

LA PRATIQUE DE
SAGE-FEMME DANS LE MONDE

EN 2011

**NAISSANCES
RÉUSSIES,
VIES
SAUVÉES**



CONTRIBUTEURS ET REMERCIEMENTS

COORDINATEUR DU PROJET : Vincent Fauveau

COORDINATEUR ADJOINT : Mihaela Minca

COMITE DE REDACTION : Sabaratnam Arulkumaran, Agneta Bridges, Catherine Carr, Vincent Fauveau, Helga Fogstad, Bjarne Garden, Peter Johnson, Laura Laski, Bridget Lynch, Viviana Mangiaterra, Mario dal Poz, Hamid Rushwan. *Ex-officio:* Jim Campbell, Rupa Chilvers, Laura Guarenti, Petra ten Hoope-Bender, Rima Jolivet, Blerta Maliqi, Zoë Matthews, Joanne McManus, Mihaela Minca, Nester Moyo, Annette Mwansa Nkowane.

GROUPE CONSULTATIF : Marie Ahouanto, Hirotsugu Aiga, Francesco Aureli, Jean Barry, David Benton, Yves Bergevin, Nouria Brikci, Mickey Chopra, Sadia Chowdhury, Frances Day-Stirk, Marjolein Dieleman, Carmen Dolea, Andres de Francisco, Frances Ganges, Alexandra Gilpin, Gulin Gedik, Leora Hanser, Sennen Hounton, Marian van Huis, Katja Iversen, Anneka Knutsson, Abigail Kyei, Geeta Lal, Elly Leemhuis de Regt, Mengjia Liang, Sverre Lie, Matthews Mathai, Anders Molin, Jo Nicholls, George Pariyo, Celia Pett, Helen de Pinho, Charlene Reynolds, Ellen Roskam, Eva Schoening, Theresa Shaver, Della Sherrat, Jeffrey Smith, Mary Ellen Stanton, David Taylor, Kadidiatou Toure.

PRINCIPAUX AUTEURS ET EDITEURS : Jim Campbell, Vincent Fauveau, Petra ten Hoope-Bender, Zoë Matthews, Joanne McManus.

EXAMINATEURS EXTERIEURS : Luc de Bernis, Karen Odberg Pettersson, Khama Rogo, Harshad Sanghvi.

ENQUETE AUPRES DES PAYS , ANALYSE DES DONNEES ET APPUI TECHNIQUE : *Coordination:* Jim Campbell, Rupa Chilvers, Vincent Fauveau, Mihaela Minca. *Contributions techniques :* Dinesh Agrawal, Moazam Ali, Shan Ambalanath, Teresa Attina, Narimah Awin, Linda Bartlett, Lucy Basten, Heli Bathija, Jacqueline Bell, Luc de Bernis, Maina Boucar, Agneta Bridges, Maurice Bucagu, Flavia Bustreo, Aferdita Bytyqi, Catherine Carr, Nidhi Chaudhary, Maureen Dariang, Bremen deMucio, Marjolein Dieleman, Sarah Dobson, Thinlay Dorji, Kristina Engelin, Ingrid Friberg, Kathleen Fritsch, Judith Fullerton, Atf Ghérissi, Wendy Graham, Sunanda Gupta, Pandora Hardtman, Marie Agnes Heine, Christopher Herbst, Jef Heuberger, Sennen Hounton, Louise Hutton, Julia Hussein, Rachel Ibinga Koula, Monir Islam, Peter Johnson, Rima Jolivet, Kate Jowett, Ardi Kaptiningsih, Tigest Ketsela, Alice Kiger, Teena Kunjumen, Geeta Lal, Emily Lanford, Sandra Lang, Joy Lawn, Christophe Lemiere, Wim van Lerberghe, Ornella Lincetto, Juliana Lunguzi, Bridget Lynch, Nyovani Madise, Blerta Maliqi, Viviana Mangiaterra, Antonio Manuel, Janvier Marimbu, Rosalia Marques, Elizabeth Mason, Zoë Matthews, Lauren Moleski, Ann-Beth Moller, Nester Moyo, Maria Mugabo, Aline Mukundwa, San San Myint, Sarah Neal, Andrea Nove, Triphonie Nkurunziza, Leopold Ouedraogo, Judith Oulton, Celia Pett, Margarete Phiri, Annie Portela, Mario dal Poz, Alain Prual, Cristina Puig, Juliette Puret, Ulrika Rehnstrom,

Severin Ritter von Xylander, Narjis Rizvi, Catherine Schenck-Yglesias, Della Sherrat, Shegufta Sikder, Amani Siyam, Jeffrey Smith, Prakin Suchaxaya, Cherly Tam, Huyen Thi Thanh Le, Joyce Thompson, Kadidiatou Toure. Nicole Vidal, Tara Wignadasan, Dan Wilde, Sachiyo Yoshida, Micol Zarb.

Contributions des pays : nous exprimons notre reconnaissance aux bureaux de pays du UNFPA, à leur personnel, aux 436 personnes qui ont coordonné, regroupé et vérifié les réponses à l'enquête effectuée pour le rapport sur 'La pratique de la sage-femme dans le monde en 2011'. On trouvera une liste de ces personnes à la page 156 du présent ouvrage

DOCUMENTS DE REFERENCE : Hirotsugu Aiga, Sharon Arscott-Mills, Sabaratnam Arulkumaran, Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, Pashtoon Azfar, Wame Baravilala, Jean Barry, Monire Bassir, Juliet Bedford, Hilda Bonilla, Rita Borg Xuereb, Maina Boucar, Viviane Brunne, Fiona Campbell, Jim Campbell, Catherine Carr, Irene Cerejeira, Edina Chiwawa, Sheila Clow, Colegio de Obstetras del Perú, Rita Columbia, Rachel Cummings, Sheena Currie, Blami Dao, Jemima Dennis-Antwi, Carmen Dolea, Grace Edwards, John Eysers, Shamsul Farooq, Vincent Fauveau, Howard Friedman, Sylvia Fung, Frances Ganges, Meena Ghandi, Atf Ghérissi, Eleni Hadgigeorgiou, Pascale Hancart, Petra ten Hoope-Bender, Sennen Hounton, Laura Hurley, Julia Hussein, Rachel Ibinga Koula, Confédération internationale des sages-femmes, International Council of Nurses, Sue Jacob, Yannick Jaffré, Rima Jolivet, Julie Key, Shona Kirtley, Ana Labandera, Geeta Lal, Sandra Land, Joy Lawn, Wim van Lerberghe, Debrah Lewis, Mengjia Liang, Sverre Lie, Helen Lugina, Gaynor Maclean, Saramma Mathai, Zoë Matthews, Pamela McQuide, Nester Moyo, Catherine Murphy, Mary Namusisi, Ana Nordfjell, Tonia Occhinerio, Judith Oulton, Neil Pakenham-Walsh, Niki Panayiotou, George Pariyo, Alain Prual, Ellen Roskam, Boniface Sebikali, Gloria Seguranyes, Ukende Shalla, Alice Sham, Vinit Sharma, Della Sherrat, António Manuel da Silva, Chu Sing, Jeffrey Smith, Julie Spero, Debra Stevenson, Barbara Stilwell, Pey Leng Tang, Frédérique Teurnier, Kadidiatou Toure, Mehmet Hulki Uz, Nicole Vidal, Raquel Wexler, Tamara Windau, Sarah Williams, Tana Wuliji, Nathalie Zammit, Aoua Zerbo.

COMMUNICATIONS ET MEDIAS : Leyla Alyanak, Jim Campbell, Mary Kay Carver, Deb Clark, Vincent Fauveau, Frances Ganges, Alexandra Gilpin, Lars Grønseth, Marie Agnes Heine, Katja Iversen, Rima Jolivet, Richard Kollodge, Laura Laski, Malcolm Macmillan, Lori Lynn McDougall, Mihaela Minca, Charlene Reynolds, Kadidiatou Toure, Anita Wiseman, Anne Wittenberg.

CONCEPTION, PRESENTATION ET IMPRESSION : Chris Larson, Kevin Miller, Tina Larson, Greg Dayman, Yolie Dawson.

TRADUCTIONS : Diogo Ayres de Campos, Beatrice Bugni, Luis Cabero, Ramon Escuriet Peiro, Vincent Fauveau, Marcia Fontes-Conceição, Alice Frade, Gérard Jacquemier, Dan Wilde.

AIDE FINANCIERE : Department for International Development (Royaume-Uni), Agence allemande de coopération internationale, Maternal and Child Health Integrated Program, United States Agency for International Development, Ministère des affaires étrangères et européennes (France), Ministère des affaires étrangères (Pays-Bas), Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Agence norvégienne de développement international, Agence suédoise de coopération pour le développement international, Fonds des Nations Unies pour la population.

Nous remercions aussi l'Institut de coopération sociale –Integrare, de Barcelone (Espagne) et Prographics, Inc., MD, USA, pour l'aide qu'ils ont apportée au Comité de rédaction, pour les recherches, la rédaction et la production de l'ouvrage et de tous les matériaux connexes.

Clichés de couverture (de gauche à droite): Titi Chairani, Jhpiego (Indonésie); Ron Ha viv (Timor-Leste); Nasratullah Ansari, Jhpiego (Afghanistan), Caroline Kilo Bara, UNFPA (Cameroun).

NAISSANCES RÉUSSIES, VIES SAUVÉES

Avant-propos	ii
Résumé	iii
Introduction	vii

1 LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME DANS LE MONDE 1

Les Personnels compétents dans la pratique de sage-femme dans le monde	1
Les trois piliers d'une pratique de sage-femme de qualité.....	6
Comment la pratique de sage-femme est-elle organisée et dispensée?	8
L'accès aux soins dispensés par les sages-femmes.....	14
Résumé.....	16

2 L'ÉTAT DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME AUJOURD'HUI 17

Sur le front : les sages-femmes et autres personnels compétents dans la pratique de sage-femme	17
Une grande diversité : L'éducation à la profession de sage-femme dans le monde.....	19
Un grand besoin : Le renforcement de la réglementation de la pratique.....	24
Un grand soutien nécessaire : Les associations professionnelles...	26
Le cadre de l'Action : les directives politiques	26
Résumé et principaux messages	29

3 PASSER À L'ACTION 31

Investir dans les résultats	32
Des personnels plus compétents dans la pratique de sage-femme	32
Éducation, réglementation et association professionnelle.....	34
Des politiques plus cohérentes	36
Des actions concrètes	36
Conclusion.....	36

4 PROFILS DE PAYS 39

Encadrés

Encadré I	Engagements des pays pour renforcer la pratique de sage-femme	ix
Encadré 1.1	Les sages-femmes et l'autonomisation des femmes en Afghanistan....	2
Encadré 1.2	Trois siècles de pratique de sage-femme en Suède	3
Encadré 1.3	Des unités obstétricales gérées par des sages-femmes en dehors de l'hôpital à Cape Peninsula (Afrique du Sud)	12
Encadré 1.4	Recommandations de l'OMS pour améliorer l'offre de soins par la fidélisation des personnels de santé dans les zones rurales ou reculées	13
Encadré 2.1	Le double problème de la qualité et de la quantité	20
Encadré 2.2	Les associations professionnelles : des partenaires pour le progrès...	26
Encadré 3.1	L'effet d'une augmentation des effectifs de sages-femmes : estimations modélisées du nombre de vies sauvées en 2015.....	33
Encadré 3.2	Décisions audacieuses.....	37

Tableaux

Tableau 1.1	Complications obstétricales et néonatales à prévoir chaque jour.....	11
Tableau 2.1	Disparité dans la taille et la capacité des établissements de formation des sages-femmes.....	22
Tableau 2.2	Le coût des différents éléments de la formation des sages-femmes...	24

Figures

Figure I	Un cadre d'action coordonné pour améliorer la santé des femmes et des enfants	viii
Figure II	Proportion des naissances surveillées par un accoucheur qualifié et charge de mortalité et de morbidité maternelle, fœtale et néonatale.....	x
Figure 1.1	Ensembles de soins essentiels définis par l'OMS et rôle des compétences de la sage-femme dans leur prestation.....	5
Figure 1.2	Professionnalisation de la gestion des accouchements	14
Figure 2.1	Nombre de personnel de santé ayant les compétences de sage-femme	17
Figure 2.2	Répartition régionale du personnel de santé ayant les compétences de sages-femmes.....	18
Figure 2.3	Nombre de sages-femmes pour 1 000 naissances par an	18
Figure 2.4	Pourcentage de maternités assurant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence.....	19
Figure 2.5	Les filières publiques et privées dans l'éducation des sages-femmes.....	21
Figure 2.6	Nombre de pays où la formation des sages-femmes répond aux normes de l'ICM	22
Figure 2.7	Les tendances des inscriptions et du nombre de diplômes décernés...	23
Figure 2.8	La réglementation et la certification des sages-femmes.....	25
Figure 2.9	Attractivité de la profession de sage-femme.....	27
Figure 2.10	Accès aux soins : modèles de financement.....	29
Figure 2.11	Progres des pays dans l'utilisation de l'evidence pour l'action.....	29
Figure 2.12	Les ressources humaines à prévoir dans les plans de santé.....	29

Références et notes 157

Annexes

Annexe 1	Abréviations et glossaire	161
Annexe 2	Glossaire des données statistiques	163
Annexe 3	Estimation des effectifs de sages-femmes	165
Annexe 4	Calcul du nombre de vies sauvées.....	166

Avant-propos



Le présent ouvrage est publié au moment où la campagne internationale pour la promotion de la femme bat son plein. La récente création de la dynamique agence ONU-Femmes, et le lancement de la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant*, convergent pour nous faire bien augurer de la poursuite des progrès au cours des prochaines années.

Il est plus urgent que jamais de prévenir l'une des plus graves tragédies de notre temps : la mort et les souffrances inutiles qui, chaque année, frappent des millions de femmes et d'enfants pauvres et marginalisés dans le monde. Parmi les huit objectifs du Millénaire pour le développement, les deux qui concernent expressément l'amélioration de la santé des femmes et des enfants sont ceux qui sont actuellement le plus loin d'être atteints.

Il ne s'agit pas ici de statistiques. La femme qui meurt d'une hémorragie pendant l'accouchement, l'enfant qui meurt des complications de celui-ci, l'un et l'autre ont un nom et une famille qui les aime. Au-delà de la tragédie individuelle, ces pertes ont des répercussions sociales et économiques énormes pour la société.

Nous savons ce qu'il faut faire pour rendre la grossesse et l'accouchement plus sûrs : l'accès aux soins, et notamment aux soins dispensés par des accoucheuses qualifiées, dans un centre de santé qui fonctionne. Nous savons aussi qu'il est possible de mobiliser les dirigeants pour mener l'action nécessaire, afin que chaque femme enceinte, chaque accouchée et son nourrisson aient accès à des soins de qualité. Au moment du lancement

de la Stratégie mondiale, beaucoup de pays en développement ont manifesté une ferme volonté politique, étayée par de nouveaux engagements, d'augmenter les effectifs d'accoucheuses qualifiées et d'assurer des services de maternité aux femmes qui en ont besoin, dans les années où elles sont fécondes.

La pratique de sage-femme dans le monde, première étude sur le sujet, fait le point de la pratique dans 58 pays. C'est dans l'ensemble de ces pays que se produisent 91 % des décès maternels qui surviennent dans le monde. À l'aide de données et d'informations récentes, et de leur analyse, le rapport dégage les problèmes communs à ces pays, et met en évidence le caractère prometteur des mesures qui pourraient être prises pour améliorer la pratique de sage-femme dans le monde.

Le rapport porte surtout sur la période critique où il est possible d'éviter le décès de la mère ou du nouveau-né. Ce rapport complète utilement les efforts déployés pour mesurer rigoureusement l'action menée et les résultats obtenus, dans le cadre par exemple de la Stratégie mondiale et du rapport de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant.

Pour s'assurer que chaque mère et son nouveau-né ont bien accès à des soins dispensés par une sage-femme qualifiée, il faut prendre des mesures audacieuses pour poursuivre ce qui a déjà été réalisé jusqu'à présent – dans les collectivités locales, dans les pays, les régions et le monde.

Notre responsabilité est claire : il faut préserver la vie de chaque femme et de chaque enfant, pour qu'ils puissent vivre et s'épanouir. Les résultats iront bien au-delà de la vie des personnes directement concernées et contribueront à l'avènement d'un monde meilleur pour tous.

Ban Ki-moon
Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies

Résumé

Pour que chaque femme bénéficie de son droit de recevoir les meilleurs soins possibles durant la grossesse et l'accouchement, on s'efforce, dans le monde, d'améliorer l'accès aux soins dispensés par des sages-femmes très compétentes.



Apprendre à détecter les bruits du cœur foetal est une des techniques les plus simples et courantes. Associée aux autres compétences de sage-femme, elle peut permettre de sauver des vies.
(Sven Torfinn, Soudan)

Veiller à ce que chaque mère et chaque nouveau-né aient bien accès à des soins dispensés par une sage-femme qualifiée exige de prendre des mesures audacieuses.

—Ban Ki-moon

C'est une responsabilité des pouvoirs publics et des dirigeants politiques; c'est aussi un investissement essentiel si l'on veut réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales. Il ne s'agit pas seulement de sauver des vies et d'empêcher des invalidités, mais aussi de faire partager les avantages de soins dispensés par des sages-femmes qualifiées à l'ensemble de la société, et de contribuer ainsi au développement humain et économique d'un pays.

Il reste beaucoup à faire, car chaque année ce sont environ 350 000 femmes qui meurent pendant la grossesse ou lors de l'accouchement, près de 2 millions de nouveau-nés qui meurent dans les 24 premières heures de leur existence, et on compte 2,6 millions de mort-nés. La très grande majorité de ces décès ont lieu dans les pays à faible revenu et la plupart seraient évitables. Ils ont lieu car les femmes – habituellement pauvres, marginalisées – n'ont que très peu accès à des centres de soins fonctionnels et à du personnel de santé qualifié.

La sage-femme qualifiée coordonne les soins dispensés dans la communauté ou dans une maternité et assure ainsi la continuité des soins essentiels durant la grossesse, l'accouchement et après celui-ci. Elle facilite également le transfert de la mère et du nouveau-né depuis son domicile jusqu'à la maternité du centre de santé, et ensuite à l'hôpital où ils sont pris en charge par des obstétriciens, des pédiatres et d'autres spécialistes si besoin est.

Coordonnée par le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), la publication de *La pratique de sage-femme dans le monde en 2011 : naissances réussies, vies sauvées* est le résultat de la collaboration de 30 institutions et organismes et de centaines de personnes travaillant aux niveaux territorial, national, régional et mondial. La publication répond à l'Appel mondial à l'action, lancé en juin 2010 lors du Symposium sur l'amélioration de la pratique de sage-femme, tenu à Washington, et elle va dans le sens de la Stratégie mondiale, lancée par

le Secrétaire général de l'ONU, pour la santé des femmes et des enfants.

L'ouvrage présente un ensemble de connaissances susceptibles d'accélérer l'organisation de services de maternité de qualité à l'intention des mères et des nouveau-nés. On entend ainsi apporter une contribution à la fois au renforcement des effectifs de sage-femmes dans le monde et à l'indispensable planification des programmes qui visent à réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé. Première étude sur la pratique de sagefemme dans le monde, elle porte sur 58 pays où la mortalité maternelle, foetale et néonatale est élevée. Son contenu a été établi grâce à l'information figurant dans les réponses à une enquête détaillée effectuée

Chaque jour,
35 000
femmes environ font
une complication de
l'accouchement et 900
d'entre elles risquent
d'en mourir.

pour collecter des données et des informations nouvelles ou mises à jour dans six domaines : les effectifs et les catégories de sages-femmes en exercice, leur formation, la réglementation, leurs associations professionnelles, les politiques suivies et l'aide extérieure obtenue par le pays.

La plupart des 58 pays qui ont participé à l'enquête sont ceux dont on a constaté qu'ils souffrent d'une grave pénurie de personnel de santé. Pris ensemble, ces pays ont enregistré 81 millions de naissances en 2009, soit 58 % des naissances ayant eu lieu dans le monde. Cette situation inéquitable est attestée par le nombre disproportionné de décès ayant lieu dans ces pays : 91 % de la mortalité maternelle mondiale, 80 % des mort-nés et 82 % des décès de nouveau-nés. Ces chiffres sont en partie le résultat de la répartition mondiale inégale des effectifs de sages-femmes : dans ces 58 pays on ne compte que 17 % des accoucheurs qualifiés, hommes ou femmes, existant dans le monde.

La diversité des réponses reçues confirme une grave insuffisance des données et des informations d'importance stratégique. Cependant, trois points saillants sont apparus quand on a fait la synthèse des données disponibles concernant le statut de la profession de

sage-femme et les nombreux problèmes et obstacles qui retentissent sur ces effectifs, leur évolution et l'efficacité de cette catégorie de soignants.

Il existe un triple déficit : de compétences, de couverture et d'accès. Dans la plupart des pays il n'y a pas assez de sages-femmes pleinement qualifiées et d'autres soignants ayant les compétences de la sage-femme pour faire face au nombre prévisible de grossesses, puis de naissances, ainsi qu'aux 15 % d'accouchements qui, d'ordinaire, comportent des complications obstétricales. L'OMS estime que la pénurie est grave dans 38 pays. Quelques pays devront plus que décupler le nombre des sages-femmes en exercice, et la plupart des autres devront doubler, voire tripler ou quadrupler leurs effectifs de sages-femmes pour améliorer la qualité et la couverture des soins. Deuxièmement, il n'y a pas assez d'établissements de soins qui dispensent des soins obstétricaux et néonataux d'urgence; les centres existants n'ont pas assez de personnel et sont mal équipés. La pénurie est la plus grave dans les zones rurales et les localités reculées. Troisièmement, les questions d'accès aux soins ne sont généralement pas examinées dans la perspective propre aux femmes.

L'éducation, la réglementation et les associations professionnelles ne prêtent pas assez attention à la qualité des soins. D'abord, alors que dans certains pays on observe des progrès dans l'éducation aboutissant au diplôme de sage-femme qui permet de pratiquer toutes les compétences essentielles de la sage-femme, les normes optimales ne sont toujours pas atteintes. Les programmes d'enseignement, le personnel enseignant, les ressources consacrées à cette formation et la supervision de la pratique clinique doivent être renforcés. Deuxièmement, la réglementation et les processus réglementaires sont actuellement incapables de promouvoir l'autonomie professionnelle d'une sage-femme et assurer la protection du public, qui est pourtant une obligation de l'État. Dans presque tous les pays, l'enregistrement et la délivrance de licences d'exercer et les critères de renouvellement de ces licences doivent être améliorés si l'on veut relever la qualité des soins. Troisièmement, on observe une tendance positive, dans les différents pays, à créer et développer des associations professionnelles qui représentent les sagesfemmes, mais bien souvent ces associations sont encore trop récentes et certaines

sont fragiles. Ces associations méritent qu'on les soutienne et une collaboration à l'intérieur de la profession devrait s'instaurer avec des partenaires nationaux, régionaux et internationaux.

La cohérence des politiques n'est pas assurée et l'accès à l'information et aux données factuelles nécessaires à l'action est insuffisant. Trop souvent, les politiques nationales relatives aux soins de santé maternelle et néonatale ne font pas la place centrale qui devrait être la leur aux sages-femmes, et n'appréhendent pas la nécessité d'améliorer les soins et de mieux respecter les droits des patientes. La plupart des pays n'ont pas actuellement la capacité de suivre avec précision et de faire connaître le nombre de sages-femmes en exercice dans le secteur public ou le secteur privé, ni d'évaluer la mesure dans laquelle ces sages-femmes assurent effectivement des interventions de qualité répondant aux besoins de la population. Cela limite l'information d'importance stratégique qui est indispensable si l'on veut améliorer les politiques de santé. De même, alors qu'il apparaît des mécanismes d'examen de la qualité des soins, il faut faire bien davantage pour mesurer cette qualité afin de disposer d'informations pour agir.

La pratique de sage-femme dans le monde en 2011 présente un ensemble de mesures essentielles à prendre, par chaque groupe d'acteurs, pour valoriser au mieux les investissements réalisés, améliorer la responsabilisation mutuelle et renforcer les effectifs et les services de maternité dans un pays. Toutes ces mesures doivent être prises dans le cadre de plans nationaux de santé, mettant l'accent sur les besoins de santé maternelle et néonatale, bien intégrés dans les systèmes de santé et reposant sur des données factuelles, des données d'expérience et les innovations de chaque pays.

Le rapport engage instamment **les gouvernements** à :

- Reconnaître une profession distincte de sage-femme, indispensable pour la fourniture de soins de santé maternelle et néonatale, et la promouvoir en tant que carrière, en prévoyant des postes de responsabilité au niveau national;
- Garantir que les sages-femmes et le personnel de maternité figurent bien dans les plans budgétisés de santé maternelle et néonatale, dans le cadre de plans de développement des ressources humaines pour la santé ;

- Veiller à une bonne répartition des centres de soins qui dispensent des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, y compris des maternités dirigées par des sage-femmes ;
- Investir dans la gestion des ressources humaines pour enrichir et entretenir les compétences, gérer l'entrée dans la profession et la sortie et améliorer les données sur les effectifs de sages-femmes en exercice.

Les organismes de réglementation réfléchissent à la qualité, dans l'ensemble de la profession, et aux modalités de la formation et des soins. Ces organismes peuvent :

- Protéger le titre de 'sage-femme' et établir le champ de sa pratique ;
- Définir des critères d'entrée dans la profession, des exigences de qualification et de compétences ;
- Accréditer les écoles de sages-femmes et valider les programmes d'enseignement dans le secteur public comme le secteur privé ;
- Délivrer des licences aux sages-femmes, renouveler ces licences, veiller au respect d'un code d'éthique et de conduite, et éventuellement prononcer des sanctions disciplinaires.

Les écoles et établissements d'enseignement ont un rôle à jouer non seulement dans la formation d'un plus grand nombre de sages-femmes, mais également dans leur perfectionnement professionnel et l'acquisition

La naissance est toujours un moment intense aussi bien pour la mère que pour l'équipe de maternité. Notre responsabilité collective est de veiller à la qualité des soins pour protéger et sauver des vies.
(Lynsey Addario, Afghanistan)



d'autres compétences. Les mesures qu'ils doivent envisager sont les suivantes :

- Examiner les programmes d'enseignement pour garantir que les diplômées ont bien toutes les compétences essentielles de la sage-femme définies par les pouvoirs publics et l'organisme de tutelle ;
- Appliquer les normes de la Confédération internationale des sages-femmes et d'autres normes relatives à l'éducation pour améliorer la qualité et les capacités, avec un bon équilibre entre la théorie et la pratique ;
- Recruter des enseignants, des formateurs et des tuteurs et veiller à la préservation et l'amélioration de leurs propres compétences dans l'optique de la modernisation de l'éducation des sages-femmes ;
- Promouvoir la recherche et les activités universitaires et concourir à l'apparition de dirigeantes choisies parmi les sages-femmes.

Les associations professionnelles des sages-femmes ont un rôle catalyseur à jouer et peuvent favoriser le changement à plusieurs égards :

- En améliorant la condition et le statut des sages-femmes dans le débat national sur les politiques et améliorer leur contribution aux plans de santé et à l'élaboration des politiques de santé ;
- En faisant adopter des normes pour la formation continue et le perfectionnement des connaissances et en préconisant de meilleures conditions de travail ;
- En collaborant avec d'autres associations de professionnels de santé, avec les fédérations régionales et internationales, et plus généralement avec les femmes et les collectivités locales ;
- En se dotant de structures solides, pour renforcer leur capacité administrative et améliorer leur gestion financière.

Et enfin, **les organisations internationales, partenariats mondiaux, organismes donateurs et organismes de la société civile** peuvent agir, notamment :

- En soutenant les programmes entrepris aux niveaux local, régional et international pour améliorer les soins de maternité et mesurer les résultats, et permettre ainsi aux pays d'honorer

les engagements pris dans le cadre de la Stratégie Mondiale ;

- En préconisant un renforcement de l'action des sages-femmes, pour améliorer leurs compétences et la qualité des soins dans le respect des droits des patientes et leur prise en compte dans les stratégies et plans budgétisés ;
- En fournissant un appui financier ou en nature pour développer les associations de sages-femmes, en renforcer les capacités et faciliter l'échange de connaissances, de pratiques optimales et d'innovations ;
- En encourageant la formulation d'un agenda mondial pour la recherche sur la pratique de sage-femme (dans l'optique des OMD et au-delà) et en soutenant son application au niveau de chaque pays.

Les conclusions et les recommandations figurant dans *La pratique de sage-femme dans le monde en 2011* doivent figurer en bonne place dans le débat sur les politiques nationales et être intégrées dans les stratégies mondiales de la santé, dans les partenariats et les engagements pris pour renforcer la responsabilisation mutuelle et aboutir à de meilleurs résultats concernant la santé de la mère et de l'enfant. 'Réussir les naissances, sauver des vies' est notre responsabilité collective.

Bien entendu, il appartient à chaque pays d'adopter et d'adapter les recommandations figurant dans le rapport à leur propre situation et au niveau de la pratique. Les décisions dépendront des ressources et des capacités du pays – tant en matière de personnel soignant que de système national de santé – ainsi que des priorités repérées dans les plans nationaux de santé et de la volonté politique d'appliquer en pratique les politiques définies.

Le rapport et des informations complémentaires peuvent être consultés en ligne à l'adresse suivante : www.stateoftheworldsmidwifery.com

Introduction

Pour que chaque femme bénéficie de son droit de recevoir les meilleurs soins possibles durant la grossesse et l'accouchement, on s'efforce, dans le monde, d'améliorer l'accès aux soins dispensés par des sages-femmes très qualifiées.

