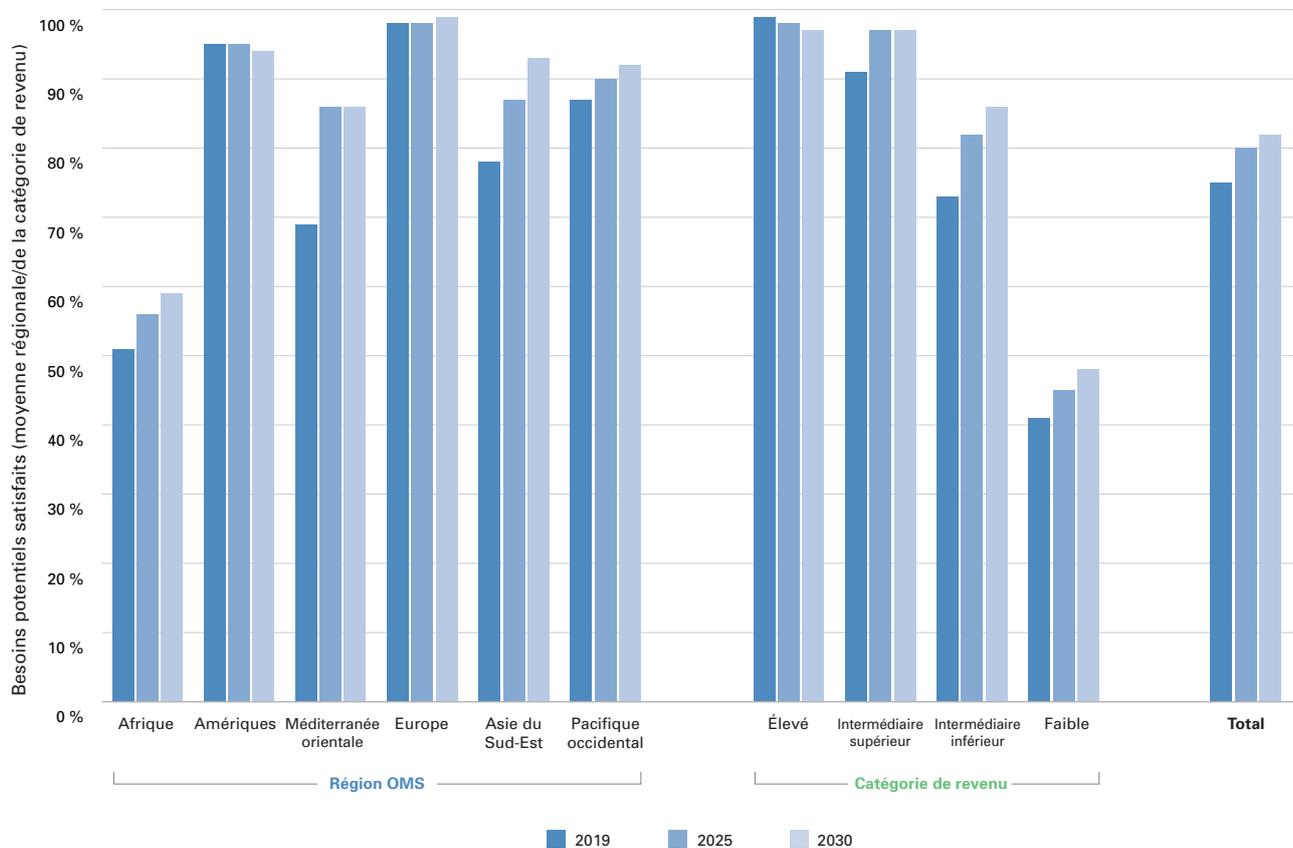
Besoins futurs et capacité potentielle du personnel à y répondre

Une fois estimés les effectifs d'ici 2030, une comparaison est effectuée avec le besoin prévisionnel pour obtenir les BPS en 2030. Bien que les BPS soient en passe de s'améliorer dans la plupart des pays d'ici 2030, ils devraient rester nettement en deçà de 100 % dans de nombreux pays. Dans les 157 pays pour lesquels cette analyse était faisable, les BPS devraient passer de

75 % en 2019 à 82 % en 2030. La figure 4.7 montre que cette hausse se produira en grande partie dans les pays à revenu intermédiaire. Quelques améliorations sont également attendues dans les pays à faible revenu ; cependant dans ces pays, les BPS moyens resteront inférieurs à 50 % en 2030. La moyenne régionale des BPS devrait progresser entre 2019 et 2030 dans l'ensemble des régions OMS, sauf dans la région Amériques, où le niveau élevé actuel devrait se maintenir. La plus forte hausse est attendue en Méditerranée orientale et en Asie du Sud-Est. L'Afrique devrait être la seule région où les BPS seront inférieurs à 60 % en 2030.

En dépit de la hausse attendue de 49 % des effectifs du personnel EDS, sa capacité potentielle à répondre aux besoins devrait passer de 75 % à 82 % seulement. Cette progression minimale s'explique en partie par le fait que dans plusieurs pays, les BPS sont déjà très élevés, si bien que la croissance de la main-d'œuvre n'aura que peu d'incidence sur cette mesure. De plus, en termes absolus, la croissance de la main-d'œuvre à

FIGURE 4.7 **Besoins potentiels satisfaits attendus dans 157 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019, 2025 et 2030**



Source : estimations réalisées pour le présent rapport.



Une sage-femme effectue un geste apaisant. © Amber Grant.

l'échelle mondiale devrait se produire pour deux tiers en Asie du Sud-Est et en Méditerranée orientale, tandis que la pénurie au vu des besoins se concentre – et continuera de se concentrer – en Afrique.

Comme indiqué plus haut, actuellement la pénurie de professionnels EDS s'établit à 1,1 million, dont 900 000 sages-femmes. Les prévisions pour 2030 indiquent que cette pénurie se résorbera pour atteindre 1 million de professionnels EDS, dont 750 000 sages-femmes, et touchera principalement l'Afrique. Autrement dit, si les pays maintiennent leur cadence actuelle, la création de postes de sage-femme, de personnel infirmier et de médecin pratiquant des activités de SSRMNA s'accéléra, mais demeurera insuffisante pour répondre au besoin croissant à l'échelle mondiale. **Pour répondre au besoin d'ici 2030, 1,3 million de postes EDS de sage-femme, de personnel infirmier et de médecin pratiquant des activités de SSRMNA devront être créés (essentiellement en Afrique) en plus des postes déjà occupés : 1 million de sages-femmes/infirmiers sages-femmes ; 200 000 membres du personnel infirmier ; et 100 000 médecins. Si la tendance actuelle se poursuit, seul 0,3 million de ces postes devrait voir le jour.**

Évolution de la demande

Évaluer le besoin satisfait potentiel est primordial, notamment lorsque le personnel de SSRMNA est insuffisant pour répondre à la demande de services élémentaires en matière de SSRMNA. Même lorsque le besoin satisfait potentiel atteint 100 %, une pénurie peut survenir lorsque la *demande* en professionnels de SSRMNA et la capacité d'emploi de ces professionnels sont plus importantes que les seuils fixés au vu des besoins. Par conséquent, il est indispensable d'anticiper la demande non satisfaite et le besoin non satisfait en professionnels de SSRMNA afin d'élaborer des politiques visant à se prémunir contre ces écarts.

Pour estimer la future demande, on part du principe que le marché du travail est solidement établi. On utilise un modèle économique fondé sur les projections en matière de croissance économique, de démographie et de dépenses de santé de l'État et des usagers (95). La demande traduit la volonté de l'État et des autres acheteurs de payer pour bénéficier de soins de santé, ce qui accroît la demande en professionnels de santé et favorise leur emploi.

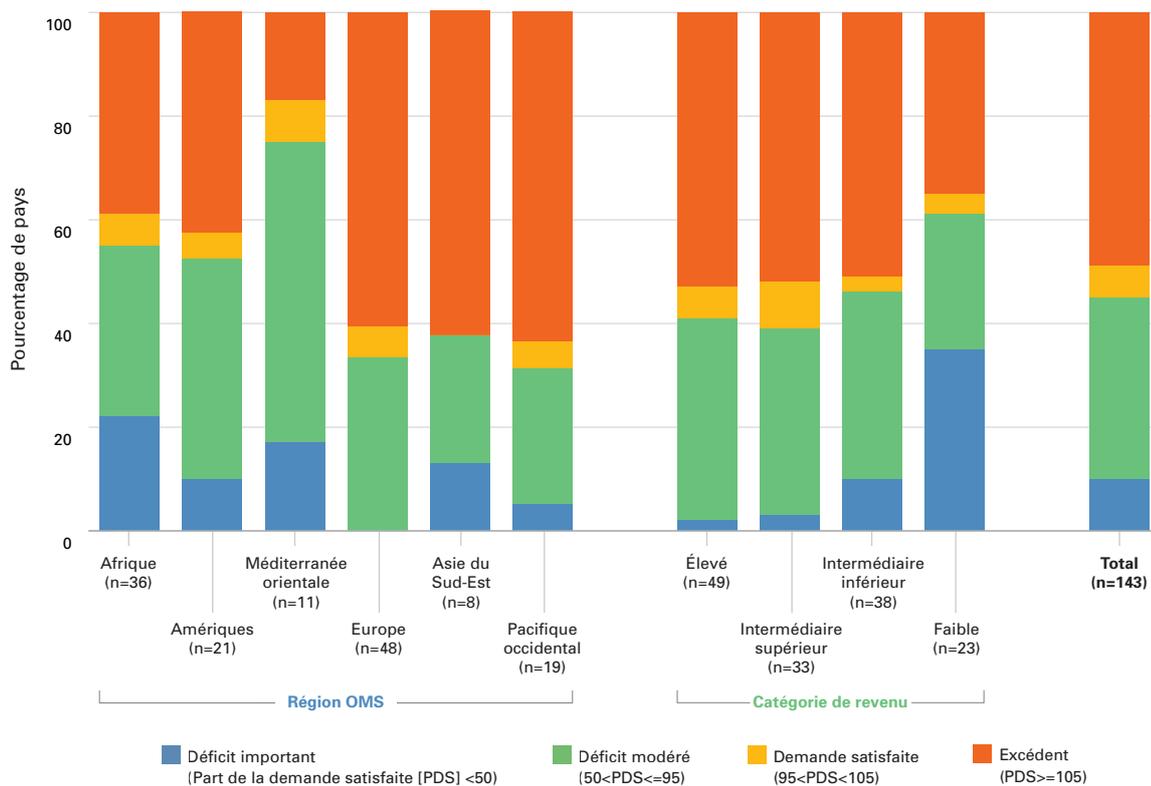
Tout d'abord, on part du principe que les pays emploient actuellement le nombre de professionnels de SSRMNA qu'ils peuvent s'autoriser d'un point de

vue financier.⁴ Ensuite, on compare la demande et l'offre attendues en 2030 afin de détecter de potentiels écarts entre ces valeurs. D'ici 2030, la demande en professionnels EDS augmentera dans 144 pays et la part de la demande satisfaite globale atteindra 92 %, c'est-à-dire que l'offre représentera 92 % de ce que les pays peuvent collectivement se permettre d'employer. Dans la moitié de ces pays (n = 71), le niveau actuellement prévu de l'offre ne permettra pas de répondre à la demande, ce qui donnera lieu à un déficit net du côté de la demande d'un peu plus d'un million de professionnels EDS. Le chiffre global masque de profondes disparités entre les pays : dans certains pays la pénurie sera très forte (part de la demande satisfaite inférieure à 50 %), dans d'autres l'offre surpassera la demande, ce qui provoquera un excédent de main-d'œuvre (part de la demande satisfaite supérieure à 105 %). La part de la demande satisfaite inférieure à 50 % se vérifiera principalement dans les pays à faible revenu, même si, de façon peut-être inattendue,

de nombreux pays à revenu élevé et intermédiaire seront eux aussi confrontés à un déficit modéré (part de la demande satisfaite comprise en 50 % et 95 %) (figure 4.8).

Dans de nombreux pays à faible revenu, l'offre et la demande devraient être atones, et souvent même en deçà des seuils requis pour répondre aux besoins élémentaires en matière de SSRMNA. La figure 4.9 compare le besoin satisfait potentiel et la part de la demande satisfaite : chaque point symbolise un pays, et les différentes couleurs correspondent aux différentes catégories de revenu de la Banque mondiale. Sur les 18 pays à revenu faible et intermédiaire confrontés à une grave pénurie au vu des besoins (moitié inférieure du schéma), 15 souffrent également d'une pénurie du côté de la demande (modérée pour cinq pays, sévère pour dix pays). Dans ces 15 pays, des investissements supplémentaires seront nécessaires pour stimuler aussi bien la demande que l'offre sur le marché, afin de répondre plus

FIGURE 4.8 **Effectifs attendus par rapport à la demande prévue dans 143 pays, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2030**



PDS = part de la demande satisfaite.

Source : estimations réalisées pour le présent rapport.

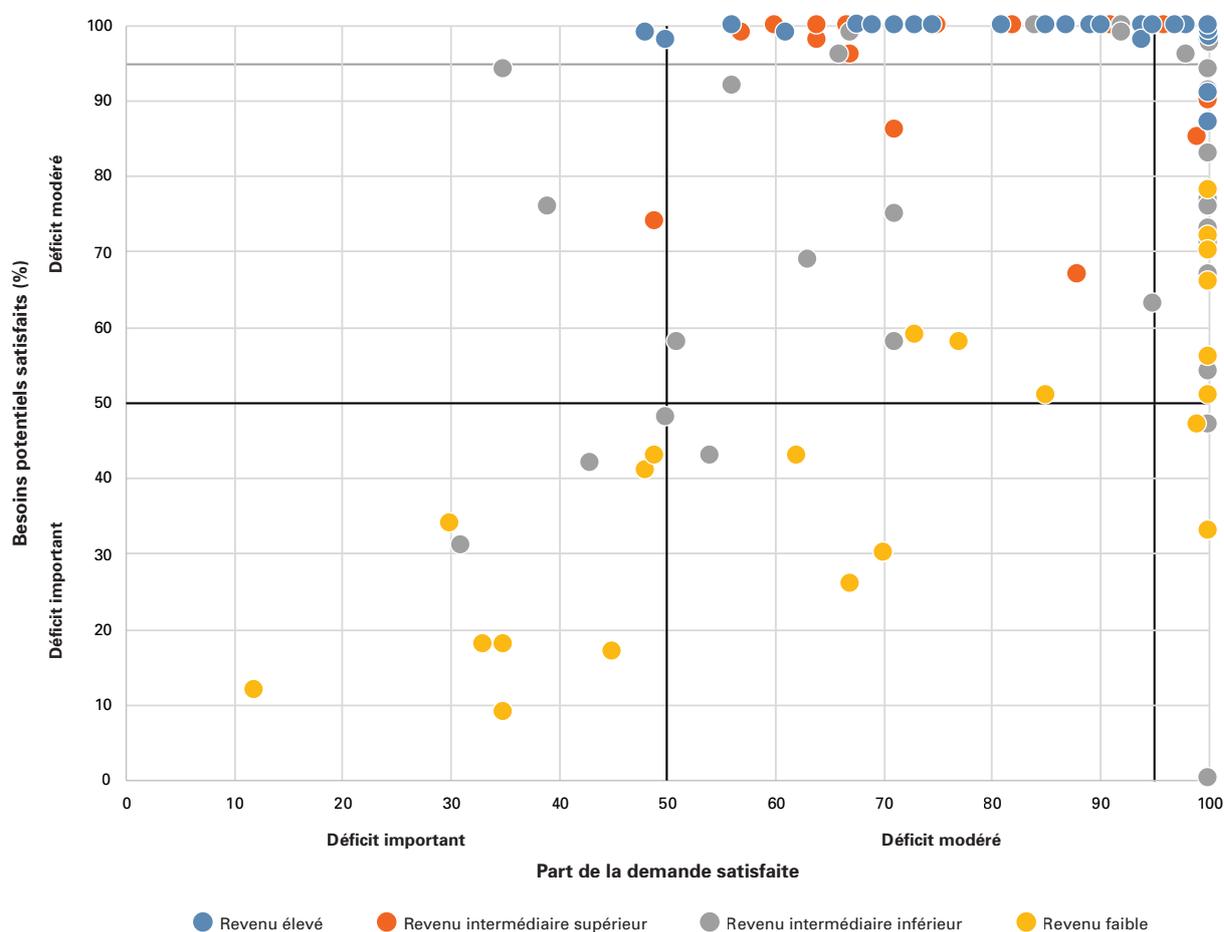
4 Ce scénario ne se produira sans doute pas dans tous les pays, cependant il n'existe actuellement aucune méthode éprouvée standard pour estimer le nombre de postes vacants.

adéquatement aux besoins de la population en matière de SSRMNA.

À l'inverse, parmi les 35 pays confrontés à une faible pénurie au vu des besoins, 21 devraient soit être en mesure de répondre à la demande économique de professionnels de SSRMNA, soit présenter le paradoxe d'une demande excédentaire alliée à une pénurie modérée au vu des besoins. Cela signifie que la croissance du PIB et les dépenses de santé des pays devraient être insuffisantes pour satisfaire le besoin croissant en matière de services de SSRMNA dû à la pression démographique accrue. Par conséquent, les

personnels de santé devraient être davantage touchés par le chômage. Ce problème concerne non seulement des pays à faible revenu, mais également des pays à revenu intermédiaire et élevé. Parmi les pays pour lesquels aucune pénurie n'est attendue au vu des besoins (35 sur 90), dont beaucoup sont des pays à revenu élevé, un tiers devront sensiblement accélérer la création de postes de professionnels de santé afin de répondre à la demande des usagers en matière de SSRMNA. Cela pourrait engendrer une hausse du coût des personnels de santé, favoriser la mobilité transfrontalière de la main-d'œuvre et creuser les inégalités.

FIGURE 4.9 **Prévisions pour l'année 2030 des besoins potentiels satisfaits et de la part de la demande satisfaite en personnel de SSRMNA dans 143 pays, par catégorie de revenu de la Banque mondiale**



Source : estimations réalisées pour le présent rapport.

Le calcul du besoin et de la demande exposé au chapitre 4 n'est pas sans défaut, notamment dans la mesure où il ne tient pas compte des inégalités en matière de disponibilité et d'accessibilité des professionnels de SSRMNA qui existent au sein des pays. À moins que les professionnels soient tous équitablement disponibles et accessibles, et capables de fournir la même qualité de soins à tous les usagers, ils ne seront pas en mesure de répondre correctement aux besoins en matière de SSRMNA, et ce, quel que soit leur nombre.

Du point de vue des usagers, la notion d'accessibilité revêt plusieurs dimensions. Il peut être difficile d'accéder aux services en raison de l'inaccessibilité physique (distance, transports, sécurité et autres obstacles d'ordre physique) ; de l'organisation des services (horaires d'ouverture, temps d'attente, dispositifs d'orientation, champ de la pratique, confidentialité, stigmatisation, etc.) ; et de l'inaccessibilité économique (frais d'utilisation, paiement informel ou autres coûts imputables à la recherche de soins auprès de professionnels de SSRMNA).

L'accès ou le choix peuvent également être restreints en raison de l'attitude ou des valeurs des prestataires, par exemple à l'égard des caractéristiques personnelles de l'utilisateur (âge, sexe, orientation sexuelle, origine ethnique, handicap, identité de genre, appartenance religieuse, situation conjugale, statut sérologique, etc.) ou en ce qui concerne le droit à la contraception ou aux soins complets d'avortement (96, 97).

Accessibilité physique

L'accessibilité physique dépend des décisions politiques prises concernant le budget des soins de santé primaires et l'affectation des ressources humaines et des infrastructures. L'accès aux soins peut être inéquitable pour de multiples raisons, notamment la géographie, la topographie, le climat, les conflits, la violence, les catastrophes naturelles et le champ de pratique restreint des prestataires de soins de santé primaires.

Sur le plan géographique, un exemple parlant est celui des inégalités d'accès aux soins observées entre zones urbaines et zones rurales (98) ; cependant même au sein des zones urbaines, des inégalités se manifestent (niveaux de pauvreté, accès limité aux moyens de transport, etc.). Les inégalités d'accès aux soins ont une incidence directe sur les résultats relatifs à la santé de la mère et de l'enfant. Ainsi, on estime que seuls 72 % des accouchements en zone rurale sont assistés par un(e) prestataire de santé qualifié(e), contre 90 % en zone urbaine (5). Sachant que près de la moitié de la population mondiale, et la majorité des pauvres, vivent en zone rurale, la répartition équitable du personnel est de la plus haute importance. L'OMS a publié des orientations en vue d'améliorer la rétention – et donc d'accroître la disponibilité –

PRINCIPAUX MESSAGES

- ▶ Les données et les analyses relatives au personnel doivent être ventilées, notamment par sexe, catégorie professionnelle et lieu de résidence, afin de pouvoir repérer les déficits en matière de prestation de services et d'y remédier.
- ▶ Certaines populations risquent de voir leur accès aux professionnels de SSRMNA limité en raison de l'âge, de la pauvreté, du lieu de résidence, du handicap, de l'origine ethnique, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, de la religion, du contexte conflictuel, etc.
- ▶ Il est nécessaire d'accorder une attention particulière aux groupes de population « laissés de côté », afin de s'assurer qu'ils ont accès à des soins dispensés par des professionnels compétents. Le personnel de SSRMNA a besoin d'un environnement de travail et d'un environnement politique propices, ainsi que d'une éducation et d'une formation adaptées, pour comprendre et satisfaire les besoins particuliers des groupes vulnérables en vue de fournir des soins accessibles à tous et acceptables par tous.
- ▶ L'avis des usagers est essentiel pour comprendre les facteurs qui les influencent

Les estimations nationales peuvent masquer des disparités géographiques et professionnelles : exemple du Ghana

Le Ghana fait partie des très rares pays ayant communiqué des données sur le personnel ventilées par catégorie professionnelle et par région en vue de la présente publication. À partir de ces données, et des estimations infranationales réalisées pour les indicateurs démographiques et épidémiologiques (101-104), le besoin en temps des professionnels de SSRMNA en 2019 a été estimé séparément pour chacune des dix régions du Ghana en suivant la même méthode que pour les estimations nationales, puis il a été comparé à la disponibilité.

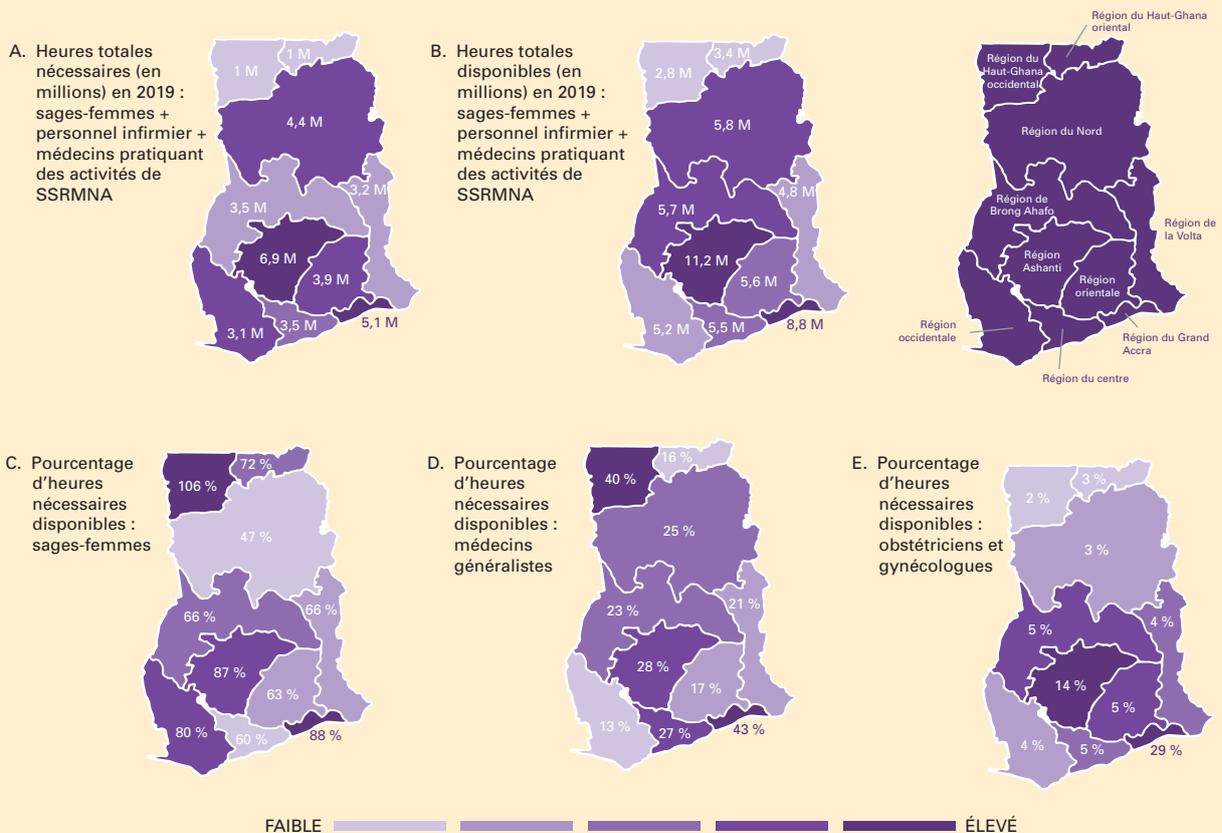
La carte A indique que le besoin en heures de professionnels de SSRMNA est le plus fort dans le Grand Accra et Ashanti, deux régions très peuplées. La carte B indique que la disponibilité globale en heures des trois principales catégories professionnelles (sages-femmes, personnel infirmier et médecins pratiquant des activités de SSRMNA) est la plus élevée également dans ces deux régions.

Toutes catégories professionnelles confondues, le temps disponible total est supérieur au temps requis, avec une marge considérable dans cinq régions. Cependant, la ventilation des données par catégorie professionnelle révèle que la tendance globale positive était principalement due à la forte proportion de personnel infirmier. Celui-ci est assurément un acteur de premier plan de la SSRMNA et il peut satisfaire une partie des besoins. Toutefois, certaines interventions ne peuvent être réalisées que par une sage-femme ou un médecin, deux professions qui souffrent précisément d'une pénurie de personnel, marquée par de fortes disparités régionales.

À l'inverse de la carte B, réalisée à partir de données unifiées, la carte C montre que dans une région seulement (Haut Ghana occidental), les effectifs de sages-femmes sont suffisants pour répondre aux besoins, tandis que dans la région du Nord, moins de 50 % des besoins sont satisfaits. Les cartes D et E montrent

que le temps disponible des médecins est insuffisant dans l'ensemble des régions et qu'il ne permet même pas de répondre à 50 % des besoins. Dans les régions du Grand Accra et du Haut Ghana occidental, pourtant les mieux pourvues en médecins généralistes, moins de la moitié des besoins sont satisfaits. La pénurie d'obstétriciens et de gynécologues est encore pire : là encore, la région du Grand Accra est la mieux pourvue, mais seulement 29 % des besoins sont satisfaits. Étant donné le faible nombre de médecins, on peut penser que dans certains districts, en particulier ceux qui ne possèdent pas d'hôpitaux, il n'y a aucun médecin et que les urgences obstétricales sont déléguées à d'autres professionnels de santé.

L'exemple du Ghana permet de se rendre compte de l'importance des données ventilées pour la planification du personnel de santé, et de gérer de manière plus équitable le temps disponible des professionnels de santé grâce au suivi et à l'évaluation.



Contribution de Winfred Dotse-Gborgborts (WorldPop, Institut de géographie et des sciences de l'environnement, Université de Southampton).

des professionnels de santé dans les zones rurales et reculées (99). Elle préconise notamment de réaliser un suivi et une évaluation approfondis des initiatives entreprises pour accroître la disponibilité des professionnels de santé, ce qui nécessite des données ventilées par zone géographique. Les systèmes d'information géographique, dont l'utilisation pour mesurer et analyser les inégalités d'accès aux professionnels et aux services de SSRMNA sur le plan géographique est désormais beaucoup mieux maîtrisée, constituent une excellente piste (100). L'obtention de financements et d'un engagement est toutefois indispensable pour obtenir des données et réaliser des analyses de qualité. Or, dans seulement très peu de cas les données des CNPS sur les professionnels de SSRMNA étaient ventilées par région administrative. L'encadré 5.1 offre un exemple des informations supplémentaires que la ventilation des données permet d'obtenir.

Attitude et comportement des prestataires de services

Même lorsque les professionnels de SSRMNA sont disponibles et accessibles, si leurs prestations ne sont pas acceptées par les usagers ni par leur communauté, alors les femmes et les adolescents ne recourront plus – ou se verront empêchés de

recourir – aux services de SSRMNA. Ils risquent de se tourner vers des prestataires non qualifiés, voire de ne plus consulter du tout. De même, les récits, personnels ou rapportés, des interactions avec les professionnels de SSRMNA peuvent influencer le choix des gens d'accéder ou non aux services. Bien souvent, ces facteurs entrent davantage en compte dans le choix du lieu de l'accouchement et du (de la) prestataire qui l'accompagnera (105) que la distance et le coût, ce qui peut constituer un sérieux obstacle à l'accès aux soins. Pour remédier à ce problème, des systèmes de soins de proximité prodigués par des sages-femmes locales ont été mis en place dans plusieurs communautés, afin que les usagers n'aillent pas se faire soigner dans des lieux où ils pourraient subir des discriminations (106, 107).

À l'échelle mondiale, la part d'accouchements accompagnés par un(e) prestataire de santé qualifié(e) a progressé (5) ; cependant dans certaines communautés le manque de respect constaté durant les soins dissuade les femmes et les adolescents de consulter des professionnels de SSRMNA (encadré 5.2).

L'avis des usagers est essentiel pour comprendre les facteurs qui les influencent dans leur recherche de soins (encadré 5.3).

ENCADRÉ 5.2

Respect dans les soins de maternité

Le respect dans les soins de maternité est une philosophie basée sur les droits fondamentaux, qui vise à fournir aux femmes et aux nouveau-nés des soins de qualité centrés sur la personne (35, 108). Dans la Charte sur le respect dans les soins de maternité, il est dit que les soins de maternité de qualité respectent et protègent la dignité de la mère et du nouveau-né, et que ces droits fondamentaux doivent être respectés dans le cadre des soins prodigués pendant la grossesse et l'accouchement (109). La création et la pérennisation d'un environnement de soins de maternité dans lequel les femmes et les nouveau-nés sont traités avec respect reposent en grande partie sur les professionnels de SSRMNA. Mais il faut avant tout que dans les systèmes et les établissements de santé, le personnel soit lui aussi respecté, par exemple en s'assurant qu'il peut travailler avec efficacité et en toute sécurité, en proscrivant le harcèlement et l'intimidation, et en garantissant un encadrement bienveillant et une rémunération juste.

Les structures de soins et les interactions sont parfois le reflet

des inégalités de genre structurelles ancrées dans la société, où le statut social des femmes – en tant qu'usagères de la santé et professionnelles de santé – est souvent inférieur à celui des hommes (110, 111). Bien souvent, les sages-femmes sont la clé de voûte des services de maternité ; cependant leur environnement professionnel n'est pas toujours motivant : leur travail n'est pas forcément reconnu et valorisé, et elles ne sont pas toujours soutenues ni traitées avec respect par leur hiérarchie. Dans ces conditions, il est difficile de gérer le stress ou de garder sa motivation intacte, ce qui peut engendrer une attitude irrespectueuse à l'égard des patients et avoir des répercussions sur la qualité des soins (110). De plus, lorsque les femmes subissent, ou craignent de subir, des mauvais traitements lors des soins, elles risquent de cesser tout contact avec le système de santé (105, 112).

Durant la pandémie de Covid-19, de nombreux établissements manquaient d'équipements de protection individuelle pour les professionnels de santé, et le droit des femmes au respect dans les

soins de maternité a été bafoué. Par exemple, la présence d'une autre personne aux côtés de la mère durant l'accouchement était interdite ; la mère et son bébé étaient systématiquement séparés à la naissance ; l'allaitement maternel était restreint ; et le nombre d'interventions potentiellement néfastes et sans indication a augmenté (césarienne, accouchement instrumental, déclenchement de l'accouchement et accélération du travail, etc.) (113). Les cadres des droits fondamentaux doivent guider l'élaboration des politiques et des pratiques même durant une pandémie, afin que les droits des personnes et les bonnes pratiques cliniques soient respectés dans les services de maternité (114). La crise de la Covid-19 est l'occasion de porter un regard critique sur les services de maternité et sur les modifications susceptibles d'être apportées afin que les soins prodigués soient de qualité, équitables et centrés sur la femme.

Contribution de Meghan A. Bohren (Université de Melbourne, Australie) et d'Özge Tunçalp (OMS).

Reconnaître
les sages-femmes
comme des prestataires
de soins de santé
primaires de proximité,
qui préviennent
les complications
et réalisent
des interventions
adaptées auprès
des femmes de
la communauté.

*Associations de
sages-femmes*

La SSRMNA touche à l'intimité et les usagers peuvent se sentir plus à l'aise d'évoquer ces questions sensibles en présence d'un agent de santé femme ou homme. Le secteur de la SSRMNA doit donc compter des prestataires femmes et hommes. La demande de services de SSRMNA étant généralement plus importante chez les femmes, le nombre de prestataires femmes sera potentiellement plus élevé que celui de leurs homologues masculins. Dans les pays ayant communiqué des données, 93 % des prestataires de soins de sage-femme, 89 % du personnel infirmier (hormis celui formé à la pratique de sage-femme) et 50 % des médecins pratiquant des activités de SSRMNA sont des femmes. Cette tendance se vérifie dans l'ensemble des régions et des catégories de revenu, avec quelques disparités cependant (figure 5.1). La part de personnel infirmier masculin est plus élevée dans les pays à faible revenu. La part de femmes médecins pratiquant des activités de SSRMNA est la plus élevée en Afrique (58 %) et dans la région du Pacifique occidental (55 %). En Afrique, cela est dû au nombre élevé de médecins pratiquant des activités de SSRMNA en Algérie et au Nigéria, dont deux tiers sont des femmes. Dans la majorité des autres pays africains, les médecins pratiquant des activités de SSRMNA sont principalement des hommes.

ENCADRÉ 5.3

Soins de SSRMNA : une campagne mondiale enquête sur les besoins des femmes

Dans le cadre de sa campagne « Ce que veulent les femmes », la White Ribbon Alliance a mené une enquête sur les besoins des femmes en matière de soins de santé maternelle et reproductive, et a relayé leurs revendications. Elle part du principe selon lequel les femmes sont les mieux placées pour savoir quels sont leurs besoins en matière de santé et qu'elles doivent être entendues (115).

La campagne a démarré en Inde en 2016 : plus de 100 partenaires ont recueilli le témoignage de près de 150 000 femmes dans 24 États. Une longue liste de revendications a été dressée, dont 20 % portaient sur la disponibilité des professionnels de santé et 27 % sur le droit d'être traitée avec respect et dignité.

Depuis lors, la campagne se poursuit dans de nombreux autres pays, notamment au Kenya, au Malawi, au Mexique, au Nigéria,

en Ouganda, au Pakistan et en République-Unie de Tanzanie. À ce jour, 1,2 million de femmes de 114 pays y ont participé. Un réseau d'agents de mobilisation issus des communautés locales a été mis sur pied. Les femmes sont entendues dans le cadre de consultations publiques ou d'entretiens privés. Chaque revendication est consignée, comptabilisée et classée dans un domaine thématique.