En 2010, la santé des femmes et des enfants a figuré en bonne place dans les travaux de l'Assemblée mondiale de la santé, du Sommet du Groupe des Huit, du Sommet du Pacifique pour la santé, du Sommet de l'Union africaine et d'autres réunions au plus haut niveau. En septembre 2010, ce mouvement a culminé avec le lancement, par le Secrétaire général de l'ONU, de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants¹. Accueillie avec intérêt par les 192 États Membres, cette stratégie a été jugée importante par leurs dirigeants car il reste encore beaucoup à faire pour sauver la vie des mères et des nouveau-nés. Si certains pays ont fait des progrès, il existe encore des différences spectaculaires entre les pays et dans les pays quant aux perspectives de réaliser l'objectif 5 des OMD (objectifs du Millénaire pour le développement), qui vise à améliorer la santé maternelle, et l'objectif 4, qui est de réduire la mortalité des enfants^{2, 3}. Beaucoup trop de femmes et de nouveau-nés, pour la plupart pauvres et défavorisés, des zones tant rurales qu'urbaines, meurent faute d'avoir accès à un système de soins fonctionnel, à des équipements de qualité ou à des professionnels de la santé qualifiés.

Chaque année, ce sont environ 350 000 femmes qui meurent pendant la grossesse ou lors de l'accouchement – près de 1 000 par jour. De ces décès, 99 % ont lieu dans des pays en développement⁴. On estime que 8 millions d'autres femmes souffrent de graves maladies ou sont victimes d'incapacités durables par suite de complications de l'accouchement⁵. Tous les ans près de 2 millions de nouveau-nés meurent avant d'avoir vécu 24 heures⁶. En outre, 2,6 millions sont mort-nés⁷, dont environ 45 % durant le travail et l'accouchement⁸. Des millions de nouveau-nés souffrent d'un traumatisme durant la naissance, qui compromet leur épanouissement et leur future productivité.

Ces chiffres confirment l'existence d'une des inégalités les plus graves et les plus tenaces dans le monde. Les estimations établies en 2008 font apparaître une réduction de 34 % des taux de mortalité maternelle

depuis 1990, mais ces décès souvent évitables continuent à constituer une injustice mondiale flagrante. La probabilité pour une femme de mourir d'une cause liée à la maternité est de 1 sur 31 en Afrique subsaharienne contre 1 sur 4 300 dans les pays développés⁹. Le risque de mortinatalité pendant le travail, chez une femme africaine, est 24 fois plus élevé que pour une femme d'un pays riche¹⁰.



Pour s'attaquer à ce lourd tribut de mortalité et de morbidité, il est essentiel de former un nombre suffisant de sages-femmes compétentes, motivées et bien secondées. Les faits sont convergents et sans équivoque : les sages-femmes et autres agents de santé ayant les compétences de la sage-femme sont un élément essentiel de la survie des femmes et des nouveau-nés^{11, 12, 13, 14, 15}.

La Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants lance un appel solennel à la constitution de "systèmes de santé plus efficaces, centrés sur un nombre suffisant de travailleurs de santé qualifiés". Dans ces systèmes plus efficaces, la Stratégie mondiale prévoit également un ensemble complet et intégré d'interventions essentielles et de soins indispensables qui incluent : l'information et les services de planification familiale; les soins prénatals, néonataux et postnatals; les soins qualifiés pendant l'accouchement dans des structures sanitaires appropriées; les soins obstétricaux et néonataux d'urgence; l'interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions de sécurité (là où elle est légale) et (partout) les soins

Il faut s'assurer que la sage-femme est là au bon moment, avec les équipements, les médicaments et l'installation nécessaires ; c'est l'un des principaux enseignements de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants (OMS/ Marie-Agnes Heine; Sénégal)

post-avortement; et la prévention du VIH et autres infections sexuellement transmissibles. La Stratégie comprend un cadre d'action coordonné (figure I).

Nombre d'interventions recommandées dans la Stratégie mondiale s'inscrivent dans le continuum des soins de la santé sexuelle et de la procréation, ce qui montre bien l'importance de la continuité des soins durant la grossesse, durant l'accouchement et après celui-ci, tant pour la mère que pour l'enfant¹⁶. Il est également admis que la continuité, depuis le domicile jusqu'à la structure sanitaire locale ou hospitalière, est importante. Les faits montrent que la santé d'une mère est une condition importante de la santé de son enfant à naître, de son nouveau-né ou de son enfant âgé de moins de 5 ans^{17, 18}.

Les services de qualité dispensés par les sages-femmes qui sont coordonnés et intégrés dans le milieu local et dans le système de soins de santé permettent d'assurer des soins pendant la grossesse, l'accouchement et juste après. La sage-femme facilite également le transfert de la mère et du nouveau-né, depuis son domicile ou depuis le centre de soins local jusqu'à l'hôpital, éventuellement pour des soins dispensés lorsque nécessaires par des obstétriciens, des pédiatres et, d'autres spécialistes.

Reconnaissant le rôle central des services dispensés par les sages-femmes dans la bonne application de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et

des enfants, 15 pays, au moment du lancement de la Stratégie (encadré I.1), et beaucoup d'autres ensuite, ont souscrit à l'engagement de pourvoir à l'éducation et au déploiement de sages-femmes supplémentaires et autres personnes ayant les compétences de la sage-femme. De nouvelles résolutions approuvées par le Conseil d'administration de l'Organisation mondiale de la santé en janvier 2011 sur le renforcement de la profession d'infirmière et de sage-femme (EB128.R11) et sur le renforcement des effectifs de professionnels de la santé (EB128.R9)¹⁹ montrent à nouveau la volonté d'action des États Membres. Cela poursuit une longue histoire d'intervention active de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans ce domaine. Au cours des 20 dernières années, celle-ci a adopté sept résolutions appelant à renforcer les effectifs d'infirmières et de sages-femmes²⁰ dans le cadre d'une stratégie plus complète de valorisation des ressources humaines (bien qu'avec un taux d'application variable au niveau des pays).

La présente publication, intitulée *La pratique de sage-femme dans le monde en 2011 : naissances réussies, vies sauvées* est le résultat du travail collectif de nombreux organismes, organisations et personnes. Le rapport a été coordonné par le Fonds des Nations Unies pour la population, dans l'esprit de l'accord conclu entre les divers organismes des Nations Unies qui cherche à accélérer l'application du continuum de soins maternels et néonataux²¹. Il vise à analyser l'actuelle pratique de sage-femme et à montrer ce

FIGURE I **Un cadre d'action coordonné pour améliorer la santé des femmes et des enfants**



Source : Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants (adaptée du Consensus mondial pour la santé maternelle, néonatale et infantile – septembre 2009)

ENGAGEMENTS DES PAYS POUR RENFORCER LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

1. **Afghanistan** : Porter de 24 à 75 % la proportion d'accouchements assistés par un professionnel qualifié, notamment en augmentant le nombre des sages-femmes, qui passera de 2 400 à 4 556, et en portant à 80 % la proportion de femmes ayant accès à les soins obstétricaux.
 2. **Bangladesh** : Doubler d'ici à 2015 la proportion d'accouchements assistés par un personnel soignant qualifié (à partir du niveau actuel de 24,4 %) par la formation de 3 000 sages-femmes supplémentaires qui seront déployées dans les 427 centres de soins de sous-district, pour assurer 24 heures sur 24 les services obstétricaux et faire des 59 hôpitaux de district et des 70 centres pour les soins de la mère et l'enfant (MCWC) des centres d'excellence pour les soins obstétricaux d'urgence.
 3. **Burkina Faso** : Construire d'ici à 2015 une école publique et une école privée de formation des sages-femmes.
 4. **Cambodge** : Améliorer la santé procréative, en portant à 70 % la proportion d'accouchements assistés par un accoucheur qualifié.
 5. **République démocratique du Congo** : Porter à 80 % la proportion d'accouchements assistés par un accoucheur qualifié.
 6. **Éthiopie** : Porter de 2 050 à 8 635 le nombre de sages-femmes exerçant dans le pays.
 7. **Indonésie** : Augmenter de 556 millions de dollars entre 2010 et 2011 le financement public de la santé. Ce fonds pourrait être utilisé pour former du personnel de santé et pour dispenser des soins et des services de meilleure qualité dans 552 hôpitaux, 8 898 centres de soins et 52 000 dispensaires de village en Indonésie.
 8. **Kenya** : Recruter et déployer 20 000 agents de santé supplémentaires dispensant des soins de santé primaires.
 9. **Libéria** : Doubler entre 2006 et 2015 le nombre de sages-femmes formées et déployées dans le pays. Et augmenter la proportion des centres de santé offrant les soins obstétricaux d'urgence de 33 à 50 pourcent.
 10. **Malawi** : Améliorer les ressources humaines pour la santé, notamment en accélérant la formation et le recrutement de professionnels de la santé pour pourvoir tous les postes disponibles dans le secteur sanitaire, et augmenter la couverture des SONUB selon les normes OMS.
 11. **Mozambique** : Porter de 49 % à 66 % d'ici 2015 la proportion d'accouchements effectués par un personnel qualifié.
 12. **Népal** : Recruter, former et déployer 10 000 accoucheurs qualifiés supplémentaires. Financer la gratuité des soins à l'accouchement dans les régions isolées ; et assurer qu'au moins 70% des centres de santé offrent les SONUB.
 13. **Niger** : Former 1 000 soignants aux questions relatives à la santé procréative des adolescentes et augmenter à 60% la proportion de naissances assistées par un personnel qualifié.
 14. **Nigéria** : Renforcer l'action des 2 488 sages-femmes récemment déployées dans les structures sanitaires locales, par des mesures visant notamment à accroître le nombre de personnes dispensant des soins essentiels, et notamment les agents de santé communautaires (*Community Health Extension Workers*) et les sages-femmes, en mettant l'accent sur le déploiement d'agents mieux qualifiés dans les zones rurales.
 15. **Rwanda** : Multiplier par cinq la densité de sages-femmes (en abaissant le ratio de 1/100 000 population à 1/20 000).
 16. **République-Unie de Tanzanie** : Porter de 5 000 à 10 000 le recrutement annuel dans les écoles de personnels de santé, et la production des diplômés de 3 000 à 7 000; améliorer simultanément le recrutement, le déploiement et la fidélisation de ce personnel par de nouvelles dispositions d'amélioration de la rémunération en fonction de la performance, en privilégiant les soins de santé maternelle et infantile.
 17. **Yemen** : Augmenter de 20 % le nombre de centres de santé offrant les soins de santé obstétricaux et néonataux d'urgence.
- Source** : « Chaque Femme, Chaque Enfant », voir www.everywomaneverychild.org

qui est nécessaire pour améliorer la qualité des services dispensés par les sages-femmes. (Une entreprise similaire a été menée à bien il y a 45 ans par la Confédération internationale des sages-femmes - ICM - et par la Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens - FIGO.)²². Le rapport s'appuie sur la collaboration internationale, au plus haut niveau, notamment l'Appel mondial à l'action' lancé lors du Symposium sur le renforcement de la profession de sage-femme, organisé en juin 2010 à Washington²³ et est dans la ligne de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants²⁴ qu'il soutient, avec les recommandations de la Commission sur l'information et la responsabilisation pour la santé des femmes et des enfants²⁵ et le Plan H4+ pour les OMD 4 et 5 que l'on s'emploie actuellement à formuler²⁶.

Le rapport cherche à apporter une contribution précieuse, actuelle, au renforcement de la pratique de la sage-femme partout au monde et à l'important effort de planification qui sera critique si l'on veut réaliser ceux des OMD qui ont trait à la santé.

Cette première édition porte sur 58 pays où les taux de mortalité et de morbidité maternelle, fœtale et néonatale sont élevés (figure I.2). Dans ces pays, dont on estime que la plupart souffrent d'une carence en ressources humaines en matière de soins de santé²⁷, des femmes donnent naissance à 83 millions de nourrissons par an, ce qui représente 58 % des naissances totales mondiales en 2009²⁸. Cette situation inéquitable de l'état du monde' est la plus manifeste dans le nombre disproportionné de décès ayant lieu dans ces

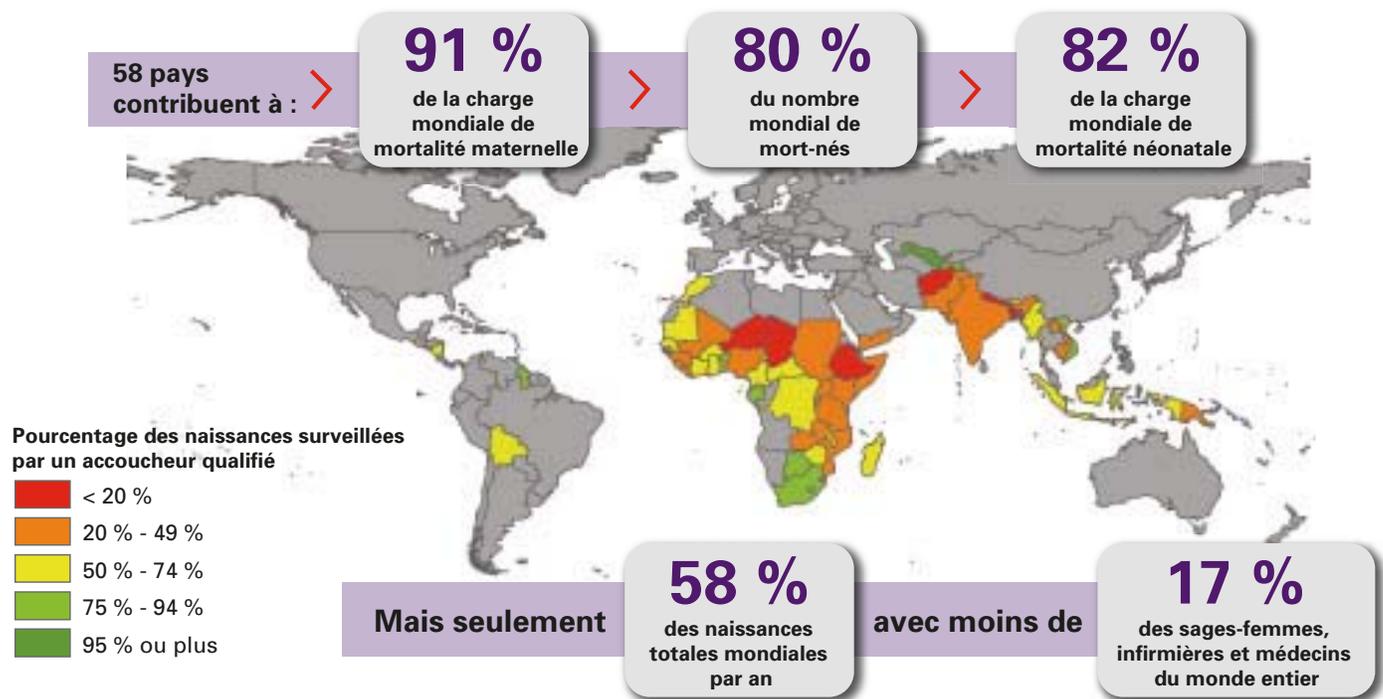
pays : 91 % de la charge mondiale de mortalité maternelle, 80 % de la mortalité et 82 % de la mortalité néonatale²⁹ (figure 1.3). Moins de 17% du total des accoucheuses qualifiées du monde sont à la disposition des femmes dans ces 58 pays.

À la fin de 2010, un questionnaire détaillé a été mis au point pour collecter de nouvelles données et informations et des données actualisées sur les effectifs et les catégories de prestataires de soins de sages-femmes, leur formation, la réglementation, les associations, les politiques suivies et l'aide extérieure au développement. Sur les 62 pays qui avaient été invités à répondre, 58 l'ont fait. Plus de 400 personnes, notamment des fonctionnaires des ministères de la santé et de l'éducation, des associations professionnelles et des universités ont collaboré avec les bureaux de pays de UNFPA afin de consolider les données de pays. Vingt-huit partenaires ont été réunis dans le cadre d'un groupe consultatif, d'un comité de rédaction et de groupes de travail composés d'experts techniques, pour examiner et faire la synthèse des données disponibles et d'autres informations plus générales relatives à la profession de sage-femme aux niveaux mondial, régional et national.

La pratique de sage-femme dans le monde en 2011 est divisé en quatre parties. La première résume le développement de la profession de sage-femme et les questions qui se posent dans cette profession quant aux soins et aux effectifs. Un examen des données obtenues des 58 pays qui ont répondu à l'enquête et de plus larges informations sont présentés à la deuxième partie. Les possibilités de mettre au point des services de soins de sage-femme de qualité répondant aux mieux aux besoins des femmes qui accouchent et de leurs nouveau-nés sont présentées à la troisième partie. Enfin, dans sa quatrième partie, le rapport présente des résumés de deux pages de la situation des sages-femmes dans les 58 pays. On trouvera aussi plusieurs annexes.

Le rapport et des données complémentaires sont également disponibles en ligne à l'adresse www.state-of-theworldsmidwifery.com et dans un CD-ROM qui accompagne le rapport. Les données complémentaires comportent des documents de référence demandés pour la rédaction du présent rapport, sur des thèmes régionaux, nationaux et techniques, les résultats complets de l'enquête, une bibliographie annotée des documents de référence et des informations complémentaires d'intérêt pour l'ensemble des sages-femmes dans le monde.

FIGURE II **Proportion des naissances surveillées par un accoucheur qualifié et charge de mortalité et de morbidité maternelle, fœtale et néonatale**



Source : d'après l'OMS et *The Lancet Stillbirths Series*.²⁹

LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME DANS LE MONDE



C'est pendant le travail, l'accouchement et les 24 heures qui suivent que le taux de mortalité maternelle, fœtale et néonatale est le plus élevé. Le rapport sur *La pratique de sage-femme dans le monde en 2011* porte donc principalement sur le personnel professionnel qui surveille les femmes avant, pendant et immédiatement après l'accouchement et sur les soins qu'il leur dispense.

Dans tous les pays du monde, des études rétrospectives^{1,2,3} ont bien établi que pour parvenir à sauver la vie des femmes et des nouveau-nés et améliorer leur état de santé, il faut que la profession de sage-femme soit organisée et dispense des soins de qualité. Des effectifs nombreux de sages-femmes compétentes sont aussi un moyen de dégager des avantages indirects par une contribution à l'amélioration de l'égalité entre les sexes, à l'exercice des droits des femmes et à leur autonomisation, pour qu'elles prennent soin d'elles-mêmes, de leur famille, de leur milieu local et aussi de leur pays (encadré 1.1).

La première partie du rapport brosse un tableau général et une large description de l'état de la pratique de sage-femme dans le monde. On y trouve une description des effectifs de sages-femmes, du développement de la profession et des compétences qui la définissent. On y examine comment les compétences essentielles de la sage-femme sont progressivement élaborées et soutenues par une action éducative, une réglementation et la création d'associations professionnelles. La formation des sages-femmes, les méthodes et les modèles pour l'exécution des soins de la sage-femme, ainsi que les obstacles à l'accès à ces soins sont également examinés.

Les Personnels compétents dans la pratique de sage-femme dans le monde

Les sages-femmes, ainsi que les autres personnes ayant les compétences de la sage-femme, constituent une fraction importante du personnel de la santé dans

beaucoup de pays. Elles travaillent avec les femmes, à leur domicile ou dans leur milieu local, dans des cliniques de soins prénatals, dans des centres de soins, des hôpitaux et des maternités. Elles sont en première ligne dans la fourniture des soins de santé aux mères, et travaillent avec des collègues dispensant des soins de santé primaires, secondaires et tertiaires. Les sages-femmes qualifiées et les autres personnes qui possèdent toutes les compétences voulues peuvent gérer les soins de santé des femmes et des nouveau-nés durant la grossesse, l'accouchement et après l'accouchement. Elles sont présentes pour dispenser des soins de routine pendant les accouchements sans histoires, et capables de repérer et gérer les complications de l'accouchement avant qu'elles ne menacent la survie. Dans l'éventualité d'une complication grave ou d'une urgence, la sage-femme et les personnes ayant les compétences de la sage-femme organiseront un transfert immédiat vers un service assurant les césariennes ou vers d'autres services de soins qu'elles ne sont pas autorisées à fournir.

Parmi les soins dispensés par la sage-femme, il y a l'écoute de la patiente qu'il faut rassurer (OMS/Marie-Agnes Heine; Ouganda)



LES SAGES-FEMMES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES EN AFGHANISTAN

La réapparition de la profession de sage-femme en Afghanistan a ouvert de nouvelles perspectives aux Afghanes. Pour concevoir le programme de formation de sages-femmes, en 2002, le Ministère de la santé publique a adopté une perspective sexospécifique quand il s'est assuré que le programme aurait la durée et le contenu adéquats pour permettre le développement progressif d'un cadre féminin de soignants. En outre, les premiers concepteurs et responsables du programme ont bien pris en compte les implications sexospécifiques d'un enseignement dans des écoles de filles, dans une société où les jeunes femmes sortent rarement de leur domicile. Les écoles de sages-femmes ont adopté une réglementation rigoureuse non seulement pour assurer la sécurité des élèves mais aussi pour convaincre les familles et les anciens qu'il est acceptable, pour ces jeunes femmes, de vivre ensemble dans les chefs-lieux des provinces, loin de leur famille.

Malgré ces efforts, des préoccupations relatives à la sécurité ont retardé l'ouverture d'une école de sages-femmes en 2003 et interrompu l'enseignement dans une autre école en 2004. Pourtant, les premières promotions de sages-femmes ont été diplômées en 2005 et leur déploiement, dans les structures sanitaires de leur propre village, les ont amenées à reconnaître l'intérêt des programmes de formation de sages-femmes et la contribution des sages-femmes nouvellement diplômées à la santé de la population locale. Les jeunes sages-femmes, dans les campagnes et les villes de l'Afghanistan ont ainsi acquis des positions influentes dans leur milieu local. À la fin de 2006, il existait des écoles de sages-femmes dans 21 des 34 provinces de l'Afghanistan. En 2008, sous la pression de la demande émanant des dirigeants locaux des provinces, il y avait des écoles de sages-femmes dans 32 provinces, pouvant recevoir des femmes des 34 provinces du pays.

Les jeunes Afghanes considèrent la profession de sage-femme comme attrayante et les familles sont très désireuses d'envoyer leurs filles et leurs femmes suivre cet enseignement, de sorte que les demandes sont systématiquement plus nombreuses que le nombre de places disponibles. Mais il faut faire beaucoup plus. En raison de l'urgence de la nécessité de remédier aux problèmes de santé maternelle, négligés pendant 10 ans, la plupart des élèves sages-femmes n'entrent dans ces écoles qu'avec 8 à 12 ans de formation primaire. Pour que les sages-femmes continuent à gagner en importance et en influence, il faut élaborer, pour toutes les élèves sages-femmes, des programmes de licence dans les universités, ainsi que des programmes de perfectionnement professionnel pour améliorer les qualifications des sages-femmes actuellement en exercice. Le programme doit continuer à évoluer, de façon que les sages-femmes puissent continuer non seulement à servir d'autres femmes mais à contribuer au revenu de leur propre famille et à faire progresser la cause de l'émancipation des femmes, qui rencontre de redoutables difficultés en Afghanistan.

L'évolution de la pratique de sage-femme vers le professionnalisme

1-15

Au fil des siècles, la profession de sage-femme a évolué, parallèlement à l'essor de la médecine scientifique. Des écoles de sages-femmes ont été ouvertes aux Pays-Bas dès le début du XVII^e siècle. En Suède, la première école a ouvert ses portes en 1711 (voir encadré 1.2). En France, les sages-femmes ont été reconnues comme faisant partie de l'élite éduquée aux XVIII^e et XIX^e siècles et on leur attribuait généralement une maison et un terrain. Les premières écoles de sages-femmes au Chili et en Argentine ont été ouvertes durant les années 1800 et, au Chili, les sages-femmes ont été impliquées dans la prise des décisions politiques au Ministère de la santé depuis cette époque. À la fin du XIX^e siècle, les sages-femmes en Europe ont fait campagne pour que leur profession soit reconnue et réglementée. En 1902, le Parlement britannique a adopté la Loi sur les sages-femmes (*Midwives Act*), qui faisait de leur profession une profession à part entière. En 1919, juste après la Première Guerre mondiale, plus de 1 000 sages-femmes de l'Europe entière se sont rencontrées à Bruxelles pour examiner les questions des normes et de la pratique de la profession. Lors de cette réunion a été créée la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), pour soutenir le développement régulier de la profession.

Au XX^e siècle, des services professionnels de sages-femmes ont été organisés dans divers pays d'Afrique et d'Asie. Les colonies françaises en Afrique subsaharienne retenaient le modèle français pour l'organisation des soins de sages-femmes et d'une formation autonome des sages-femmes (entrée directe), aboutissant à une profession distincte. En même temps, les colonies britanniques en Afrique, en Asie et dans les Caraïbes appliquaient le modèle britannique, prévoyant d'abord la formation d'infirmière se spécialisant ensuite dans la pratique de sage-femme. Dans un troisième modèle on enseigne parallèlement les professions d'infirmière et de sage-femme. Les trois modèles continuent à coexister aujourd'hui. Des lois organisant les professions d'infirmière et de sage-femme ont été adoptées et des conseils de la pratique de l'infirmière créés. Ces lois prévoyaient l'habilitation des sages-femmes et bien souvent une homologation distincte de la pratique de sage-femme, permettant à celle-ci d'être reconnue et de voir sa pratique protégée. Mais durant les années 1970 et 1980, un grand nombre de ces pays ont

Ce signe renvoie aux documents de référence sur les thèmes régionaux, nationaux et techniques. On trouvera à la partie bibliographique la liste complète des 70 contributions disponibles. Celles-ci peuvent être consultées sur le CD-ROM et en ligne.

cessé de prévoir l'organisation d'une licence distincte. Cela a réduit l'autorité de la profession de sage-femme et créé des difficultés pour recenser les sages-femmes en exercice et suivre leurs compétences et leur déploiement.

La période coloniale et d'autres facteurs historiques ont également été déterminants dans le développement de la pratique de sage-femme. La pratique privée a cohabité avec la pratique de la profession dans les établissements

publics depuis 1826 au Pérou et 1912 en Indonésie⁴. Peu de recherches ont eu lieu sur la pratique de sage-femme dans le secteur privé, et les données et informations qui comparent le secteur privé et le secteur public font généralement défaut⁵. Cependant, la pratique de sage-femme dans le secteur privé joue un rôle important dans beaucoup de pays, notamment dans la fourniture de services aux populations défavorisées et mérite qu'on lui accorde l'attention voulue⁶.

ENCADRÉ 1.2

TROIS SIÈCLES DE PRATIQUE DE SAGE-FEMME EN SUÈDE

Vers la fin du XVII^e siècle, les Suédois et notamment les femmes et les enfants vivaient dans une grande pauvreté, du fait de la guerre et de l'injustice sociale. La reine Ulrike Eleonore était préoccupée par la forte mortalité maternelle et pensait que la surveillance des accouchements par des sages-femmes qualifiées permettrait de sauver la vie de beaucoup de femmes. Cette conviction reposait sur son expérience personnelle, acquise auprès de la sage-femme royale, Catherine Wendt, qui avait reçu sa formation dans ce qui est actuellement l'Allemagne. En 1685, la reine a décidé d'ouvrir une école de sages-femmes assurant à la fois une formation théorique et pratique. Jusqu'alors, les futures sages-femmes étaient mises en apprentissage.

La tâche a été confiée au Dr. Johan von Hoorn, docteur en médecine très soucieux de progrès humanitaire. Il a séjourné à Paris pendant deux ans et a acquis des connaissances auprès des sages-femmes et d'autres personnes ayant les meilleures connaissances et la meilleure pratique de l'époque. À partir de ces expériences, il a écrit le premier manuel de la pratique de sage-femme mais ce n'est qu'en 1711 que l'École de sages-femmes a été pleinement établie à Stockholm. Les élèves sages-femmes recevaient une formation et faisaient le serment de s'acquitter de leur tâche conformément à un code de conduite, avant d'avoir le droit de pratiquer la profession de sage-femme. Ce code de conduite mettait en avant l'importance du respect de la femme – l'obligation de

l'aider, qu'elle soit de condition élevée ou basse, riche ou pauvre – et la nécessité de protéger le droit des femmes à la confidentialité.

Cependant, le nombre de sages-femmes formées chaque année restait faible, ne répondant jamais aux besoins de la population, qui le plus souvent vivait dans des villages éloignés, dans des régions peu peuplées. Les sages-femmes traditionnelles continuaient à aider les femmes à accoucher, mais la politique officielle leur interdisait de pratiquer leur art professionnellement. Seules les sages-femmes qualifiées pouvaient percevoir des honoraires. L'état civil a été créé en 1751 et les sages-femmes et les sacristains ont alors dû enregistrer les naissances ainsi que les décès maternels. Le taux de mortalité maternelle était de l'ordre de 900 décès pour 100 000 naissances vivantes. La société suédoise ne trouvait pas cela acceptable et les efforts déployés pour améliorer la profession de sage-femme se sont poursuivis.

Une décision royale de 1819 a ordonné à chaque municipalité d'employer une sage-femme qualifiée et, lentement, les choses ont changé. Les sages-femmes savaient réduire l'hémorragie de la délivrance en pratiquant la compression aortique et la compression de l'utérus. Elles savaient comment extraire manuellement le placenta et savaient effectuer les accouchements plus compliqués, lorsque l'enfant se présentait par le siège, en tournant la position du fœtus avant de l'extraire. Mais ces gestes salvateurs ne suffisaient pas. Après 1829,

les sages-femmes ont appris à utiliser le forceps obstétrical, qu'elles pouvaient utiliser légalement, et des instruments métalliques tels que des perforateurs, essentiels dans les situations de travail prolongé avec obstruction.