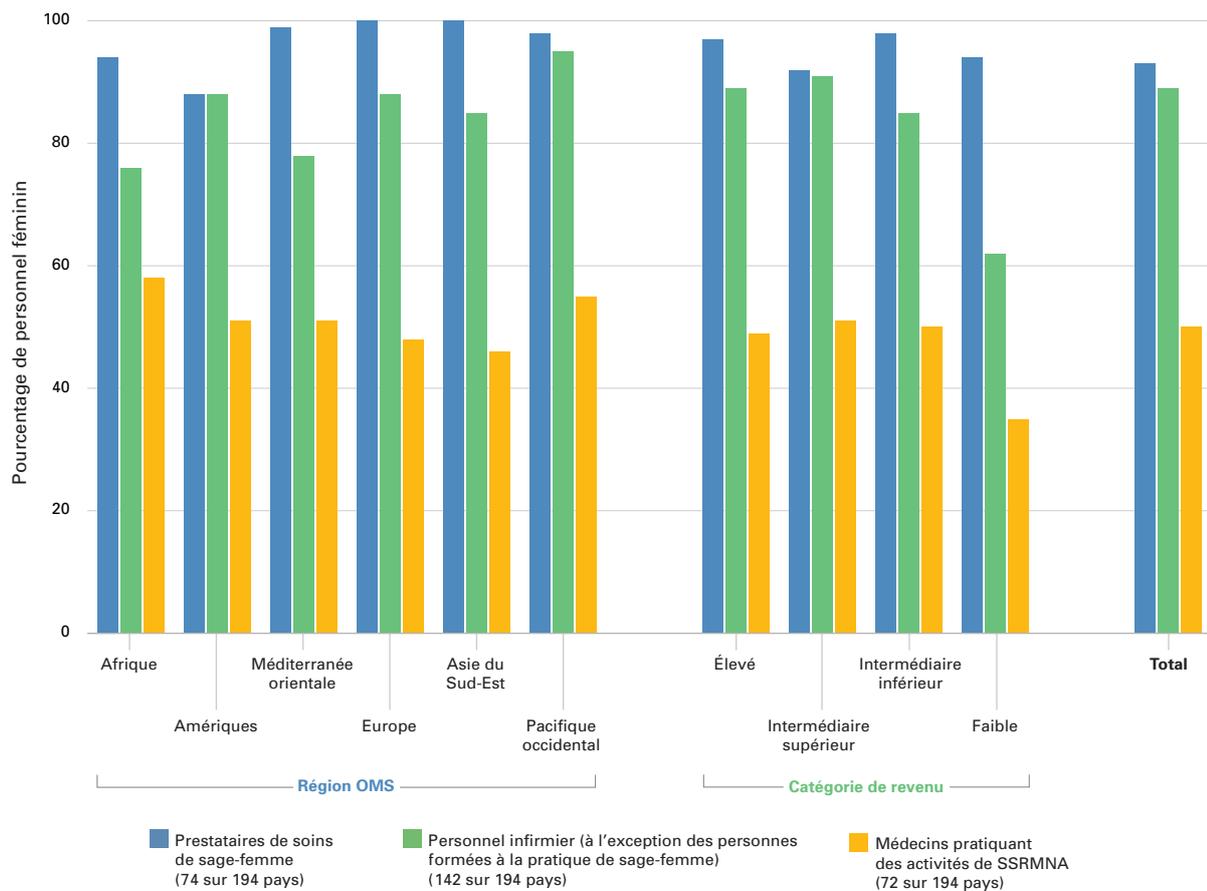
Plusieurs revendications parmi les 20 prioritaires sont en lien direct avec le présent rapport : numéro 1 « respect et dignité des soins » ; numéro 4 « sages-femmes et infirmiers plus nombreux, compétents et mieux accompagnés » ; numéro 6 « médecins plus nombreux, compétents et mieux accompagnés » ; et numéro 17 « hausse du nombre de prestataires femmes ». Les autres thématiques concernent pour la plupart l'environnement de travail

des professionnels de SSRMNA. Ces résultats montrent clairement que les femmes attachent beaucoup d'importance au personnel de SSRMNA et à la qualité des soins dispensés par celui-ci.

Dans de nombreuses régions du monde, on demande rarement aux femmes quels sont leurs besoins et leurs priorités : leur poser la question a été pour elles l'occasion de s'affirmer. Certaines, en revanche, en avaient assez qu'on leur pose la question sans que cela soit suivi de changements concrets. La campagne appelle les décideurs politiques à tous les niveaux à écouter les revendications des femmes participantes et à mettre en place les améliorations demandées dans les services de santé.

Contribution de Manju Chhugani, d'Aparajita Gogoi et de Kristy Kade (White Ribbon Alliance).

FIGURE 5.1 **Pourcentage de personnel de SSRMNA féminin dans les pays ayant communiqué des données, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019 (ou dernière année pour laquelle des données sont disponibles depuis 2014)**



Remarque : les pourcentages correspondent aux moyennes, pondérées par la taille de la population. Les pays ayant une grande superficie ont par conséquent une plus grande incidence que les pays de plus petite taille sur la moyenne des régions et des catégories de revenu.

Source : CNPS, mise à jour 2020.

Groupes de population « laissés de côté »

Quel que soit le niveau global affiché en matière de disponibilité et d'accessibilité, les groupes vulnérables et marginalisés sont souvent « laissés de côté », ce qui est source d'inégalités. La discrimination peut porter sur des caractéristiques très diverses, telles que l'âge, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, la caste, le clan, l'origine ou l'appartenance ethnique, les convictions religieuses et le handicap, parfois sur plusieurs en même temps (intersectionnalité). Deux suppléments au présent rapport (<https://www.unfpa.org/sowmy-supplements>) examinent des questions relatives au personnel qui concernent les adolescents, ainsi que les femmes, les nouveau-nés et les adolescents réfugiés ou fuyant un contexte de crise humanitaire ou fragile.

Stratégies de compensation des effets de la Covid-19 sur l'accès aux services de SSRMNA

La continuité des services de SSRMNA est vitale pour les femmes, les nouveau-nés et les adolescents.

Même en situation de pandémie, les femmes, les nouveau-nés et les adolescents ont besoin de soins de SSRMNA. Lorsque les services de SSRMNA sont perturbés, cela risque de fragiliser les acquis durement gagnés (116), ce qui peut engendrer une hausse du nombre de grossesses non prévues, d'infections sexuellement transmissibles et d'avortements non médicalisés, et mettre en danger la santé des femmes, des nouveau-nés et des adolescents (117). Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant a lancé un appel à l'action et exhorté les gouvernements à défendre et à protéger la SSRMNA et les droits tout au long de l'intervention de lutte contre la Covid-19 et de la phase de relèvement (22).

D'après une enquête de l'OMS portant sur 129 pays (83), en octobre 2020 plus de la moitié des pays avaient volontairement réduit certains services (soins ambulatoires, soins communautaires, etc.) en raison de la crise de la Covid-19. Les pays à faible revenu étaient particulièrement concernés.

Les services de contraception ont été perturbés dans 64 % des pays, les services de soins prénatals dans 53 % des pays et les services d'accouchement en établissement de soins dans 31 % des pays. Ces perturbations sont liées à la demande et à l'offre. Du côté de la demande, la fréquentation des services de soins ambulatoires a baissé dans la plupart des pays. Les difficultés d'accès et les problèmes financiers, corollaires du confinement, de la fermeture des établissements de santé ou des services de santé et de l'interruption des chaînes d'approvisionnement, ont également été mentionnés. Une autre étude a estimé que les perturbations liées à la Covid-19 pourraient donner lieu à 2,7 millions d'avortements non médicalisés (118).

À partir de données issues de 63 000 établissements de santé, le Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents a évalué l'incidence de la crise sanitaire sur les services de santé essentiels pour les femmes et les enfants et a trouvé que les effets sur la SSRMNA étaient similaires (119). Les données (qui vont jusqu'à juin 2020) révèlent que le nombre de femmes enceintes se rendant à quatre consultations prénatales avait chuté au Libéria. Au Nigéria, 26 % des répondants ayant besoin de soins de santé ont déclaré qu'ils ne pouvaient pas accéder aux services. Pour un quart d'entre eux, cela était dû aux mesures de confinement et de restriction des déplacements imposées pour contrôler la pandémie. Les résultats étaient contrastés selon les indicateurs. Par exemple, au Nigéria,

l'activité des services de contraception a baissé de plus de 10 % en avril 2020 et de 15 % en mai ; les accouchements en établissement de soins ont reculé de 6 %. En Afghanistan, les services de soins postnatals n'ont pas été touchés par la crise, tandis que les soins ambulatoires ont chuté de 14 %.

La perturbation des services de santé a fortement touché le personnel de santé, tout comme les maladies professionnelles (120, 121). Selon une étude mondiale réalisée auprès de 700 prestataires de soins de maternité dans des pays à revenu élevé, intermédiaire et faible, une autre difficulté a trait à l'acquisition et la transmission des connaissances, notamment sur les soins aux femmes, qu'elles soient atteintes ou non de la Covid-19 (122).

Les données ne permettent pas encore d'obtenir un panorama complet de l'incidence de la Covid-19 sur la santé et les droits des femmes, des nouveau-nés et des adolescents. Cependant, vu que la pandémie risque de compromettre les acquis en matière de SSRMNA, les gouvernements doivent sensibiliser le personnel de SSRMNA aux effets de la Covid-19 sur les soins de santé maternelle et néonatale (123) et sur leur propre santé physique et mentale au sein de ce nouvel environnement. L'OMS a publié des orientations provisoires sur l'utilisation des données de routine afin d'observer les effets de la Covid-19 sur les services de santé essentiels, dont la SSRMNA (124).



Bilan de santé à la clinique de Potracancha, région de Huánuco, Pérou.
© Archive Gates/Mark Makela.

RENFORCEMENT DES CAPACITÉS ET AUTONOMISATION DU PERSONNEL DE SSRMNA : L'IMPORTANCE DE L'ÉGALITÉ DES GENRES

Le personnel de santé est en moyenne composé à 70 % de femmes, quoique ce taux varie selon les métiers (125). Les femmes représentent 93 % des sages-femmes et 89 % des infirmiers, mais 50 % des médecins pratiquant des activités de SSRMNA (voir le chapitre 5). Les inégalités de genre considérables (salaire, perspectives de carrière, pouvoir décisionnaire) freinent la productivité, la répartition, la motivation et la rétention des femmes dans le secteur de la santé, et engendrent des inefficacités systémiques (126).

Les investissements en faveur du personnel de santé accéléreront la croissance économique inclusive, principalement en créant des emplois, en particulier pour les femmes et les jeunes (17, 127). Améliorer la formation et le recrutement des sages-femmes réduira grandement les inégalités de salaire et de poste entre les femmes et les hommes. Toutefois, les préjugés tenaces liés au genre et le manque de reconnaissance et de valorisation du travail non rémunéré et informel des femmes doivent être reconnus, et des mesures doivent être prises pour y remédier. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, d'importants obstacles sociaux, culturels, économiques et professionnels, dont les inégalités de genre, constituent un frein à la prestation de soins de qualité par les sages-femmes (57). Ce chapitre offre une vue d'ensemble des principales questions touchant au renforcement des capacités et à l'autonomisation du personnel de la pratique de sage-femme au moyen de politiques et d'autres mesures favorables à l'égalité des genres.

De récentes études ont mis en évidence plusieurs points d'achoppement dans la pratique de sage-femme : leadership ; travail décent, sans aucune forme de discrimination ni de harcèlement, y compris de harcèlement sexuel ; inégalités salariales entre femmes et hommes ; et ségrégation des métiers touchant l'ensemble du personnel, ce qui prend une signification particulière dans le cas de la SSRMNA (128, 129). Des politiques et des mesures favorisant l'égalité des genres au sein du personnel de santé doivent être mises en œuvre afin d'atteindre les cibles mondiales en matière de couverture sanitaire universelle, en particulier pour les femmes et les nouveau-nés.

Les femmes sont plus durement touchées par la pandémie de Covid-19, ce qui se traduit par une insécurité de l'emploi accrue, des responsabilités domestiques plus lourdes (soins aux enfants, école à la maison) et une hausse des cas de violence basée sur le genre, en particulier de violence domestique. Les personnels de santé, notamment les femmes, ont vu leur propre santé se dégrader en raison de la pandémie. Ils exercent dans des conditions difficiles et doivent composer avec le manque d'EPI efficaces, de longues heures de travail, l'isolement d'avec leur famille, ainsi que les actes de violence et de harcèlement commis à leur égard (130). Il est logique que dans de telles conditions, les femmes choisissent de quitter la profession ou d'occuper des postes non médicaux (131, 132).



PRINCIPAUX MESSAGES

- ▶ Le personnel de santé est en moyenne composé à 70 % de femmes, quoique ce taux varie en fonction des catégories professionnelles. Les sages-femmes sont en majorité des femmes. Celles-ci subissent d'importantes inégalités liées au genre en matière de salaires, de perspectives de carrière et de pouvoir décisionnaire.
- ▶ Seulement la moitié des pays ayant communiqué des données comptaient des sages-femmes parmi les cadres de leur ministère de la Santé. Le manque de perspectives offertes aux sages-femmes en vue d'occuper des postes de direction et la rareté des exemples de femmes occupant ce type de postes font obstacle à la progression de carrière des sages-femmes et à leur épanouissement professionnel.
- ▶ L'accès à un travail décent, exempt de violences et de discriminations, est essentiel pour faire face aux obstacles et aux difficultés liés aux inégalités de genre. Tous les pays doivent adopter des politiques destinées à prévenir les agressions à l'égard des professionnels de santé.
- ▶ L'instauration d'un environnement réglementaire à même de faire évoluer les normes liées au genre permettrait de lutter contre les causes sous-jacentes des inégalités de genre, de garantir le respect des droits fondamentaux, la capacité d'action et le bien-être des soignants (aussi bien rémunérés que bénévoles), de reconnaître la valeur du travail du personnel soignant et des femmes en particulier, et de les rémunérer comme il convient.

Créer des postes de sage-femme en chef au sein des ministères de la Santé.

Offrir aux sages-femmes des perspectives de carrière clairement définies.

Associations de sages-femmes

Ségrégation des métiers fondée sur le genre

La ségrégation des métiers fondée sur le genre trouve son origine dans les normes de genre solidement ancrées, qui veulent que les soins correspondent à des « métiers de femme » et les spécialisations plus techniques (médecine, etc.) à des « métiers d'homme » (128). La pratique de sage-femme, et les soins aux femmes et aux nouveau-nés sont souvent peu valorisés. Les sages-femmes n'ont pas voix au chapitre et sont exclues des postes de direction, ce qui constitue un manque de respect à leur égard, entrave l'accès à un travail décent et creuse les inégalités salariales.

En effet, tandis que les fonctions de médecin, de dentiste et de pharmacien sont en grande majorité occupées par des hommes, le personnel infirmier et le corps de métier de sage-femme se composent quant à eux quasi exclusivement de femmes (125). On remarque cependant que la valeur sociale, l'autorité et la rémunération attachées aux catégories professionnelles majoritairement féminines sont généralement inférieures à celles associées aux professions dites masculines. En de nombreux cas, les professionnelles de santé qui, en tant que principales prestataires de soins pour les enfants, s'efforcent de remplir leurs fonctions tout en se montrant économiquement productives, se heurtent donc aux attentes de la communauté, laquelle escompte d'elles un travail bénévole. Les apports économiques et professionnels de la pratique de sage-femme à la société sont ainsi régulièrement dévalorisés et sous-estimés (57), ce métier étant souvent perçu comme « réservé aux femmes » (133, 134).

Cette ségrégation hommes-femmes, qui limite souvent les choix professionnels et les opportunités de travail s'offrant aux sages-femmes, renforce également l'inégalité de représentation entre les femmes et les hommes au sein des structures de pouvoir de la société (128). La hiérarchie fondée sur le

sexe sur le lieu de travail (135) ainsi que les différents obstacles sociaux, économiques et professionnels auxquels sont confrontées les sages-femmes se révèlent donc souvent source de frustration puisqu'ils empêchent ces dernières d'exploiter leur plein potentiel ; une situation susceptible d'alimenter les stéréotypes ou, au contraire, de contribuer à une prise de conscience. En outre, lorsque les capacités et compétences des sages-femmes ne sont pas reconnues à leur juste valeur par la hiérarchie médicale ou les autres institutions, celles-ci ne bénéficient généralement que d'une autonomie limitée au sein du personnel de santé (129). En effet, bien que l'autonomie professionnelle des sages-femmes soit réglementée par les législations nationales, à qui il revient de définir leur champ d'activité, celles-ci sont susceptibles d'être influencées par les institutions médicales ou autres autorités hiérarchiques. Afin de pouvoir améliorer la qualité des soins prodigués (129), les sages-femmes revendiquent cependant davantage de pouvoir, une plus grande capacité d'action et l'amélioration de leur statut.

Sages-femmes et leadership

La place des sages-femmes au sein de la hiérarchie du personnel de santé est déterminante pour l'amélioration des conditions de travail de la profession. Toutefois, bien que le personnel de santé et des services sociaux soit constitué à 70 % de femmes, celles-ci n'occupent que 25 % des postes d'encadrement (128). Ainsi, la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) a souhaité déterminer, au moyen d'une enquête menée parmi ses États membres, le nombre de pays dans lesquels des sages-femmes avaient été nommées à des postes à responsabilités (voir le glossaire). Parmi les 80 pays



Sage-femme effectuant un bilan prénatal dans une clinique du village de Gebre Guracha, région d'Oromia, Éthiopie.
© Fondation Bill & Melinda Gates/Prashant Panjiar.

déclarants, la majorité (71 %) a rapporté, tous niveaux confondus (que cela soit au sein du ministère de la Santé, des différentes délégations dudit ministère, des autorités réglementaires ou des établissements de santé), la présence d'au moins une sage-femme à un poste à responsabilité. Si la plupart des autres pays étudiés (20 %) se sont révélés incapables de fournir des données en la matière, 9 % n'ont quant à eux pu faire état d'aucune sage-femme occupant une haute fonction, et ce à quelque niveau que ce soit. Le tableau 6.1 démontre que c'est au niveau des établissements de santé que les sages-femmes sont les plus susceptibles d'accéder à des postes à responsabilités. Seul un peu plus de la moitié de pays étudiés a pu rapporter la présence de sages-femmes à des postes de direction au niveau du ministère de la Santé ou des autorités réglementaires. Les résultats de l'enquête semblent également suggérer que les pays des régions Amériques et Méditerranée orientale comptent parmi les plus susceptibles de nommer des sages-femmes à des postes à responsabilités. Il convient toutefois de garder à l'esprit que le petit nombre de pays ayant participé à l'enquête n'est pas forcément représentatif de l'ensemble de la région. La nomination de sages-femmes expérimentées à des postes de leaders au niveau national constituerait

un atout indéniable pour renforcer les capacités au sein de la profession.

L'accès limité des femmes aux postes à responsabilités ainsi que leur faible représentation dans les rôles de leaders privent les sages-femmes de figures tutélaires et entravent leur capacité à gravir les échelons vers les sphères décisionnaires. Il est également probable que l'absence de sages-femmes à des niveaux intermédiaires de pouvoir, comme à l'échelle des provinces ou des districts, diminue non seulement la propension des organes infranationaux à faire preuve d'un encadrement et d'une supervision favorables aux sages-femmes, mais amoindrit également leur capacité à répondre efficacement aux problématiques de la profession.