Enfin, à la fin du XIX^e siècle, on a pu enregistrer une réduction appréciable du taux de mortalité maternelle. En déployant dans les zones rurales des sages-femmes ayant ces compétences de survie, on a pu faire baisser le taux de mortalité maternelle de 420 pour 100 000 naissances vivantes à un peu plus de 100 entre 1861 et 1900. Les antibiotiques n'étaient alors pas disponibles, et la baisse spectaculaire des décès dus à la fièvre puerpérale a été attribuée au nettoyage méticuleux des mains et à d'autres techniques antiseptiques.

À ce jour, en Suède, les sages-femmes sont les premières personnes vers lesquelles les femmes se tournent pour recevoir des soins pendant la grossesse et l'accouchement, de même que pour obtenir des contraceptifs et autres services de santé procréative et sexuelle. Le système de soins et la législation prescrivent que la profession de sage-femme est autonome et qu'elles sont responsables des soins qu'elles donnent durant une grossesse et un accouchement normal. Si des complications surviennent, les sages-femmes travaillent en équipe avec les obstétriciens et, ensemble, ils dispensent les soins qui expliquent que la Suède a l'un des taux de mortalité maternelle et néonatale les plus faibles au monde.



Des soins prénatals de qualité peuvent améliorer la santé de la femme enceinte ; on dépiste ainsi et on traite d'éventuelles complications.
(Ellen Krijgh; Vietnam)

Accoucheurs et accoucheuses qualifiés

16

Le débat mondial sur la santé évoque de plus en plus l'ensemble des professionnels de la santé connus collectivement sous le nom d'accoucheurs qualifiés'. Ceci est dû notamment à l'influence des OMD ayant trait à la santé et au fait qu'il fallait distinguer les accoucheuses qualifiées des accoucheuses traditionnelles, ces dernières n'ayant pas de formation professionnelle. En 2004, l'OMS, avec la Confédération internationale des sages-femmes et la Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens, a décidé de définir l'accoucheur qualifié comme le professionnel de la santé certifié – sage-femme, médecin ou infirmière – qui a reçu une formation à la pratique des compétences nécessaires à la gestion des grossesses, accouchements et périodes postnatales immédiates normales (sans complications) et au repérage, à la gestion et au transfert des cas de complications chez la mère et le nouveau-né⁷⁷.

Pendant les 10 premières années du présent siècle, beaucoup de pays, désireux de revitaliser les soins de santé primaires, ont formé de nouveaux effectifs de travailleurs sanitaires diversement connus sous le nom d'infirmières auxiliaires, de sages-femmes communautaires, d'agents de santé et d'accoucheuses communautaires. Ces soignants ont été diversement formés aux compétences de la sage-femme, après un enseignement dont le programme et la durée sont variables. Un grand nombre de ces soignants sont, par inadvertance, désignés comme accoucheurs qualifiés, sans pour autant remplir les conditions de la définition de l'OMS. Quelques-uns seulement de ces soignants ont reçu la formation à l'ensemble des compétences de la pratique de sage-femme, et il n'y a pas de processus normalisé de formation et de certification qui soit applicable à tous les pays. De ce fait, on constate une confusion grandissante sur ce qui constitue un accoucheur qualifié.

Les compétences de la sage-femme : la base de la pratique

17

La notion de 'qualification' est un des aspects d'une réalité plus complexe. Des faits récents et nouveaux indiquent qu'il y a souvent une disparité importante entre le nombre de personnes désignées comme accoucheurs qualifiés et celui des personnes ayant effectivement les compétences de la sage-femme selon des normes objectives^{8, 9, 10}. Si l'on compte toutes les personnes désignées comme professionnels de la santé pour déterminer l'effectif d'accoucheurs qualifiés on risque de se tromper. La corrélation entre la proportion d'accouchements surveillés par ce qu'on appelle un 'accoucheur qualifié' et le taux de mortalité maternelle d'un pays risque alors d'être faible, car la qualité réelle des soins n'est pas prise en compte¹¹. De ce fait, on s'intéresse plutôt maintenant aux compétences¹², c'est-à-dire l'ensemble des connaissances, des savoir-faire pratiques, des attitudes et du comportement professionnel qui constitue la pratique de la sage-femme qualifiée¹³. Des directives récentes (2011) de l'OMS sur les compétences de base en soins de santé primaires concernant la santé sexuelle et procréative¹⁴ et l'enquête en cours sur les compétences optimales pour fournir des services maternels et néonataux essentiels témoignent de cette évolution^{15, 16}.

La conclusion logique, pour la gestion des ressources humaines, est qu'il faut faire correspondre les compétences et les ensembles essentiels de soins dispensés. Les recommandations de l'OMS sur les ensembles d'interventions pour la planification familiale, l'avortement sans risque, la santé maternelle, néonatale et infantile¹⁷ ont défini les services essentiels dans ce continuum de soins. Elles organisent des interventions efficaces allant de la période précédant la grossesse (planification familiale et soins d'avortement sans risque), la grossesse, l'accouchement, la période post-partum, les soins néonataux et les soins à l'enfant. Ces ensembles d'interventions sont définis au niveau communautaire et au niveau des structures sanitaires des pays et offrent des directives sur les composantes essentielles à réunir pour assurer le caractère adéquat et la qualité des soins.

Les directives de 2010 de l'ICM sur les compétences essentielles de base de la pratique de la sage-femme¹⁸ donnent un aperçu détaillé de ces compétences et mettent à jour l'édition de 2002¹⁹. Ces directives permettent aux pays de faire correspondre les compétences et les ensembles essentiels des soins à fournir, et donc d'améliorer les résultats des services de maternité et de la santé générale de la population. Comme le montre clai-

rement la figure 1.1, lorsqu'une sage-femme a acquis toutes les compétences, elle peut fournir les interventions recommandées par l'OMS dans l'ensemble du continuum de soins maternels et néonataux.

Des politiques et un environnement favorables ¹⁸⁻¹⁹

Le contexte national détermine les moyens et les contraintes, pour l'ensemble des professionnels de la santé, et notamment leurs aspects socioéconomiques, culturels et sexospécifiques. La conception même des systèmes de soins et leur fonctionnement sont un facteur décisif du développement et de la préservation d'effectifs suffisants et efficaces de sages-femmes.

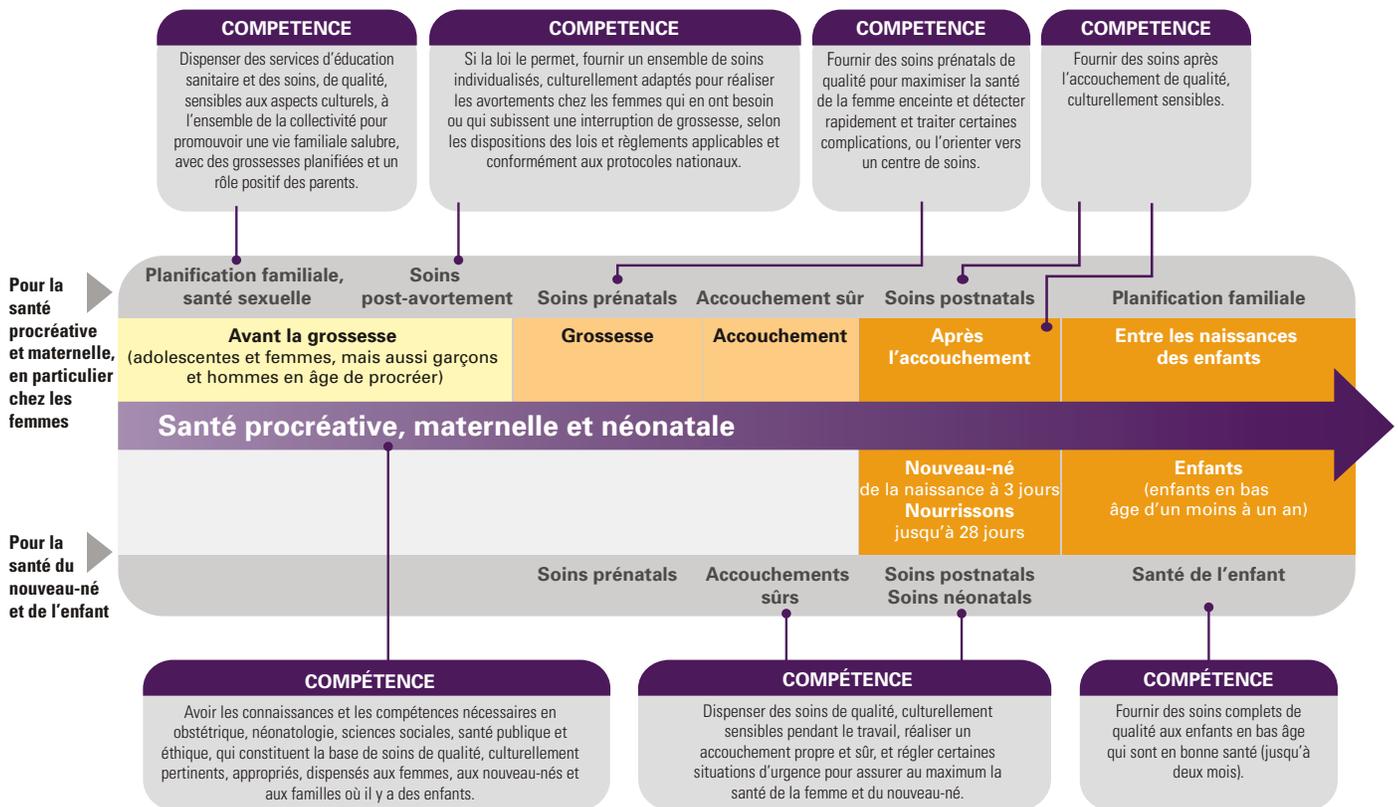
Pour contribuer au mieux à la santé publique, les sages-femmes doivent pouvoir travailler dans un environnement favorable²⁰. Cet environnement favorable va bien au-delà de l'obtention des médicaments nécessaires et des fournitures médicales au bon moment et au bon endroit (c'est-à-dire dans la salle de travail). L'équipe de maternité a également besoin d'équipement, de moyens de communication et d'un système d'aiguillage fonctionnel. Il faut des

services ordinaires et d'urgence jour et nuit, pendant toute l'année. Les sages-femmes ont également besoin d'une supervision, d'une collaboration professionnelle, elles doivent recevoir une rémunération adéquate et travailler dans des conditions qui leur permettent d'accomplir les interventions salvatrices.

Ces éléments d'un système de soins de santé vont beaucoup contribuer à préserver les effectifs de sages-femmes motivées et, en fin de compte, aideront à sauver la vie des mères et des nouveau-nés, surtout si la volonté d'améliorer la santé maternelle et infantile est une priorité nationale pour les dirigeants politiques. Il est également important que les politiques suivies soient cohérentes dans les multiples secteurs et dans le cadre des différents instruments législatifs existant dans le pays.

Une analyse récente effectuée par l'OMS et le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH) donne à penser que ce n'est pas toujours le cas²¹. Dans une évaluation portant sur 24 pays, cette analyse recense un défaut de cohérence

FIGURE 1.1 Ensembles de soins essentiels définis par l'OMS et rôle des compétences de la sage-femme dans leur prestation



Source : d'après l'OMS (2010) 'Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health' (Ensembles d'interventions pour la planification familiale, les soins d'avortement sans risque, la santé maternelle, la santé du nouveau-né et de l'enfant), et ICM (2010) 'Essential competencies for basic midwifery practice' (compétences essentielles de base de la pratique de la sage-femme).

entre les politiques suivies pour la réduction de la pauvreté et les plans pour la santé publique et la santé maternelle. Alors que la réalisation des OMD 4 et 5 est reconnue comme une priorité dans les plans nationaux de développement et de santé publique (et notamment dans les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté), cette orientation n'est pas toujours étayée par des plans opérationnels et par des ressources financières et humaines appropriées pour appliquer ces politiques. En d'autres termes, les priorités définies n'ont pas conduit à l'élaboration et l'application d'interventions objectives, et notamment l'augmentation des effectifs de sages-femmes.



L'acquisition de connaissances avec des mannequins médicaux permet aux élèves sages-femmes d'acquérir les compétences essentielles. (Liba Taylor pour l'ICM, Inde)

Les trois piliers d'une pratique de sage-femme de qualité

Indépendamment de la conception et du fonctionnement du système de soins du pays, les programmes de formation des sages-femmes, la réglementation de la profession et le développement des associations de sages-femmes sont les trois piliers critiques de la création d'un corps de sages-femmes ayant les qualités voulues. Il y a là donc un ensemble d'actions à entreprendre et un continuum à suivre (formation, réglementation, association) pour le développement de la profession de sage-femme.

Éducation

La formation des sages-femmes avant l'emploi et durant l'emploi, pour obtenir un effectif de sages-femmes éduquées, peut suivre de nombreuses filières. Les programmes d'enseignement conçus à l'intention

des élèves sages-femmes – soit par une entrée directe, soit en alliant la formation d'infirmière à celle de sage-femme, ou encore par une formation complémentaire à celle de d'infirmière – varient considérablement entre pays et dans un pays. Il existe des différences manifestes dans les conditions d'entrée dans les écoles de sage-femme : la longueur de la formation, les programmes, les capacités et la qualité des enseignants, le ratio tuteurs/élèves et le temps consacré à la pratique clinique. De nombreux programmes de formation des sages-femmes risquent donc de former des soignantes qui n'ont pas toutes les compétences définies par l'ICM.

En 2009, l'OMS a publié des normes mondiales pour l'éducation initiale des infirmières et des sages-femmes²². Par 'éducation initiale' il faut entendre la formation exigée d'une personne souhaitant devenir infirmière ou sage-femme professionnelle. Ces normes mondiales développées en collaboration avec l'ICM et le Conseil International des Infirmières (ICN), visent à aboutir à des situations fondées sur des compétences réelles et à garantir que les futures infirmières et sages-femmes répondent bien aux besoins sanitaires des populations. Plus récemment, l'ICM a élaboré des normes mondiales s'appliquant expressément à la formation des sages-femmes (2010)²³, et une sage-femme pleinement qualifiée doit avoir reçu une formation préparant aux compétences essentielles définies par l'ICM. Ces normes comprennent :

- L'achèvement de l'école secondaire pour commencer la formation de sage-femme;
- Une formation directe de sage-femme d'une durée d'au moins trois ans;
- Une formation complémentaire des infirmières et autres soignants d'une durée de 18 mois au moins;
- Un programme de formation de sages-femmes comprenant théorie et travaux pratiques, avec au moins 40 % de théorie et au moins 50 % de travaux pratiques.

Ces normes offrent également des directives précises pour les écoles, les enseignants et les administrateurs scolaires afin de promouvoir une éducation de qualité indispensable pour acquérir les compétences essentielles de la pratique de sage-femme²⁴. Ces normes peuvent être adaptées pour refléter ainsi les besoins particuliers de chaque pays pour ce qui est du contenu des programmes d'enseignement et leur caractère culturellement approprié.

L'acquisition des compétences de sage-femme exige des connaissances théoriques ainsi que des travaux

pratiques réguliers, adaptés, supervisés, dans divers contextes cliniques. La formation dans un contexte clinique aide à combler l'écart entre la formation théorique et la réalité clinique et prépare les sages-femmes et autres personnes ayant des compétences de la sage-femme à un travail en équipe et à la fourniture de soins tout au long du continuum de soins. L'une des raisons de la difficulté rencontrée est le manque de possibilités de formation clinique avec supervision par un praticien expérimenté.

Il est donc indispensable d'augmenter le nombre des enseignants, des formateurs, des tuteurs et d'améliorer la qualité de leur formation, en particulier pour la formation pratique dans les maternités, où chaque élève sage-femme doit avoir la possibilité de s'exercer concrètement aussi souvent que possible. Le ratio tuteurs-élèves pendant la pratique clinique peut varier en fonction de facteurs multiples (par exemple le niveau de l'élève, les compétences à acquérir, l'ampleur de l'expérience clinique disponible et les compétences pédagogiques du tuteur) mais une norme de un tuteur pour deux élèves sages-femmes est optimale dans le contexte d'une maternité.

Il faut que les sages-femmes préservent leurs compétences et il faut pour cela une formation continue et une formation en cours d'emploi, également importantes, et notamment une formation grâce aux technologies de l'information et des communications de plus en plus disponibles. La formation continue est essentielle pour la sécurité publique et constitue une responsabilité professionnelle. Elle est à la base de la délivrance de certificats, et figure dans les mécanismes réglementaires et autres mécanismes de validation professionnelle. C'est également un moyen de faire carrière pour ceux et celles qui veulent devenir enseignants, superviseurs ou chercheurs.

Réglementation

30-31

L'objet de la réglementation et son processus lui-même ont la volonté de servir et de protéger la population. La réglementation est un moyen de s'assurer que les professionnels de la santé sont compétents pour exercer. C'est un mécanisme essentiel de responsabilisation, et c'est la fonction des pouvoirs publics que de s'acquitter de cette responsabilité pour protéger la population et assurer l'exercice du droit à la santé, notamment l'obligation de dispenser des soins et de prêter une attention particulière aux mères avant, pendant, et après l'accouchement²⁵. A contrario, un système de soins de santé qui s'appuierait sur des sages-femmes et autres professionnels qui n'auraient

pas la compétence voulue pour dispenser des soins pendant leur carrière serait une situation dangereuse pour les femmes, les nouveau-nés, les familles et la population²⁶.

Les mécanismes utilisés pour réglementer les professions de santé diffèrent d'un pays à l'autre, mais en général une autorité réglementaire supervise la profession médicale ou un groupe de professions liées à la santé. Ces organes fonctionnent habituellement au niveau national ou régional dans un pays. Ils délivrent des licences et enregistrent les soignants (y compris ceux qui ont été formés à l'étranger) et règlent les cas où la pratique de ces soignants serait insuffisante par rapport aux normes de compétence voulues. En outre, ils jouent un rôle majeur dans la fixation et l'observation des normes dans les programmes d'enseignement.

Les 'Normes globales pour la réglementation de la pratique de sage-femme' récemment mises au point par l'ICM²⁷, proposent qu'un organisme de tutelle de la profession de sage-femme s'acquitte des six fonctions principales suivantes :

- Il fixe l'étendue de la pratique de sage-femme;
- Il pose les conditions initiales pour l'inscription en formation de sage-femme;
- Il enregistre les sages-femmes et leur délivre une licence leur permettant d'exercer;
- Cette licence est régulièrement vérifiée pour assurer la constance des compétences des sages-femmes;
- Il examine les plaintes et au besoin impose aux sages-femmes des sanctions disciplinaires;
- Il fixe des normes de conduite et de déontologie des sages-femmes.

Dans les pays développés comme dans les pays en développement, la pratique de sage-femme est souvent réglementée par un Conseil indépendant (qu'il s'agisse des sages-femmes, des infirmières, ou des infirmières-sages-femmes). Cela est compatible avec la réglementation d'autres professions telles que les Conseils de l'Ordre des médecins et des dentistes. Dans les pays où la pratique de sage-femme n'est pas une profession distincte et où divers professionnels de la santé dispensent des soins de maternité, des

un système de soins de santé qui s'appuierait sur des sages-femmes et autres professionnels n'ayant pas la compétence voulue, pendant leur carrière professionnelle, serait dangereux pour les femmes, les nouveau-nés, les familles et la population.

problèmes peuvent se poser dans l'établissement des normes et des compétences exigées des sages-femmes professionnelles, pour assurer la protection de la population.

Associations professionnelles

32-34

Une association professionnelle puissante, soutenue par ses membres et reconnue par les pouvoirs publics, par l'autorité réglementaire et par les instituts de formation, est le troisième 'pilier' de la profession de sage-femme. Il peut s'agir d'une association expressément destinée aux sages-femmes, ou d'une association d'infirmières qui accepte les sages-femmes et défend leurs intérêts.

Le développement de ces associations comprend la création d'organismes viables, ayant des politiques et des procédures bien définies, pour guider leurs activités et leur instance de direction. Le développement de ces associations va au-delà de la promotion des sages-femmes, des infirmières-sages-femmes et de la pratique de la sage-femme, pour contribuer à la formulation des poli-

tiques et la prise des grandes décisions au sujet des soins de santé maternelle et infantile à tous les niveaux du système de santé publique.

Les associations de sages-femmes ont plusieurs rôles et attributions :

- Elles assurent la promotion de la pratique de sage-femme, des normes professionnelles et de la qualité des soins;
- Elles contribuent à la mise au point et au soutien des programmes nationaux de formation;
- Elles sont les partenaires des autorités réglementaires pour assurer la formation en cours d'emploi dans le respect des normes et des règles;
- Elles travaillent avec d'autres associations de professionnels de la santé et avec le Ministère de la santé et les autorités sanitaires locales pour élaborer des politiques et des normes relatives à la santé procréative et aux soins maternels et néonataux;
- Elles encouragent l'établissement d'un réseau de relations professionnelles et une pratique interdisciplinaire;
- Elles négocient une rémunération appropriée et le barème des traitements avec les autorités et cherchent à améliorer les conditions de travail;

- Elles sont en relation avec d'autres associations de femmes et ceux qui militent pour la cause de la santé procréative des femmes et de la santé néonatale et infantile.

Pour s'acquitter de ces fonctions et attributions, les associations de sages-femmes doivent avoir une capacité appropriée – de bonnes instances de direction, des compétences techniques éprouvées, ainsi que des procédures administratives et financières adéquates. Elles doivent également être reconnues comme faisant autorité dans le système de santé national et local de façon à participer à la définition et l'application des politiques et recevoir des ressources appropriées. Ce n'est pas actuellement le cas dans tous les pays. Les ateliers multidisciplinaires, plurinationaux, d'associations professionnelles de soignants organisés par le PMNCH²⁸ en 2008 donnent à penser que souvent les autorités attachent peu d'importance à ces associations ou les excluent du débat sur la planification des politiques nationales de santé. Cela est peut-être dû aux lacunes de ces associations, dont les capacités financières et autres sont trop faibles.

Comment la pratique de sage-femme est-elle organisée et dispensée?

Offre de services, compétences et couverture

35-39

La bonne organisation des soins dépend pour une large part des effectifs de sages-femmes, de leurs compétences et de la couverture des soins. Dans le monde, on est aux prises actuellement avec une crise des effectifs de professionnels de la santé et on estime la pénurie à 3,5 millions de personnes dans les 49 pays les plus pauvres²⁹. Le déficit de sages-femmes représente une proportion élevée de la pénurie de professionnels de la santé et compromet les efforts déployés pour améliorer les services de maternité et leur qualité.

Les pays qui manquent cruellement de sages-femmes n'ont généralement pas de système solide d'information sur les ressources humaines³⁰, même quand cela est une priorité reconnue³¹. Cela, malgré les nombreux appels à l'action lancés par l'Assemblée mondiale de la santé dans ses résolutions de 2004, 2006 et 2010^{32, 33, 34}. Quelques exemples de bonne pratique commencent à être connus^{35, 36}, mais en général il est difficile de préciser le nombre de sages-femmes actuellement en exercice dans le secteur public et dans les autres secteurs. On a encore moins d'informations sur la question de savoir si elles pratiquent dans une maternité ou sont affectées à d'autres tâches, si elles sont disponibles 24 heures par jour, quelle est

la qualité des soins qu'elles dispensent, quelles sont leurs compétences et quelles sont les lacunes de la couverture des soins. Ce manque d'information signifie que l'on dispose de très peu de données pour prendre des décisions en connaissance de cause et complique l'examen de l'organisation, des capacités, de la qualité et de la performance des services de maternité.

L'un des indicateurs possibles pour examiner l'offre de soins est la proportion de femmes qui sont assistées par du personnel qualifié pendant le travail et l'accouchement. On estime à 60 millions le nombre de femmes qui accouchent en dehors d'une structure sanitaire et à 52 millions celui des naissances qui ne sont pas surveillées par un accoucheur qualifié (sage-femme, infirmière ou médecin) chaque année³⁷. Alors que la proportion d'accouchements surveillés par du personnel qualifié est proche de 100 % dans la plupart des pays industrialisés, elle demeure inférieure à 50 % dans la plupart des pays d'Asie du Sud et d'Afrique subsaharienne³⁸. Comme cette proportion augmente de moins de 0,5 % par an actuellement, moins de la moitié des accouchements, dans ces régions, seront assistés par un accoucheur qualifié en 2015³⁹.

Dans les pays qui ont un problème de manque de sages-femmes, la situation est encore aggravée par les disparités entre les zones urbaines et rurales. En fait, là où des données sont disponibles, la moyenne de la densité des personnels sanitaires est quatre fois plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales⁴⁰. Environ la moitié de la population, dans le monde, vit pourtant dans les zones rurales, et 38 % seulement des sages-femmes et des infirmières et moins d'un quart des médecins y travaillent⁴¹. Or la population rurale a souvent un taux de fécondité plus élevé, et elle est donc désavantagée dans l'accès aux soins dispensés par les sages-femmes⁴².

Le travail en équipe

40-42

Les effectifs et la répartition des sages-femmes qualifiées sont d'importance critique, mais il en va de même de la qualité des soins qu'elles dispensent. Des professionnels de la santé travaillant ensemble, ayant des compétences et des qualifications complémentaires, sont la condition d'une plus grande sécurité de la grossesse et de l'accouchement. Toutes les sages-femmes doivent pouvoir dispenser un ensemble de soins de maternité et de soins intégrés aux mères et aux nouveau-nés. Idéalement, cela se fait par une collaboration⁴³ au sein de l'équipe de maternité. Tous les professionnels de la santé (par exemple les sages-femmes, les infirmières et les médecins qui définissent leurs



propres normes de comportement professionnels) doivent veiller à la qualité de ces relations d'interdépendance et de collaboration.

Une telle conception multidisciplinaire du travail en collaboration est au cœur de la liste des compétences, récemment publiée par l'OMS, qui sont nécessaires pour dispenser avec succès des soins de santé sexuelle et procréative de qualité au niveau des soins de santé primaires⁴⁴. Ces 13 compétences ont trait aux soins de santé essentiels de la sexualité et de la procréation, et ne s'appliquent pas à des professions spécifiques. Chaque soignant doit bien savoir ce qu'on attend de lui ou d'elle et connaître les mécanismes internes d'orientation au sein de l'équipe. Pour s'assurer que les accouchées reçoivent bien des soins complets et continus, tous les soignants qui dispensent des soins de santé primaires doivent bien connaître les compétences disponibles au niveau d'aiguillage immédiatement supérieur, et réciproquement, et savoir comment faire usage du système de transfert vers des services appropriés.

Le travail dans les communautés locales

43-48

Dans de nombreux pays, les sages-femmes qualifiées sont rares et elles ne sont pas déployées en nombre suffisant pour dispenser l'ensemble des soins de santé répondant au modèle communautaire. Les enquêtes démographie-santé confirment que, pendant l'accouchement, ce sont souvent des membres de la famille,

Toutes les femmes ne sont pas en mesure de recevoir les soins d'une sage-femme quand elles sont enceintes ou pendant le travail et l'accouchement. Pour certaines, il faut faire un déplacement long et difficile. (Claire Escoffier, Somalie).



Les sages-femmes peuvent enseigner des notions d'hygiène et dispenser des services sanitaires à la population locale, et aider ainsi les parents à planifier les naissances et exercer au mieux leurs fonctions parentales.
(Ahmed al-Adboei; Yémen)

des voisines, des agents de santé communautaires et des accoucheuses traditionnelles qui sont seuls présents.

Étant donné cette situation, les services communautaires de maternité doivent être bien conscients des caractéristiques de l'offre et de la demande de soins et envisager des mesures provisoires ou à plus long terme pour résoudre le problème de la qualité des soins⁴⁵ et humaniser les accouchements. Beaucoup de pays qui font l'objet du présent rapport ont donc investi dans la formation d'agents de santé communautaires chargés de dispenser certains des soins de santé primaires. Des agents communautaires, le plus souvent formés en quelques mois seulement, ont un certain rôle à jouer dans le renforcement des soins maternels et néonataux, en accomplissant certaines des tâches essentielles dans le continuum de soins. Ils peuvent notamment tenir des dossiers sanitaires, encourager la planification familiale, inciter les femmes enceintes à se rendre dans une structure sanitaire pour accoucher, encourager l'allaitement au sein à titre exclusif durant les visites à domicile et encourager l'enregistrement des naissances. Là où ces tâches communautaires essentielles sont supervisées par le centre de soins de santé primaires, on constate un accroissement du nombre d'accouchées qui sont orientées vers des centres de soins appropriés et une réduction de maladies et de décès néonataux^{46, 47}.

Les accoucheuses traditionnelles constituent un groupe hétérogène de membres de la communauté locale qui n'ont pas reçu une formation formelle, sont indépendantes des services de santé publique

et dispensent des soins pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale⁴⁸. Dans les années 1970 et 1980, des dizaines de milliers d'accoucheuses traditionnelles ont ainsi reçu une formation, principalement en Asie et en Amérique latine mais aussi en Afrique⁴⁹. Les pays ont été activement encouragés à le faire⁵⁰ dans l'espoir que cela améliorerait le taux de survie des femmes là où les sages-femmes professionnelles sont trop peu nombreuses. Il existe des indications selon lesquelles dans des circonstances particulières, former des accoucheuses traditionnelles peut effectivement améliorer 'les connaissances' et 'l'attitude', et peut amener une diminution faible mais appréciable de la mortalité périnatale. Cependant, rien n'indique que cette formation soit d'un bon rapport coût-efficacité ou ait un quelconque impact sur la réduction du nombre de femmes qui meurent pendant la grossesse ou l'accouchement. Après plus de 30 ans de tentatives portées par de bonnes intentions, mais aussi d'expériences décevantes, la stratégie de formation d'accoucheuses traditionnelles est de plus en plus remise en question ou infléchie⁵¹. Pourtant, les accoucheuses traditionnelles peuvent jouer un rôle en aidant les femmes enceintes. Un certain nombre de programmes apparaissent pour promouvoir un recentrage du rôle des accoucheuses traditionnelles sur la base des connaissances qu'elles possèdent généralement, et parce qu'elles occupent une position où elles sont respectées et peuvent influencer ce qui se passe dans leur milieu immédiat⁵². En effet, elles sont culturellement proches des femmes, et pour cette raison elles sont en position unique pour inciter et aider les femmes et leur famille à prévoir un accouchement surveillé par un professionnel qualifié. Si les rôles et les attributions des accoucheuses traditionnelles sont bien précisés et si elles entretiennent une relation positive avec les sages-femmes qualifiées, des résultats favorables peuvent être obtenus. Mais il reste clair qu'il est important de prévoir parallèlement des services d'accouchement par du personnel qualifié, dans des maternités, s'ajoutant à ces services locaux. Le partage des tâches serait une option concevable si l'on veut accroître le nombre des interventions communautaires, mais on ne peut céder à un autre les soins essentiels d'une sage-femme compétente lors de l'accouchement ou pour le transfert vers un centre de soins. La difficulté est de s'assurer que l'ensemble des compétences nécessaires pour assurer l'ensemble des soins existe bien dans la population locale - auprès des sages-femmes, infirmières-sages-femmes et autres soignants qui travaillent dans la collectivité. L'un des mécanismes d'appui permettant de pratiquer cette option consiste à repérer dans la population locale

de futures élèves sages-femmes disposées à revenir y travailler une fois leur diplôme obtenu.

Le travail dans des structures sanitaires

49-52

Le consensus des experts techniques recommande que tous les accouchements, normaux ou non, soient réalisés dans un établissement offrant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)^{53, 54}. En pareil cas, un accouchement normal est réalisé dans la grande majorité des cas. Parallèlement, la sage-femme doit être à même de s'occuper immédiatement des 15 % d'accouchements qui, en moyenne, présentent des complications obstétricales (tableau 1.1). Or, comme l'apparition de ces complications est souvent imprévisible, on atténue ainsi le risque qu'une femme commence le travail dans une structure sanitaire de niveau inférieur ou à son domicile, assistée seulement par une accoucheuse traditionnelle, une auxiliaire ou un agent de santé polyvalent qui ne sont pas en mesure de faire les interventions salvatrices. Quand la femme est prise en charge dans un centre de soins équipé pour dispenser les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB), seules les femmes faisant une complication appelant une intervention chirurgicale ou une transfusion sanguine sont aiguillées vers une structure sanitaire offrant l'ensemble des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONUC)⁵⁵.

Les directives émanant des organismes des Nations Unies recommandent de prévoir au moins cinq structures sanitaires offrant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) dans une circonscription typique ayant une population de 500 000 habitants, avec une structure sanitaire offrant les soins complets (SONUC)⁵⁶. Des évaluations faites dans plus de 50 pays⁵⁷ ont révélé que le plus souvent cette densité n'est pas atteinte, en raison surtout d'un manque de structures sanitaires offrant les soins obstétricaux d'urgence de base. Par contraste, la plupart des pays ont au moins théoriquement un nombre adéquat de structures sanitaires offrant des soins complets, mais ces structures ne sont pas réparties dans le territoire du pays de façon à être facilement accessibles pour toutes les femmes et les nouveaux-nés qui auraient besoin des soins qu'elles dispensent. Cela met en évidence les problèmes que présente la concentration du personnel de santé, du matériel, des médicaments et des fournitures dans une structure sanitaire ouverte 24 heures sur 24 et sept jours par semaine, tout en répondant à la nécessité de faire en sorte que les structures dispensant des soins obstétricaux d'urgence soient proches des lieux d'habitation des femmes.

TABLEAU 1.1

COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES ET NÉONATALES À PRÉVOIR CHAQUE JOUR

(ENSEMBLE D'UN PAYS ET ZONES RURALES)
ANNÉE DE RÉFÉRENCE 2010

Pays	Par jour	Par jour en zones rurales
Afghanistan	478	320
Afrique du Sud	452	172
Angola	328	134
Bangladesh	1 415	1 005
Bénin	161	90
Bhoutan	7	5
Bolivie (État plurinational de)	115	38
Botswana	22	9
Burkina Faso	306	227
Burundi	140	124
Cambodge	160	128
Cameroun	304	131
Comores	9	7
Côte d'Ivoire	335	164
Djibouti	14	3
Érythrée	79	62
Éthiopie	1 397	1 146
Gabon	18	4
Gambie	28	13
Ghana	306	150
Guinée	182	109
Guinée Bissau	28	20
Guyana	8	5
Haïti	113	54
Inde	10 976	7 683
Indonésie	2 028	1 136
Iraq	414	141
Kenya	608	426
Libéria	72	38
Madagascar	304	210
Malawi	278	223
Mali	287	184
Maroc	280	117
Mauritanie	48	28
Mozambique	385	238
Myanmar	457	302
Népal	345	280
Nicaragua	57	24
Niger	340	272
Nigéria	2 727	1 364
Ouganda	653	555
Ouzbékistan	265	169
Pakistan	2 281	1 368
Papouasie-Nouvelle-Guinée	87	75
Pérou	255	61
République centrafricaine	75	45
République démocratique du Congo	1 313	854
République démocratique populaire lao	75	49
République-Unie de Tanzanie	758	531
Rwanda	180	144
Sénégal	200	110
Sierra Leone	100	62
Somalie	178	130
Soudan	586	352
Tadjikistan	84	62
Tchad	217	157
Timor-Leste	19	13
Togo	95	54
Viet Nam	658	461
Yémen	399	272
Zambie	246	157
Zimbabwe	166	103

Source : UNFPA 2011.

DES UNITÉS OBSTÉTRICALES GÉRÉES PAR DES SAGES-FEMMES EN DEHORS DE L'HÔPITAL À CAPE PENINSULA (AFRIQUE DU SUD)

Le Département de maternité et de néonatalogie de la province de Peninsula (PMNS) dispose d'un système d'aiguillage à trois niveaux au sein du système public de soins; il dessert la majorité des femmes enceintes et des nouveau-nés de la ville du Cap. Du fait de la bonne réputation de ce département provincial, beaucoup de gens y viennent des autres provinces pour s'y installer durant leur grossesse.

À la fin des années 70, on a décidé de rapprocher les soins de maternité à faible risque de la population qui en a besoin et de faire assurer ces soins par des sages-femmes certifiées. Au milieu des années 90, trois unités obstétricales dirigées par une sage-femme avaient ainsi été établies dans la péninsule du Cap. Il y a actuellement sept unités de cette nature qui sont associées à la Faculté des sciences médicales de l'Université du Cap (décrites plus bas) et deux qui sont associées à la Faculté de médecine de l'Université de Stellenbosch. Diverses autres unités fonctionnent ailleurs en Afrique du Sud, mais il ne s'agit pas encore d'un modèle adopté partout à l'échelle nationale.

Cette initiative repose sur quatre hypothèses de travail :

- Les grossesses normales ou à faible risque sont bien gérées par des sages-femmes dûment qualifiées;
- Un hôpital de troisième niveau, s'occupant des besoins des patientes malades, n'est pas le cadre le plus approprié pour les grossesses normales à faible risque, et ce serait un gaspillage de ressources et d'équipements coûteux;
- Les services de soins doivent être accessibles, acceptables et appropriés à la population à un coût viable pour celle-ci;
- Ne pas prévoir d'options "pauvres" pour les pauvres.

Ces unités créent un espace où la sage-femme peut pratiquer au mieux son art. Au total, 17 606 femmes ont été soignées dans les sept unités en question en 2009. Cela représente 44 % du total pour le PMNS, et une augmentation de 30 % par rapport à 2002. Par exemple, en 2008, l'unité de Mitchell's Plain avait reçu 10 403 patientes, assuré 4 193 accouchements et organisé 1 701 transferts à l'hôpital.

Toutes ces unités dirigées par des sages-femmes fonctionnent comme centres assurant les soins maternels et néonataux primaires dans le système de soins et sont financées par le budget de santé publique de la province. Un modèle a commencé comme partenariat public-privé (à but non lucratif) afin d'ouvrir aux femmes la possibilité de se faire assister par une sage-femme, ce qui à l'époque n'était pas possible dans le secteur privé. Ce partenariat a eu des retombées positives pour les patientes du secteur public qui utilisent cette unité.

Étant donné le nombre grandissant de femmes et de nouveau-nés qui sont soignés dans ces unités, l'augmentation des problèmes liés au VIH et au sida et la réduction des effectifs, ce système a continué de donner de bons résultats qui font l'envie du pays. Entre 2005 et 2007, on ne déplore dans ces unités que trois décès maternels. Pour tous les enfants pesant à la naissance plus d'un kilo, le taux de mortalité périnatale dans ces unités est de 9,8 pour 1 000, à comparer au taux de 19,3 pour 1 000 pour l'ensemble de la province. La capacité en lits de ces unités dirigées par des sages-femmes représente 15 % de la capacité totale du PMNS mais assure 50 % des accouchements. C'est un moyen de libérer des lits pour des niveaux de services plus élevés.

L'unité de soins gérée par des sages-femmes, où les sages-femmes assument la responsabilité professionnelle première des soins dispensés⁵⁸, est une solution de plus en plus appliquée dans les pays où les sages-femmes sont autorisées à faire des interventions quand le pronostic vital est engagé. Cela permet de résoudre certains des problèmes de gestion des ressources et de fournir des services de sage-femme visant principalement les accouchements normaux à faible risque. Un examen systématique des informations factuelles disponibles dans les pays à revenu élevé⁵⁹ constate que cela donne de bons résultats pour les femmes qui accouchent, quand cette solution est comparée avec d'autres modèles de soins (surveillance par un obstétricien ou par un médecin de famille ou des modèles de soins partagés); une évaluation effectuée en 2011 au Royaume-Uni⁶⁰ constate le potentiel d'économie que présente cette solution et recommande sa large application. Une expérience similaire des avantages des unités de soins gérées par les sages-femmes apparaît aussi dans les pays à revenu faible ou moyen tels que le Botswana, le Burkina Faso et l'Afrique du Sud (encadré 1). Ces résultats positifs confirment la faisabilité, l'utilité et l'efficacité de cette démarche et son intérêt potentiel pour réduire les inégalités dans l'accès aux soins⁶¹.

La gestion des effectifs de sages-femmes et autres prestataires de soins de maternité

53-61

Au cours des dernières années, un certain nombre de directives et d'instruments correspondants ont été mis au point pour la gestion du personnel de santé et appliqués à la gestion des effectifs de sages-femmes et autres personnes ayant les compétences de sage-femme. Par exemple le *Rapport sur la santé dans le monde 2006 - travailler ensemble pour la santé* consacre plusieurs chapitres distincts aux trois aspects de la gestion des ressources humaines : entrée ou recrutement, fidélisation, et sortie de la profession.

Des programmes cohérents de gestion des ressources humaines peuvent avoir un effet décisif. Quand ils sont appuyés par des politiques judicieuses et suffisantes et qu'ils sont soutenus par tous les acteurs, en particulier l'administration du pays, ils peuvent aider à attirer, recruter et déployer des sages-femmes nouvellement qualifiées ou/et en chômage, dans des zones où leurs compétences peuvent beaucoup contribuer à la qualité des accouchements et aider à sauver des vies⁶². Certains pays ont adopté des politiques visant expressément à attirer des sages-femmes qualifiées qui travaillent dans un autre cadre

professionnel, ou des sages-femmes retraitées qui pourraient continuer à exercer.

La motivation est un facteur important de la bonne performance des sages-femmes et contribue à les dissuader de quitter la profession. Des indications montrent que de mauvaises conditions de travail, la faiblesse des traitements, le manque de supervision et le manque de possibilité de carrière sont les principaux facteurs démotivants. Le soutien des collègues et l'existence de réseaux professionnels peuvent améliorer le taux de fidélisation des sages-femmes et la qualité des soins. Souvent, les sages-femmes travaillant au niveau communautaire se heurtent à des problèmes et à des complications qu'elles n'ont pas rencontrés dans leur formation initiale. Pour motiver et fidéliser les sages-femmes, il est essentiel d'assurer un contrôle continu de la qualité des soins par des audits et des revues de cas en collaboration, et d'une formation continue adaptée.

La supervision d'appui est souvent négligée; jusqu'à tout récemment, cette notion ne figurait pas dans les

modèles de pratique optimale. Le travail en équipe dans une maternité ou dans la communauté locale suppose une bonne coordination et une bonne coopération (plutôt que l'exercice d'une autorité hiérarchique) entre les différents personnels et entre les différents niveaux de soins. C'est un élément essentiel de la supervision pour assurer des consultations efficaces, une cogestion, et l'aiguillage des femmes et des nouveau-nés en fonction de leurs besoins. Il est important que cette supervision soit menée d'une façon qui renforce les capacités, renforce l'esprit d'équipe et donne le pouvoir de décision nécessaire aux sages-femmes et autres personnes ayant les compétences de sage-femme⁶³. On doit également faire en sorte que les autres catégories de professionnels de la santé respectent l'autonomie de la pratique de sage-femme qui existe dans beaucoup de pays.

Comme il y a très peu de sages-femmes dans les zones rurales, l'OMS a publié en 2010 des recommandations mondiales sur les moyens *d'accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation*⁶⁴, et ces recommandations ont une pertinence particulière

ENCADRÉ 1.4

RECOMMANDATIONS DE L'OMS POUR AMÉLIORER L'OFFRE DE SOINS PAR LA FIDÉLISATION DES PERSONNELS DE SANTÉ DANS LES ZONES RURALES OU RECLÉES

Catégorie d'intervention	Exemples
A. Éducation	A1 Recruter des élèves dans les zones rurales
	A2 Installer des écoles professionnelles de santé en dehors des grandes villes
	A3 Assurer des stages cliniques dans les zones rurales durant les études
	A4 Choisir des programmes d'enseignement qui reflètent les problèmes de santé en milieu rural
	A5 Assurer un perfectionnement professionnel continu pour les agents de santé ruraux
B. Réglementation	B1 Elargissement du champ de la pratique
	B2 Différencier les catégories d'agents de santé
	B3 Prévoir un service obligatoire
	B4 Subventionner les études en échange d'une obligation de service
C. Incitations financières	C1 Prévoir des incitations financières appropriées
D. Soutien professionnel et personnel	D1 Améliorer les conditions de vie
	D2 Rendre plus sûr et plus favorable le milieu de travail
	D3 Apporter un soutien à l'action en direction de la population
	D4 Prévoir un développement des carrières
	D5 Organiser des réseaux professionnels
	D6 Prévoir des mesures de reconnaissance publique

Source : WHO (2010).⁶⁴

pour la gestion des effectifs de sages-femmes. Ces recommandations portent sur les questions de formation, de réglementation, d'incitations financières et de soutien personnel et professionnel (encadré 1.4).

De manière générale, c'est là un domaine de recherche qui est négligé. La plupart des travaux de recherche publiés concernent des pays à revenu élevé et sont relatifs à des médecins et, dans une moindre mesure, aux infirmières. On dispose de peu d'éléments d'appréciation sur les moyens d'attirer et de fidéliser les sages-femmes ou les infirmières-sages-femmes qui travaillent dans des services de maternité, en particulier dans les pays à faible revenu. Des recherches mieux ciblées, de bonne qualité, sont donc nécessaires sur les interventions visant à recruter et à fidéliser les sages-femmes dans les zones rurales et reculées.

L'accès aux soins dispensés par les sages-femmes

Dans beaucoup de régions du monde, les femmes qui sont sur le point d'accoucher commencent à préférer les soins des sages-femmes et autres personnes ayant les compétences de la pratique de sage-femme aux soins fournis par des profanes sans qualification et des accoucheuses traditionnelles (figure 1.2). Les projections montrent la progression prévisible de la professionnalisation des soins dispensés au cours des accouchements, et cela partout à l'exception de l'Afrique subsaharienne.

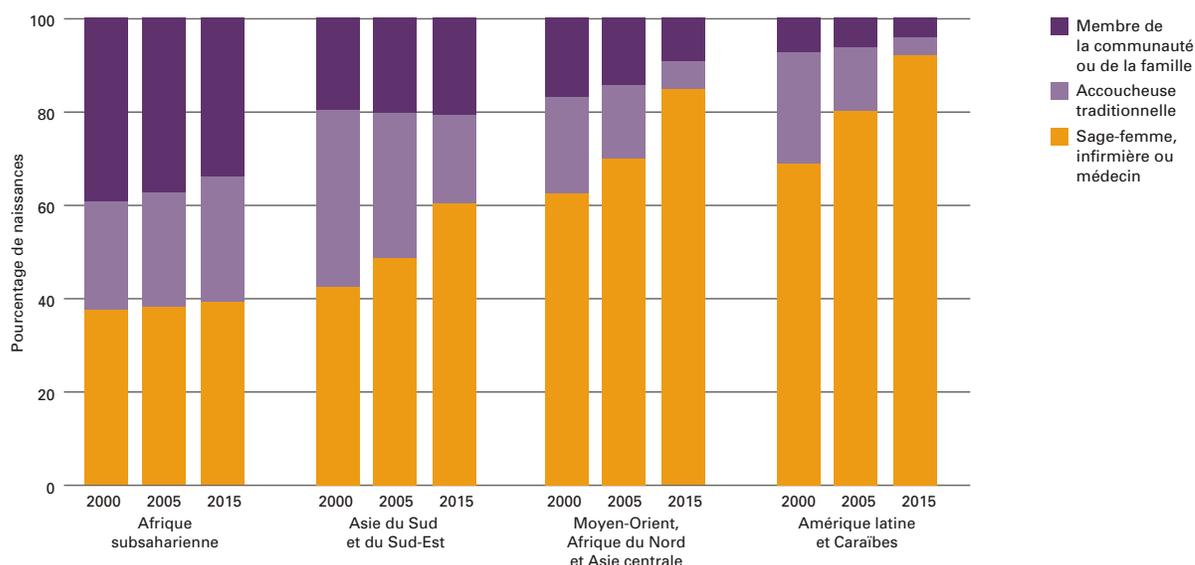
On fait généralement de plus en plus appel aux sages-femmes pour les accouchements, mais il existe encore un grand nombre de femmes qui n'ont pas ou ne peuvent avoir accès à des soins. Dans certaines situations, il n'y a pas de sages-femmes, car il n'y a pas de maternité ni d'équipe professionnelle; dans d'autres cas, les services sont médiocres car les sages-femmes ne disposent pas des médicaments, du matériel, des fournitures et des produits nécessaires. Dans certains pays, des médicaments indispensables pour sauver la vie de la femme et de l'enfant ne figurent pas sur la liste nationale des médicaments essentiels, ne sont pas disponibles quand et là où il faut. Mais une offre adéquate de services offerts par des sages-femmes ne garantit pas que les femmes feront appel à elles. Même si les services existent, bien souvent les femmes ont du mal à s'y rendre, elles trouvent que ces services sont culturellement inappropriés, ou rencontrent des obstacles financiers comme la nécessité de payer de leur poche une partie ou la totalité des frais dans la structure sanitaire en question. De plus en plus, les pays envisagent la gratuité des services ou un dispositif d'aide financière (par exemple, par des coupons ou des paiements en espèces sous condition) pour éliminer ces obstacles.

Prendre la décision d'avoir recours aux soins d'une sage-femme

62-63

La première étape est de prendre contact avec une sage-femme et il faut pour cela prendre la décision

FIGURE 1.2 **Professionnalisation de la gestion des accouchements : pourcentage d'accouchements réalisés par du personnel professionnel et autre personnel qualifié dans certaines régions, 2000-2005, avec projections pour 2015**



Source : Données compilées de 88 Enquêtes Démographie –Santé 1995-2006 et projections linéaires pour 2015¹¹



de demander ses soins. Cependant, une telle décision est très influencée par des questions socioculturelles et sexospécifiques. Souvent, la capacité réelle d'une adolescente ou d'une femme de faire son propre choix quant aux services de santé et aux soins dépend de ses ressources immédiates, de son autonomie, de son statut dans la famille et de l'importance qui est donnée à sa santé, en particulier quand les ressources sont rares^{65, 66, 67, 68}.

Des études montrent que les femmes qui ont un important pouvoir de décision sont deux fois plus susceptibles d'accoucher dans une maternité que les femmes n'ayant qu'un faible pouvoir de décision⁶⁹. Dans tous les pays, la pauvreté est étroitement associée au faible accès aux soins et à l'utilisation de ces soins, notamment les soins dispensés par des sages-femmes qualifiées lors de l'accouchement⁷⁰. La faiblesse de la demande de ces soins est inextricablement liée à la pauvreté, en particulier quand il existe par ailleurs des obstacles géographiques (coût du transport), des barrières socioéconomiques et une discrimination entre les sexes.

Les obstacles qui empêchent les femmes de consulter, même quand des soins sont disponibles, sont par

exemple le fait que le soignant est un homme ou qu'il ne parle pas la langue locale et ne connaît pas comme il faudrait les coutumes locales⁷¹. Des études anthropologiques, dans toutes les sociétés, démontrent la nécessité de préparer les élèves sages-femmes à la compréhension des coutumes régionales et locales⁷² et, également, chaque fois que possible, de faciliter le recrutement des futures sages-femmes dans les groupes ethniques eux-mêmes.

Les personnels sanitaires doivent parler une langue que les femmes et leur famille comprennent, manifester de la sympathie, évoquer sans s'en moquer les craintes et les croyances et s'adapter aux croyances culturelles et individuelles, s'il n'y pas de contre-indication médicale. Cela inclut la prise en compte des valeurs, des convictions, des sentiments des femmes, le respect de leur dignité et de leur autonomie pendant l'accouchement, afin d'humaniser celui-ci^{73, 74}. Une revue Cochrane en 2007⁷⁵ est parvenue à la conclusion que les femmes qui bénéficient d'un soutien psychologique continu pendant l'accouchement sont susceptibles d'avoir une période de travail légèrement plus courte, sont également plus susceptibles de faire un accouchement vaginal spontané et sont moins susceptibles de faire état d'une insatisfaction

Les sages-femmes dispensent des soins de qualité, culturellement adaptés, durant le travail : c'est l'une de leurs compétences essentielles. (William Daniel, Tadjikistan)

procurée par l'expérience de l'accouchement. En Amérique latine, plusieurs projets signalent des résultats positifs dans la réduction de cette insatisfaction tant chez les femmes qui accouchent que chez les soignants, une augmentation de la proportion d'accouchements ayant lieu en maternité et une réduction du taux de décès maternels⁷⁶. Les principales causes en sont le respect des valeurs et des croyances culturelles des femmes elles-mêmes et la croyance dans l'accouchement naturel, tout autant que les stratégies institutionnelles conçues pour éviter des interventions médicales inutiles.

Il est admis depuis longtemps que les femmes en particulier sont souvent victimes de la médiocre qualité des soins dans les services de santé de la reproduction dans le monde en développement⁷⁷.

L'attitude négative des professionnels de la santé, ou la perception collective de cette attitude, peuvent décourager les femmes de consulter^{78, 79}. Une récente analyse montre que le manque de respect et certains abus dans les maternités sont un obstacle majeur à l'utilisation de soins qualifiés, et que cet obstacle est parfois plus redoutable encore que l'ensemble des obstacles géographiques ou financiers

habituellement reconnus⁸⁰. Des sévices physiques, des soins non consentis, non confidentiels et dispensés dans un contexte de manque de respect, de discrimination, d'abandon ou de maintien forcé dans des structures sanitaires, sont autant de facteurs qui ont été relevés dans l'analyse en question.

Des maisons d'attente situées près des maternités sont l'un des moyens faisant partie de l'arsenal complet de soins obstétricaux essentiels, et cette solution a été utilisée avec succès dans beaucoup de pays, comme le Mozambique et le Nicaragua, comme moyen peu coûteux de rapprocher les femmes des soins obstétricaux. On a ainsi pu montrer que ces maisons d'attente peuvent aider, dans la délivrance des soins obstétricaux, à franchir le fossé géographique entre les zones rurales faiblement équipées et les zones urbaines où les services sont disponibles⁸¹. Cependant, ces maisons d'attente proches des maternités où on pourra se rendre facilement à pied, ne sont pas les structures où l'accouchement a lieu et ne remplacent pas les maternités pleinement équipées.

Le rôle de la communauté locale

Si la communauté locale, notamment les pères, les maris, les chefs de village et les chefs religieux, est mobilisée pour soutenir les femmes pendant la grossesse et pendant l'accouchement, il est possible d'éliminer plusieurs des obstacles que l'on vient de mentionner. Cette mobilisation, menée par les femmes elles-mêmes, peut aider les femmes pauvres et défavorisées à prendre leurs décisions⁸².

Certains pays, comme le Bangladesh, la Bolivie, Cuba, le Pérou et Sri Lanka ont tenté une augmentation massive de cette mobilisation de la communauté locale. Des chercheurs ont observé que la capacité et la volonté d'augmenter cette mobilisation dans les pays les plus pauvres est cependant très précaire, et qu'il y a bien un risque que cette mobilisation ne profite pas aux segments les plus vulnérables de la population⁸³. L'une des raisons en effet est que comme la communauté locale et les interventions de la famille ne sont pas perçues comme faisant partie du système de santé publique, on a tendance à ne pas les intégrer dans les ensembles de soins dispensés ou à ne pas les développer⁸⁴.

Résumé

Le présent chapitre a donné un aperçu permettant de comprendre ce que l'on sait actuellement des éléments fondamentaux d'une pratique efficace de la profession de sage-femme; il résume les directives, les informations et les données factuelles disponibles pour aider les décideurs nationaux à choisir la voie à suivre à l'avenir. Le renforcement des services obstétricaux profite largement à tous les membres de la société et constitue un investissement dans le développement humain et économique d'un pays ainsi qu'une responsabilité des pouvoirs publics et des dirigeants politiques.

Bien entendu, chaque pays est différent des autres, et les compétences, les normes mondiales et les critères énoncés plus haut peuvent être adoptés et adaptés par chaque pays en fonction de sa situation propre et du niveau de pratique déjà atteint. Les décisions dépendront des ressources et des capacités existantes dans les professions de santé et dans le système national de santé publique, des priorités énoncées dans le plan sanitaire national; la volonté politique sera alors nécessaire pour les mettre en pratique. Manifestement, d'importants investissements dans l'application cohérente des politiques de santé publique – les trois volets éducation-réglementation-association et l'élargissement de l'accès de la population aux sages-femmes qualifiées – devraient donner de bons résultats dans les pays où les taux de mortalité et de morbidité maternelle, néonatale et infantile demeurent élevés.

**Chaque année,
les complications de
la grossesse ou de
l'accouchement rendent
durablement malades
ou invalides entre
10 et 15 millions de femmes.**

L'ÉTAT DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME AUJOURD'HUI



Dans le présent rapport, on donne un aperçu général de la profession de sage-femme dans 58 pays en développement qui se caractérisent par une forte mortalité maternelle et néonatale. Les conclusions sont établies à partir de données nationales et d'une enquête réalisée par UNFPA entre janvier et mars 2011 et qui a été complétée et vérifiée par des spécialistes représentant chaque pays¹. Un profil de pays focalisé sur la pratique de sage-femme figure à la partie 4. Bien qu'une grande variété de personnels de santé réalisent des accouchements, munis d'une formation variable, l'enquête porte sur les sages-femmes et autres personnels compétents qui ont été formés par les filières officiellement reconnues.

Sur le front : les sages-femmes et autres personnels compétents dans la pratique de sage-femme

65-71

Des effectifs insuffisants et mal répartis

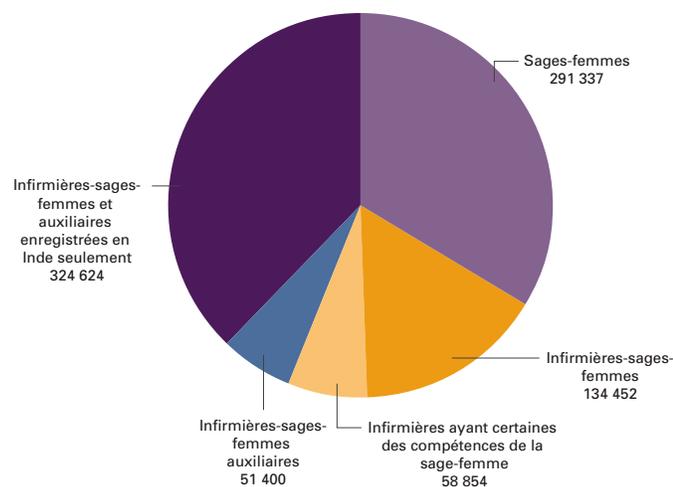
On compte environ 536 000 soignants ayant certaines ou toutes les compétences de la pratique de sage-femme, en exercice dans 57 des 58 pays qui ont répondu à l'enquête. Si l'on inclut les données relatives à l'Inde, ce chiffre atteint 860 000. Ces chiffres ne comprennent pas les médecins généralistes, qui souvent ont certaines des compétences de sage-femme et qui réalisent des accouchements dans beaucoup de pays, contribuant ainsi notablement à la santé maternelle et néonatale.

Une évaluation pays par pays, faite par l'OMS et avec le concours de son personnel régional et national, pour vérifier les données disponibles, permet d'estimer les effectifs totaux de la profession, si l'on inclut les infirmières qui réalisent régulièrement des accouchements². La figure 2.1 donne un aperçu d'ensemble. On distingue le cas de l'Inde, en raison d'un cadre d'infirmières-sages-femmes auxiliaires, qui représentent une proportion élevée (38 %) du total relatif aux 58 pays. Dans les 57 pays autres que l'Inde, les principales catégories de personnel compétent comprennent surtout les sages-femmes (54 %) et les infirmières

sages-femmes (25 %). Une proportion plus faible mais importante de ces effectifs correspond aux infirmières ayant certaines des compétences de la sage-femme (11 %) et les sages-femmes auxiliaires (10 %).