Par ailleurs, la forte intersectionnalité entre les facteurs discriminants liés au genre, à l'origine ethnique, à l'âge ainsi qu'à la situation géographique et au statut socio-économique contribue à multiplier les sources d'inégalités et favorise la ségrégation des métiers en fonction du genre. Par exemple, les femmes étant davantage représentées dans les emplois à temps partiel, celles-ci sont d'autant moins susceptibles d'accéder à des postes à responsabilités (125).

TABLEAU 6.1

Pourcentage de pays (parmi les 80 pays répondants) faisant état de sages-femmes à des postes à responsabilités, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019-2020

| | Nombre de pays participants/nombre total de pays | Pourcentage de pays faisant état de sages-femmes à des postes à responsabilités aux niveaux suivants | | | | |
|----------------------------|--|--|--------------------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------|
| | | Ministère de la Santé | Délégations du ministère de la Santé | Autorités réglementaires | Établissements de santé | Tous niveaux confondus |
| RÉGION OMS | | | | | | |
| Afrique | 29/47 | 66 % | 52 % | 45 % | 62 % | 69 % |
| Amériques | 12/35 | 75 % | 75 % | 67 % | 92 % | 92 % |
| Méditerranée orientale | 8/21 | 50 % | 75 % | 63 % | 63 % | 88 % |
| Europe | 13/53 | 15 % | 23 % | 54 % | 46 % | 54 % |
| Asie du Sud-Est | 7/11 | 29 % | 71 % | 43 % | 71 % | 57 % |
| Pacifique occidental | 11/27 | 45 % | 64 % | 64 % | 73 % | 73 % |
| CATÉGORIE DE REVENU | | | | | | |
| Élevé | 19/61 | 21 % | 42 % | 68 % | 58 % | 63 % |
| Intermédiaire supérieur | 12/55 | 75 % | 75 % | 67 % | 75 % | 83 % |
| Intermédiaire inférieur | 29/49 | 48 % | 52 % | 45 % | 55 % | 66 % |
| Faible | 20/29 | 70 % | 65 % | 45 % | 60 % | 80 % |
| TOTAL | 80/194 | 51 % | 56 % | 54 % | 60 % | 71 % |

Remarque : Les quelques pays ayant indiqué ne pas disposer de données en la matière ont également été inclus dans le calcul des pourcentages ci-dessus. Bien que des sages-femmes soient susceptibles d'y occuper des postes à responsabilités, leur nombre n'a toutefois pu être déterminé.

Source : Enquête de l'ICM.



Formation de professionnels de SSRMNA en Papouasie-Nouvelle-Guinée.
© Heather Gulliver.

Le manque d'investissements en faveur de l'avancement professionnel des femmes, notamment en ce qui concerne le développement et l'exercice de leur leadership, participe, en privant les femmes de la confiance nécessaire pour oser plaider leur cause (136), à perpétuer une ségrégation hommes-femmes. En outre, certaines sages-femmes ont fait part de leur inquiétude quant au fait que l'accès à des postes à responsabilités puisse être limité dans les pays où la profession de sage-femme est considérée comme faisant partie intégrante des structures infirmières (129).

Ainsi, le programme Jeunes sages-femmes leaders de l'ICM fournit un aperçu des initiatives pouvant être mises en place pour aider les sages-femmes à développer leurs compétences de leadership (Encadré 6.1).

Travail décent

Afin d'être en mesure de délivrer des prestations efficaces et de qualité, les différents professionnels du secteur de la santé doivent pouvoir compter sur des conditions de travail décentes, ce qui est loin d'être le cas à l'heure actuelle. La quasi-totalité des pays rencontre donc des difficultés à l'heure de recruter, de déployer et de maintenir en poste un nombre suffisant de professionnels de santé motivés et correctement formés (137).

La capacité à offrir des conditions de travail décentes, exemptes de violences et de discriminations, est pourtant primordiale pour lutter contre les obstacles liés aux inégalités de genre et répondre aux difficultés rencontrées par le personnel de SSRMNA (128). En effet, la violence sur le lieu de travail, bien que touchant

l'ensemble du personnel de santé, est particulièrement virulente à l'encontre des femmes (136). Le harcèlement sexuel au travail se révèle lui aussi extrêmement délétère puisqu'en plus d'engendrer des problèmes de santé, une baisse du moral et une augmentation du stress, il peut également pousser le personnel à des départs volontaires. En outre, il a été démontré que les rapports de pouvoir, souvent imperceptibles, entre les hommes et les femmes, ainsi que leur intersectionnalité avec d'autres facteurs discriminants, tels que l'âge, le statut marital, l'origine ethnique et le niveau de revenu, favorisaient la survenue de types spécifiques de violences expérimentées par les femmes dans le secteur de la santé (136, 138). Face à ces constats, en 2019, la Conférence internationale du Travail a adopté une nouvelle convention et une nouvelle recommandation sur la violence et le harcèlement au travail. Il s'agit du premier traité international à reconnaître le droit de chacune et chacun à un monde du travail sans violence ni harcèlement et à combattre ainsi les atteintes basées sur le genre sur le lieu de travail. Le secteur de la santé étant reconnu comme particulièrement exposé à la violence et au harcèlement, le traité appelle les États membres à adopter des mesures en conséquence (139).

Cependant, malgré les efforts déployés par la communauté internationale en vue de combattre la violence et le harcèlement au travail, seule la moitié (52 %) des 164 pays communiquant des données à travers la plateforme CNPS indiquent disposer de politiques nationales ou infranationales permettant de prévenir les atteintes à l'encontre des professionnels de santé, tandis que 10 % d'entre eux rapportent

Préparer la nouvelle génération de sages-femmes leaders

Le programme Jeunes sages-femmes leaders développé par l'ICM forme des jeunes sages-femmes (âgées de moins de 35 ans) originaires de pays à revenu faible ou intermédiaire en vue de leur permettre non seulement d'endosser le rôle de leader pour l'ensemble de leur profession, mais également de renforcer les associations de sages-femmes de leur pays. Le programme de l'ICM vise notamment à :

- développer les connaissances, les compétences et l'assurance des jeunes sages-femmes en matière de leadership (p. ex. dans le domaine de la planification stratégique et de la gestion de projet ainsi que pour la promotion de politiques favorables à la profession) ;
- sensibiliser les jeunes sages-femmes aux différentes problématiques liées aux systèmes de santé ;
- renforcer l'engagement en faveur de la professionnalisation et de la formation des sages-femmes ; de la promotion de politiques favorables à la profession ; du renforcement des associations nationales/régionales de sages-femmes ; et de la réforme des systèmes de santé.

En plus du programme mondial développé par l'ICM, plusieurs groupes ont déjà pu bénéficier du programme Jeunes femmes leaders proposé par l'UNFPA dans six États mexicains et 11 pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Ce programme, à travers ses alumni, contribuera à la formation d'une communauté mondiale de jeunes sages-femmes qui défendront les intérêts de la profession et partageront leurs idées et leurs expériences de sorte à faire évoluer l'état de la pratique de sage-femme dans le monde. Ci-dessous, plusieurs jeunes sages-femmes nous font partager leur expérience du programme.

Sandra Blanco

MEXIQUE

« Ce programme s'est révélé une belle opportunité pour renforcer mes compétences de mentorat, de suivi, de leadership et de gestion. »

Sylvia Hamata

NAMIBIE

« Participer au programme Jeunes sages-femmes leaders m'a non seulement permis de renforcer mon intelligence émotionnelle, mais également de gagner en assurance, de sorte que je suis désormais en mesure de faire entendre ma voix et d'utiliser mes compétences pour défendre sans crainte les intérêts des sages-femmes, des femmes et des nouveau-nés. De plus, le contact avec des sages-femmes du monde entier m'a permis de mieux appréhender l'importance de notre travail pour le bien-être des mères et des nouveau-nés. »

Bartholomew Kamlewe

ZAMBIE

« Grâce aux cours en ligne et webinaires suivis dans le cadre du programme, j'ai pu améliorer considérablement ma compréhension des enjeux mondiaux relatifs à la pratique de sage-femme ainsi que développer mes compétences en matière de plaidoyer sur les questions maternelles et néonatales. »

Sandra Lopez

PARAGUAY

« Le programme visait principalement à octroyer davantage de visibilité aux sages-femmes, de sorte à garantir une meilleure reconnaissance de leur existence, de leur importance et de leur rôle par la société. »

Andrea Matos Orbegoso

PÉROU

« Le programme Jeunes sages-femmes leaders s'est révélé source d'inspiration, tant du point de vue personnel que professionnel. La rencontre avec de jeunes sages-femmes originaires d'autres pays de la région m'a aidée à mieux cerner les besoins de la profession et la manière dont je pouvais y contribuer. »

Tekla Shiindi Mbidi

NAMIBIE

« Le programme Jeunes sages-femmes leaders a été pour moi une opportunité extraordinaire qui a complètement révolutionné ma vision de la pratique de sage-femme. Je possède maintenant la confiance en moi nécessaire pour prendre la parole en faveur des sages-femmes et m'exprimer au nom de l'ensemble de la profession. J'ai pu rejoindre un réseau mondial constitué aussi bien de sages-femmes expérimentées que débutantes, dont certaines cheffes de file de la pratique de sage-femme au niveau mondial. »

Lushelo Simwinga

MALAWI

« Le programme Jeunes sages-femmes leaders m'a fourni les outils nécessaires pour devenir une leader active au sein de la profession, défendre les droits des femmes enceintes et des nouveau-nés ainsi que promouvoir des soins de santé de qualité. Il m'a également donné accès à de larges réseaux dans lesquels puiser des connaissances pour améliorer ma pratique quotidienne du métier de sage-femme. »

Samson Udho

OUGANDA

« Le programme Jeunes sages-femmes leaders a été déterminant pour l'amélioration de mes compétences de réseautage et de leadership. Aujourd'hui, je me sens plus légitime dans mon rôle de leader, et réellement capable de traduire mes idées en actions concrètes et durables qui soient non seulement bénéfiques à ma carrière, mais également à l'ensemble de la profession de sage-femme. »

Contribution d'Ann Yates (ICM), Alma Virginia Camacho-Hübner (UNFPA) et Joyce Thompson (consultante pour l'UNFPA).

avoir adopté des politiques n'offrant à ceux-ci qu'une protection partielle. La figure 6.1 semble indiquer que les pays d'Asie du Sud-Est et de Méditerranée orientale sont parmi les plus enclins à adopter des mesures spécifiquement orientées vers la protection du personnel de santé, lesquelles semblent également plus répandues dans les pays à niveau de revenu élevé (65 %) que dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (47 %).

Les inégalités de genre, et notamment le peu d'opportunités et de reconnaissance dont bénéficient les femmes ainsi que la rémunération faible ou inégale, les conditions de travail précaires et le manque de sécurité de l'emploi auxquels elles sont confrontées participent à la création d'un environnement de travail peu sûr (136). Cependant, comme indiqué dans les chapitres précédents, les données relatives au personnel de SSRMNA sont largement insuffisantes, et le peu dont nous disposons est rarement analysé à travers le double prisme du genre et de la profession.

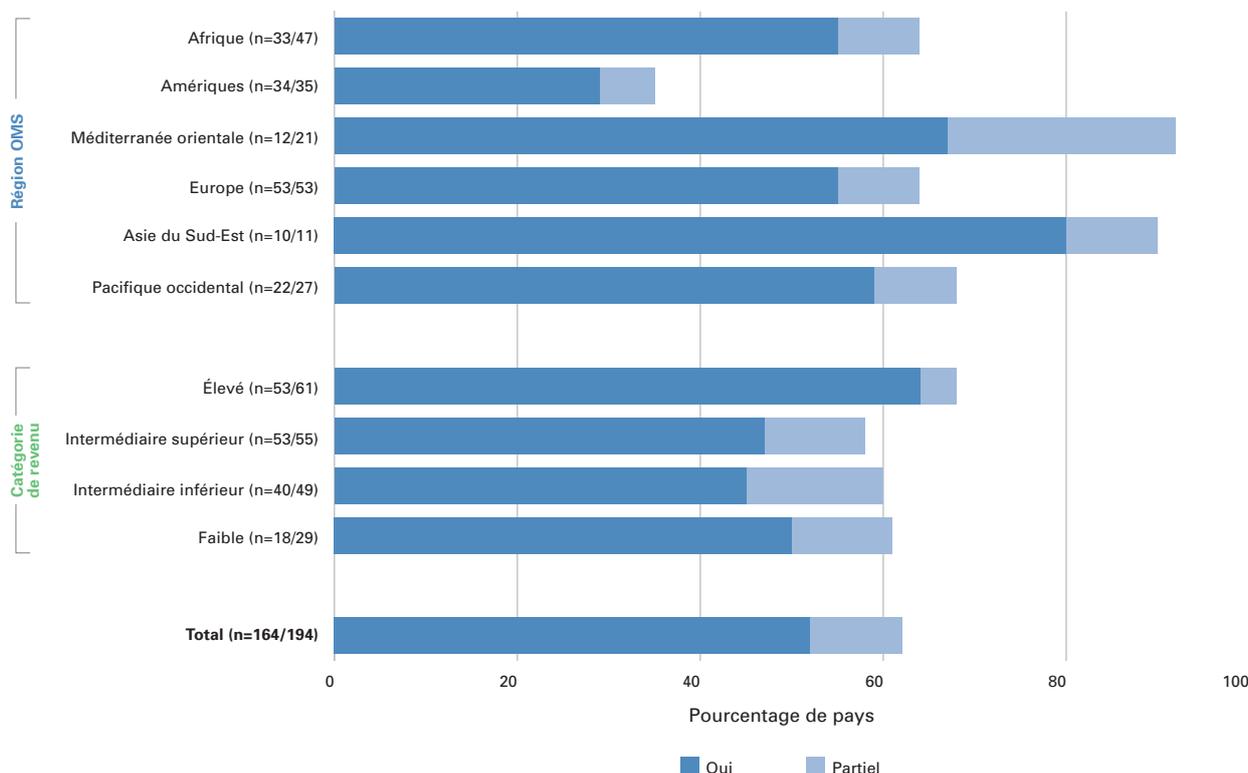
Le mouvement syndical apparaît toutefois comme une force de négociation majeure à l'heure d'obtenir des conditions de travail décentes, d'autant plus que de nombreux pays ne disposent d'aucune législation promouvant l'égalité des genres au travail. Cependant, on observe que les professionnels de santé masculins, plus susceptibles que leurs collègues féminines de

s'organiser en syndicats, sont en conséquence plus à même d'obtenir des salaires et conditions de travail qu'ils jugent convenables (128). Dans de nombreux pays, l'absence de force de négociation collective féminine participe ainsi à creuser l'écart de salaire entre les hommes et les femmes, lesquelles souffriront toute leur vie d'un désavantage économique.

Le dialogue social, qui promeut la recherche de consensus à travers l'implication démocratique des principales parties prenantes du monde du travail, s'impose donc comme un processus indispensable pour espérer parvenir à des conditions de travail décentes pour tous. L'encadré 6.2 ci-dessous présente plus particulièrement des exemples de la manière dont le dialogue social a été appliqué pour défendre les intérêts des sages-femmes.

Offrir aux sages-femmes, à leurs employeurs et aux autres parties prenantes la possibilité de faire entendre leur voix est primordial pour permettre à chacun de participer activement à la constitution et au développement des effectifs de la SSRMNA. C'est pourquoi la Convention de 1977 sur le personnel infirmier (145), s'attache à promouvoir, lorsque cela est possible, l'implication du personnel dans les processus d'élaboration de politiques de santé et de soins infirmiers, de manière à garantir que celles-ci sont les plus complètes possible. La Convention

FIGURE 6.1 Présence, dans 164 pays, de politiques et législations nationales ou infranationales visant à prévenir les atteintes à l'encontre des personnels de santé, par région OMS et catégorie de revenu de la Banque mondiale, 2019



Source : CNPS, mise à jour de 2020.

invoque donc la négociation comme méthode privilégiée pour déterminer les conditions de travail et prévoit des mécanismes de résolution de conflits. Cependant, si les sages-femmes qui occupent également une fonction de personnel infirmier sont bien couvertes par cette convention, cette dernière devra être révisée afin d'inclure le reste des sages-femmes dans ses dispositions.

Écart de rémunération entre les femmes et les hommes

Bien que l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes ne soit pas spécifique au secteur de la santé, les rapports semblent suggérer qu'il y est plus important que dans d'autres secteurs professionnels (125, 128). Un tel écart, qui peut s'expliquer par le fait que les femmes sont souvent employées à des postes inférieurs et moins bien rémunérés que les hommes, souligne également la forte intersectionnalité entre rémunération et ségrégation des métiers en fonction du genre. L'encadré 6.3 met ainsi en évidence les inégalités de salaire entre les professions, en se basant sur les exemples du Maroc et de la Tunisie. Il convient de noter que le travail non rémunéré effectué par de nombreuses femmes dans le secteur social et de la santé contribue également à renforcer cet écart de rémunération (146).

Ainsi, les sages-femmes, qui ont fait état de salaires inférieurs à ceux dont bénéficient les professions équivalentes, se voient souvent dans l'obligation de recourir à des paiements informels ou d'assurer leur subsistance grâce à d'autres sources de revenus. De telles situations viennent s'ajouter à la pression et à l'épuisement dont souffrent déjà les sages-femmes, compromettant ainsi la qualité des soins délivrés aux femmes, aux nouveau-nés et aux adolescents. En outre, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire,

les prestations des sages-femmes sont rarement remboursées par les régimes nationaux d'assurance maladie. Celles-ci sont donc conduites à privilégier le travail auprès de femmes possédant les ressources nécessaires pour régler directement les soins délivrés ou à consentir des crédits, mettant ainsi en péril leurs finances personnelles (129).

Ces problématiques sont toutefois loin de se limiter aux pays à revenu faible ou intermédiaire. En effet, dans certains pays à revenu élevé, les sages-femmes ont également dénoncé publiquement les inégalités de salaires dont elles sont victimes, entamant par là une lutte pour l'éradication des obstacles structurels qui contribuent à cette injustice (147, 148). En Nouvelle-Zélande, la question a ainsi été portée jusque devant la Haute Cour, laquelle a permis de parvenir à un accord entre les parties, qui se sont engagées à travailler main dans la main à la conception d'un nouveau modèle respectueux du principe d'égalité des salaires. Les discussions en la matière sont toujours en cours.