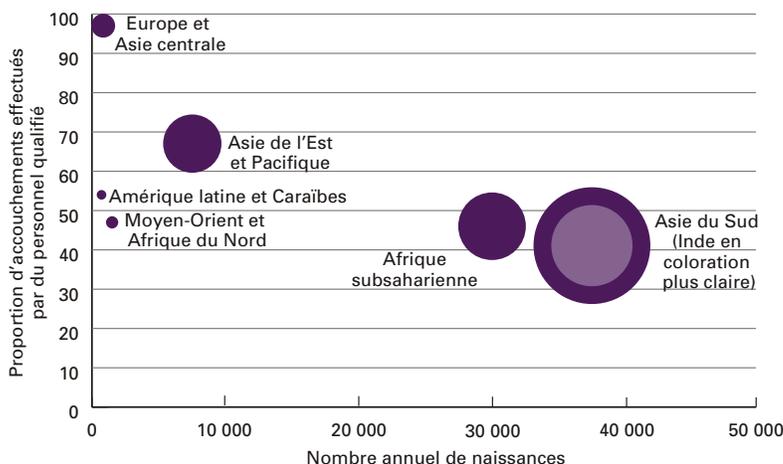
La figure 2.2 montre que la taille des effectifs de sages-femmes et autres personnels compétents n'entraîne pas nécessairement une couverture meilleure des accouchements par du personnel qualifié, et n'est pas en rapport avec le nombre annuel de naissances. Combien faut-il de personnes ayant les compétences de sage-femme pour faire face à cette augmentation considérable de naissances dans le 58 pays? Un critère habituellement retenu consiste à prévoir qu'en moyenne une sage-femme assiste 175 naissances par an³. Ce critère peut être mieux visualisé si l'on considère qu'il faut six sages-femmes pour 1 000 naissances par an. Alors que ce niveau de services est peut-être plus élevé que ce à quoi on peut raisonnablement s'attendre dans les circonstances présentes, en particulier dans les zones rurales, il

FIGURE 2.1 Nombre de personnel de santé ayant les compétences de sage-femme



Source : D'après l'enquête effectuée pour le présent rapport et l'Atlas mondial de l'OMS des personnels de santé.

FIGURE 2.2 Répartition régionale des sages-femmes et autres personnels compétents



Source : Estimations reposant sur les données nationales empruntées à l'Atlas mondial du personnel de santé de l'OMS, et les résultats de l'enquête effectuée pour le présent rapport dans 58 pays.

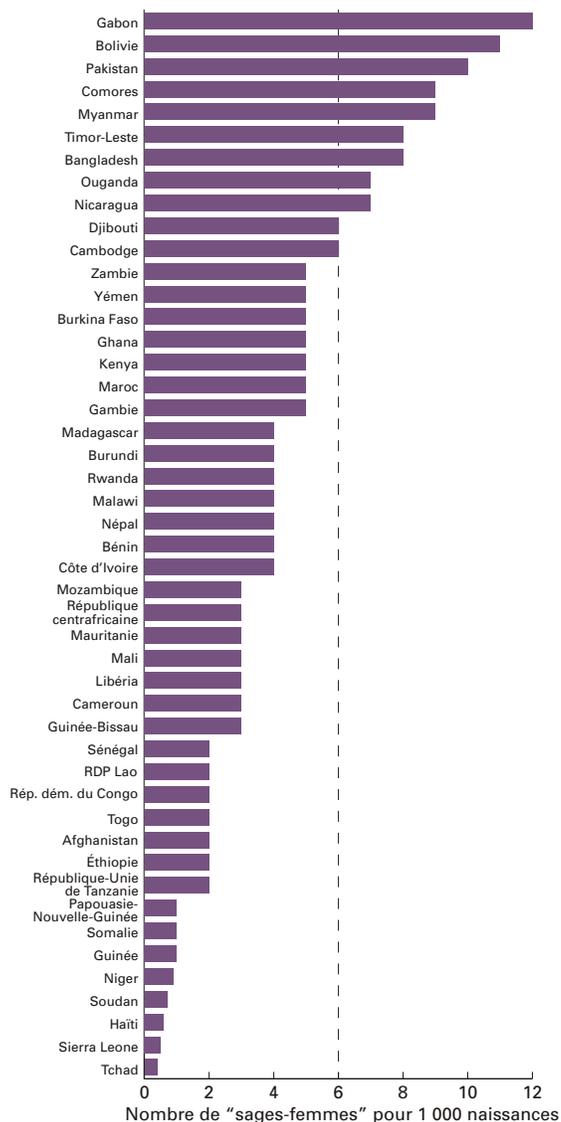
pays, le ratio du nombre de sages-femmes au nombre de naissances est ou bien inférieur à ce critère ou bien très près de celui-ci (figure 2.3), ce qui donne à penser que les ressources humaines existants ont du mal à faire face au nombre des accouchements à réaliser. La plupart des pays sont très conscients du caractère inacceptable de cette situation et s'efforcent de remédier à cette lourde charge de travail, pour fidéliser les sages-femmes et les dissuader d'émigrer.

L'insuffisance largement reconnue des effectifs de sages-femmes est encore compliquée par le fait qu'elles ne sont pas déployées dans les zones où les besoins sont les plus aigus. Cette répartition inégale des soignantes est un problème lié aux difficultés de recrutement et de fidélisation dans les zones et les villages reculés. Pour beaucoup de sages-femmes, les incitations sont tout simplement insuffisantes pour les amener à exercer dans les villages ou les villes où les services de santé sont très faibles. Cette mauvaise répartition géographique du personnel – non seulement entre les zones rurales et urbaines mais d'un district à l'autre – est le principal obstacle à la fourniture de soins à des millions de femmes enceintes. Dans les 58 pays retenus dans le rapport, le résultat est que les effectifs d'accoucheuses qualifiées est inférieur à la moitié du nombre de femmes qui accouchent (figure II, introduction).

Les insuffisances en matière de qualité

Bien qu'il y ait eu dans l'enquête une question portant expressément sur la qualité des soins dispensés aux femmes enceintes et à leurs nouveau-nés, les enquêtés ont souligné le nombre insuffisant de personnel plu-

FIGURE 2.3 Nombre de sages-femmes pour 1 000 naissances par an



Note : Ne figurent pas les pays où les données sur la proportion d'infirmières sages-femmes qui réalisent régulièrement les accouchements ne sont pas disponibles.

Source : Estimations reposant sur des données nationales empruntées à la classe mondiale de l'OMS et aux résultats de l'enquête effectuée pour le présent rapport, apportés aux estimations de naissance données par la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales de l'Organisation des Nations Unies (2009).

tôt que la qualité des soins. Quelques pays seulement ont mentionné expressément la question de la qualité comme une question à résoudre. Ces pays ont cité l'absence de l'utilisation du partogramme, les compétences insuffisantes du suivi et de l'établissement du dossier, et la nécessité d'une supervision et d'un soutien pendant le travail, ainsi que l'absence de normes bien définies

pour les soins à dispenser. Dans les pays où les politiques suivies visent à accroître rapidement la couverture des soins, des mesures ont été prises avec succès, par exemple l'introduction de la gratuité des soins au Ghana et en Sierra Leone⁴ et des mesures incitatives en Inde⁵, mais la question de la qualité demeure une préoccupation majeure. Des indicateurs significatifs de la qualité des soins sont difficiles à construire et il n'y a pas de consensus sur ce que serait une norme mondiale à cet égard⁶. Mais la nécessité urgente de suivre la qualité des soins, en particulier durant le travail et l'accouchement a stimulé des travaux dans ce domaine et certains nouveaux indicateurs ont récemment été mis au point pour mieux mesurer la qualité des soins dispensés⁷.

Un aspect du problème de cette qualité médiocre des soins est l'absence de centres de référence vers lesquels les sages-femmes pourraient aiguiller les accouchées en cas de complication. Moins d'un pays sur trois parmi les 28 pays qui ont mentionné ce problème ont indiqué que plus de 50 % des maternités offraient les soins obstétricaux et néonataux d'urgence SONU (figure 2.4). Le manque d'efficacité de cet aiguillage vers des centres de soins appropriés est généralement attribué à la longueur des déplacements, aux contraintes de transport et aux obstacles en matière de communication.

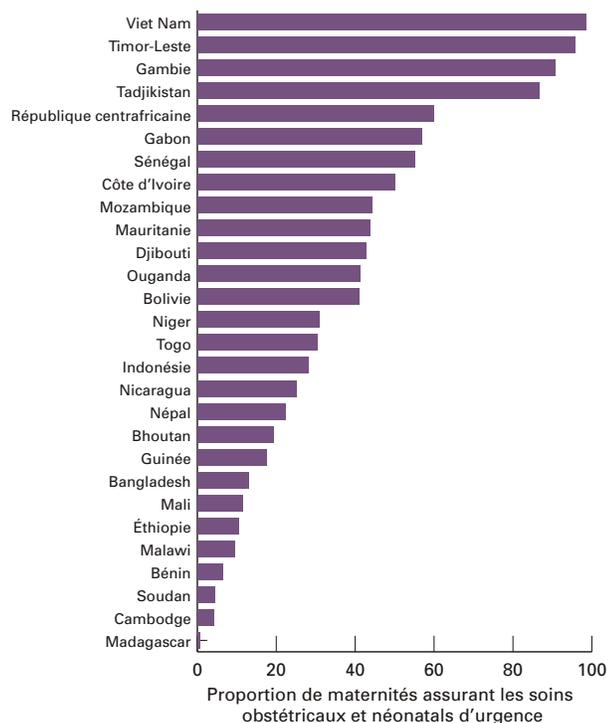
Pour éliminer l'écart entre les niveaux actuels de soins et ce qu'ils seraient pour assurer une couverture pratiquement universelle des soins en 2015, il faudrait appliquer une démarche sur deux fronts : couverture et qualité. Les niveaux de compétence du personnel de maternité existants sont souvent insuffisants par rapport aux niveaux recommandés, donc il ne suffit pas d'augmenter les effectifs. Utilisant des données nationales et les réponses d'enquête, l'OMS a estimé le déficit critique sur lequel il faut d'urgence se pencher (encadré 2.1).

Travailler ensemble – les sages-femmes et les autres professionnels de santé

Bien que la majorité des pays signalent de bonnes relations, en milieu hospitalier, entre les sages-femmes et les médecins, c'est loin d'être le cas général. Dans certains pays, le peu de considération et de confiance accordées aux sages-femmes, le caractère très hiérarchisé des soins et les frictions dans le personnel affectent la collaboration entre les sages-femmes et les médecins, en particulier dans les villes. Cela conduit à des rivalités, à l'amointrissement de la pratique de la sage-femme et une absence de reconnaissance et de respect pour la profession de sage-femme en tant que profession autonome. Dans les hôpitaux provinciaux et dans les collectivités locales, il y a généralement moins

FIGURE 2.4

Pourcentage de maternités assurant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence



Note : Il s'agit des deux catégories de centres de soins assurant les soins d'urgence (de base, SONUB, et complets, SONUC).

Source : Enquête réalisée pour le présent rapport.

d'obstétriciens, les sages-femmes jouissent d'une plus grande autonomie et la norme est alors celle de soins de maternités dirigés par des sages-femmes.

Une grande diversité : L'éducation à la profession de sage-femme dans le monde

La nécessité d'améliorer l'éducation des sages-femmes est un aspect essentiel de la réalisation des OMD 5 et 4 – il faut augmenter les effectifs, élever le niveau de la formation dispensée et améliorer la qualité des enseignants. La Guinée-Bissau le Rwanda et la Tanzanie signalent de graves lacunes dans la formation des sages-femmes. Mais des progrès peuvent être accomplis : on a vu augmenter le nombre d'élèves des écoles de sages-femmes là où le critère minimum d'entrée a été relevé pour imposer l'achèvement des études secondaires⁸. On pourrait s'inspirer de la formation des personnels de maternité dans les pays qui sortent d'un conflit, où un grand intérêt porté à la formation est souvent constaté, malgré des conditions très difficiles.

Les diverses filières d'éducation

La diversité des filières explique plusieurs des problèmes qui se posent s'agissant de la qualité et de la

LE DOUBLE PROBLÈME DE LA QUALITÉ ET DE LA QUANTITÉ

L'OMD 5 concerne l'amélioration de la santé maternelle. L'une des cibles de l'OMD 5 est de s'assurer qu'en 2015 95 % des accouchements seront réalisés par un accoucheur qualifié. Pour estimer le nombre de sages-femmes supplémentaires qui seraient nécessaires à cet effet, l'enquête a collecté des données sur le nombre de sages-femmes en exercice et de soignants en exercice ayant les compétences de la sage-femme dans les 58 pays.

Le nombre estimé des sages-femmes et des infirmières pratiquant la profession de sage-femme signalées dans les 58 pays est de 860 000.

Pour atteindre cet objectif de 95 % de réalisation des accouchements par du personnel qualifié il faudrait 112 000 sages-femmes supplémentaires dans les 38 pays (sur les 58) où la pénurie est la plus grave. Ces 38 pays peuvent être groupés selon l'intensité du déficit.

Le déficit de sages-femmes dans le Groupe 1 représente environ 43 % de la pénurie totale.

En outre, dans les 38 pays concernés, on estime qu'au moins 90 000 agents de santé appartenant à d'autres catégories professionnelles aident les femmes à accoucher, sans avoir vraisemblablement les compétences et le soutien nécessaires. On estime à 1 sur 10 la probabilité qu'un accoucheur qui aide une femme à accoucher dans les pays tels que l'Éthiopie, la Guinée, Haïti, le Niger, la Sierra Leone, la Somalie, le Soudan ou le Tchad soit effectivement une sage-femme qualifiée.

PAYS CONNAISSANT UNE GRAVE PÉNURIE DE SAGES-FEMMES ET AUTRES PERSONNELS COMPÉTENTS

Groupe 1 :

Neuf pays doivent multiplier par 6 à 15 leurs effectifs :
Cameroun, Éthiopie, Guinée, Haïti, Niger, Sierra Leone, Somalie, Soudan et Tchad.

Groupe 2 :

Sept pays doivent tripler ou quadrupler leurs effectifs :
Afghanistan, RD Congo, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République démocratique populaire lao, République-Unie de Tanzanie, Sénégal et Togo.

Groupe 3 :

Vingt deux pays doivent doubler leurs effectifs :
Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Côte d'Ivoire, Djibouti, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maroc, Mauritanie, Mozambique, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Yémen et Zambie.

Plusieurs mesures sont nécessaires pour combler cette grave pénurie. Alors qu'il est nécessaire en priorité de chercher à former des sages-femmes supplémentaires, il faut aussi améliorer leurs compétences et celles des autres soignants, et développer des modèles très efficaces de soins répondant à la fois au souci d'équité et de qualité des soins.

Les 20 autres pays figurant dans l'enquête semblent avoir des effectifs de personnels de maternité plus nombreux. Si ces effectifs sont composés de personnes actives, ils pourraient jouer un rôle important dans la réalisation de l'objectif de 95 % d'accouchements réalisés par du personnel qualifié d'ici à 2015. Malgré des chiffres impressionnants, des pays comme le Bangladesh, l'Inde, le Kenya, le Nigéria et le Pakistan ne parviennent pas à faire en sorte que 50 % des accouchements soient réalisés par du personnel qualifié. Il est probable que les problèmes relatifs à la répartition et l'utilisation des effectifs, compliqués par des problèmes relatifs à l'accès et à la qualité des soins, compromettent des succès potentiels. Ces pays et quelques autres dans une situation semblable doivent résoudre les problèmes liés au modèle de soins à dispenser, repérer les obstacles à l'accès et à l'utilisation des sages-femmes en exercice, et analyser les problèmes d'équité et de répartition des effectifs et des soins. Ces pays doivent prendre la mesure des lacunes des compétences des sages-femmes, qui risquent de compromettre la qualité des soins et de devenir ainsi un obstacle majeur à l'utilisation des services et à l'augmentation de la proportion d'accouchements réalisés par du personnel qualifié.

Source : Maliqi B, Siyam A, Guarenti L, et al. Analysis of the midwifery workforce reported by SoWMy survey. Inédit, avril 2011.

désignation des différentes catégories de personnel ayant les compétences de sage-femme. Le terme utilisé pour désigner les sages-femmes – qu’elles aient obtenu un diplôme, un certificat, une formation technique ou autre – est souvent lié au type d’enseignement dispensé. La confusion tient souvent à la multiplication des désignations des personnels soignants qui accomplissent certaines des tâches de la sage-femme en l’absence de consensus sur ce qui constitue un ensemble bien défini de compétences.

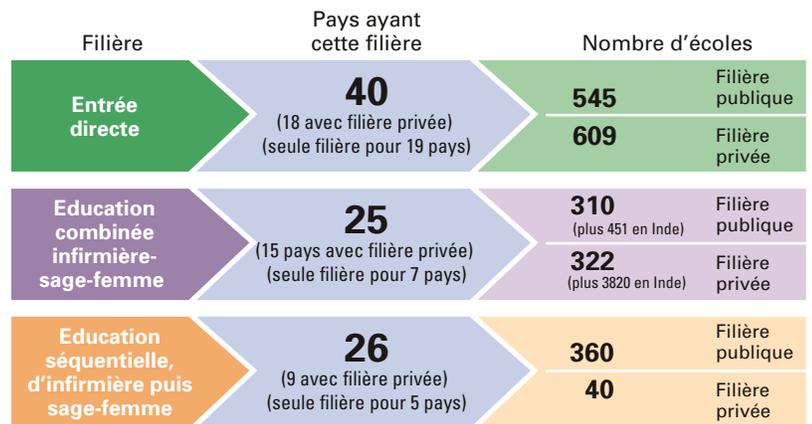
Dans les cinquante-huit pays retenus dans l’enquête, il existe trois filières de formation des sages-femmes (Figure 2.5). Près d’un tiers des pays utilisent plusieurs filières parallèlement. La filière la plus courante (près de 70 % des pays) est l’entrée directe dans une école de sages-femmes. C’est le moyen de préparer directement des sages-femmes, les élèves devant déjà avoir une éducation secondaire complète préalable. Les deux autres filières principales allient la formation à la profession d’infirmière et à celle de sage-femme soit simultanément (43 %), soit de façon séquentielle après la formation des infirmières (45 % des cas) pour une période additionnelle.

La plupart des filières de formation, dans le secteur privé, comportent une entrée directe de petites promotions d’élèves, les systèmes publics alliant au contraire les différentes filières.

Plusieurs conditions préalables doivent être remplies par les élèves sages-femmes. Une restriction quant à l’âge est généralement édictée, sans être expressément déclarée dans les pays qui ont répondu à l’enquête. Au Malawi, il faut avoir 16 ans pour commencer les études de sages-femmes. Certains pays signalent un âge limite. Ainsi, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, cet âge est de 45 ans, et de 35 ans au Soudan. Les règles concernant l’âge limite réduisent ainsi le vivier potentiel de soignantes, notamment les infirmières expérimentées qui souhaiteraient étudier la pratique de la sage-femme.

Conformément aux recommandations internationales, l’obtention d’un diplôme de l’enseignement secondaire est une règle pour l’entrée dans la plupart des écoles de sages-femmes. Mais certains pays font état de programmes de formation technique ou communautaire des sages-femmes à l’intention de candidates qui n’ont pas terminé l’enseignement secondaire. Cependant, ces programmes ne répondent pas aux normes définies par l’ICM concernant les qualifications scolaires. Divers autres critères sont appliqués, parfois difficiles à comprendre, par exemple ceux qui concernent la

FIGURE 2.5 Les filières publiques et privées dans l’éducation des sages-femmes



Note : D’après les réponses des 58 pays, à l’exception des établissements d’enseignement, pour lesquels les données concernent 57 pays.

Source : Enquête faite pour le présent rapport.

taille et le poids des candidates, comme c’est le cas en Indonésie.

Durée et contenu de la formation

La durée de la formation varie considérablement. Les pays ont signalé des programmes de formation des sages-femmes allant de six mois à 5 ans. La diversité est également très grande dans la durée entre les diverses filières, notamment entre le secteur public et le secteur privé. Cela pose des questions quant à la teneur du programme d’enseignement, et la question de savoir si ces programmes obéissent aux normes définies par l’ICM concernant les compétences essentielles.

Parmi les différentes filières signalées dans l’enquête il y a sept programmes avec entrée directe⁹ et sept programmes séquentiels¹⁰ qui ne répondent pas aux normes minimales de l’ICM, à savoir trois ans pour l’entrée directe et 18 mois pour la formation séquentielle¹¹. Dans certains cas, cela s’explique par la décision de former les élèves sages-femmes aux compétences essentielles sur une période réduite, qui ne correspond pas à l’année scolaire traditionnelle. Dans d’autres cas, il est remarquable qu’il existe des disparités quant au titre de ‘sage-femme’ ainsi attribué aux diplômées. La figure 2.6 montre que la proportion de pays où les programmes d’enseignement comportent toutes les compétences définies par l’ICM et où la durée de la formation obéit au minimum recommandé par l’ICM est loin d’atteindre 100 % dans l’ensemble des filières.

Plus d’un programme sur quatre, dans l’ensemble des trois filières, ne répondent pas aux normes définies

TABLEAU 2.1

DISPARITÉ DANS LA TAILLE ET LA CAPACITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE FORMATION DES SAGES-FEMMES

	Entrée directe	Formation simultanée aux deux professions	Formation séquentielle de sage-femme après celle d'infirmière	Total
Nombre total d'établissements (Inde comprise)	1 154	4 903	401	6 458
Nombre total d'établissements (Inde exclue)	1 154	632	401	2 187
Nombre de places disponibles (1)	23 - 5 052	8 - 7 710 (157 573 pour l'Inde)	11 - 4 500	
Nombre de places disponibles (2)	11 % - 100 % (3)	50 % - 100 % (3)	51 % - 100 % (3)	

Source : Enquête effectuée pour le présent rapport.

Notes : (1) sur la base des 58 pays; (2) pour 60 % des programmes (55 des 91 filières); (3) Plusieurs pays ont signalé plus de 100 % (la moyenne de toutes les filières a une capacité de 111 %), sur la base de 36 programmes où des données complètes ont été reçues quant à la capacité des établissements et le nombre d'élèves.

par l'ICM en matière d'éducation des sages-femmes, selon l'enquête. Dans beaucoup de pays on attend la révision des curricula pour inclure les compétences essentielles définies par l'ICM ou l'inclusion des compétences définies par l'OMS en santé sexuelle et procréative. Certains pays enquêtés se réfèrent aux éléments exigés des centres de soins obstétricaux et néonataux d'urgence ou à la gestion intégrée des maladies infantiles, plutôt qu'aux compétences normalisées de la profession de sage-femme.

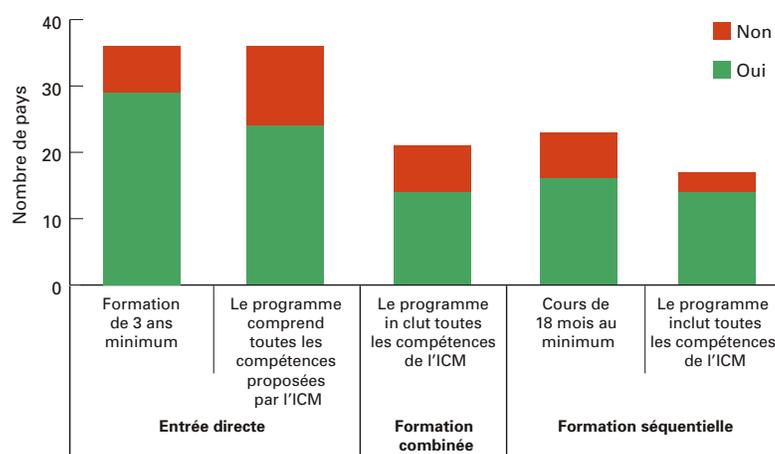
L'ICM indique qu'au moins 40 % de la formation des sages-femmes doit avoir un caractère théorique. Sur les 43 pays qui ont donné une réponse à cette question, neuf seulement ne remplissent pas du tout ce critère, certains en étant assez près. Soixante dix sept pour cent des pays qui ont la filière de l'entrée directe observent ce critère. Plusieurs pays ont indiqué que l'enseignement théorique diffère en plus ou en moins de cette norme de 40% selon la filière retenue et le type de diplôme décerné. De même, certains pays ont donné des informations sur la proportion du temps de formation consacré à des travaux pratiques supervisés. Cependant, il n'est pas possible de tirer des conclusions sur la question de savoir si les pays observant cette norme minimale de 40 % définie par l'ICM.

La situation dans les écoles de sages-femmes

Le financement de la formation à la profession de sage-femme est généralement public, et il est donc gratuit pour les élèves. Le tableau 2.1 montre la répartition de 6 458 établissements d'enseignement de la profession de sage-femme selon les filières et le nombre d'étudiants selon les pays enquêtés (l'Inde compte 4 271 établissements).

Là où il existe des données, elles indiquent que les inscriptions et le nombre des diplômes décernés augmentent dans beaucoup de pays à l'exception du Nicaragua où ils diminuent chaque année, et de l'Ouganda où ils stagnent (figure 2.7). Cela est vrai des pays

FIGURE 2.6 **Nombre de pays où la formation des sages-femmes répond aux normes de l'ICM**



Note : Les données correspondant au secteur public sont utilisées lorsqu'il y a des différences public/privé

Source : Enquête SoWMy.

où les inscriptions sont nombreuses comme des pays où elles sont peu nombreuses. Les différences régionales et sous-régionales sont également apparentes. Par exemple, le nombre des diplômés dans certains pays anglophones d'Afrique augmente plus vite que dans certains pays francophones. Cependant dans beaucoup de pays la formation de sage-femme n'est pas à la hauteur du nombre d'accouchements attendus.

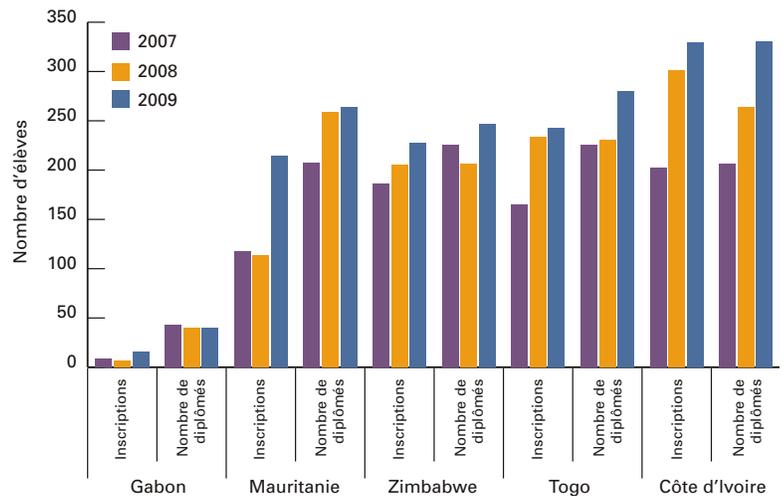
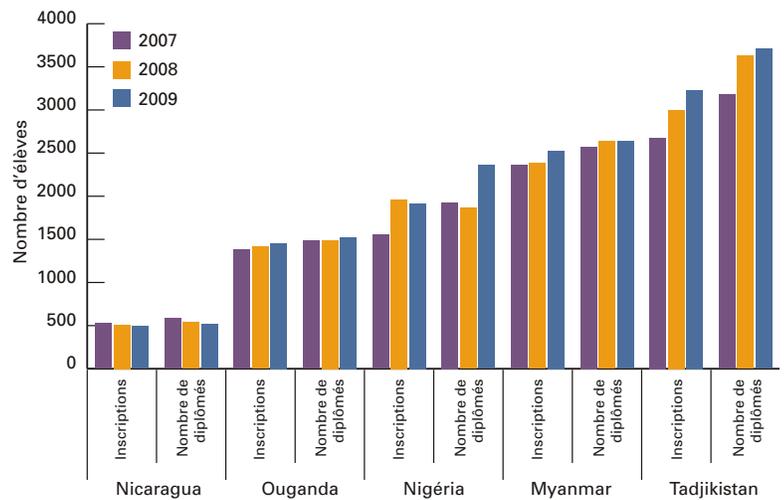
Les pays enquêtés ont indiqué qu'il existait des écoles de sages-femmes privées en nombre grandissant. Cependant, ces écoles admettent généralement de petites promotions, ce qui réduit leur contribution au nombre de sages-femmes diplômées. Les chiffres varient selon le programme d'enseignement, mais le secteur public reste celui qui produit le plus grand nombre de sages-femmes (sauf en Inde), environ les deux tiers.

Les pays enquêtés ont plusieurs reprises signalé l'insuffisance des enseignants aussi bien en milieu public qu'en secteur privé, tant en matière de nombre, que de leur insuffisante formation, de leur qualification, de l'absence d'enseignants de l'obstétrique clinique. Le rapport du nombre d'enseignants au nombre d'élèves varie entre 1 sur 10 et 1 sur 60. Certains pays font état de ratios plus faibles : 1 sur 6 à 1 sur 12 pour les élèves de troisième année, pour la supervision clinique et les travaux pratiques. Cependant, ces réponses amènent à se demander si les ratios en question répondent bien aux normes de l'ICM et à douter de la qualité des enseignants, et de leur aptitude à évaluer la formation des élèves et l'obtention des compétences voulues. L'enseignement théorique dispensé aux sages-femmes l'est par des médecins dans six pays au moins, ce qui n'est pas conforme aux normes actuelles de l'ICM concernant la formation des sages-femmes, qui veulent que la pratique de la sage-femme soit enseignée surtout par des sages-femmes et au besoin par des spécialistes d'autres disciplines. L'exception à ce principe est la formation interprofessionnelle – désormais considérée avec intérêt – quand les sujets enseignés ne se limitent pas à l'obstétrique.