Vers des politiques favorables à l'égalité des genres

La plupart des biais et disparités de genre dont il est fait mention dans ce chapitre sont le reflet d'un système inégalitaire perpétué depuis des décennies. Ils soulignent la nécessité de réformer l'ensemble du système et de l'environnement de travail, de sorte non seulement à permettre aux femmes de bénéficier de conditions de travail décentes, mais également à combler l'écart de rémunération entre les hommes et les femmes ainsi que les inégalités d'accès à des postes à responsabilités (128). L'instauration d'un environnement réglementaire à même de faire évoluer les normes liées au genre est indispensable pour lutter contre les causes sous-jacentes

ENCADRÉ 6.2

L'importance du dialogue social

En mettant en relation gouvernements, organisations salariales, organisations patronales et autres acteurs politiques, le dialogue social permet à toutes les parties de parvenir à des accords sur des questions pour lesquelles elles affichent des intérêts divergents (140). Ce dispositif pourrait ainsi s'avérer crucial pour le développement et la réforme des services de santé. La liberté des professionnels de santé à exprimer leurs préoccupations, à s'organiser en syndicats ainsi qu'à participer au dialogue social est en effet non seulement garantie au titre du droit fondamental de liberté d'association, mais également du droit de négociation collective (141). Pour être efficace, le dialogue social requiert toutefois des partenaires sociaux forts, représentatifs et indépendants (137).

Dans le monde entier, les organisations salariales du domaine des soins de

sage-femme sont activement engagées dans un dialogue social avec les gouvernements et organisations patronales. Ainsi, en 2018, le Service de conseil et de représentation des employés du secteur des soins de sage-femme (*Midwifery Employee Representation and Advisory Service*), un syndicat représentant les sages-femmes de Nouvelle-Zélande, a procédé à la signature d'un accord collectif interentreprises avec les conseils de santé de district. Conclu pour trois ans, l'accord couvre notamment les questions relatives à la constitution d'effectifs suffisants et correctement formés, aux horaires de travail (y compris aux temps de pauses et jours de repos), aux salaires et indemnités, aux congés, à la formation, au perfectionnement et aux perspectives d'évolution de carrière des sages-femmes. Il a pour

objectif d'assurer le développement des effectifs de manière durable et responsable, de sorte à permettre la délivrance de prestations de santé de qualité (142). En 2018, le Syndicat maltais des sages-femmes et des infirmières (*Malta Union of Midwives and Nurses*) a quant à lui signé un accord sectoriel de cinq ans avec le ministère de la Santé, lequel a pour objectif d'améliorer sensiblement les conditions de travail des infirmières et des sages-femmes dans le service public (143). Le Syndicat unifié des services allemands (*German United Services Trade Union*), a pour sa part créé en son sein des groupes d'intérêts régionaux, y compris un groupe défendant les intérêts des sages-femmes, de sorte à leur octroyer davantage de visibilité et à faire entendre leur voix au sein du syndicat (144).

Écarts de salaires entre les différents professionnels de SSRMNA : les cas du Maroc et de la Tunisie

La comparaison des salaires versés aux différents professionnels de SSRMNA au Maroc et en Tunisie, soit deux pays à niveau de revenu intermédiaire et dotés d'effectifs sanitaires relativement bien développés, a permis de mettre en lumière certaines inégalités. Le tableau ci-dessous présente les salaires mensuels bruts de base de différents professionnels de santé du secteur public, à savoir les sages-femmes, les médecins généralistes et les gynécologues et obstétriciens. Il met également ces salaires en perspective avec le Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) prévu par la législation.

| | Maroc | | Tunisie | | Salaire comparé au SMIG | |
|-------------------------------|-------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------|---------|
| | Dirhams marocains | Équivalent en dollars US | Dinars tunisiens | Équivalent en dollars US | Maroc | Tunisie |
| SMIG | 2 517,00 | 283,47 | 348,00 | 128,76 | - | - |
| Sage-femme | 6 129,32 | 686,32 | 1 800,00 | 664,74 | x 2,42 | x 5,16 |
| Médecins généralistes | 8 786,78 | 983,89 | 3 454,00 | 1 275,56 | x 3,47 | x 9,90 |
| Gynécologues et obstétriciens | 14 915,00 | 1 670,09 | 4 055,00 | 1 487,51 | x 5,89 | x 11,55 |

SMIG = salaire minimum interprofessionnel garanti.

Remarque : les données de salaire ont été directement communiquées par UNFPA Maroc, UNFPA Tunisie et le ministère de la Santé tunisien en 2021.

Ainsi, si au Maroc, les sages-femmes gagnent tout juste un peu plus que le SMIG, en Tunisie, leur salaire équivaut à cinq fois son montant. Les médecins généralistes marocains touchent quant à eux 3,5 fois le montant du SMIG contre presque 10 fois le montant du SMIG pour leurs confrères tunisiens. Enfin, les obstétriciens et gynécologues gagnent six fois le montant du SMIG au Maroc, mais 11 fois le montant du SMIG en Tunisie.

Contribution d'Atf Ghérissi (consultant indépendant) et Mohamed Afifi (Bureau régional de l'UNFPA pour les États arabes).

des inégalités de genre, garantir le respect des droits fondamentaux, la capacité d'action et le bien-être des soignants (aussi bien rémunérés que bénévoles), reconnaître la valeur du travail du personnel soignant et des femmes en particulier, et les rémunérer comme il convient (128, 146, 149).

Un monde de l'emploi performant favorisant l'égalité des genres et bénéficiant à toutes les parties (tant aux usagers des services qu'au personnel soignant rémunéré et non rémunéré) est non seulement possible, mais parfaitement atteignable (146). Pour y parvenir, l'Organisation internationale du travail a notamment mis en place les « 5R » du travail décent dans les activités de soin à autrui ; un cadre de travail visant à conduire la transformation de l'environnement politique en appelant à : reconnaître, réduire et redistribuer le travail de soin à autrui non rémunéré, rétribuer correctement le travail de soin à autrui rémunéré, offrir plus d'emplois et un travail décent aux travailleurs du soin à autrui, ainsi qu'à garantir leur représentation et leur accès à des mécanismes de dialogue social et de négociation collective (146). En outre, il est nécessaire que chaque pays développe des plans de carrière à l'attention des sages-femmes, de sorte non seulement à leur donner accès à des opportunités de perfectionnement et d'évolution professionnelle, mais également à favoriser l'apparition de figures de réussite manifestes pouvant servir d'exemple aussi bien aux sages-femmes qu'à d'autres jeunes femmes. De tels dispositifs permettraient aux sages-femmes de contribuer significativement à l'évolution de leur profession ainsi qu'à la promotion de l'égalité des genres au travail.

Ainsi, de sorte à traduire les « 5R » du travail décent en politiques porteuses de changement pour le personnel de SSRMNA, l'Organisation internationale du travail recommande la mise en œuvre de plusieurs mesures concrètes, dont : la possibilité, pour les travailleurs ayant des responsabilités familiales, de bénéficier d'aides et de transferts de protection sociale ; l'adoption de politiques en matière de congés et autres dispositions de réglementation du travail favorables aux familles et permettant d'améliorer l'équilibre entre vie professionnelle et vie familiale ; le renforcement des mécanismes de négociation collective du secteur de la santé ; et la constitution d'alliances entre les syndicats représentant les professionnels de santé et les organisations de la société civile représentant les bénéficiaires de soins et les prestataires non rémunérés. Parmi les autres mesures recommandées par l'OIT, plusieurs concernent directement les sages-femmes, dont : l'adoption d'une orientation réglementaire permettant la négociation et la mise en œuvre de conditions d'emploi décentes et garantissant l'égalité de rémunération entre les professions équivalentes de SSRMNA ; et la promotion d'un environnement de travail sûr, attractif et stimulant pour tous. De plus, il est aujourd'hui essentiel de garantir l'égalité d'accès aux opportunités de leadership entre les professionnels de santé ainsi que leur participation effective à tous les niveaux de prise de décisions politiques, économiques et publiques. Les sages-femmes en particulier doivent pouvoir être présentes et entendues pour toute décision relative aux SSRMNA et aux services maternels.

PROGRÈS ACCOMPLIS DEPUIS 2011 ET PERSPECTIVES POUR 2030

Progrès accomplis depuis 2011

Le présent rapport 2021 est le troisième d'une série de rapports sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde. Afin de pouvoir améliorer la qualité des soins, le premier rapport, publié en 2011, faisait état de la nécessité d'investir davantage non seulement dans la formation des sages-femmes et la réglementation de la profession, mais également au profit des associations professionnelles. Des progrès ont depuis été effectués en la matière, la nécessité de proposer une offre suffisante en soins de qualité étant aujourd'hui davantage reconnue. En effet, dans le cadre de l'édition 2021 du rapport sur *l'État de la pratique de sage-femme dans le monde*, 79 % des pays répondants ont indiqué posséder une liste recensant l'ensemble des instituts de formation de professionnels de santé accrédités (ces institutions n'étant toutefois pas dédiées spécifiquement à la formation de sages-femmes). Le rapport 2011 visait en outre à promouvoir la reconnaissance de la pratique de sage-femme comme une profession à part entière, pouvant à ce titre prétendre à être représentée au niveau national, notamment pour l'élaboration de politiques. L'enquête menée dans le cadre de la rédaction du présent rapport 2021 a permis d'établir qu'aujourd'hui, une majorité de pays, en plus d'effectuer la distinction entre la pratique de sage-femme et le métier d'infirmière, comptaient également des sages-femmes à des postes à responsabilités au niveau national.

Malgré ces progrès, il demeure nécessaire d'intensifier les efforts sur certains points essentiels soulevés dans le rapport de 2011, notamment en ce qui concerne la prise en compte, dans les plans nationaux de santé, des coûts liés aux soins de sage-femme et aux sages-femmes ; la disponibilité d'établissements de santé convenablement dotés en personnel ainsi que leur répartition adéquate ; et la collecte de données relatives au personnel de santé. De même, des recommandations avaient été émises en vue de : garantir la performance des sages-femmes diplômées dans tous les domaines de compétences essentiels définis par les gouvernements et organes réglementaires ; améliorer la qualité et la capacité des sages-femmes à travers l'adoption de normes de formation mondialement reconnues, en prenant soin de maintenir l'équilibre entre apprentissage pratique et théorique ; assurer le recrutement d'enseignants, formateurs et tuteurs ainsi que la préservation et



l'amélioration de leurs compétences dans l'optique de moderniser l'éducation des sages-femmes ; promouvoir la recherche et les activités universitaires ; et concourir à l'émergence de leaders choisies parmi les sages-femmes. Malheureusement, dans le cadre de l'enquête menée pour l'élaboration du rapport 2021, seuls 24 des 75 pays participants ont indiqué imposer l'obligation de formation continue comme condition au renouvellement régulier des autorisations d'exercer en tant que sage-femme, mettant ainsi en lumière la nécessité de réitérer les recommandations susmentionnées pour l'année 2021.

Par ailleurs, le renforcement et la promotion des associations de sages-femmes afin de favoriser le leadership, la collaboration avec les femmes bénéficiaires des services de santé et le plaidoyer ont toujours été des thèmes centraux du rapport sur *l'État de la pratique de sage-femme dans le monde*. Ainsi, le rapport de 2011 observait que les associations professionnelles pouvaient participer de manière non négligeable à l'amélioration du rôle et du statut des sages-femmes dans le domaine politique ainsi que renforcer leur contribution à l'élaboration de plans et politiques de santé. Les associations de sages-femmes jouent en effet un rôle essentiel puisqu'elles permettent de collaborer efficacement non seulement avec les autres associations professionnelles, mais également avec les fédérations régionales et internationales ainsi qu'avec les femmes et les communautés. Le rapport 2011 sur *l'État de la pratique de sage-femme dans le monde* insistait donc sur la nécessité d'établir des modes de gouvernance performants pour ces associations ainsi que de renforcer leur capacité administrative et d'améliorer leur gestion financière – des problématiques qui restent d'actualité.



Archana Verma, infirmière-sage-femme auxiliaire, rendant visite à Babli, pour lui administrer des soins prénatals, village de Kamrawan, district de Barabanki, État de l'Uttar Pradesh, Inde. © Fondation Bill & Melinda Gates/Prashant Panjjar.



Présentation des différents moyens de contraception, Centre Médical Communal de Ratoma, Conakry, Guinée. © UNFPA Guinée.

Le rapport 2014 sur *l'État de la pratique de sage-femme dans le monde* avait quant à lui démontré que les pays à revenu faible ou intermédiaire disposaient rarement de suffisamment de professionnels de SSRMNA pour répondre à leurs besoins sanitaires : une situation qui ne semble pas s'être améliorée en 2021. En effet, si depuis 2014, de nombreux pays ont pu améliorer la disponibilité de leur personnel de santé, d'autres n'ont pour leur part connu aucune amélioration, voire ont enregistré une baisse de disponibilité, principalement en raison de l'inadéquation entre la croissance de leur main-d'œuvre et la croissance de leur population. Le rapport 2014 recommandait donc la collecte de données complètes ventilées concernant le personnel de santé et recensait 10 éléments de données essentiels devant être communiqués par l'ensemble des pays. Cette recommandation n'ayant à ce jour toujours pas été mise en œuvre, la collecte de données fiables demeure un enjeu majeur en 2021.

D'autre part, *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021* semble confirmer les conclusions tirées en 2014, lesquelles posaient les investissements dans le domaine des soins de sage-femme comme la meilleure manière d'améliorer la qualité des soins de santé primaires. En effet, les sages-femmes, en réduisant considérablement le nombre de décès évitables chez les mères et les nouveau-nés ainsi qu'en améliorant leur santé et leur bien-être sont capables d'influer simultanément sur plusieurs paramètres de santé.

Le rapport 2014 a notamment introduit l'approche *Pratique de sage-femme 2030* (reproduite dans la troisième de couverture de ce rapport), laquelle part du

principe que, sauf complications, les femmes enceintes sont en bonne santé et qu'elles nécessitent donc principalement des soins préventifs et des soins de soutien, en ayant toutefois accès, en cas de nécessité, à des soins d'urgence. Cette approche, toujours d'actualité en 2021, promeut des modèles de soins centrés sur la femme et assurés par les sages-femmes, lesquels présentent d'excellents résultats à un coût moindre que les modèles médicalisés. Les recommandations émises dans le cadre du présent rapport s'attachent donc toutes à favoriser la concrétisation de la vision *Pratique de sage-femme 2030* dans tous les pays.

L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021 démontre en effet que lorsque les sages-femmes sont disponibles en nombre suffisant, formées et encadrées conformément à des normes reconnues et qu'il leur est permis de mettre à profit toute l'étendue de leurs compétences au sein d'une équipe intégrée et d'un environnement habilitant, celles-ci sont en mesure de répondre à 90 % des besoins mondiaux en matière d'interventions essentielles de SSRMNA (voir Annexes Web 3 et 5). Malgré ce potentiel considérable, le Chapitre 4 du présent rapport fait observer que les sages-femmes ne représentent qu'une petite minorité du personnel mondial de SSRMNA. En outre, le « besoin satisfait potentiel » estimé dans le Chapitre 4 ainsi que les différents profils de pays partent non seulement du principe que les professionnels de SSRMNA peuvent compter sur une formation et des dispositifs de réglementation de qualité, mais également qu'ils évoluent dans un environnement bienveillant et habilitant. Cependant, l'expérience semble montrer que cela n'est pas toujours le cas pour les sages-femmes.



La mise au sein précoce, Croatie. © Natasha Objava.



Une mère avec son nouveau-né, Katmandou, Népal. © Felicity Copeland.

Dans de nombreux pays, il est donc urgent de mettre en œuvre des actions concertées dans chacun de ces domaines clés, de sorte à pouvoir augmenter la disponibilité et la demande en sages-femmes et leur permettre d'exploiter pleinement leur potentiel. Ce n'est qu'à cette condition que les systèmes de santé pourront réellement bénéficier de la précieuse contribution que les sages-femmes sont en mesure de leur apporter.

Le rapport 2021 sur *l'État de la pratique de sage-femme dans le monde* est la première édition à laquelle tous les États membres de l'OMS ont été invités à participer. En effet, bien que les pays à revenu faible, intermédiaire et élevé ne soient pas toujours confrontés aux mêmes problématiques, notamment en ce qui concerne l'accès aux ressources, les pénuries de personnel, les besoins satisfaits et le niveau de santé général, ils ont toutefois de nombreux besoins communs, particulièrement pour tout ce qui a trait à la formation et au leadership des sages-femmes ainsi qu'à la réglementation de la profession. Cependant, les freins auxquels sont confrontés les pays à l'heure d'exploiter pleinement le personnel de SSRMNA semblent pour leur part varier en fonction du niveau de revenu ; le champ d'activité restreint des sages-femmes dans certains pays affecte négativement aussi bien leur autonomie que les modèles de soin.

En outre, les inégalités de genre auxquelles est exposé le personnel de SSRMNA (et plus largement, le personnel de santé) mettent en lumière la nécessité d'instaurer un environnement réglementaire porteur de changement, particulièrement en ce qui concerne les prestataires de soins de sage-femme, dont les

effectifs sont majoritairement constitués de femmes. Le présent rapport attire également l'attention sur l'importance d'offrir des conditions de travail décentes, exemptes de violences et de discriminations, dans le secteur de la santé, en insistant sur la nécessité de tirer parti du dialogue social pour favoriser la recherche de consensus, la participation démocratique et l'autonomisation du personnel.

Reconstruire en mieux après la Covid-19

Les efforts mondiaux qui succéderont à la pandémie de Covid-19 en vue de construire la résilience face aux futures crises sanitaires constitueront une occasion unique de refaçonner et transformer les services de SSRMNA. Il sera notamment primordial de réaliser des investissements en faveur de l'optimisation et de la croissance des effectifs.

La pandémie a également mis en lumière l'importance d'investir dans les soins de santé primaires pour pouvoir répondre aux besoins sanitaires de la population – besoins auxquels les sages-femmes, en tant que prestataires majeures de soins de santé primaires, sont en mesure de répondre en grande partie, à condition qu'il leur soit permis de pratiquer, en plus des soins de maternité, certains actes actuellement assurés par d'autres professionnels de SSRMNA.

De plus, la crise sanitaire mondiale causée par la Covid-19 a favorisé l'apparition de nouvelles approches pour dispenser les services de SSRMNA et assurer la formation initiale et continue des sages-femmes, lesquelles sont décrites dans le présent rapport. L'évaluation poussée des différents avantages et

inconvenients attachés à ces innovations ainsi que le maintien des pratiques jugées bénéfiques, pourrait donc permettre d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services de santé et des programmes de formation.