Les perspectives pour les sages-femmes nouvellement diplômées

L'enquête montre l'existence d'un délai entre la fin de la formation et le premier emploi. Alors que quelques pays seulement ont donné des données précises à ce sujet, on constate généralement une déperdition des sages-femmes diplômées pendant la période qui suit la fin de leur formation, et l'octroi d'un diplôme et leur affectation. L'emploi après l'obtention du diplôme est

FIGURE 2.7 Les tendances des inscriptions et du nombre de diplômes décernés



Note : Certains pays où les données existent (réparties selon que les inscriptions sont inférieures ou supérieures à 500 par an) et le nombre des diplômes décernés ne sont pas strictement comparables pour une même année.

Source : Enquête effectuée pour le présent rapport.

fonction d'accords entre les intéressés et les pouvoirs publics avant l'inscription, du nombre de postes disponibles, de leur localisation et de leur financement. Sur les 57 pays qui ont donné une réponse à cette question dans l'enquête, 60 % seulement proposent aux élèves nouvellement diplômés un poste rémunéré. Même celles qui sont diplômées, peuvent attendre deux ans avant de se voir attribuer un poste de sage-femme. Il est donc très possible qu'il se produise une détérioration des connaissances et des compétences essentielles pendant cet intervalle. Alors qu'on sait que le recrutement de personnes très attachées à leurs communautés locales est un facteur de fidélisation, la répartition géographique des sages-femmes nouvellement diplômées

TABLEAU 2.2

LE COÛT DES DIFFÉRENTS ÉLÉMENTS DE LA FORMATION DES SAGES-FEMMES

Pays	Durée de la formation	Coûts couverts	Coût annuel de chaque élève (en dollars)
Afghanistan	2 ans	Toutes les dépenses, logement, alimentation, matériaux pédagogiques, etc.	8 000-9 000
Burundi	4 ans	Scolarité, transports, logement et nourriture, frais d'inscription, frais d'Internet, bibliothèque	3 250
Éthiopie	4 ans	Frais de scolarité (apprentissage en classe et expérience clinique sur le terrain)	1 630
Ghana	3 ans	Frais de scolarité, de transport, de pensionnat, de livres, et d'étude	1 502
Kenya	—	Dépenses récurrentes	1 800
Malawi	3 ans	Frais de scolarité et d'internat	1 504
Soudan ¹	3 ans	Frais de scolarité, pensionnat, livres et frais de transport	11 800
Tanzanie	—	Dépenses récurrentes	3 236
Yémen	2 ans	Frais de scolarité	1 250

Note : ¹ Donnée s'appliquant au Sud-Soudan.

Source : Friedman H et al. Document de référence établi pour le présent rapport. Inédit, avril 2011.

n'est pas traitée par les réponses à l'enquête. Quand des conditions sont imposées à l'affectation à des postes garantis, ces conditions dépendent du type de filières suivies. Par exemple, les sages-femmes auxiliaires au Cambodge ou au Libéria, se voient garantir un poste, mais ceux-ci ne sont disponibles que dans les zones rurales ou éloignées.

Alors que les coûts de la formation varient d'un pays à l'autre et que le domaine couvert par ces coûts est variable (voir tableau 2.2), l'enquête confirme qu'il existe de larges possibilités, dans beaucoup de pays, d'améliorer les liens entre les ministères de l'éducation, de la santé et du travail pour garantir que l'investissement réalisé dans la formation des sage-femme jusqu'à leur diplôme se traduise bien par une augmentation des effectifs.

Un grand besoin : Le renforcement de la réglementation de la pratique La protection du titre de sage-femme

Dans 20 pays (sur 50 pays ayant répondu à cette question) la législation nationale reconnaît une pro-

fession autonome de sage-femme qui est réglementée conformément à la Loi sur les sages-femmes, bien que la définition de l'autonomie de la profession soit parfois peu claire ou non comparable entre pays. La plupart des pays ont également indiqué qu'un organisme de tutelle public existe déjà ou est en voie de création. Cependant, dans 3 seulement des pays qui ont répondu, cet organe est distinct pour la pratique de sage-femme, puisque dans la plupart des cas la réglementation s'applique à la fois aux infirmières et aux sages-femmes de façon indistincte, dans la structure de leurs organes de tutelle.

Le but de la réglementation est en partie de protéger le titre de sage-femme. Quand on leur demande la définition du terme, plusieurs pays citent la définition donnée par l'ICM ou donnent une définition assez proche. D'autres pays se basent sur des critères d'éducation antérieure et sur la reconnaissance légale de la pratique. Plus de 75 % des pays ont indiqué que le titre de 'sage-femme' est protégé, mais bien souvent, les pays répondent sans faire de distinction entre la profession d'infirmière et celle de sage-femme.

Dans les pays où il existe une filière privée de formation des sages-femmes, la réglementation qui s'y applique est semblable à celle du secteur public. Pour 96 % des pays, il existe un mécanisme grâce auquel les sages-femmes ayant reçu leur formation dans un autre pays peuvent obtenir l'autorisation de pratiquer dans leur pays, éventuellement après un processus d'approbation de l'examen ou d'une période probatoire, ou sur la base des certificats délivrés dans le pays de formation.

Assurer la qualité de l'éducation par l'accréditation des établissements

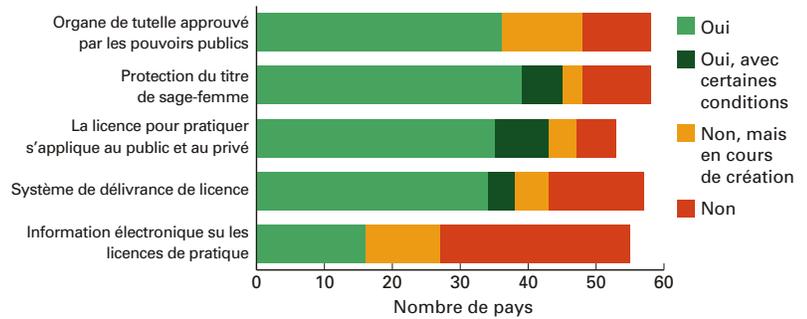
L'accréditation des programmes d'enseignement de la profession de sage-femme, par les pouvoirs publics ou par un organe de tutelle autorisé, est une condition essentielle du respect des normes relatives à la formation. La majorité des filières avec entrée directe, avec formation combinée ou avec formation séquentielle après la formation à la profession d'infirmière, sont effectivement accréditées par le gouvernement du pays en question (figure 2.8). Le régime d'accréditation pour les filières privées est le même que pour le secteur public. Alors que les pays signalent l'existence de ce mécanisme d'accréditation, les conseils de la profession de sage-femme et d'infirmière citent souvent le manque de ressources pour accomplir leurs fonctions, ce qui fait que parfois l'accréditation n'est pas effectivement appliquée.

Délivrance d'une licence, enregistrement et le droit

Plus de 80 % des pays indiquent que les règles régissant l'autorisation de pratiquer la profession de sage-femme s'appliquent aussi bien au secteur public qu'au secteur privé. Certains pays y attachent certaines conditions. Par exemple, l'autorisation de la pratique privée est souvent limitée aux sages-femmes résidant dans des localités reculées. En outre, certains pays signalent que des 'sages-femmes communautaires' doivent exercer dans le secteur public plutôt que dans le secteur privé.

La majorité des pays a appliqué un système ou un autre exigeant l'obtention d'une licence pour pratiquer la profession de sage-femme. Mais dans 16 pays au moins il n'y pas de règles quant au renouvellement de leur licence d'exercer. Dans les autres pays, ce renouvellement doit avoir lieu après une période allant de 1 an à 5 ans. Certains pays signalent que ce renouvellement de la licence d'exercer se fait après un examen, mais la plupart ne donnent pas les critères de ce renouvellement, et ne précisent pas la nécessité potentielle de tester à nouveau les compétences des sages-femmes, de démontrer l'activité clinique ou l'acquisition d'un

FIGURE 2.8 La réglementation et la certification des sages-femmes



Note : Sur la base des réponses de 53 à 58 pays selon l'indicateur. L'enregistrement électronique des licences délivrées compte comme 'Oui' si le registre est mis à jour au moins une fois par an.

Source : Enquête effectuée pour le présent rapport.

certain nombre de crédits avant de pouvoir renouveler la licence.

La plupart des pays signalent qu'il existe une certaine forme d'assurance de la qualité, et donnent des détails sur les systèmes de supervision, les évaluations annuelles de la performance, la présence de protocoles de pratique, le développement d'un système de formation continue, les audits cliniques et l'examen des incidents qui auraient pu être dangereux. Quelques pays font expressément mention d'une gestion s'appuyant sur le respect des normes¹².

Généralement les systèmes d'enregistrement et de délivrance des licences se fait sur support papier, bien que 16 pays signalent l'utilisation de base de données électroniques pour tenir le registre des sages-femmes en exercice, et 11 au moins prévoient ou développent actuellement un tel système. Le systèmes reposant sur le support papier semblent être mis à jour moins fréquemment que les bases de données électroniques et dans la plupart des pays il n'y a pas de fréquence bien précise pour cet examen, ou de système administratif prévoyant la révision des données.

L'autorisation pour les sages-femmes de pratiquer les interventions et de prescrire les médicaments susceptibles de sauver des vies

Trois quart des pays qui ont répondu ont indiqué que les sages-femmes sont en principe autorisées à pratiquer tous les gestes représentatifs des compétences essentielles de la sage-femme selon l'ICM. Cependant, il est clair que dans certains pays les sages-femmes ne sont pas autorisées, par la loi, à exercer l'ensemble de la pratique. Là où les sages-femmes sont officiellement autorisées à pratiquer les compétences essentielles

LES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES : DES PARTENAIRES POUR LE PROGRÈS

- En Ouganda, l'Association des sages-femmes du secteur privé apporte un appui à l'élaboration de plans stratégiques pour garantir que la profession est bien représentée dans les futurs plans pour l'organisation des soins de santé.
- L'Association des infirmières et des sages-femmes du Somaliland encourage la formation en plus grand nombre de sages-femmes et encourage les pouvoirs publics à définir des moyens incitatifs pour encourager leur déploiement dans les zones rurales.
- L'Association des sages-femmes éthiopiennes travaille avec l'ICM et avec la Conseillère sage-femme UNFPA, afin de renforcer les capacités. Ces organismes travaillent ensemble pour améliorer la qualité de la formation des sages-femmes, mettre en place un organisme de tutelle et garantir que les sages-femmes sont représentées auprès des ministères.

définies par l'ICM, ces compétences englobent tous les aspects d'un accouchement normal, y compris l'accouchement par voie basse assisté ainsi que certains aspects des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base. Cependant, le manque de ressources ou la résistance des médecins placent parfois des limites à la faculté des sages-femmes de pratiquer les gestes prévus et autorisés par leur profession. Cela risque de compromettre la réalisation de l'ensemble du potentiel constitué par les sages-femmes.

Dans tous les pays qui ont répondu sauf huit, les sages-femmes peuvent prescrire des antibiotiques, des anticonvulsivants et des utérotoniques¹³. Cependant, dans certains cas, certaines restrictions sont appliquées et ainsi, dans les situations d'urgence, les sages-femmes ne sont autorisées à prescrire que, quand il n'y a pas de docteur sous la main, ou dans les zones reculées. Les sages-femmes ont souvent aussi d'autres responsabilités telles que les services de planification familiale, et notamment l'insertion ou l'enlèvement des implants, le traitement du paludisme pendant la grossesse et encore la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Un grand soutien nécessaire : Les associations professionnelles

Presque tous les pays sont dotés d'une association professionnelle ou sont en train d'en créer à l'intention

des sages-femmes et des autres agents de santé ayant certaines compétences de la sage-femme. La moitié environ de ces associations acceptent seulement les sages-femmes.

La majorité des ces associations ont été créées au cours des dernières décennies; elles l'ont été en majorité après 1990. Leur composition varie considérablement, depuis 3 000 personnes en Tanzanie à 20 seulement au Tchad. Plus de la moitié de ces associations professionnelles sont affiliées à l'ICM. Plusieurs sont membres aussi de l'ICN (Confédération internationale des infirmières) ou encore des deux à la fois.

De nombreux pays enquêtés ont signalé que leurs associations n'avaient pas de ressources suffisantes et n'avaient guère le moyen de s'exprimer dans la formulation d'une politique nationale de la santé maternelle et néonatale. Le manque de possibilités de carrière pour les sages-femmes est signalé et limite également les possibilités de promouvoir une représentation de haut niveau de la profession de sage-femme dans l'élaboration des politiques – domaine qui relève habituellement des associations professionnelles.

Le cadre de l'action : les directives politiques

La pratique de sage-femme en tant que profession

Des plans conçus pour accroître les effectifs de sages-femmes doivent être réalisés pour surmonter les difficultés évoquées dans l'enquête par chaque pays. Dans beaucoup de milieux, la profession est peu prestigieuse, et elle n'est pas reconnue en tant que telle. La conséquence logique est la faiblesse des rémunérations, très fréquente, parfois inférieures à celles d'une infirmière. Cette faiblesse des rémunérations à son tour explique la rareté des nouvelles recrues. Au Libéria, par exemple, les sages-femmes comptent parmi les agents de santé les plus mal payés dans le pays et il n'est donc pas surprenant que le nombre des sages-femmes ait diminué notablement ces dernières années.

L'absence de possibilités de carrière complique le problème et démotive les sages-femmes en exercice. Beaucoup de pays signalent ce problème. Une conception régionale de l'évolution des carrières offre pourtant certaines options. Par exemple, un enseignement de la pratique de sage-femme après le diplôme est organisé au Burkina Faso à l'intention de candidates originaires de sept pays africains francophones. Cependant, même dans cet exemple, la demande dépasse de beaucoup les 10 places disponibles par an. En l'absence de possibi-

lités de carrière, les sages-femmes risquent de quitter leur profession. Cela contribue encore au peu de prestige de la profession de sage-femme et explique qu'elles ne peuvent s'exprimer dans l'élaboration des politiques. Les pays signalent que presque tous les postes influant dans le choix des politiques, dans le secteur de la santé maternelle et néonatale, sont occupés par des médecins, dont la plupart n'ont pas de formation en obstétrique non plus que dans la prestation des soins aux femmes enceintes. Si l'on veut augmenter le nombre des sages-femmes disposées à assumer des responsabilités de haut niveau dans la formulation des politiques il faudra investir dans une action de plaidoyer et la formation à des postes de direction en faveur des sages-femmes chevronnées.

Malgré ces problèmes, il existe des opinions différentes sur le caractère plus ou moins attrayant de la profession de sage-femme (voir figure 2.9). Les enquêtés ont émis l'opinion sur le caractère noble et important de cette profession, tout en constatant qu'il y a des difficultés à attirer des personnes compétentes vers elle. Dans certains pays, les sages-femmes constatent que leur profession n'offre pas de possibilités d'accès à l'enseignement supérieur.

Fidéliser les sages-femmes par des mesures incitatives

Près d'un tiers des pays font état de l'existence d'un dispositif incitatif à l'intention des sages-femmes ou des personnels de santé ayant les compétences de sage-femme. Parmi les mesures mentionnées figurent :

- Logement et prime de transport dans les zones reculées (Libéria, Malawi, Mozambique, Ouganda);
- Gratuité de l'assurance médicale et de la formation (Nigéria);
- Incitations monétaires (Mozambique, Ouganda) pour les sages-femmes dans les zones rurales;
- Fourniture de la trousse de sage-femme (Soudan);
- Prime de performance (Rwanda, Tanzanie);
- Dispositifs de fidélisation des enseignants de la profession d'infirmière et de sage-femme (Zambie).

Pour déterminer le succès de ces dispositifs incitatifs, il faut surveiller et évaluer l'efficacité des mesures prises. Par exemple, quelles sont celles de ces mesures qui fonctionnent le mieux, et pour qui, dans quelles conditions. Divers pays ont mis en place des dispositifs de fidélisation, en particulier pour les postes des régions reculées. Le suivi et l'évaluation de ces initiatives sont urgents.

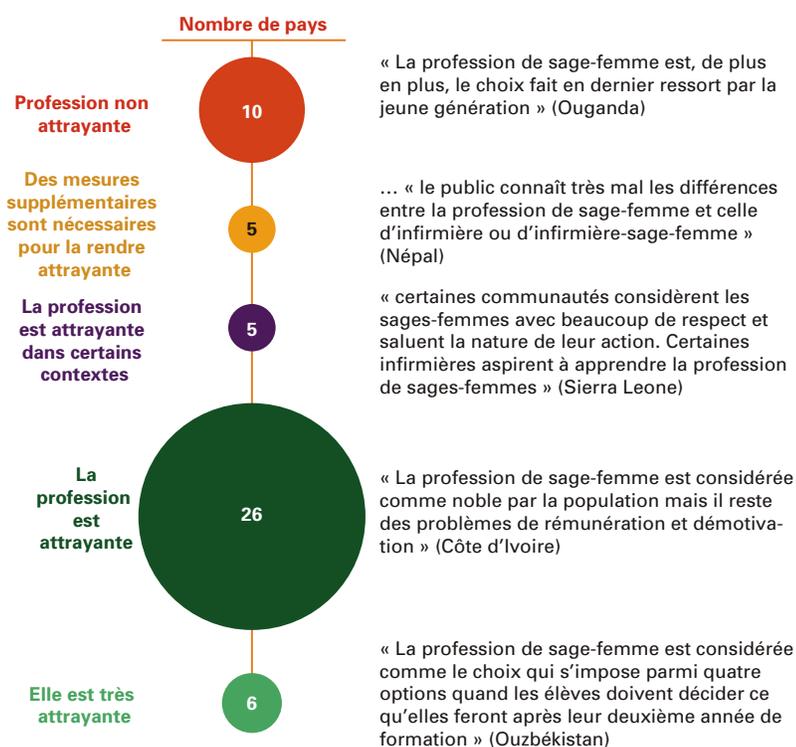
Gratuité des soins, mesures incitatives à l'intention des usagers et autres modèles de financement

Le financement des soins de santé maternelle et néonatale diffère selon les pays (Figure 2.10). Quarante-quatre pays ont indiqué que les soins de santé maternelle et néonatale étaient gratuits, parfois dans le cadre de la gratuité des soins de santé primaire en général. Trente six pays on mentionné un mécanisme de recouvrement des coûts, appliqués pleinement ou partiellement. Ce recouvrement des coûts porte sur certains soins ainsi que sur les médicaments et les analyses de laboratoire, etc.

Quand les pays parlent de gratuité des soins de santé maternelle et néonatale, cela ne signifie pas que tous les services soient gratuits, mais que certains seulement le sont, ou encore que les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits dans certaines parties du pays, ou dispensés gratuitement par des ONG. Les accords sur la gratuité des soins varient largement entre pays. Par exemple :

- En Afghanistan et au Bhoutan, tous les services publics sont gratuits, y compris les soins de santé maternelle et néoatale;

FIGURE 2.9 **Attractivité de la profession de sage-femme**



Note : D'après les réponses transmises par 52 pays.

Source : Enquête effectuée pour le présent rapport.

Les femmes enceintes ont besoin des soins de la sage-femme à toute heure et en toutes circonstances, même durant les catastrophes humanitaires. (William A. Ryan; Pakistan)



- En Côte d'Ivoire, les kits d'accouchements sont gratuits dans les zones rurales ainsi que les soins de prévention du paludisme et de la transmission de la mère à l'enfant du VIH;
- L'Indonésie et la RDP lao assurent la gratuité des soins de santé maternelle et néonatale au profit des pauvres.

Le nombre de pays qui indique expressément qu'il n'y a pas de mécanisme de recouvrement des coûts, d'assurance sociale ou d'assurance maladie, de transfert en espèces sous conditions, ou de dispositif d'incitation à accoucher dans une maternité est relativement élevé, comme on le voit à la figure 2.10. Quarante pays signalent qu'une certaine participation est demandée aux patientes; dans la majorité des exemples, cette participation concerne tous les soins de santé dispensés dans un établissement, mais 10 pays parlent de dessous de table. Aucune conclusion ne peut être tirée sur l'étendue de ces dessous de table, mais on a là une indication de l'absence de responsabilisation au niveau des maternités. En même temps, cette situation peut avoir un impact sur la façon dont les femmes perçoivent les soins dispensés par les sages-femmes et les dissuader de consulter.

Tous ces éléments ont des implications directement liées aux soins dispensés par les sages-femmes, et cela

explique souvent la faible couverture des services de santé maternelle et néonatale et l'existence d'obstacles aux consultations, par les femmes, en particulier les plus pauvres. En revanche, un financement insuffisant et mal réglementé compromet aussi l'obtention des fournitures nécessaires pour assurer la qualité des accouchements et risque de réduire les motivations et la performance des sages-femmes.

Enregistrement des naissances et des décès maternels, et analyse des décès maternels

L'application des politiques relatives à la survie maternelle, et notamment l'enregistrement systématique des décès maternels et leur analyse, est directement liée au travail de la sage-femme et donc aux effectifs de sages-femmes, ainsi qu'aux améliorations apportées à la survie maternelle et néonatale. En effet, l'analyse des décès maternels est la base de la réflexion sur ce qui pourrait être fait différemment pour améliorer la qualité des soins maternels. Les sages-femmes et les autres soignants ayant les compétences de sage-femme doivent pouvoir mener ces examens des décès maternels et utiliser des résultats pour recommander des améliorations à apporter à l'étendue de la pratique et à l'aide nécessaire, et en fin de compte au modèle de soins dispensés par les sages-femmes.

La majorité de 58 pays de l'enquête ont mis en place un système de notification obligatoire des décès maternels, ainsi que d'ailleurs des naissances. Ces systèmes, cependant, ne sont pas pleinement appliqués dans la moitié des pays (figure 2.11). La réalisation intégrale des audits et les examens des décès maternels, ainsi que des mesures prescrivant des enquêtes confidentielles en pareil cas sont moins courantes. Dans certains pays, cela s'explique par le fait que les soignants n'accomplissent pas toutes les tâches prescrites, et que ce manque dans l'application n'est pas sanctionné; dans d'autres pays, le système n'a pas été introduit dans toutes les régions du pays. Cependant, les données n'indiquent pas si ces audits et analyses des décès maternels sont effectués d'une façon qui permette de discuter des moyens d'améliorer la qualité et l'accessibilité, et n'indiquent pas non plus si les résultats sont utilisés pour améliorer l'accès aux soins. Il n'est pas possible, non plus, de déterminer si les sages-femmes participent à ces audits et enquêtes, car aucune question ne figurait dans le questionnaire à ce sujet. Cela est important car ces audits et analyses sont potentiellement des moyens puissants d'améliorer la qualité s'ils sont faits dans un esprit de collaboration, sans qu'il en résulte de menaces au sujet de l'appréciation du comportement professionnel de chacun. De plus, si les audits sont menés

correctement ils peuvent amener les équipes concernées à se sentir plus responsables des soins qu'elles dispensent, ce qui contribue à améliorer la motivation et la satisfaction dans l'emploi.

La politique relative à la profession de sage-femme doit être précisée

Dans presque tous les pays de l'enquête, les politiques nationales de la santé comportent des dispositions spécifiques relatives à la santé maternelle et néonatale, mais ces politiques ne sont pas toujours assorties de plans dont le coût a été établi.

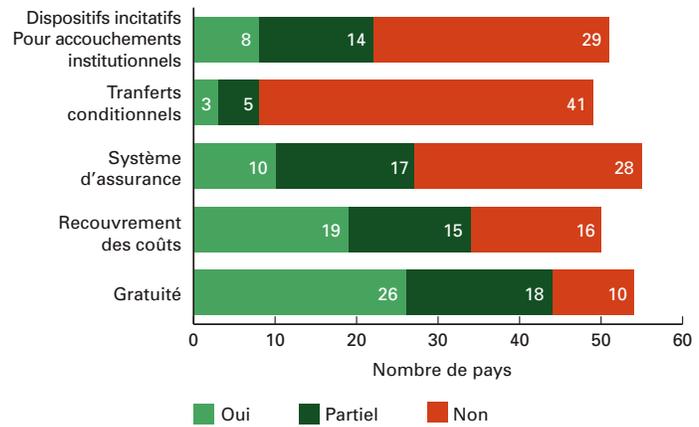
L'obtention de ressources humaines pour la réalisation de ces plans de santé montre également certaines difficultés (figure 2.12). En effet, 43 % seulement des pays qui prévoient la formation de personnel de soins maternels et néonataux dans leurs plans d'effectifs d'ensemble ont défini des indicateurs de l'application de cette politique aux soins de santé maternelle et néonatale, et un tiers seulement des pays font état de l'inclusion d'indicateurs, dans leur plan de financement, pour mesurer l'application de ces politiques de santé maternelle et néonatale. Cependant, on ne voit pas de façon claire si ces politiques et plans se traduisent bien dans des interventions effectives, par exemple par la création de nouveaux établissements de formation ou leur expansion, par l'augmentation du nombre d'élèves, et par une meilleure supervision. Le personnel de maternité n'est pas toujours suivi et évalué comme il faudrait; un meilleur suivi de l'application des politiques permettrait de dynamiser l'action entreprise.

Résumé et principaux messages

L'analyse présentée ici permet de se faire une idée d'ensemble de l'état actuel de la profession et des nombreux problèmes et obstacles qui affectent les effectifs de sages-femmes, l'évolution de la profession et son efficacité. Les principales conclusions, et notamment le triple déficit de compétences, de couverture et de l'accès, sont résumées ici.

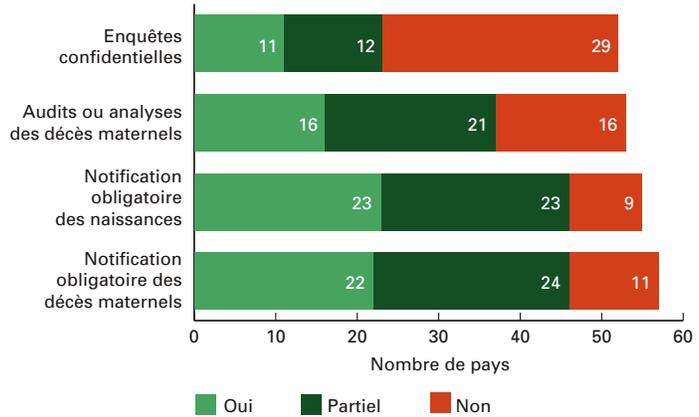
Les données nationales ne permettent pas d'identifier facilement les effectifs de sages-femmes en exercice. Quelques pays ont amélioré leur suivi du nombre de soignants en exercice dans le secteur public, mais il subsiste de graves lacunes et incohérences par rapport à ce qu'il faudrait recueillir d'informations d'importance stratégique pour prévoir et recenser efficacement les effectifs de sages-femmes capables de fournir des interventions de qualité répondant aux besoins de la population.

FIGURE 2.10 Accès aux soins : modèles de financement



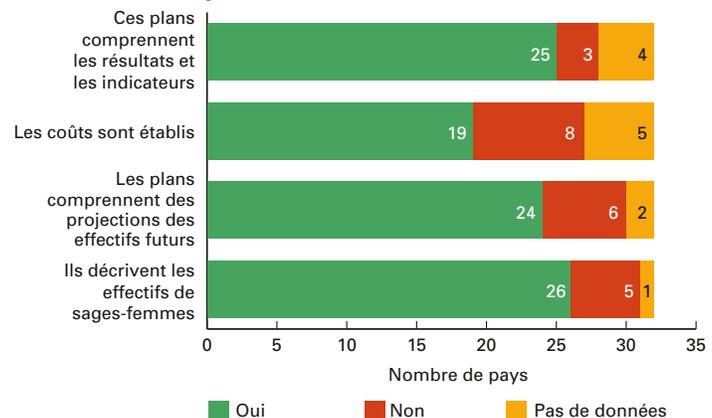
Note : D'après les réponses communiquées par 49 à 54 pays, selon l'indicateur retenu.
Source : Enquête réalisée pour le présent rapport.

FIGURE 2.11 Progres des pays dans l'utilisation de l'evidence pour l'action



Note : D'après les réponses de 52 à 57 pays, selon l'indicateur concerné.
Source : Enquête réalisée pour le présent rapport.

FIGURE 2.12 Les ressources humaines à prévoir dans les plans de santé



Note : D'après les réponses communiquées par 32 pays qui se sont dotés de plans de ressources humaines dans le secteur de la santé publique, et qui prévoient expressément des ressources pour les soins de santé maternelle et néonatale.

Source : L'enquête effectuée pour le présent rapport

Il existe en même temps une pénurie des effectifs et une insuffisance qualitative de sages-femmes.

L'information disponible confirme une pénurie de sages-femmes et autres personnels ayant les compétences de la sage-femme pour gérer le nombre à prévoir de grossesses, d'accouchements, ainsi que les 15 % des grossesses et des accouchements qui, en moyenne statistique, s'accompagnent de complications obstétricales. En outre, une proportion importante des sages-femmes en exercice ne possèdent pas encore l'ensemble des compétences essentielles de sage-femme.

La proportion d'accouchements effectués par du personnel qualifié et la qualité des soins sont insuffisantes.

Le déficit tant quantitatif que qualitatif, et la dynamique de la hiérarchie dans la profession, dans beaucoup de pays, limitent la capacité du système de soins à déployer au mieux le personnel de maternité et d'assurer une couverture minimale des centres de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base et complets. Cette pénurie est la plus aiguë dans les zones rurales et les localités reculées, là précisément où se trouvent la majorité des femmes qui accouchent seules. En outre, les problèmes d'accès aux soins, dans la perspective propre aux femmes concernées, sont mal réglés, ce qui, compliqué par l'absence de certaines fonctions du système de soins de santé, risque de compromettre gravement la qualité du travail des sages-femmes.

Il faut renforcer les filières éducatives et en augmenter les capacités.

Malgré des progrès intéressants dans certains pays, qui cherchent à multiplier le nombre de sages-femmes ayant les compétences voulues, on est loin encore des normes optimales. Des programmes d'enseignement, des enseignants eux-mêmes, les ressources éducatives et la supervision des soins de clinique doivent être renforcés et amenés au niveau des directives internationales reconnues.

La réglementation et les processus réglementaires sont insuffisants et ne permettent pas d'assurer l'autonomie professionnelle d'une sage-femme et donc de remplir des obligations de protection du public par l'État.

La réglementation de la profession de sage-femme, leur autonomie professionnelle, les modalités actuelles de délivrance de licences d'exercer et les critères de renouvellement de ces licences doivent être améliorées pour relever la qualité des soins dans presque tous les pays.

Les associations professionnelles sont relativement nouvelles et dans certains cas sont fragiles.

On observe une tendance positive dans les différents pays à établir et développer des associations professionnelles représentant les sages-femmes, mais bien souvent ces associations sont encore très nouvelles et elles méritent un appui supplémentaire ainsi qu'une collaboration à l'intérieur de la profession grâce à l'aide de partenaires nationaux, régionaux et internationaux. Bien souvent les associations de sages-femmes se confondent avec les associations représentant les infirmières, ce qui risque d'avoir pour effet que les préoccupations propres aux sages-femmes ne peuvent être satisfaites par les décisions de leur association.

Les politiques en vigueur sont mal ciblées, et mal appliquées.

Presque tous les pays se sont dotés d'une politique active pour répondre aux besoins et à la demande de soins de santé maternelle et néonatale, mais rares sont celles qui comportent une démarche cohérente pour résoudre le problème des ressources humaines et améliorer les capacités des effectifs de sages-femmes et la qualité des soins à dispenser. Il faut manifestement une plus grande adéquation des ressources, tant intérieures qu'extérieures, à l'application des politiques et des plans de santé maternelle et néonatale.

PASSER À L'ACTION



“J’ai constaté ... que chaque fois qu’une ville, un comté, une région ou un pays a mis au point un système de soins de santé maternelle reposant fermement sur un corps de métier de sages-femmes formées, diplômées, contrôlées et respectées (en particulier quand elles travaillent en coopération suivie et étroite avec les médecins) le niveau des soins de santé maternelle est au plus haut et la mortalité maternelle est au plus bas. Je ne vois aucune exception à cette règle”.

Irvine Loudon, 1992¹

Les deux premières parties de *“La pratique de sage-femme dans le monde en 2011”* présentent un ensemble de connaissances susceptibles d’accélérer la formation de sages-femmes qualifiées dispensant des soins de qualité aux mères et aux nouveau-nés. La grande diversité des réponses à notre enquête menée dans 58 pays, confirme que les données et les renseignements recueillis font état d’importantes lacunes. La synthèse

des informations disponibles permet de formuler plusieurs conclusions qui doivent figurer en bonne place dans le débat sur les politiques nationales à suivre ainsi que dans les stratégies mondiales de santé publique. Elles concernent également les partenariats et les engagements internationaux pris en faveur de la santé pour améliorer la responsabilisation mutuelle et obtenir les meilleurs résultats concernant la santé des femmes et des enfants dans le monde.

La troisième partie traite de l’impact de l’investissement mis dans la pratique de sage-femme, quand celle-ci est intégrée dans les systèmes fonctionnels de soins de santé et repose sur des informations concernant les pays, leur expérience et leurs innovations. On y trouvera aussi un certain nombre de recommandations visant à maximiser l’impact de ces investissements. Ces recommandations sont ciblées spécifiquement sur chaque type de partie prenante. Les recommandations et les décisions en



La sages-femmes représentent un investissement pour la santé des mères, de leurs nouveau-nés, de leur communauté et de leurs nation. (Helen de Pinho; Malawi)

Chaque année,
ce sont jusqu'à
3,6 millions
de décès maternels,
foetaux et néonataux qui
pourraient être évités.

question sont compatibles avec les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé sur l'amélioration de la pratique de la sage-femme et s'appuient sur les directives données par l'OMS, l'ICM et l'Appel mondial à l'action" du colloque sur le renforcement de la pratique de sage-femme, tenu en juin 2010, directives déjà décrites dans la première partie.

Investir dans les résultats

Les faits sont clairs : investir dans la formation des sages-femmes permet de sauver des vies. Un calcul du retour sur investissement a montré que dans l'ensemble des 58 pays en question, au moins 3,6 millions de décès maternels, foetaux et néonataux pourraient être évités chaque année si l'accès à des sages-femmes suffisamment nombreuses et compétentes était universel, ces sages-femmes dispensant des soins de qualité dans le milieu local aussi bien que dans les maternités assurant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (encadré 3.1). Cela représente plus de

la moitié du nombre actuel de ces décès chaque année, et les sages-femmes et autres personnels compétents jouent un rôle majeur dans ce résultat escompté.

La réalisation de ces résultats exige que l'on concentre son attention sur la qualité des soins dispensés par les sages-femmes le long du continuum de soins de santé. Une accélération des investissements à cet effet est nécessaire tant dans la formation des sages-femmes, à présent et à l'avenir, que dans les conditions dans lesquelles les soins de santé sont dispensés et qui doivent obéir aux normes reconnues en matière de qualité des soins. Cela suppose que l'on mette l'accent sur trois domaines : 1) les effectifs de sages-femmes, 2) l'éducation, la réglementation et les associations, et 3) les politiques suivies. Les investissements correspondants, sous forme de ressources intérieures et extérieures, sont essentiels, en plus de l'amélioration des mécanismes de publication des informations et de responsabilisation à cet effet. Étant donné que les différents pays font preuve d'une susceptibilité particulière au sujet des lacunes constatées dans les compétences de leurs sages-femmes, il faudra calculer, pays par pays, l'échelle des investissements à réaliser.

Des personnels plus compétents dans la pratique de sage-femme

Une profession caractérisée par la maîtrise de compétences

Dans un système de santé publique qui fonctionne bien, les différents personnels de maternité doivent

collaborer dans leur pratique quotidienne pour assurer des services de qualité dans le continuum de soins, y compris dans les maternités et à l'extérieur. L'objectif est de mettre à disposition les compétences tant en milieu urbain que rural, et d'en faciliter l'accès, grâce à l'action combinée des différents personnels de santé, y compris les auxiliaires et les travailleurs de santé communautaires. C'est ainsi que l'on pourra valoriser au mieux la capacité collective de l'ensemble des soignants, tout en rejetant les solutions reposant sur une approche dogmatique. Cette optimisation s'appliquera (selon les caractéristiques de chaque pays) à tout ou partie des éléments des scénarios suivants :

- formation de sages-femmes supplémentaires, pour augmenter rapidement l'offre;
- formation continue des sages-femmes en exercice, selon leurs compétences, y compris des auxiliaires, pour qu'elles puissent dispenser des soins de qualité conformément aux compétences essentielles requises pour les sages-femmes;
- des mesures provisoires pour attirer, fidéliser et déployer des personnes ayant les compétences de sage-femme et qui, pour diverses raisons, n'exercent plus.

L'unité de soins de maternité dirigée par des sages-femmes, telle que décrite dans la première partie, est le cadre où pourront converger les différentes compétences et capacités. Ce modèle de soins fait le lien entre d'une part la communauté locale et les centres de soins de santé primaires et d'autre part les centres de soins vers lesquels sont orientées, au besoin, les patientes présentant des complications. Dans une telle maternité dirigée par des sages-femmes, l'équipe intègre les qualifications des travailleurs de santé communautaires et aide ainsi à les faire plus largement accepter par le milieu local. Les sages-femmes peuvent organiser l'accès aux soins de santé de la sexualité et de la procréation, aux soins maternels et néonataux, et surveiller le travail des personnels auxiliaires ayant des compétences limitées. Et surtout, l'équipe de sages-femmes qualifiées offre des soins essentiels dans une maternité assurant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB), gérant les complications et orientant au besoin les mères et les nouveau-nés vers le niveau de soins approprié (maternités des hôpitaux assurant les soins complets SONUC).

Gestion des ressources humaines

Comme dans toute profession, la profession de sage-femme doit être gérée efficacement si l'on veut obtenir de meilleurs résultats. Cela suppose une supervision

L'EFFET D'UNE AUGMENTATION DES EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES : ESTIMATIONS MODÉLISÉES DU NOMBRE DE VIES SAUVÉES EN 2015

Sur la base des données établies par pays pour l'enquête de "La pratique de sage-femme dans le monde en 2011", des chercheurs de l'École de santé publique Bloomberg de l'Université Johns Hopkins ont réalisé une estimation modélisée sur ordinateur de l'effet qu'aurait une augmentation des effectifs de sages-femmes dans les 58 pays retenus. L'analyse a été menée à l'aide de la méthode dite "Lives Saved Tool" (LiST), un modèle de calcul des vies sauvées.

Le modèle est utilisé pour une projection jusqu'à 2015, date qui correspond à l'horizon de réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Deux principales hypothèses de travail ont été retenues pour estimer l'impact des effectifs de sages-femmes sur le nombre de vies sauvées. D'abord, on a estimé, grâce à la statistique de couverture des centres de soins dispensant les soins obstétricaux d'urgence et néonataux de base, le nombre de sages-femmes en exercice qui pratiquent régulièrement des accouchements, étant donné que les niveaux d'effectifs découlent implicitement de l'existence et de la fourniture des services spécifiques de maternité (principales fonctions). Deuxièmement, les interventions couvertes par le modèle LiST et leur impact peuvent être comparées à la liste des compétences essentielles de la sage-femme définie par la Confédération internationale des

sages-femmes (ICM), cette liste comportant tous les soins de santé de la procréation dispensés aux femmes, y compris les soins avant la grossesse, les soins prénatals, les soins postpartum et les soins essentiels dispensés aux nouveau-nés.

À l'aide de cette méthode, on a estimé l'impact potentiel de l'augmentation des effectifs et des compétences des sages-femmes de la façon suivante :

Un doublement des effectifs actuels estimatifs des sages-femmes dispensant des soins obstétricaux et tous les autres soins de santé de la procréation dans les 58 pays retenus dans le présent rapport permettrait en moyenne une réduction de 21 % de l'ensemble des décès maternels, fœtaux tardifs et de nouveau-nés. Pour être plus précis, ce doublement permettrait d'éviter 20 % des décès maternels, 18 % des mort-nés et 23 % des décès de nouveau-nés. Ces estimations supposent que toutes les sages-femmes sont pleinement compétentes et autorisées à dispenser l'ensemble des soins.

De même, si toutes les femmes accouchaient avec l'aide d'une sage-femme dans une maternité pleinement fonctionnelle dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base, outre tous les soins de santé de la procréation que dispensent les sages-femmes, on obtiendrait une réduction de 56 % des décès mater-

nels, fœtaux et de nouveau-nés. Ce total se répartirait en une réduction de 61 % des décès maternels, de 49 % des décès fœtaux et de 60 % des décès de nouveau-nés, soit pas moins de 3,6 millions de vies qui seraient ainsi sauvées en 2015.

Ces estimations partent de l'hypothèse que chaque intervention salvatrice sera faite à un niveau de qualité suffisant pour produire un effet sur la mortalité, que la répartition des sages-femmes sera équitable dans l'ensemble d'un pays, et que les femmes auront effectivement accès à ces soins – trois hypothèses de travail qui cherchent à réduire le 'triple déficit' de compétences, de couverture et d'accès. La diversité de la qualité et de l'existence même des soins dispensés par les sages-femmes dans les pays aura sans aucun doute un effet sur la réalisation de ces gains potentiels en termes de vies sauvées.

On trouvera un complément d'information à l'annexe 4. Une étude technique, dont on a donné ici le court résumé, et une description complète de la méthode seront publiées à la fin de 2011.

Source : Bartlett L, Sikder S, Freiberg I et al. The impact of scaling up midwifery on maternal, foetal (late stillbirths) and newborn lives. Document technique établi pour *La pratique de sage-femme dans le monde en 2011*. Inédit en avril 2011.

formative bienveillante, une formation en cours d'emploi, des possibilités de carrière, et un soin attentif porté aux questions de sécurité ainsi qu'à l'approche genre, en particulier en milieu rural. Il est important de réaliser l'effet négatif que, de façon générale, l'environnement immédiat imprime à la pratique de sage-femme.

Pour résoudre ces problèmes il faut une gestion active des ressources humaines pour attirer et fidéliser les

personnel de santé maternelle et gérer les carrières. De nombreuses questions de gestion se posent tant dans la profession de sage-femme que dans les autres professions de santé. On retiendra cependant les points suivants :

- empêcher l'isolement des sages-femmes, en encourageant et facilitant le travail d'équipe;
- organiser les carrières, notamment vers des fonctions d'enseignement et de tutorat, et de recherche;

- résoudre les questions sexospécifiques et veiller à la sûreté et à la sécurité sur le lieu de travail;
- prévoir des incitations financières et aussi non financières;
- gérer le stress et la charge de travail;
- prévoir une supervision bienveillante, notamment en milieu rural;
- mettre au point des dispositifs de fidélisation et de rotation du personnel de maternité, en particulier dans les zones reculées.

Accumuler l'information à visée stratégique

Les décideurs savent combien l'information à visée stratégique est importante pour les décisions à prendre. Il faut notamment qu'ils puissent savoir qui fait partie des effectifs de sages-femmes, connaître en particulier

le nombre de personnes qui assistent les accouchements et la qualité des soins qu'elles dispensent. Les évaluations des compétences et de la couverture des soins, qui examinent les contributions aux résultats, sont un élément essentiel de ce type d'information stratégique.

Les dossiers administratifs et les registres de salaires, dans la plupart des pays, permettent de se faire une idée d'ensemble de l'effectif total des sages-femmes travaillant dans le secteur public, avec une certaine ventilation en fonction du titre, de l'âge, du sexe et du lieu de travail. Cependant, pour bien gérer les effectifs il faut des données plus complètes.

Il faut notamment, pour comprendre

avec précision la situation, disposer de données agrégées provenant du secteur éducatif, public ou privé, des organes de tutelle et des associations professionnelles. Les titres, les attributions et le classement des éléments constitutifs de la profession de sage-femme, codés selon la classification internationale de toutes les professions, doivent mentionner le niveau d'éducation atteint, les diplômes et la portée de la pratique. La date d'entrée d'une personne donnée dans le système éducatif, son emploi et la date de sa sortie doivent être systématiquement consignés. Il importe de vérifier que l'attribution et l'occupation d'un poste reflètent bien le rôle, la disponibilité et les compétences visant à améliorer la santé de la mère et du nouveau-né.

La qualité des soins doit être améliorée et sa mesure peut être connue par une action interdisciplinaire por-

tant pour chaque maternité, sur les audits des décès maternels, les enquêtes confidentielles, la collecte et l'analyse des indicateurs, au regard des accouchements et des incidents graves évités de justesse. Ces mécanismes, qui permettent de passer des données factuelles à la décision, dégagent les connaissances indispensables pour améliorer la qualité des soins et des services et accroître ainsi les taux de survie des mères et des nouveau-nés.

Éducation, réglementation et association professionnelle

Pour améliorer la qualité des soins et donc le fonctionnement du système de santé publique, il est essentiel de développer et de préserver les compétences des sages-femmes par une action dans le continuum formé par l'éducation, la réglementation et l'association professionnelle.

Éducation des sages-femmes — acquisition et entretien des compétences

La formation intensive reçue avant l'emploi est indispensable et doit comprendre une forte proportion de travaux pratiques supervisés. Les compétences essentielles des sages-femmes, définies par l'ICM, et les normes mondiales pour le secteur de l'éducation, permettent aux pays de ré-examiner les programmes d'enseignement et de veiller à ce que les diplômées aient bien toutes les compétences voulues.

Un renforcement des capacités et une meilleure répartition géographique des écoles de sages-femmes dans un pays permettraient d'assurer une plus grande fidélisation. Les élèves sages-femmes d'origine locale, ainsi que les programmes d'enseignement en langue locale et respectant la culture locale, sont un moyen d'adapter les services dispensés aux besoins locaux et aux caractéristiques locales, et aussi un moyen d'améliorer la fidélisation dans les zones reculées et rurales.

La moitié du temps de la formation des sages-femmes devrait avoir lieu dans un contexte clinique et communautaire, en contact direct avec les accouchées et avec les autres membres du personnel de maternité. Pour cette formation pratique, les élèves sages-femmes doivent avoir accès aux laboratoires de travaux pratiques, disposer de mannequins médicaux et d'un matériel médical approprié. Il n'est pas moins important d'accroître à la fois le nombre et la qualité du personnel enseignant par un renforcement de la capacité organisationnelle des écoles de sages-femmes (par exemple par des évaluations de la formation et des formateurs, des évaluations annuelles du comportement profes-

Pour réduire la mortalité et la morbidité, il est essentiel de disposer d'une information précise sur les effectifs de sages-femmes en exercice qui pratiquent les accouchements et sur la qualité des soins ainsi dispensés.

sionnel, des examens réguliers des résultats de suivi et d'évaluation, et par la formation permanente). Les possibilités de carrière dans l'enseignement doivent être encouragées au mieux sans compromettre pourtant les effectifs déjà limités de sages-femmes.

Un système national d'enseignement des professions de santé qui facilite la collaboration à la formation des sages-femmes, des infirmières, des médecins et autres professionnels de la santé publique, peut constituer la base d'un travail d'équipe dans la future maternité et aux différents niveaux d'aiguillage des patientes.

L'évaluation et l'assurance de la qualité de l'enseignement dispensé seront assurées au moyen d'une homologation des établissements d'enseignement et d'un suivi de leurs programmes par les conseils et organismes de tutelle du secteur de l'éducation, de façon à promouvoir et récompenser le respect des normes. En outre, cette homologation permet de reconnaître l'autonomie de la profession de sage-femme, ce qui valide les diplômes décernés et permet aux sages-femmes d'être autorisées à prescrire et assurer des interventions salvatrices.

Dans les pays où la mortalité maternelle et néonatale est très élevée, des stratégies provisoires pourraient viser à mettre en place des filières de formation des sages-femmes d'une durée de deux ans. Ces filières pourraient comporter une formation accélérée ou échelonnée, qui serait alors complétée par 12 mois d'une formation ultérieure au cours de leur carrière.

Une réglementation accrue, pour protéger la population et les professionnels de santé

La réglementation peut être décisive pour passer de la situation actuelle à des effectifs de sages-femmes ayant l'efficacité nécessaire. La réglementation demeure en effet un moyen essentiel d'assurer la qualité des soins et de réduire la mortalité maternelle et néonatale. La réglementation de la profession de sage-femme comprend la délivrance des diplômes, la délivrance d'une nouvelle licence, après vérification du maintien des compétences acquises et de la qualité des soins dans le respect des droits des patientes. Les procédures et le contenu de cette réglementation doivent être adaptés à la profession de sage-femme en tant que profession autonome, et comprendre la publication de codes de conduite, la vérification des critères pour l'octroi des diplômes de sage-femme, la détermination des exigences en matière de formation continue, le traitement des plaintes et les actions disciplinaires. L'un des moyens rapides d'améliorer l'accès aux interven-

tions salvatrices serait d'autoriser les sages-femmes à prescrire les médicaments indispensables et à exercer toutes les compétences définies par l'ICM, qui comprennent notamment l'ensemble des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base.

La dualité de la réglementation, ou l'existence d'un conseil réglementaire faisant partie du conseil de l'ordre de la profession d'infirmière, sont les mécanismes les plus fréquemment appliqués pour réglementer la profession de sage-femme. Cependant, il est manifestement avantageux de créer un processus réglementaire indépendant de ces mécanismes, expressément pour la profession de sage-femme. Cela permet aux autorités de tutelle d'examiner la liste des compétences spécifiques de la profession, de déléguer les pouvoirs d'accomplir les interventions obstétricales et néonatales d'urgence de base, et d'examiner le niveau d'autonomie nécessaire - autorisant notamment les sages-femmes à prescrire les médicaments susceptibles de sauver des vies. Dans beaucoup de pays développés, les usagers des maternités et la société civile ont également un rôle dans la réglementation de la profession de sage-femme.

Les systèmes d'administration et d'information doivent être renforcés pour être à même de produire des registres à jour, si possible électroniques, des sages-femmes en exercice ce qui permettra de fournir des informations en vue de la définition des politiques de gestion de la profession, de soutenir les procédures réglementaires et le renouvellement des licences, et enfin de produire l'information d'ordre stratégique nécessaire pour bien piloter le système de soins de santé.

L'association professionnelle — permettre aux sages-femmes de s'exprimer

Les sages-femmes peuvent s'exprimer par le canal de leurs associations professionnelles. Ces associations, intégrées au système national de soins de santé, collaborent avec les pouvoirs publics et les autres professions de santé pour contribuer à un dialogue sur la politique de santé maternelle et néonatale à suivre. Cela permet de dégager des points de vue spécifiques et d'obtenir la participation réelle de la profession, et donc de renforcer l'application des décisions prises.

Les associations professionnelles ont la tâche de faire connaître les politiques convenues en matière de santé, qui retiennent sur la profession considérée et en stimulent l'application. Parmi les avantages que présentent ces associations professionnelles figurent la capacité de négocier et d'organiser un meilleur accès à

l'enseignement supérieur et à la formation continue, d'assurer le développement des carrières et d'améliorer les conditions de travail et d'emploi.

Dans les pays à faible revenu, bien souvent, les associations professionnelles manquent d'argent, et cela retentit sur les mécanismes administratifs et sur les attributions représentatives, aux niveaux national, régional et international. La capacité d'obtenir des ressources est souvent limitée, mais des mécanismes de soutien financier extérieur et de jumelage se sont souvent révélés un moyen efficace d'aider ces associations professionnelles. Pour les utiliser au mieux, un soutien financier et en nature devrait être fourni au niveau national de façon que l'expérience acquise par l'association professionnelle profite mieux au débat national, régional et mondial sur la santé maternelle et néonatale.

Dans nombre de pays, les sages-femmes et les infirmières sont représentées par une association professionnelle unique. Cette option peut bénéficier aux deux corps de métier grâce à une plus forte présence, une voix plus audible, et des coûts partagés. Dans ces cas, il est fortement recommandé que les sages-femmes participent aux instances dirigeantes, et s'assurent que les questions spécifiques aux sages-femmes, chaque fois que nécessaire, soient gérées séparément.

Des politiques plus cohérentes

La profession de sage-femme ne constitue pas une intervention « verticale », mais un service intégré à tous les niveaux du système de santé. Pour cela, il faut améliorer la cohérence des politiques édictées, en

examinant les plans nationaux de santé, les stratégies concernant les ressources humaines pour la santé, et leur application aux programmes de santé maternelle et néonatale. Une fois cette cohérence assurée, il faut déterminer le coût des plans et des stratégies définis, afin de faciliter les décisions d'allocation des ressources (d'origine interne et externes), de les appliquer intégralement, de les suivre et de les évaluer périodiquement.

Ces politiques et plans nationaux révisés peuvent être appliqués soit dans le cadre de ces stratégies intérimaires, consistant par exemple à déployer des sages-femmes ayant reçu une formation de deux ans seulement dans la communauté locale, en améliorant la collaboration entre tous les personnels de santé au niveau local. Cependant, des stratégies à long terme consistant par exemple à organiser une formation en trois ans, créer des maternités dirigées par des sages-femmes et investir dans des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base, sont bien l'objectif à viser en fin de compte. Ces stratégies à long terme seront peut-être plus coûteuses initialement, et retarderont peut-être l'obtention de résultats, mais les analyses économiques montrent qu'elles sont préférables en raison notamment d'un retour sur investissement plus important.

Actions concrètes

Dans l'avant-propos de ce rapport, le Secrétaire Général des Nations Unies a appelé les pays à prendre des décisions audacieuses pour s'assurer que chaque femme et chaque nouveau-né ait accès à des professionnels très compétents dans la pratique de sage-femme. On trouvera dans le tableau suivant (encadré 3.2) les recommandations développées plus haut et une liste récapitulative des principales décisions qui incombent à chaque groupe d'acteurs.

Conclusion

Les pays sont tous différents les uns des autres, et ont leurs caractéristiques spécifiques dont il faut tenir compte, mais les aspects communs à la situation dans les 58 pays analysés dans *La pratique de sage-femme dans le monde en 2011*, sont la persistance d'une forte mortalité maternelle et néonatale et le manque d'accès équitable à des soins maternels et néonataux de qualité. Cette situation est souvent aggravée par l'accroissement rapide de la population, l'existence de besoins non satisfaits de planification familiale, les faibles niveaux d'instruction des filles et des femmes en particulier, la précarité des conditions économiques, ainsi que par la faible proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié ayant les compétences, l'autonomie et l'autorité voulues pour sauver des vies.

Des mesures audacieuses permettent de réaliser concrètement le droit des femmes au meilleur état de santé possible, avant et durant la grossesse et l'accouchement et immédiatement après. (Mandy La Fleur, UNFPA, Guyana)



Le Rapport sur « la pratique de sage-femme dans le monde en 2011 », en soutien à la Stratégie Mondiale pour la Santé de la Femme et de l'Enfant, appelle tous les gouvernements et leurs partenaires à optimiser l'impact de leurs investissements, améliorer la redevabilité mutuelle, et renforcer la pratique de sage-femme.

Décisions à prendre par les pouvoirs publics

- Reconnaître la profession de sage-femme en tant que telle, centrale pour la fourniture de soins de santé maternelle et néonatale de qualité.
- Organiser la carrière des sages-femmes, avec des plans de progression appropriés.
- Demander aux organes nationaux de tutelle de la profession d'appliquer la liste des compétences essentielles définies par l'ICM.
- Intégrer les personnels de santé maternelle et néonatale dans les plans budgétisés relatifs aux ressources humaines pour la santé.
- Augmenter la disponibilité et améliorer la répartition des structures SONU, et investir dans les unités gérées par des sages-femmes, dans les communications, et les systèmes de référence.
- Assurer la gestion des compétences, des instruments législatifs et des procédures, pour une bonne gestion des ressources humaines.
- Investir activement dans la collecte de données et le suivi des effectifs de sages-femmes et de personnels compétents dans la pratique de sage-femme.
- Faire participer les sages-femmes à la prise des décisions importantes, à la planification, à la surveillance, au suivi et à l'évaluation des programmes de santé maternelle et du nouveau-né.

Décisions à prendre par les organismes de réglementation et régulation

- Protéger le titre professionnel de sage-femme.
- Établir les critères d'entrée dans la profession.
- Établir les standards nationaux d'éducation et de pratique professionnelle.
- Accréditer les écoles et les programmes éducatifs, tant dans le public que dans le privé.
- Attribuer les autorisations d'exercer et leur renouvellement périodique.
- Établir et faire respecter un code de déontologie de la profession.
- Mettre en place des sanctions disciplinaires et les faire appliquer.

Décisions à prendre par les établissements d'enseignement et de formation

- Examiner périodiquement les programmes d'enseignement pour s'assurer de la compétence des diplômés selon les standards en place.
- Moderniser les méthodes éducatives tant théoriques que pratiques.
- Utiliser les normes de l'ICM et autres normes relatives à l'éducation pour améliorer la qualité et les capacités.
- Veiller à un bon équilibre entre théorie et pratique et installer des laboratoires de travaux pratiques bien équipés.
- Recruter des enseignant-e-s, des formateurs/trices et des tuteurs/trices, préserver et améliorer leurs compétences.
- Établir des liens avec les maternités locales et avec les hôpitaux pour faciliter la formation pratique.
- Promouvoir la recherche et autres activités académiques.
- Renforcer la capacité organisationnelle.
- Encourager l'avancement des sages-femmes à des postes d'encadrement.

Décisions à prendre par les associations professionnelles

- Améliorer le statut et l'image des sages-femmes.
- Faire pression pour obtenir de meilleures conditions de travail.
- S'assurer que la formation en cours d'emploi et un perfectionnement professionnel continu sont pris en compte.
- Veiller au respect des droits des patientes.
- Permettre aux sages-femmes de s'exprimer et d'apporter leur contribution à la définition des politiques.
- Collaborer avec les autres associations professionnelles de soignant-e-s pour renforcer la contribution aux plans de santé et à la formulation des politiques.
- Repérer les sages-femmes possédant le meilleur potentiel pour travailler avec la société civile et les collectivités locales.
- Établir de solides moyens de gouvernance, renforcer les capacités administratives et améliorer la base financière.
- Assurer la liaison avec les fédérations régionales et internationales.

Décisions à prendre par les organisations internationales, les bailleurs de fonds, et les organisations de la société civile

- Faire le plaidoyer pour une amélioration de la pratique de sage-femme et des soins obstétricaux dans le respect des droits des patients.
- Soutenir les programmes nationaux, régionaux et locaux pour le passage à l'échelle des services de soins maternels, en mettant l'accent sur le suivi et l'évaluation à la recherche de résultats, ainsi que sur la redevabilité.
- Promouvoir la reconnaissance de la profession de sage-femme.
- Apporter une aide financière et en nature pour aider les associations professionnelles de sages-femmes.
- Promouvoir la collecte d'information à visée stratégique et encourager les organes régulateurs à jouer leur rôle.
- Engager les ministères à déterminer le coût des stratégies et plans de formation d'un personnel de maternité pleinement fonctionnel et les appliquer.
- Encourager les échanges internationaux de données d'expériences pour renforcer les associations mondiales, régionales et nationales.
- Encourager l'établissement d'un agenda national de recherche sur la pratique de la sage-femme (y compris au-delà des OMDs), soutenir la société civile et les milieux universitaires pour qu'ils l'appliquent au niveau des pays.