Investir massivement : un impératif à l'horizon 2030

L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021 s'attache à promouvoir un accès

universel aux services essentiels de SSRMNA et à lutter pour l'égalité à tous les niveaux du système de santé, tout en prenant garde de ne laisser personne de côté. Les données factuelles de ce rapport peuvent être utilisées pour soutenir les efforts consentis aux niveaux national et infranational en vue de renforcer les effectifs de SSRMNA, et plus particulièrement les effectifs des professionnels de la pratique de sages-femmes.

Quatre domaines d'investissement prioritaires :

INVESTISSEMENTS EN FAVEUR



de la planification, de la gestion et de la réglementation des activités du personnel soignant et en faveur de l'environnement de travail

Systèmes de données relatives au personnel de santé

- Collecter un ensemble minimum de données relatives au personnel de santé et permettant une ventilation en fonction de la catégorie professionnelle et de l'emplacement géographique, dont les données suivantes : densité ; taux d'obtention de diplôme des différents programmes d'enseignement et de formation ; nombre de diplômés commençant à exercer dans l'année ; durée de l'enseignement et de la formation ; taux de recrutement des professionnels de santé étrangers ; et taux de départs volontaires et involontaires dans le secteur de la santé.
- Renforcer les systèmes de données relatives au personnel de santé et établir une distinction claire entre sages-femmes, personnel infirmier et, le cas échéant, infirmiers sages-femmes, de sorte à pouvoir déterminer l'éventail de compétences le plus approprié au sein des équipes, tout en optant pour une répartition des professionnels de santé qui permette de répondre au mieux aux besoins sanitaires de la population. Il pourrait ainsi être pertinent de définir un code CIP propre aux infirmiers sages-femmes.
- Identifier et analyser les différents rôles occupés par les sages-femmes au sein d'environnements non médicaux, comme dans l'enseignement, la gestion, la politique, la recherche, les organes de réglementation, les associations professionnelles et les gouvernements.
- Obtenir une meilleure appréhension du temps consacré par chaque catégorie professionnelle à la prestation de soins de SSRMNA.

Approches de planification des activités du personnel soignant qui reflètent l'autonomie et l'étendue des missions des sages-femmes

- Planifier le déploiement des sages-femmes de sorte à exploiter au maximum leur autonomie ainsi que le large éventail de services de SSRMNA qu'elles sont capables de dispenser.
- Assurer la collaboration, aux niveaux pertinents du système de santé, entre

les établissements d'enseignement et les responsables chargés de la planification des effectifs, de sorte à garantir l'adéquation entre le nombre de diplômés et les capacités d'employabilité du secteur.

Soins de santé primaire, en particulier dans les zones mal desservies

- Organiser les équipes de sorte que la majorité des interventions de SSRMNA soient pratiquées par les sages-femmes, tout en garantissant à ces dernières la possibilité, en cas de besoin, de bénéficier de conseils et de s'en remettre à des professionnels plus compétents. Dans de nombreux pays, celles-ci seront donc amenées, dans le cadre des soins de santé primaire, à prodiguer des soins obstétricaux et néonataux d'urgence.
- Déployer des sages-femmes et autres spécialistes de la SSRMNA, tels que du personnel infirmier spécialisé en santé sexuelle et en soins néonataux, à proximité des lieux de vie des femmes et adolescentes.
- Élaborer et mettre en œuvre des stratégies visant à recruter et maintenir les sages-femmes en poste dans les régions où leur présence est la plus urgente.

Environnements de travail habilitants et favorables à l'égalité des genres

- Mettre en place un environnement politique favorable à l'égalité des genres de sorte à combattre les causes profondes des inégalités de genre au sein du personnel de santé.
- Développer des perspectives de carrière permettant aux sages-femmes d'accéder à des opportunités de formation et d'évolution professionnelle.

Systèmes de réglementation efficaces

- Protéger le public en limitant l'octroi du titre de « sage-femme » aux personnes formées conformément aux normes en vigueur et en permettant aux sages-femmes d'exercer pleinement toute l'étendue de leur champ d'activité.
- Mettre en place des réglementations qui assurent le maintien des compétences des sages-femmes ainsi que leur formation continue.

INVESTISSEMENTS EN FAVEUR



d'un enseignement et d'une formation de qualité pour les sages-femmes

Enseignants et formateurs

- Veiller à ce que l'ensemble des enseignants et formateurs de sages-femmes possèdent les compétences et les connaissances nécessaires pour enseigner et soient en mesure d'assurer leur propre formation continue.
- Développer des plans de carrière qui encouragent les sages-femmes à endosser le rôle d'enseignant et de formateur auprès de la nouvelle génération de sages-femmes.
- Garantir un nombre suffisant de précepteurs compétents et expérimentés pour encadrer et superviser les stages cliniques.

Établissements d'enseignement et de formation

- Créer et/ou renforcer les mécanismes d'accréditation des établissements d'enseignement et de formation publics et privés, de sorte à s'assurer que les sages-femmes soient formées conformément aux normes de compétences en vigueur et puissent délivrer des soins de qualité en toute confiance pour l'ensemble des prestations prévues par leur champ d'activité.
- Concevoir des programmes de formation comprenant : des modules interdisciplinaires visant non seulement à promouvoir la collaboration entre les différents corps de métier et à encourager le travail d'équipe, mais également à favoriser une meilleure appréhension des compétences propres aux sages-femmes et de celles communes à d'autres professionnels de santé ; des modules de préparation et de réponse aux situations d'urgence et aux pandémies (y compris dans le cadre de contextes fragiles et de situations de crise humanitaire) ; et des modules de sensibilisation aux principes de soins respectueux de la personne.

Afin d'être en mesure de pallier la pénurie mondiale de sages-femmes et d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins, davantage d'investissements sont notamment nécessaires dans quatre domaines clés, à savoir : l'enseignement et la formation ; la planification, la gestion et l'encadrement réglementaire des effectifs du personnel de santé et de l'environnement de travail ; le leadership et la gouvernance ; et la prestation de services. Ces investissements doivent être envisagés

aux niveaux national, régional et mondial par les gouvernements, les décideurs politiques, les autorités réglementaires, les institutions d'enseignement, les associations professionnelles, les organisations internationales, les partenariats mondiaux, les organismes donateurs, les organisations de la société civile et les chercheurs. Dans plusieurs de ces domaines, des efforts sont actuellement en cours dans l'objectif de concevoir des mécanismes

INVESTISSEMENTS EN FAVEUR



de l'amélioration de la prestation de services de SSRMNA par les sages-femmes

Communication et partenariats

- Assurer la communication de données factuelles quant aux avantages induits par l'emploi de sages-femmes en tant que prestataires majeures de services de SSRMNA.
- Promouvoir une collaboration continue entre les sages-femmes et les usagers des services de santé, de façon à favoriser la confiance, la communication et le respect mutuel, notamment à travers la recherche, l'écoute et la prise en compte des avis des usagers.
- Traiter et respecter les sages-femmes en tant que partenaires égales aux niveaux local, national, régional et mondial.

Modèles de soins gérés par les sages-femmes

- Instaurer un environnement habilitant propice au développement d'un modèle de continuité des soins assurée par les sages-femmes, notamment à travers la conclusion de partenariats de coopération avec les autres professionnels de santé, comme le personnel infirmier, les obstétriciens, les gynécologues, les anesthésistes, les pédiatres et les néonatalogistes.

Optimisation des fonctions des sages-femmes

- Reconnaître le potentiel des sages-femmes, lesquelles, outre la dispense de soins de maternité (interventions relatives aux droits et à la santé en matière de sexualité et de reproduction, à la promotion des soins autoadministrés, etc.), sont également capables de

Un nouvel arrivant dans la famille, Sydney, Australie.
© Trinh Mai-Guico.

INVESTISSEMENTS EN FAVEUR



du leadership et de la gouvernance par les sages-femmes

- pratiquer un large éventail de services et d'actes de SSRMNA.
- Préparer et autoriser les sages-femmes à répondre aux besoins des groupes d'utilisateurs particulièrement exposés à la discrimination, que celle-ci soit basée sur l'âge, le handicap, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, l'appartenance ethnique ou la religion.
- Préparer et autoriser les sages-femmes à participer aux processus relatifs aux activités d'audit et de collecte des données, y compris dans le cadre du système de surveillance des décès maternels et riposte.

Mise en pratique des enseignements tirés de la Covid-19

- Mettre en application les enseignements tirés de la pandémie de Covid-19 pour construire la résilience face aux futures crises sanitaires, de sorte que celles-ci ne puissent compromettre ni la formation du personnel de SSRMNA, ni la prestation de services, ni l'environnement de travail habilitant.

- Créer des postes à l'attention des sages-femmes aux niveaux national et infranational, y compris, pour les plus expérimentées, au sein du ministère de la Santé, de sorte que celles-ci soient représentées dans chaque organe de prise de décisions relatives à la SSRMNA.
- Impliquer les sages-femmes dans les décisions politiques les concernant, ainsi que dans les activités relatives à la planification, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de programmes aux niveaux infranational, national, régional et mondial.
- Construire et renforcer la capacité institutionnelle des sages-femmes à exercer leur leadership et leur plaidoyer, de sorte à permettre une amélioration de la qualité des soins et une participation accrue des sages-femmes dans les processus de prise de décision et de planification liés aux politiques de santé.



Mener des recherches approfondies sur la pratique de sage-femme et mettre en œuvre des actions concrètes, étayées par les données recueillies.

Associations de sages-femmes

et outils, y compris des cadres de travail, destinés à renforcer la pratique de sage-femme (34, 150) ainsi qu'à permettre l'évaluation et l'accréditation des établissements de formation (51, 63, 151), notamment avec l'élaboration d'un plan d'action visant à accroître la qualité de l'éducation des sages-femmes (51).

L'État de la pratique de sage-femme dans le monde : programme de recherche

L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021 a permis de mettre en avant un certain nombre de lacunes dans notre connaissance du personnel de SSRMNA, et en particulier des sages-femmes, posant ainsi la nécessité de recherches plus approfondies. Dans cette optique, une alliance mondiale pour la recherche sur la pratique de sage-femme a été mise en place, celle-ci se concentrant sur trois objectifs prioritaires, identifiés dans le cadre de la collection publiée en 2014 par *The Lancet* sur la profession de sage-femme : i) étudier, dans des contextes variés, l'incidence de la qualité des soins maternels et néonataux, et en particulier des soins délivrés par les sages-femmes, sur la santé des mères et des nouveau-nés ainsi que sur les autres questions de santé associées ; ii) identifier et décrire les différents aspects des soins ayant pour effet d'optimiser ou d'altérer la physiologie des femmes enceintes et de leur fœtus/nouveau-né/nourrisson ; et iii) déterminer les indicateurs, méthodes et critères de mesure les mieux indiqués

pour évaluer, en prenant en compte l'opinion des femmes enceintes, la qualité des soins maternels et néonataux dans des contextes divers ; puis en développer de nouveaux, de sorte à combler les lacunes identifiées (152).

Outre ces objectifs de recherche prioritaires, le programme de recherche du rapport 2021 prévoit les actions suivantes :

- étudier les pays offrant plusieurs parcours de formation à la profession de sage-femme, de sorte à comparer les compétences des diplômés issus de ces différents parcours et à déterminer la manière dont ces derniers sont déployés ainsi que leurs lieux d'affectation ;
- faire le bilan sur les nouvelles approches adoptées ainsi que sur les progrès effectués en vue d'assurer la formation du personnel aux besoins de SSRMNA spécifiques aux adolescents, lesquels représentent une part non négligeable des usagers des services de santé ;
- conduire une analyse approfondie des données infranationales relatives au personnel de SSRMNA ;
- examiner les raisons expliquant les différences de champ d'activité des sages-femmes en fonction des pays et des régions ;
- analyser le rôle des sages-femmes dans la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales ;
- évaluer les forces et faiblesses des approches mises en place durant la pandémie de Covid-19 et émettre des recommandations en vue d'assurer, au cours de futures pandémies ou d'autres situations d'urgence de santé publique, la continuité des activités de formation de sages-femmes ainsi que des services essentiels de soins de sage-femme et de SSRMNA.

L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021 ainsi que son programme de recherche ont été conçus pour aider à améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité du personnel de SSRMNA aux quatre coins de la planète. L'ensemble des parties prenantes sont donc encouragées à utiliser ce support pour orienter leur planification stratégique à l'horizon 2030, et au-delà.

Besoin en professionnels de SSRMNA* : Temps de travail des professionnels de SSRMNA nécessaire pour atteindre une couverture universelle des interventions de SSRMNA essentielles mentionnées dans la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent*.

Besoins potentiels satisfaits* : Pourcentage du temps de travail des professionnels de santé nécessaire pour assurer la couverture universelle des interventions de SSRMNA essentielles qui pourraient être effectuées par le personnel actuel s'il était formé aux normes mondiales, équitablement réparti et déployé dans un environnement de travail propice.

Continuité des soins assurée par la sage-femme : Les modèles de continuité des soins assurée par la sage-femme, dans lesquels la femme est prise en charge par une sage-femme ou un petit groupe de sages-femmes qui l'accompagnent tout au long de la période prénatale, de l'accouchement et de la période postnatale, sont recommandés pour les femmes enceintes dans les environnements dotés de programmes de formation des sages-femmes performants.¹

Demande en professionnels de SSRMNA* : Nombre de professionnels de SSRMNA que le système de santé d'un pays peut employer, à l'aune des financements alloués à ces postes ou de la demande économique en services de SSRMNA.

Effectifs de professionnels de santé : Nombre de professionnels de santé disponibles pour assurer des services cliniques.

Équivalent dédié à la SSRMNA (EDS)* : Effectif ajusté en fonction du pourcentage du temps clinique consacré à la SSRMNA, afin d'estimer la durée du temps clinique que les professionnels de santé peuvent réserver aux interventions de SSRMNA.

Évolution de la notion de genre : Faire évoluer la notion de genre consiste à examiner, remettre en question et modifier activement les normes de genre rigides et les déséquilibres de pouvoir qui donnent aux hommes et aux garçons l'avantage sur les femmes et les filles. Il s'agit d'éliminer les causes fondamentales des inégalités de genre et de redéfinir les relations de pouvoir inégalitaires : l'objectif n'est pas seulement d'améliorer la situation individuelle des femmes et des filles, mais de corriger les dynamiques et structures de pouvoir qui renforcent les inégalités liées au genre.²

Genre : Ensemble des constructions sociales attribuant des caractéristiques précises aux femmes, aux hommes, aux filles et aux garçons. Le genre est un concept social ; par conséquent, il varie d'une société à une autre, mais aussi au fil du temps. Il s'agit d'un système hiérarchisé producteur d'inégalités, qui s'ajoutent aux autres inégalités sociales et économiques. Sans en être synonyme, le genre est lié à la notion de sexe, laquelle désigne les caractéristiques biologiques et physiologiques des femmes, des hommes et des personnes intersexes, par exemple les chromosomes, les hormones et les organes reproducteurs.³

Infirmier ou infirmière : L'infirmière est une personne qui a suivi un programme d'enseignement infirmier, qui possède les qualifications requises et qui est habilitée dans son pays à exercer la fonction d'infirmière. La formation de base en soins infirmiers consiste en un programme d'études officiellement sanctionné et offrant une solide formation dans les sciences de la vie, les sciences comportementales et les sciences infirmières nécessaires

à la pratique générale des soins infirmiers et à l'exercice d'un rôle de direction et d'animation ; l'enseignement doit également préparer l'infirmière à une éventuelle formation supérieure et spécialisée. L'infirmière est formée pour et est autorisée à : i) exercer dans le domaine général de la pratique infirmière, y compris la promotion de la santé, la prévention de la maladie et la prise en charge des personnes souffrant de maladies mentales et physiques et handicapées, dans tous les contextes de soins de santé et communautaires ; ii) dispenser un enseignement relatif aux soins de santé ; iii) participer aux travaux de l'équipe soignante en tant que membre à part entière ; iv) superviser et former des auxiliaires de santé et de soins infirmiers ; et v) participer à la recherche.⁴

Infirmière-sage-femme ou infirmier-sage-femme* : Dans les comptes nationaux des personnels de santé (CNPS), les pays ont indiqué le nombre d'infirmiers professionnels et infirmiers auxiliaires « formés aux pratiques de sage-femme », c'est-à-dire qui ont « suivi avec succès une formation aux soins de sage-femme et acquis les qualifications requises pour être enregistrés et/ou légalement habilités à pratiquer le métier de sage-femme ». Dans le cadre de *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021*, ces « infirmiers formés aux pratiques de sage-femme » sont appelés « infirmiers sages-femmes », mais tous les pays n'emploient pas ce terme et toutes les personnes de cette catégorie n'effectuent pas nécessairement des soins de sage-femme.

Leadership (des sages-femmes)* : Le leadership, tel que défini dans l'enquête de l'ICM, peut désigner différents titres exécutifs, de direction et de supervision, notamment, en ce qui concerne les sages-femmes :

- des fonctions au ministère de la Santé (par exemple : sage-femme en chef, sage-femme conseillère, responsable des sages-femmes au niveau national, ou différents postes de conseil en matière de maternité) ;
- des postes de direction de maternités régionales ou locales (par exemple : sage-femme directrice, sage-femme conseillère auprès de la direction ou de l'équipe dirigeante, sage-femme responsable d'une unité ou d'un service de maternité) ;
- des postes de direction d'associations professionnelles de sages-femmes (par exemple : présidente ou président, responsable, directeur ou directrice) ;
- des postes de direction des autorités chargées de réglementer les pratiques des sages-femmes (par exemple : directrice ou directeur du Conseil des sages-femmes, responsable, directeur ou directrice) ;
- des postes de direction de programmes de formation de sages-femmes (par exemple : directrice ou directeur d'une école de sages-femmes, directrice ou directeur du département d soins de sage-femme, responsable du programme d soins de sage-femme).

Médecins pratiquant des activités de SSRMNA* : Médecins généralistes, obstétriciens, gynécologues et pédiatres.

Part de la demande satisfaite* : Proportion de professionnels en « équivalent dédié à la SSRMNA » (EDS) projeté en 2030, en pourcentage du nombre de professionnels EDS qu'un pays devrait être financièrement capable d'employer en 2030 selon les prévisions.

Personnel infirmier à l'exception des personnes formées aux soins de sage-femme* : Toutes les personnes titulaires d'une qualification en soins infirmiers (infirmiers professionnels et auxiliaires professionnels) à l'exception des infirmiers professionnels et auxiliaires formés aux soins de sage-femme qui sont inclus dans le « personnel soins de sage-femme » et décomptés à ce titre du personnel infirmier général.

Prestataires de soins de sage-femme* : Ensemble des personnes qui ont suivi avec succès un programme de formation en soins de sage-femme, qu'il s'agisse de sages-femmes (professionnelles ou auxiliaires professionnelles) ou d'infirmières et d'infirmiers (professionnels ou auxiliaires) formés dans ce domaine. Les personnes qui ont suivi une formation en soins de sage-femme ne répondent pas obligatoirement à la définition de « sage-femme » ci-dessus. Aux fins du présent rapport, les infirmières et infirmiers formés en soins de sage-femme n'ont pas été comptés comme faisant partie du personnel infirmier.

Sage-femme : La sage-femme est une personne professionnelle et responsable qui travaille conjointement avec les femmes pour leur donner un appui essentiel, ainsi que des conseils et des soins nécessaires au cours de la grossesse, lors de l'accouchement et dans la période post-partum. Elle doit être en mesure de prendre toute responsabilité lors d'un accouchement, et de prodiguer les soins nécessaires au nouveau-né et au nourrisson. Ces soins incluent des mesures préventives, la promotion de l'accouchement normal, le dépistage

des signes de complications, tant chez la mère que chez le bébé, le recours à l'assistance médicale ou à une assistance d'un autre ordre en cas de besoin, et l'exécution de mesures d'urgence. La sage-femme joue un rôle important comme conseillère en matière de santé et d'éducation, non seulement pour les femmes mais aussi au sein de la famille et de la communauté. Son travail devrait comprendre l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parent ; son intervention peut aussi s'étendre à la santé de la femme, à la santé sexuelle ou reproductive et aux soins aux enfants. La pratique de sage-femme peut être exercée dans tous les endroits, y compris à domicile, dans la communauté, en milieu hospitalier ou en clinique, et dans les unités sanitaires.⁵

Soins de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et des adolescents (SSRMNA) : Ensemble des soins de santé sexuelle et reproductive, de santé maternelle et néonatale, y compris pour les adolescents. La santé sexuelle recouvre non seulement les conseils et les soins liés à la procréation et aux infections sexuellement transmissibles, mais aussi l'amélioration de la vie et des relations personnelles. La santé de la reproduction permet à tous d'avoir une vie sexuelle responsable, satisfaisante et sans danger, d'avoir des enfants et de décider si, quand et à quelle fréquence ils veulent en avoir.⁶

Soins dirigés par la sage-femme : La sage-femme est le principal professionnel fournisseur de soins de santé, responsable de la planification, de l'organisation et de la dispense des soins.⁷

* Ce terme est spécifique à *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021* et ne relève pas d'une terminologie normalisée.

RÉFÉRENCES DU GLOSSAIRE

1. Recommandations de l'OMS : Sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>, page consultée le 9 mars 2021).
2. Technical note on gender-transformative approaches in the global programme to end child marriage phase II: a summary for practitioners. New York : Fonds des Nations unies pour l'enfance, 2019 (<https://www.unicef.org/media/58196/file>, page consultée le 8 février 2021).
3. Gender and health. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2021 (https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1, page consultée le 3 mars 2021).
4. Définition d'une infirmière. Genève : Conseil international des infirmières, 1987 (<https://www.icn.ch/fr/politique-infirmiere/definitions>, page consultée le 20 février 2021).
5. Définition internationale de la sage-femme. La Haye : Confédération internationale des sages-femmes, 2017 (https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2020/07/cd0002_v201706_fr_dfnition-internationale-de-la-sage-femme-de-licm.pdf, page consultée le 8 avril 2021).
6. Sexual and reproductive health. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/sexual-and-reproductive-health>, page consultée le 8 février 2021).
7. Déclaration : Midwifery led care, the first choice for all women. La Haye : Confédération internationale des sages-femmes, 2017 (<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-midwifery-led-care-the-first-choice-for-all-women.pdf>, page consultée le 16 février 2021).

1. Protect the progress: rise, refocus and recover. 2020 progress report on the Every Woman Every Child strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030). Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336219>, accessed 8 March 2021).
2. World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund, World Bank Group, United Nations Population Division. Maternal mortality: levels and trends 2000 to 2017. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>, accessed 8 March 2021).
3. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. A neglected tragedy: the global burden of stillbirths. New York: United Nations Children's Fund; 2020 (<https://www.unicef.org/reports/neglected-tragedy-global-burden-of-stillbirths-2020>, accessed 8 March 2021).
4. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels and trends in child mortality: 2020 report. New York: United Nations Children's Fund; 2020 (https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/unpd_2020_levels-and-trends-in-child-mortality-igme.pdf, accessed 8 March 2021).
5. Global delivery care coverage and trends 2014–2019. New York: United Nations Children's Fund; 2020 (<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>, accessed 12 February 2021).
6. Family planning. New York: United Nations Population Fund; 2021 (<https://www.unfpa.org/family-planning>, accessed 30 April 2021).
7. Sully E, Biddlecom A, Darroch JE, Riley T, Ashford LS, Lince-Deroche N, et al. Adding it up: investing in sexual and reproductive health 2019. New York: The Guttmacher Institute; 2020 (<https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019#>, accessed 30 April 2021).
8. Endler M, Al-Haidari T, Benedetto C, Chowdhury S, Christilaw J, El Kak F, et al. How the coronavirus disease 2019 pandemic is impacting sexual and reproductive health and rights and response: results from a global survey of providers, researchers, and policy-makers. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020. doi: 10.1111/aogs.14043.
9. Every Woman Every Child. The global strategy for women's, children's and adolescents' health 2016–2030. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/>, accessed 9 March 2021).
10. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York: United Nations; 2015 (<https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>, accessed 17 March 2021).
11. Human rights and the 2030 agenda for sustainable development. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights; 2021 (<https://www.ohchr.org/en/issues/SDGS/pages/the2030agenda.aspx>, accessed 7 February 2021).
12. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/, accessed 17 March 2021).
13. Oliver K, Parolin Z. Assessing the policy and practice impact of an international policy initiative: the State of the World's Midwifery 2014. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):499. doi: 10.1186/s12913-018-3294-4.
14. International standard classification of occupations (ISCO). Geneva: International Labour Organization; 2008 (<https://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/index.htm>, accessed 6 February 2021).
15. Partnerships between professional midwives and traditional caregivers with midwifery skills. The Hague: International Confederation of Midwives; 2008 (<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-partnerships-between-midwives-and-traditional-caregivers.pdf>, accessed 15 February 2021).
16. State of the world's nursing. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>, accessed 8 March 2021).
17. High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Working for health and growth: investing in the health workforce. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/hrh/com-heeg/reports/en/>, accessed 8 March 2021).
18. National health workforce accounts (NHWA). Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/hrh/statistics/nhwa/en/>, accessed 7 February 2021).
19. International Confederation of Midwives, Direct Relief. Global midwives hub. Santa Barbara: Direct Relief; 2021 (<https://www.globalmidwiveshub.org/>, accessed 15 February 2021).
20. Sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health policy survey 2018–19. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-survey-reports/srmncah-policy-survey-2018-full-report-pt-1.pdf?sfvrsn=930f5059_2, accessed 8 March 2021).
21. Aith F, Castilla Martinez M, Cho M, Dussault G, Harris M, Padilla M, et al. Is COVID-19 a turning point for the health workforce? *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44:e102. doi: 10.26633/RPSP.2020.102.
22. Call to action: COVID-19. Geneva: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; 2020 (<https://www.who.int/pmnch/media/news/2020/PMNCH-Call-to-Action-C19.pdf?ua=1>, accessed 6 February 2021).
23. United Nations Population Fund, World Health Organization, International Confederation of Midwives. State of the world's midwifery: delivering health, saving lives. New York: United Nations Population Fund; 2011 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/en_SOWMR_Full.pdf, accessed 17 March 2021).
24. United Nations Population Fund, World Health Organization, International Confederation of Midwives. State of the world's midwifery: a universal pathway. A woman's right to health. New York: United Nations Population Fund; 2014 (<https://www.unfpa.org/sowmy>, accessed 8 March 2021).
25. Nove A, Boyce M. The state of the Pacific's reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health workforce. Suva: United Nations Population Fund Pacific Sub-Regional Office; 2019 (<https://pacific.unfpa.org/en/publications/state-pacifics-rmncah-workforce-2019-report>, accessed 8 March 2021).
26. Nove A, Boyce M, Michel-Schuld M. Analysis of the sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health workforce in East and Southern Africa. Johannesburg: United Nations Population Fund East and Southern Africa Regional Office; 2017 (<https://esaro.unfpa.org/en/publications/state-worlds-midwifery-analysis-sexual-reproductive-maternal-newborn-and-adolescent>, accessed 8 March 2021).
27. Nove A, Guerra-Arias M, Pozo-Martin P, Homer C, Matthews Z. Analysis of the midwifery workforce in selected Arab countries. Cairo: United Nations Population Fund Arab States Regional Office; 2015 (<https://arabstates.unfpa.org/en/publications/analysis-midwifery-workforce-selected-arab-countries>, accessed 22 March 2021).
28. Camacho AV, Land S, Thompson JE. Strengthening midwifery in Latin America and the Caribbean: a report on the collaboration between the Regional Office for Latin America and the Caribbean of the United Nations Population Fund and the International Confederation of Midwives, 2011–2014. Panama City: Regional Office for Latin America and the Caribbean of the United Nations Population Fund; 2014.
29. Kanem N. Midwives – defenders of women's rights. Bangkok: United Nations Population Fund; 2019 (<https://asiapacific.unfpa.org/en/news/midwives%E2%80%94defenders-womens-rights#:~:text=Midwives%20are%20public%20health%20heroes,the%20most%20basic%20human%20rights>, accessed 6 February 2021).
30. Nove A, Friberg IK, de Bernis L, McConville F, Moran AC, Najjemba M, et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. *Lancet Glob Health.* 2021;9(1):e24–e32. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30397-1.
31. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016(4):CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.

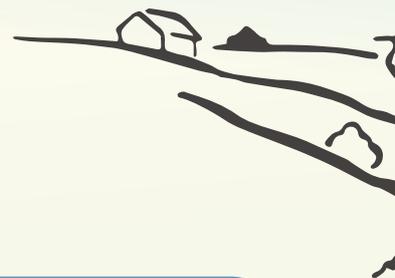
32. Chapman A, Nagle C, Bick D, Lindberg R, Kent B, Calache J, et al. Maternity service organisational interventions that aim to reduce caesarean section: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):206. doi: 10.1186/s12884-019-2351-2.
33. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129–45. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3.
34. Nove A, Hoop-Bender PT, Moyo NT, Bokosi M. The midwifery services framework: what is it, and why is it needed? *Midwifery*. 2018;57:54–8. doi: 10.1016/j.midw.2017.11.003.
35. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>, accessed 9 March 2021).
36. Medley N, Vogel JP, Care A, Alfirevic Z. Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;11(11):CD012505. doi: 10.1002/14651858.CD012505.pub2.
37. Tracy SK, Hartz DL, Tracy MB, Allen J, Forti A, Hall B, et al. Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. *Lancet*. 2013;382:1723–32. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61406-3.
38. Tracy SK, Welsh A, Hall B, Hartz D, Lainchbury A, Bisits A, et al. Caseload midwifery compared to standard or private obstetric care for first time mothers in a public teaching hospital in Australia: a cross sectional study of cost and birth outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(46). doi: 10.1186/1471-2393-14-46.
39. Dixon L, Guilliland K, editors. Continuity of midwifery care in Aotearoa New Zealand: partnership in action. Christchurch, New Zealand: New Zealand College of Midwives; 2019 (<https://www.midwife.org.nz/midwives/publications/continuity-of-care-in-aotearoa/>, accessed 17 March 2021).
40. Guilliland K, Pairman S. The midwifery partnership: a model for practice. Wellington, New Zealand: Department of Nursing and Midwifery, Victoria University of Wellington; 1995.
41. Pairman S. Women-centred midwifery: partnerships or professional friendships? In: Kirkham M, editor. *The midwife–mother relationship*. London: Macmillan; 2000.
42. Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, Ancona C, Campbell J, Channon A, et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *Lancet*. 2014;384(9949):1215–25. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60919-3.
43. Road map for accelerating the reduction of maternal and neonatal morbidity and mortality in Malawi. Lilongwe: Republic of Malawi Ministry of Health; 2012 (<https://www.healthynetwork.org/hnn-content/uploads/Malawi-Roadmap-for-Reducing-MN-mortality-2012.pdf>, accessed 8 March 2021).
44. The DHS Program. STATcompiler. Washington DC: USAID; 2021 (<https://www.statcompiler.com/en/>, accessed 5 February 2021).
45. Ir P, Korachais C, Chheng K, Horemans D, Van Damme W, Meessen B. Boosting facility deliveries with results-based financing: a mixed-methods evaluation of the government midwifery incentive scheme in Cambodia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:170. doi: 10.1186/s12884-015-0589-x.
46. Cronie DJ. Hospital midwives: an examination of the role, diversity and practice conditions of Dutch hospital midwives. Maastricht: Maastricht University; 2019. doi: 10.26481/dis.20191003dc.
47. Waelput AJM, Sijpkens MK, Legendijk J, van Minde MRC, Raat H, Ernst-Smelt HE, et al. Geographical differences in perinatal health and child welfare in the Netherlands: rationale for the healthy pregnancy 4 all-2 program. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):254. doi: 10.1186/s12884-017-1425-2.
48. Kansrijke Start. Amsterdam: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; 2018 (<https://www.kansrijkestart.nl/>, accessed 13 March 2021).
49. Hingstman L, Kenens R. Cijfers uit de registratie van verloskundigen. Peiling 2008. Utrecht: Nivel; 2009 (<https://www.nivel.nl/nl/publicatie/cijfers-uit-de-registratie-van-verloskundigen-peiling-2008>, accessed 17 March 2021).
50. Gavine A, MacGillivray S, McConville F, Gandhi M, Renfrew MJ. Pre-service and in-service education and training for maternal and newborn care providers in low- and middle-income countries: an evidence review and gap analysis. *Midwifery*. 2019;78:104–13. doi: 10.1016/j.midw.2019.08.007.
51. World Health Organization, United Nations Population Fund, United Nations Children’s Fund, International Confederation of Midwives. Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030: framework for action. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/midwifery/strengthening-midwifery-education/en/, accessed 8 March 2021).
52. Graf J, Simoes E, Blaschke S, Plappert CF, Hill J, Riefert MJ, et al. Academisation of the midwifery profession and the implementation of higher education in the context of the new requirements for licensure. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2020;80(10):1008–15. doi: 10.1055/a-1138-1948.
53. Bogren M, Banu A, Parvin S, Chowdhury M, Erlandsson K. Findings from a context specific accreditation assessment at 38 public midwifery education institutions in Bangladesh. *Women Birth*. 2021;34(1):e76–e83. doi: 10.1016/j.wombi.2020.06.009.
54. Ahmadi G, Shahriari M, Keyvanara M, Kohan S. Midwifery students’ experiences of learning clinical skills in Iran: a qualitative study. *Int J Med Educ*. 2018;9:64–71. doi: 10.5116/ijme.5a88.0344.
55. Homer CSE, Turkmani S, Rumsey M. The state of midwifery in small island Pacific nations. *Women Birth*. 2017;30(3):193–9. doi: 10.1016/j.wombi.2017.02.012.
56. Homer CSE, Castro Lopes S, Nove A, Michel-Schuldt M, McConville F, Moyo NT, et al. Barriers to and strategies for addressing the availability, accessibility, acceptability and quality of the sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health workforce: addressing the post-2015 agenda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):55. doi: 10.1186/s12884-018-1686-4.
57. Filby A, McConville F, Anayda P. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low- and middle-income countries from the provider perspective. *PLoS ONE*. 2016;11(5):e0153391. doi: 10.1371/journal.pone.0153391.
58. Strengthening quality midwifery education: meeting report, July 25–26 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259278/WHO-FWC-MCA-17.12-eng.pdf?sequence=1>, accessed 17 March 2021).
59. McFadden A, Gupta S, Marshall JL, Shinwell S, Sharma B, McConville F, et al. Systematic review of barriers to, and facilitators of, the provision of high-quality midwifery services in India. *Birth*. 2020;47(4):304–21. doi: 10.1111/birt.12498.
60. Regional offices. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/about/who-we-are/regional-offices>, accessed 2 April 2021).
61. World Bank country and lending groups. Washington DC: World Bank; 2021 (<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>, accessed 2 April 2021).
62. Nove A, Pairman S, Bohle LF, Garg S, Moyo NT, Michel-Schuldt M, et al. The development of a global midwifery education accreditation programme. *Glob Health Action*. 2018;11(1):1489604. doi: 10.1080/16549716.2018.1489604.
63. Midwifery education accreditation programme (MEAP). The Hague: International Confederation of Midwives; 2021 (<https://www.internationalmidwives.org/icm-publications/meap.html>, accessed 7 March 2021).
64. Bogren M, Kaboru BB, Berg M. Barriers to delivering quality midwifery education programmes in the Democratic Republic of Congo – an interview study with educators and clinical preceptors. *Women Birth*. 2021;34(1):e67–e75. doi: 10.1016/j.wombi.2020.06.004.
65. Bogren MU, Wiseman A, Berg M. Midwifery education, regulation and association in six South Asian countries – a descriptive report. *Sex Reprod Healthc*. 2012;3(2):67–72. doi: 10.1016/j.srhc.2012.03.004.

66. Task sharing to improve access to family planning/contraception. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/task-sharing-access-fp-contraception/en/>, accessed 30 January 2021).
67. Furuta M. 2020 international year of midwifery – in the midst of a pandemic. *Midwifery*. 2020;87:102739. doi: 10.1016/j.midw.2020.102739.
68. COVID-19 advice for students and educators. Canberra City: Australian College of Midwives; 2021 (<https://www.midwives.org.au/covid-19-advice-students-and-educators>, accessed 1 February 2021).
69. Morin KH. Nursing education after COVID-19: same or different? *J Clin Nurs*. 2020;29(17-18):3117–9. doi: 10.1111/jocn.15322.
70. Luyben A, Fleming V, Vermeulen J. Midwifery education in COVID-19-time: challenges and opportunities. *Midwifery*. 2020;89:102776. doi: 10.1016/j.midw.2020.102776.
71. NMC statement: enabling student education and supporting the workforce. London: Nursing and Midwifery Council; 2021 (<https://www.nmc.org.uk/news/news-and-updates/statement-enabling-student-education-and-supporting-the-workforce/>, accessed 1 February 2021).
72. Renfrew MJ, Bradshaw G, Burnett A, Byrom A, Entwistle F, King K, et al. Sustaining quality education and practice learning in a pandemic and beyond: 'I have never learnt as much in my life, as quickly, ever'. *Midwifery*. 2021;94:102915. doi: 10.1016/j.midw.2020.102915.
73. Midwives during COVID-19 – a position statement from the professional midwives associations of Latin America. The Hague: International Confederation of Midwives; 2020 (<https://internationalmidwives.org/icm-news/midwives-during-covid-19-a-position-statement-from-the-professional-midwives-associations-of-latin-america.html>, accessed 10 February 2021).
74. Promoción de salud mujer y RN / obstetricia UChile. Santiago: University of Chile; 2021 (https://www.youtube.com/channel/UCW8wGp1N58bf_DldDs4ioQ, accessed 10 February 2021).
75. Recursos de interés. Santiago: University of Chile; 2021 (<http://deptopromomujeryrn.med.uchile.cl/wp/>, accessed 10 February 2021).
76. Repositorio UNFPA. Santiago: University of Chile; 2021 (<http://depto-promomujeryrn.med.uchile.cl/wp/repositorio-unfpa/>, accessed 10 February 2021).
77. Covid-19 educational materials. Couva, Trinidad: Caribbean Regional Midwives Association; 2021 (<https://caribbeanregionalmidwivesassociation.com/covid-19-pandemic/>, accessed 10 February 2021).
78. Hobbs AJ, Moller AB, Kachikis A, Carvajal-Aguirre L, Say L, Chou D. Scoping review to identify and map the health personnel considered skilled birth attendants in low- and middle-income countries from 2000–2015. *PLoS ONE*. 2019;14(2):e0211576. doi: 10.1371/journal.pone.0211576.
79. World Health Organization, United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund, International Confederation of Midwives, International Council of Nurses, International Federation of Gynecology and Obstetrics, et al. Definition of skilled health personnel providing care during childbirth. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/definition-of-skilled-health-personnel-providing-care-during-childbirth>, accessed 6 February 2021).
80. Decade for health workforce strengthening in the South-East Asia Region 2015–2024: second review of progress. Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274310>, accessed 9 March 2021).
81. ten Hoope-Bender P, Nove A, Sochas L, Matthews Z, Homer CSE, Pozo-Martin F. The 'dream team' for sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health: an adjusted service target model to estimate the ideal mix of health care professionals to cover population need. *Hum Resour Health*. 2017;15:46. doi: 10.1186/s12960-017-0221-4.
82. Langlois ÉV, Miszkurka M, Zunzunegui MV, Ghaffar A, Ziegler D, Karp I. Inequities in postnatal care in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2015;93:259–70. doi: 10.2471/BLT.14.140996.
83. Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January–March 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services/national-pulse-survey-on-continuity-of-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic>, accessed 26 April 2021).
84. Sharma KA, Zangmo R, Kumari A, Roy KK, Bharti J. Family planning and abortion services in COVID 19 pandemic. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2020;59(6):808–11. doi: 10.1016/j.tjog.2020.09.005.
85. Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337333/WHO-2019-nCoV-health_workforce-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, accessed 17 March 2021).
86. Keep health workers safe to keep patients safe. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>, accessed 5 February 2021).
87. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, Joshi AD, Guo C-G, Ma W, et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Health*. 2020;5(9):e475–e83. doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30164-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X).
88. COVID-19: health worker death toll rises to at least 17000 as organizations call for rapid vaccine rollout. London: Amnesty International; 2021 (https://www.amnesty.org/en/latest/news/2021/03/covid19-health-worker-death-toll-rises-to-at-least-17000-as-organizations-call-for-rapid-vaccine-rollout/?utm_source=TWITTER-IS&utm_medium=social&utm_content=4546684499&utm_campaign=Other&utm_term=Making_the_Case_for_Human_Rights-No, accessed 13 March 2021).
89. Laporan Covid-19. Jakarta: Digital Center for Indonesian Health Workers; 2021 (<https://nakes.laporcovid19.org/>, accessed 6 February 2021).
90. International Council of Nurses: COVID-19 update, 13 January 2021. Geneva: International Council of Nurses; 2021 (<https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20COVID19%20update%20report%20FINAL.pdf>, accessed 6 February 2021).
91. McKay D, Heisler M, Mishori R, Catton H, Kloiber O. Attacks against health-care personnel must stop, especially as the world fights COVID-19. *Lancet*. 2020;395(10239):1743–5. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31191-0.
92. Global call to action: protecting midwives to sustain care for women, newborns and their families in the COVID-19 pandemic. The Hague: International Confederation of Midwives; 2020 (<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/news-files/2020/05/1call-to-action.pdf>, accessed 13 February 2021).
93. Bourgeault IL, Maier CB, Dieleman M, Ball J, Mackenzie A, Nancarrow S, et al. The COVID-19 pandemic presents an opportunity to develop more sustainable health workforces. *Hum Resour Health*. 2020;18:83. doi: 10.1186/s12960-020-00529-0.
94. Castro Lopes S, Guerra-Arias M, Buchan J, Pozo-Martin F, Nove A. A rapid review of the rate of attrition from the health workforce. *Hum Resour Health*. 2017;15(1):21. doi: 10.1186/s12960-017-0195-2.
95. Liu JX, Goryakin Y, Maeda A, Bruckner T, Scheffler R. Global health workforce labor market projections for 2030. *Hum Resour Health*. 2017;15(1):11. doi: 10.1186/s12960-017-0187-2.
96. Rehnström Loi U, Gemzell-Danielsson K, Faxelid E, Klingberg-Allvin M. Health care providers' perceptions of and attitudes towards induced abortions in sub-Saharan Africa and Southeast Asia: a systematic literature review of qualitative and quantitative data. *BMC Public Health*. 2015;15:139. doi: 10.1186/s12889-015-1502-2.
97. Haddad LB, Nour NM. Unsafe abortion: unnecessary maternal mortality. *Rev Obstet Gynecol*. 2009;2(2):122–6. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19609407>, accessed 17 March 2021).
98. Buchan J, Couper ID, Tangcharoensathien V, Thepannya K, Jaskiewicz W, Perfilieva G, et al. Early implementation of WHO recommendations for the retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ*. 2013;91(11):834–40. doi: 10.2471/BLT.13.119008.

99. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/>, accessed 8 March 2021).
100. Matthews Z, Rawlins B, Duong J, Molla YB, Moran AC, Singh K, et al. Geospatial analysis for reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health: gaps and opportunities. *BMJ Glob Health*. 2019;4(Suppl 5):e001702. doi: 10.1136/bmjgh-2019-001702.
101. WorldPop, University of Louisville, Université de Namur, Columbia University. Global high resolution population denominators project. Southampton, UK: WorldPop; 2018 (<https://www.worldpop.org/doi/10.5258/SOTON/WP00646>, accessed 4 February 2021).
102. WorldPop (University of Southampton School of Geography and Environmental Science). Ghana 1km births. Version 2.0 2015 estimates of numbers of live births per grid square, with national totals adjusted to match UN national estimates on numbers of live births. Southampton, UK: WorldPop; 2017.
103. WorldPop (University of Southampton School of Geography and Environmental Science). Ghana 1km pregnancies. Version 2.0 2015 estimates of numbers of pregnancies per grid square, with national totals adjusted to match national estimates on numbers of pregnancies made by the Guttmacher Institute. Southampton, UK: WorldPop; 2017.
104. Ghana demographic and health survey 2014. Rockville: Ghana Statistical Service, Ghana Health Service and ICF International; 2015 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR307/FR307.pdf>, accessed 17 March 2021).
105. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gulmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health*. 2014;11(1):71. doi: 10.1186/1742-4755-11-71.
106. Hartz DL, Blain J, Caplice S, Allende T, Anderson S, Hall B, et al. Evaluation of an Australian Aboriginal model of maternity care: The Malabar Community Midwifery Link Service. *Women Birth*. 2019;32(5):427–36. doi: 10.1016/j.wombi.2019.07.002.
107. Proujansky A. The black midwives changing care for women of color – photo essay. *The Guardian*. 25 July 2019 (<https://www.theguardian.com/society/2019/jul/24/black-midwives-photo-essay>, accessed 9 March 2021).
108. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Nogueira Pileggi V, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG*. 2017;125(8):932–42. doi: 10.1111/1471-0528.15015.
109. Respectful maternity care charter, 2018 update. Washington DC: White Ribbon Alliance; 2018 (<https://www.whiteribbonalliance.org/respectful-maternity-care-charter/>, accessed 12 February 2021).
110. Bohren MA, Vogel JP, Tuncalp O, Fawole B, Titiloye MA, Olutayo AO, et al. “By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her”: A qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. *SSM Popul Health*. 2016;2:640–55. doi: 10.1016/j.ssmph.2016.07.003.
111. Sen G, Reddy B, Iyer A. Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. *Reprod Health Matters*. 2018;26(53):6–18. doi: 10.1080/09688080.2018.1508173.
112. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med*. 2015;12(6). doi: 10.1371/journal.pmed.1001847.
113. Jolivet RR, Warren CE, Sripath P, Ateva E, Gausman J, Mitchell K, et al. Upholding rights under COVID-19: the respectful maternity care charter. *Health Hum Rights*. 2020;22(1):391–4. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348430/pdf/hhr-22-01-391.pdf>, accessed 17 March 2021).
114. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context interim guidance, 1 June 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.1>, accessed 17 March 2021).
115. What women want! Washington DC: White Ribbon Alliance; 2021 (<https://www.whiteribbonalliance.org/whatwomenwant/>, accessed 12 February 2021).
116. Pate MA. Why protecting, promoting essential services for women and children is now more critical than ever. *World Bank Blogs*, 16 October 2020. (<https://blogs.worldbank.org/health/why-protecting-promoting-essential-services-women-and-children-now-more-critical-ever>, accessed 6 February 2021).
117. Robertson T, Carter ED, Chou VB, Stegmuller AR, Jackson BD, Tam Y, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2020;8(7):e901–e8. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30229-1.
118. Cousins S. COVID-19 has “devastating” effect on women and girls. *Lancet*. 2020;396(10247):301–2. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31679-2.
119. Protecting essential services for women, children and adolescents during COVID-19. Washington DC: The World Bank Group; (https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/documents/GFF-IG11-3-Protecting-Essential-Services-in-Times-of-COVID19.pdf, accessed 30 April 2021).
120. Liu Q, Luo D, Haase JE, Gou Q, Wang XQ, Liu S, et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Health*. 2020;8(6):e790–8. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30204-7.
121. Morgantini LA, Naha U, Wang H, Francavilla S, Acar Ö, Flores JM, et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: a rapid turnaround global survey. *PLoS ONE*. 2020;15(9):e0238217. doi: 10.1371/journal.pone.0238217.
122. Semaan A, Audet C, Huysmans E, Afolabi B, Assarag B, Banke-Thomas A, et al. Voices from the frontline: findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the COVID-19 pandemic. *BMJ Glob Health*. 2020;5(6):e002967. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002967.
123. Pallangyo E, Nakate MG, Maina R, Fleming V. The impact of Covid-19 on midwives’ practice in Kenya, Uganda and Tanzania: a reflective account. *Midwifery*. 2020;89:102775. doi: 10.1016/j.midw.2020.102775.
124. Analysing and using routine data to monitor the effects of COVID-19 on essential health services: practical guide for national and sub-national decision-makers. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-monitoring-2021.1, accessed 9 March 2021).
125. Boniol M, McIsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. *Health Workforce Working Paper 1*. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-2019.1-eng.pdf?ua=1>, accessed 17 March 2021).
126. Magar V, Gerecke M, Dhillon IS, Campbell J. Women’s contributions to sustainable development through work in health: using a gender lens to advance a transformative 2030 agenda. In: Buchan J, Dhillon IS, Campbell J, editors. *Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base*. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/hrh/resources/WHO-HLC-Report_web.pdf?ua=1, accessed 17 March 2021).
127. Buchan J, Dhillon IS, Campbell J, editors. *Health employment and economic growth: an evidence base*. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/hrh/resources/WHO-HLC-Report_web.pdf?ua=1, accessed 17 March 2021).
128. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: World Health Organization Global Health Workforce Network’s Gender Equity Hub; 2019 (<https://www.who.int/hrh/resources/health-observer24/en/>, accessed 9 March 2021).
129. International Confederation of Midwives, World Health Organization, White Ribbon Alliance. *Midwives’ voices, midwives’ realities: findings from a global consultation on providing quality midwifery care*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250376/9789241510547-eng.pdf>, accessed 17 March 2021).

130. ILO violence and harassment convention, 2019 (no.190): 12 ways it can support the COVID-19 response and recovery. Geneva: International Labour Organization; 2020 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-arabstates/-ro-beirut/documents/briefingnote/wcms_748420.pdf, accessed 10 February 2021).
131. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun.* 2020;87:11-7. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.028.
132. Theorell T. COVID-19 and working conditions in health care. *Psychother Psychosom.* 2020;89(4):193-4. doi: 10.1159/000507765.
133. Currie S, Azfar P, Fowler RC. A bold new beginning for midwifery in Afghanistan. *Midwifery.* 2007;23(3):226-34. doi: 10.1016/j.midw.2007.07.003.
134. Fauveau V, Sherratt DR, de Bernis L. Human resources for maternal health: multi-purpose or specialists? *Hum Resour Health.* 2008;30(6):21. doi: 10.1186/1478-4491-6-21.
135. Study and work in the EU: set apart by gender. Review of the implementation of the Beijing Platform for Action. Brussels: European Institute for Gender Equality; 2018 (<https://eige.europa.eu/publications/study-and-work-eu-set-apart-gender-report>, accessed 9 March 2021).
136. George AS, McConville FE, de Vries S, Nigenda G, Sarfraz S, Mclsaac M. Violence against female health workers is tip of iceberg of gender power imbalances. *BMJ.* 2020;371:m3546. doi: 10.1136/bmj.m3546.
137. Improving employment and working conditions in health services. Geneva: International Labour Organization Sectoral Policies Department; 2017 (https://www.ilo.org/sector/activities/sectoral-meetings/WCMS_548288/lang--en/index.htm, accessed 9 March 2021).
138. Jaffré Y, Lange IL. Being a midwife in West Africa: between sensory experiences, moral standards, socio-technical violence and affective constraints. *Soc Sci Med.* 2021;276:113842. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.113842.
139. Eliminating violence and harassment in the world of work. Geneva: International Labour Organization; 2021 (<https://www.ilo.org/global/topics/violence-harassment/lang--en/index.htm>, accessed 10 February 2021).
140. Note on the proceedings: joint meeting on social dialogue in the health services: institutions, capacity and effectiveness. Geneva: International Labour Organization; 2002 (<https://www.ilo.org/public/english/standards/relm/gb/docs/gb286/pdf/jmhs-n.pdf>, accessed 6 February 2021).
141. Freedom of association and protection of the right to organise convention. Geneva: International Labour Organization; 1948 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C087, accessed 6 February 2021).
142. DHBs/MERAS multi-employer collective agreement. Auckland: Midwifery Employee Representation and Advisory Services; 2019 (<https://meras.midwife.org.nz/wp-content/uploads/sites/4/2019/08/MERAS-MECA-1-February-2018-31-January-2021-Final-signed-version.pdf>, accessed 6 February 2021).
143. Sectoral agreement signed between government and MUMN. Valletta, Malta: Malta Union of Midwives and Nurses; 2018 (<https://www.mumn.org/news/sectoral-agreement-signed-between-government-and-mumn/>, accessed 4 February 2021).
144. Neugründung ver.di-Hebammengruppe Weser-Ems. Berlin: ver.di; 2020 (<https://hebammen-niedersachsen.de/verdi-hebammengruppe-weser-ems/>, accessed 6 February 2021).
145. ILO nursing personnel convention no. 149: recognize their contribution, address their needs. Geneva: International Labour Organization; 2005 (http://www.ilo.int/sector/Resources/publications/WCMS_508335/lang--en/index.htm, accessed 6 February 2021).
146. Care work and care jobs for the future of decent work. Geneva: International Labour Organization; 2018 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-dcomm/-publ/documents/publication/wcms_633135.pdf, accessed 17 March 2021).
147. Breen K. Ontario government discriminated against midwives on pay since 2005, human rights tribunal finds. *Global News*, 25 September 2018. (<https://globalnews.ca/news/4484264/ontario-discriminated-against-midwives-pay-equity/>, accessed 4 February 2021).
148. Guilliland K, Pittam D. Historic win for midwives. *Midwifery News* June 2017. Christchurch: New Zealand College of Midwives; 2017 (<https://www.midwife.org.nz/wp-content/uploads/2019/02/Pages-from-Midwifery-News-85-June-2017-hi-res.pdf>, accessed 5 February 2021).
149. Halonen T, Jilani H, Gilmore K, Bustreo F. Realisation of human rights to health and through health. *Lancet.* 2017;389(10084):2087-9. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31359-4.
150. Strengthening midwifery toolkit. Geneva: World Health Organization; 2011 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strengthening_midwifery_toolkit/en/, accessed 2 April 2021).
151. Midwifery Assessment Tool for Education (MATE). Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2020/midwifery-assessment-tool-for-education-mate-2020>, accessed 2 April 2021).
152. Research priorities. Orange, Connecticut: Quality Maternal and Newborn Care Research Alliance; 2021 (<https://www.qmnc.org/qmnc-research-alliance/research-priorities/>, accessed 2 April 2021).

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



PLANIFIER ET PRÉPARER, à savoir

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

SONGER À LA SANTÉ DÈS LE DÉPART, à savoir

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



QUE FAUT-IL POUR CELA ?

1

Que toutes les femmes en âge de procréer,

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

2

Que les pouvoirs publics

établissent un environnement politique porteur et aient des comptes à rendre ;

3

Que les pouvoirs publics

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

4

Que le recueil et l'analyse des données

soient inclus dans les prestations et le développement des services ;

5

Que les soins dispensés par les sages-femmes

aient une place prioritaire dans les budgets nationaux de la santé et que toutes les femmes bénéficient d'une protection financière universelle ;



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

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



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

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



6

Que les soins dispensés par les sages-femmes

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

7

Que les soins de sages-femmes de premier niveau

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

8

Que les personnels compétents dans la pratique de sage-femme

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

9

Que tous les professionnels de la santé

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

10

Que les associations professionnelles

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

L'ÉTAT DE
LA PRATIQUE DE
sage-femme
dans le monde
2021



Fonds des Nations unies pour la population
605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tel. +1 212 297 5000
www.unfpa.org/sowmy
🐦 @UNFPA