Ces dernières années, de nombreux rapports, conférences et résolutions ont attiré l'attention des dirigeants sur l'urgence d'un investissement dans les ressources humaines dans le secteur de la santé. Cependant, jusqu'à présent, aucune de ces résolutions n'aborde explicitement le rôle des sages-femmes et autres personnels de maternité ayant les compétences de sage-femme. Aucune résolution n'a souligné l'impact qu'a cette catégorie de professionnels de la santé sur la survie et la santé de la mère et du nouveau-né. L'organisation de services obstétricaux de qualité est donc un élément essentiel à faire figurer dans toutes les stratégies visant à améliorer la santé de la mère et du nouveau-né.

Grâce au présent rapport, il est souhaité que les dirigeants réfléchissent au rôle des sages-femmes dans leur pays et apporteront les modifications voulues aux politiques et stratégies suivies. Que ces mêmes dirigeants investissent dans l'augmentation des effectifs de sages-femmes de façon à ce que celles-ci puissent accomplir, suivre et vérifier les actions menées ainsi que les résultats, et faire de rapides progrès dans la qualité des soins de santé de la procréation et les soins dispensés à la mère et au nouveau-né.

En dehors des interventions des pouvoirs publics, il faut également prêter attention à l'établissement et

à la collecte de nouvelles informations susceptibles de conduire à de meilleures décisions nationales et de faire évoluer l'ensemble des connaissances sur la question. Cette première édition de « *La pratique de la sage-femme dans le monde en 2011* », malgré le caractère limité des données disponibles, du nombre limité de pays inclus, et du temps disponible pour l'enquête, offre une bonne base pour les futures éditions du même rapport qui devraient permettre de mesurer les progrès accomplis et de poursuivre l'action menée.

Nous engageons instamment les gouvernements et les autorités territoriales, les collectivités locales, la société civile et les partenaires dans le domaine du développement à faire le point de la situation actuelle et à améliorer celle-ci par les mesures présentées plus haut. Une fois appliquées, nous sommes convaincus que l'amélioration qui en résultera au niveau de la planification familiale, des soins prénatals, des accouchements, des soins postnatals et de la lutte contre le VIH/sida se traduiront par une amélioration de l'état général de santé de la population et stimuleront le développement socioéconomique. « Naissances réussies, Vies sauvées » est notre responsabilité collective.

PROFILS DE PAYS



La pratique de sage-femme dans le monde en 2011 comprend des données et des indicateurs qui montrent les lacunes, les progrès et les problèmes liés à la santé maternelle et néonatale et à la pratique de sage-femme dans les 58 pays retenus dans le rapport. Les indicateurs donnent une vue d'ensemble des données nationales figurant dans les bases de données internationales reconnues, notamment concernant les progrès dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Ces profils de pays fournissent également pour la première fois des données sur les effectifs de sages-femmes tels qu'ils ont été signalés par les pays qui ont répondu à l'enquête faite pour le présent rapport. On s'est efforcé de les vérifier auprès d'autres sources, mais certaines données doivent être considérées comme les estimations les plus plausibles, susceptibles d'être modifiées ultérieurement.

Afghanistan.....	40	Maroc.....	98
Afrique du Sud.....	42	Mauritanie	100
Bangladesh.....	44	Mozambique	102
Bénin.....	46	Myanmar	104
Bhoutan	48	Népal.....	106
Bolivie (État plurinational de).....	50	Nicaragua	108
Botswana.....	52	Niger	110
Burkina Faso	54	Nigeria	112
Burundi.....	56	Ouganda.....	114
Cambodge.....	58	Ouzbékistan.....	116
Cameroun.....	60	Pakistan	118
Comores	62	Papouasie-Nouvelle-Guinée	120
Côte d'Ivoire.....	64	République centrafricaine.....	122
Djibouti	66	République démocratique du Congo	124
Éthiopie.....	68	République démocratique populaire lao.....	126
Gabon	70	République-Unie de Tanzanie.....	128
Gambie	72	Rwanda.....	130
Ghana	74	Sénégal.....	132
Guinée	76	Sierra Leone.....	134
Guinée-Bissau	78	Somalie.....	136
Guyana	80	Soudan	138
Haïti	82	Tadjikistan.....	140
Inde	84	Tchad	142
Indonésie.....	86	Timor-Leste.....	144
Kenya.....	88	Togo	146
Libéria.....	90	Viet Nam.....	148
Madagascar	92	Yémen.....	150
Malawi	94	Zambie.....	152
Mali	96	Zimbabwe.....	154

Afghanistan

L'état de santé général, en Afghanistan, est parmi les moins favorables au monde et le taux de mortalité maternelle continue d'être l'un des plus élevés. Des facteurs socioculturels, politiques et géographiques empêchent les femmes de consulter. Un plan d'action national de sécurisation de l'approvisionnement en produits relatifs à la santé reproductive existe désormais, et le plan national de développement des ressources humaines pour la santé met l'accent sur l'Initiative « Maternité sans risques » pour la période 2008-2020. Une importante initiative de formation de sages-femmes diplômées a été lancée par le Ministère de la santé publique. Il s'agit notamment de renforcer les programmes de placement de sages-femmes diplômées dans les hôpitaux provinciaux, régionaux et nationaux ainsi que dans les hôpitaux spécialisés, et de mettre en place une formation de sages-femmes communautaires. Le nombre des sages-femmes en exercice a notablement augmenté dans les villes comme dans les campagnes, et le nombre d'accouchements surveillés par du personnel qualifié a également augmenté, ce qui témoigne du succès de ces programmes. Une nouvelle enquête démographie-santé va être publiée en 2011.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	29 117 ; 23
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	3 208 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	6 380 ; 22
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	6,6
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	47
Nombre de naissances par an (en milliers)	1 250
Pourcentage des naissances enregistrées	6
Nombre de décès maternels	18 000
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	53
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	29
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	–
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,7
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	3 983
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	41 ; 15
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	– ; –

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	1 400
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	14
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	19
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	151
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	16 ; –
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	–
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	201

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	2 331
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	254
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	–
Obstétriciens	Indisponible
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	Indisponible
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	39 ; 5
Durée de la formation, en mois	24
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	–
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	–
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	2 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	478 ; 320 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 11 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	17 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	27 ●

▶ ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	1 600
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Non

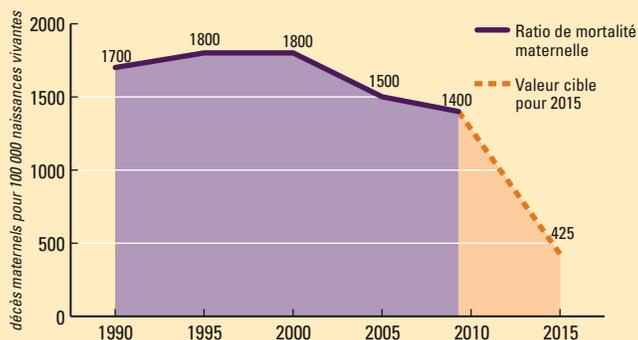
▶ POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	-
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	En partie

▶ SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	-
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	1 152
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	90
Établissements pour 1 000 naissances	-

Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



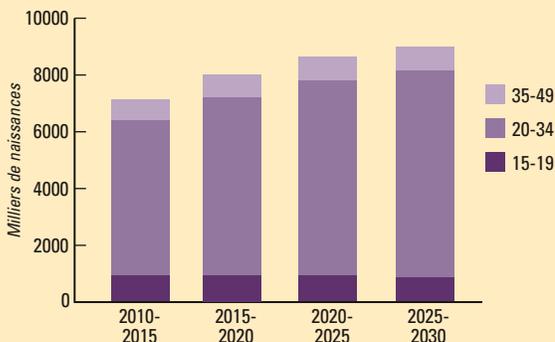
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Afrique du Sud

Comparée à la plupart des autres pays de la région, l'Afrique du Sud compte des indicateurs de santé publique plus favorables, même si la période de l'apartheid a laissé subsister certains problèmes. La moitié environ de la population vit dans la pauvreté. Les maladies infectieuses sont encore courantes et l'épidémie de VIH demeure la plus importante au monde. Le taux de fécondité générale est l'un des plus faibles de la région et l'utilisation de la contraception a considérablement augmenté. Mais la mortalité maternelle a presque doublé depuis 1990, en raison surtout de l'infection à VIH et du sida. Les Directives nationales pour la santé maternelle et les Directives de politique et de gestion pour la santé des jeunes mères définissent les soins à dispenser aux différents niveaux des structures de santé maternelle et comportent des critères précis pour l'aiguillage vers les services appropriés. Les infirmières peuvent devenir des sages-femmes après une spécialisation. La qualité des soins doit être améliorée, en particulier dans les zones reculées du pays où une aide supplémentaire est nécessaire pour éviter la déperdition des effectifs. L'expérience réussie des maternités, dans les provinces du sud du pays, montre que des solutions d'un coût modéré sont disponibles, car dans ces unités les sages-femmes peuvent pratiquer leur profession au mieux.

INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	50 492 ; 62
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	4 994 ; 10
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	13 623 ; 27
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	2,5
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	22
Nombre de naissances par an (en milliers)	1 090
Pourcentage des naissances enregistrées	78
Nombre de décès maternels	4 500
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	19
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	21
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	1 099 712
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	4,9
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	710
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	93 ; 97
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	90 ; 88

INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	410
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	91
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	60
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	54
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	92 ; 56
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	15
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	65

EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	36 892
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	Indisponible
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	13
Obstétriciens	1 057
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Oui

EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Non ; Oui ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	125 ; 8
Durée de la formation, en mois	12 à 48
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	–
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	–
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	2 667
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Oui
Le titre de sage-femme est protégé	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	- ○
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	452 ; 172 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 100 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	10 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	30 ●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	72 000
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Oui

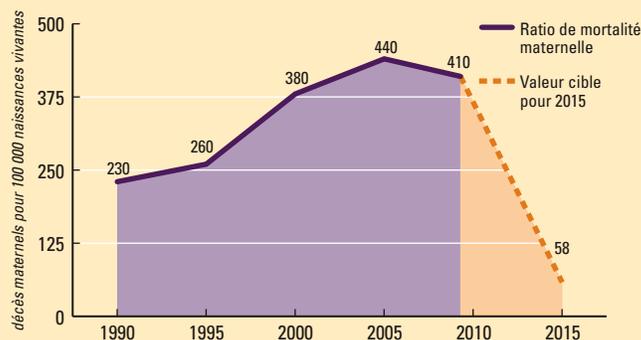
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Non
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Non
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

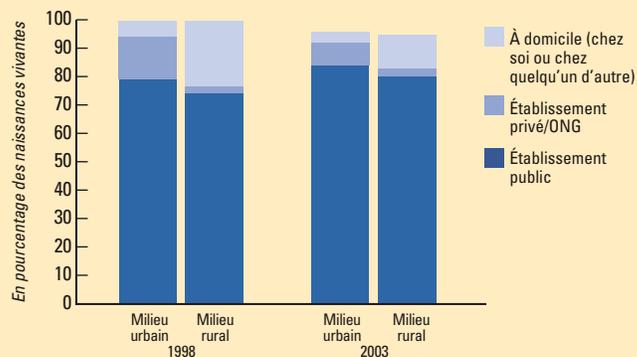
► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	Indisponible
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	430
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	229
Établissements pour 1 000 naissances	-

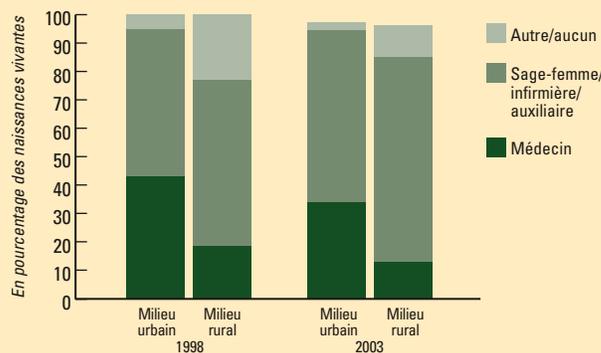
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



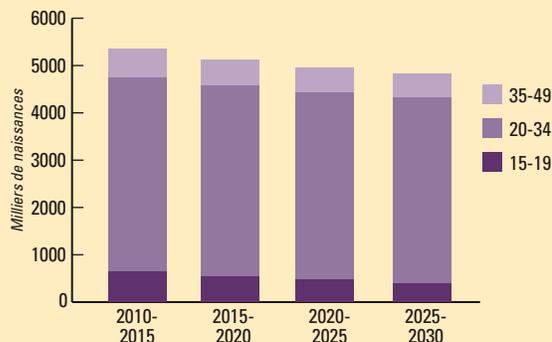
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Bangladesh

Le Bangladesh est, parmi les pays les moins avancés, celui qui a la densité de population la plus forte. Un tiers des habitants ont moins de 15 ans. Cependant les progrès dans le domaine de l'éducation des filles et la mise en place de services de planification familiale ont notablement amélioré la santé des femmes. Le taux de mortalité maternelle a été réduit de 61 % depuis 1990. Des facteurs culturels et socioéconomiques continuent à faire obstacle à l'accouchement dans des centres spécialisés, et à cela s'ajoute le problème de la qualité des soins, en particulier dans les zones rurales. Le Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté et le Programme du secteur de la santé, de la nutrition et de la population ont retenu en priorité les OMD 5 et 4. Malgré la mise en œuvre d'un dispositif de formation d'accoucheuses communautaires qualifiées, le rapport du nombre d'infirmières sages-femmes diplômées au nombre d'accouchements est l'un des plus bas au monde. Le gouvernement s'est engagé à augmenter la proportion d'accouchements dans des établissements de soins à 50 %, en lançant la formation d'un nouveau cadre de sages-femmes professionnelles diplômées. À cet effet, le Ministère de la santé a récemment approuvé un programme de formation directe de sages-femmes en trois ans. La priorité sera donnée aux candidates originaires des zones rurales.

INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	164 425 ; 28
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	16 733 ; 10
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	45 388 ; 28
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	2,3
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	21
Nombre de naissances par an (en milliers)	3 428
Pourcentage des naissances enregistrées	10
Nombre de décès maternels	12 000
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	30
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	37
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	91
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,6
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	9 360
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	43 ; 45
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	60 ; 50

INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	340
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	18
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	56
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	133
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	51 ; 21
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	17
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	55

EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	26 899
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	Indisponible
Obstétriciens	1 250
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	6 167
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjugulée; échelonnée)	Non ; Oui ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	74 ; 24
Durée de la formation, en mois	36
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	7 710
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

RÈGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Non
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Non
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	8
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	1 415 ; 1,005
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 110
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	21
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	57

ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	84
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Non ; Non

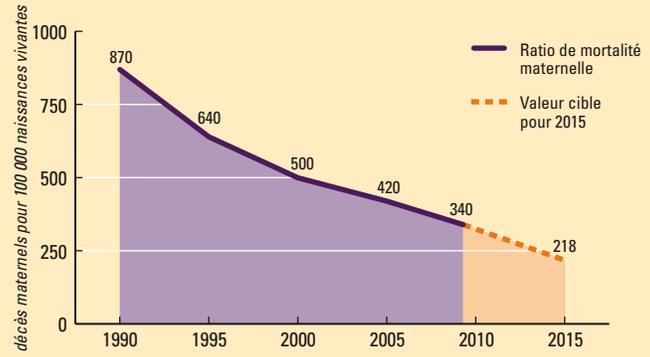
POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	-
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

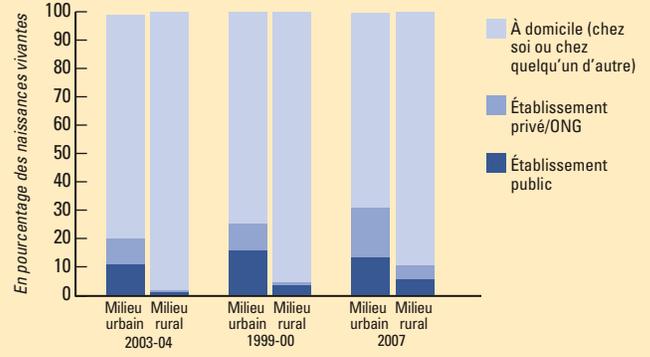
SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	4 276
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	419
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	132
Établissements pour 1 000 naissances	1

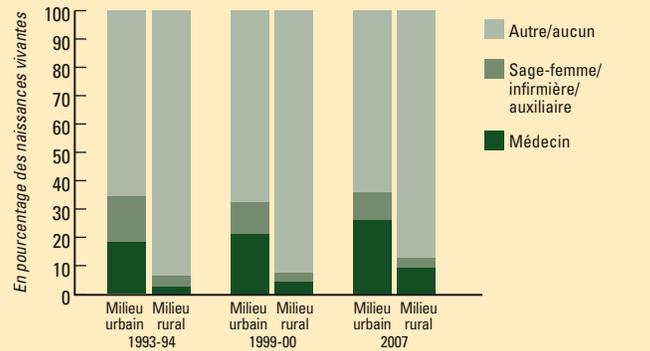
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



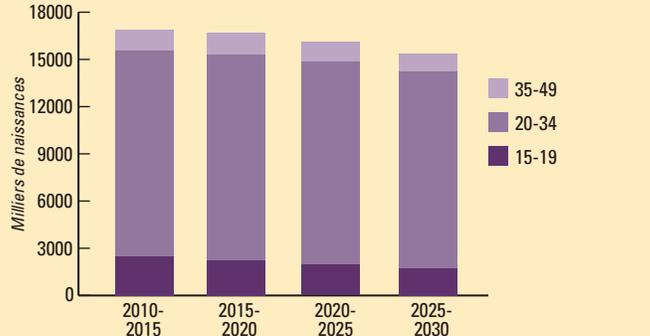
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Bénin

Avec des taux de fécondité élevés, et notamment de fécondité adolescente, la population du Bénin augmente rapidement. Une politique encourageant l'éducation des filles est mise en place. Le taux de mortalité maternelle a été réduit de 50 % depuis 1990 mais les normes appliquées aux services de soins de santé de la procréation sont insuffisantes et la couverture de ces soins demeure faible. Le Gouvernement béninois a lancé la nouvelle Stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale (2006-2015), qui privilégie la formation de soignantes. Les soins de santé maternelle sont gratuits (y compris pour les césariennes) et la capacité des accoucheuses et des infirmières de maternité de dispenser des interventions en santé de la sexualité et de la procréation (accouchements sûrs, hygiéniques, planification familiale et soins post-IVG) a été améliorée. Un programme de formation directe de sages-femmes en trois ans a récemment été réactivé. Des initiatives sont en cours pour améliorer la qualité de cet enseignement et les normes de compétence professionnelle. Il y a eu notamment une révision des programmes d'enseignement pour y inclure les compétences essentielles de la sage-femme définies par l'ICM, et cela contribue à l'amélioration de la qualité et du nombre des sages-femmes.

INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	9 212 ; 42
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	974 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	2 119 ; 23
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	5,4
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	39
Nombre de naissances par an (en milliers)	338
Pourcentage des naissances enregistrées	60
Nombre de décès maternels	1 400
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	32
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	24
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	171 532
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,8
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	390
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	46 ; 26
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	54 ; 28

INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	410
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	74
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	17
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	114
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	84 ; 61
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	30
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	121

EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	1 288
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	Indisponible
Obstétriciens	50
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	1 ; 0
Durée de la formation, en mois	36
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	40
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	113
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Oui
Le titre de sage-femme est protégé	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	4 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	161 ; 90 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 43 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	11 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	27 ●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	43
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Non

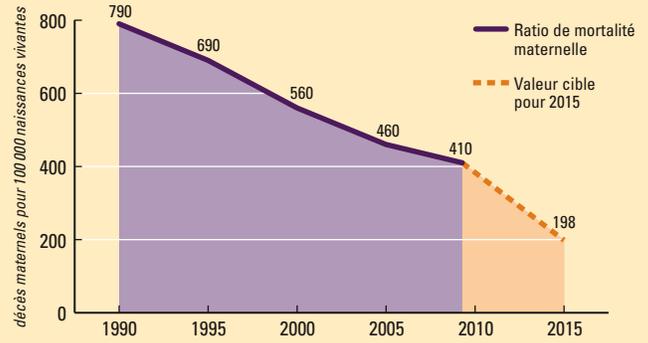
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Non
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	En partie

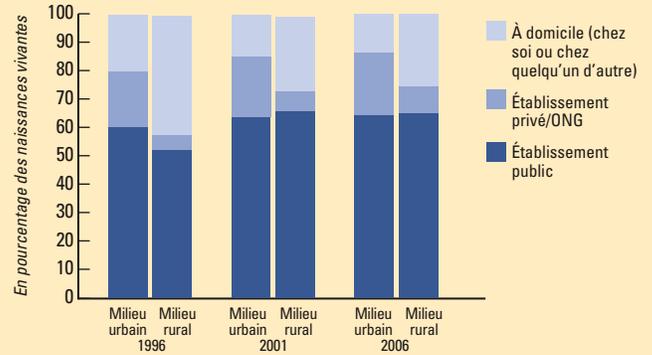
► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	444
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	7
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	22
Établissements pour 1 000 naissances	1

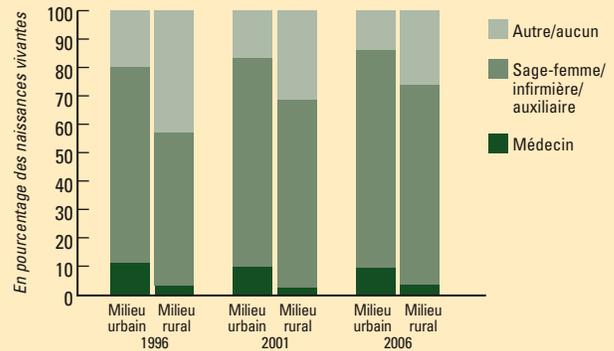
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



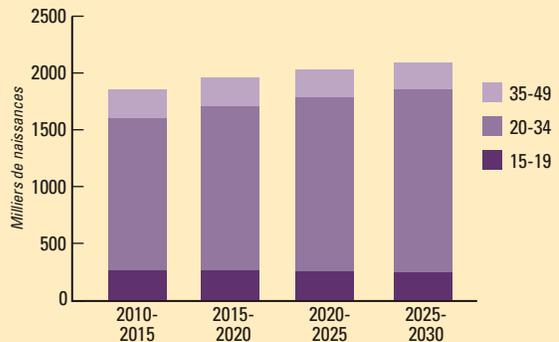
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Bhoutan

Depuis plusieurs décennies déjà le Bhoutan progresse dans le secteur de la santé publique. Le taux d'accroissement de la population est en baisse et une meilleure prévention du VIH a contribué à améliorer l'état de santé des Bhoutanais. Le taux de mortalité maternelle a été notablement réduit. Des mesures sont en place pour assurer la gratuité des soins de santé maternelle et former des soignants. Actuellement, la formation des sages-femmes est gratuite, dans le cadre d'un système de diplômes nationaux, et une fois diplômées elles se voient offrir un emploi. Le programme d'enseignement a récemment été mis à jour. Malgré une augmentation du nombre d'inscriptions à cette formation de sage-femme il n'y a dans le pays qu'un seul établissement d'enseignement moderne. L'absence, dans le pays, d'anesthésistes et d'obstétriciens capables de gérer les complications de l'accouchement diminue l'efficacité des structures sanitaires existantes. Les infirmières apprennent à faire des anesthésies et un système de rotation des tâches est encouragé qui permet aux sages-femmes qualifiées d'avoir assez de capacités et d'autonomie pour gérer les urgences, sans que l'on fasse appel à des médecins généralistes. On envisage de développer la télémédecine pour mieux servir les populations des zones reculées du pays.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	708 ; 35
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	78 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	184 ; 26
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	2,6
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	21
Nombre de naissances par an (en milliers)	15
Pourcentage des naissances enregistrées	–
Nombre de décès maternels	30
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	34
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	24
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	–
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	–
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,3
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	22
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	62 ; 61
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	65 ; 39

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	200
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	71
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	31
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	46
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	88 ; –
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	–
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	81

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	212
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	3
Obstétriciens	–
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Oui

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Oui ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	3 ; 0
Durée de la formation, en mois	9
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	400
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	15 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	7 ; 5 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 170 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	14 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	43 ●

► **ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES**

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	-
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	- ; -

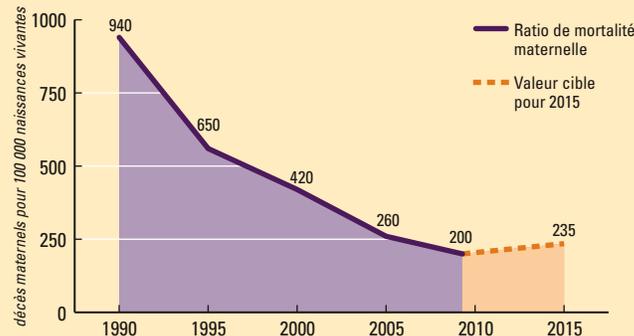
► **POLITIQUES**

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Non
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

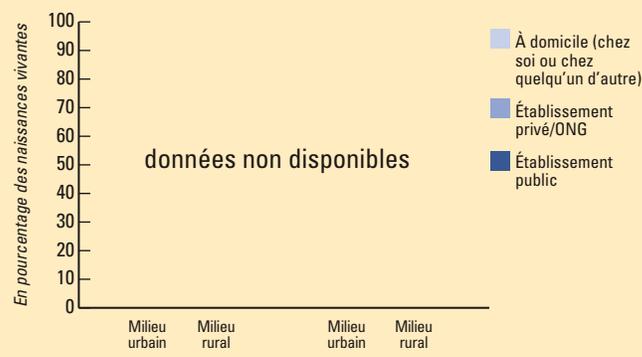
► **SERVICES**

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	218
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	35
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	7
Établissements pour 1 000 naissances	15

Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



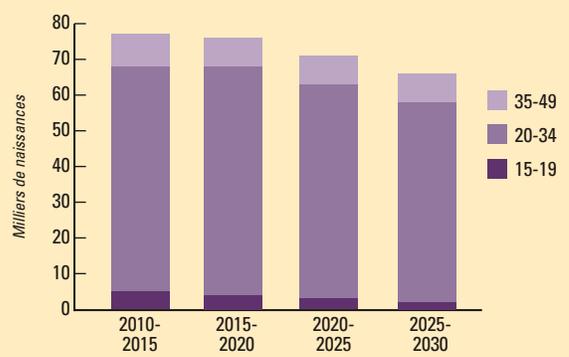
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Bolivie (État plurinational de)

L'un des pays les plus pauvres d'Amérique du Sud, la Bolivie connaît un fort exode rural et les femmes rurales et autochtones ont moins que celles des villes accès aux services de santé. Les soins sont gratuits pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Un programme de prestation conditionnelle en espèces sociales vise depuis 2008 à améliorer les soins prénatals et à réduire la malnutrition. Il y a une pénurie de soignants qualifiés en santé maternelle, en particulier dans les zones rurales et dans les populations autochtones. En 2008, une nouvelle initiative de développement des capacités et de formation d'infirmières ayant les compétences de sage-femme a été lancée dans cinq universités. Un nouveau personnel enseignant est en cours de formation, on encourage la formation d'élèves sages-femmes venant des zones rurales et la première promotion de celles-ci a été admise en 2010. La prochaine étape est d'intégrer au système national de santé publique la reconnaissance officielle de la nouvelle spécialité d'infirmières obstétricales. Il sera essentiel, pour permettre aux sages-femmes de fonctionner au mieux dans un environnement favorable, d'assurer une formation permanente et de garantir l'approvisionnement en produits et matériel de santé procréative.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	10 031 ; 67
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	1 077 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	2 529 ; 25
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	3,5
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	27
Nombre de naissances par an (en milliers)	263
Pourcentage des naissances enregistrées	74
Nombre de décès maternels	470
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	22
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	16
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	73 369
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	3,4
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	256
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	83 ; 81
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	96 ; 86

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	180
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	66
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	61
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	89
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	77 ; 58
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	20
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	54

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	2 995
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	7 172
Obstétriciens	1 270
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Non ; Oui ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	3 ; 0
Durée de la formation, en mois	60
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	56
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	250
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Non

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	11 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	115 ; 38 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 150 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	4 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	43 ●

▶ ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	–
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Non ; Oui

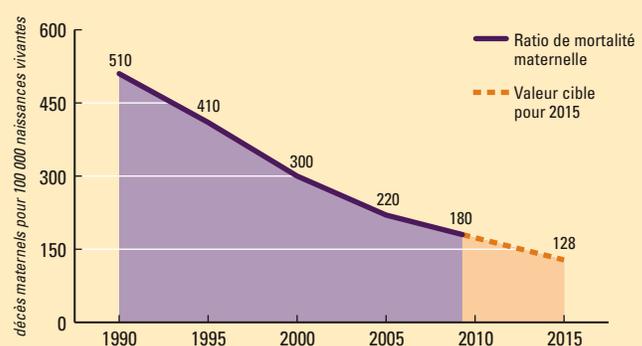
▶ POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Non
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

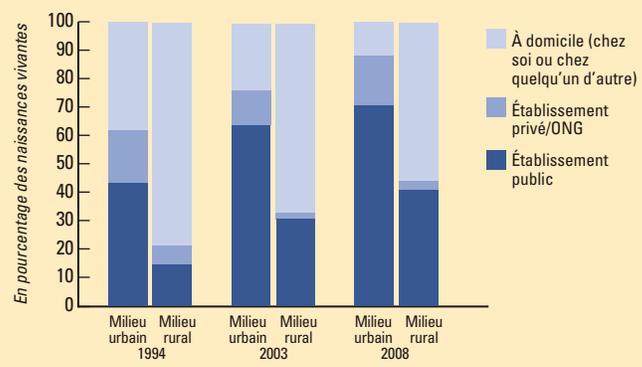
▶ SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	2 440
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	900
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	100
Établissements pour 1 000 naissances	9

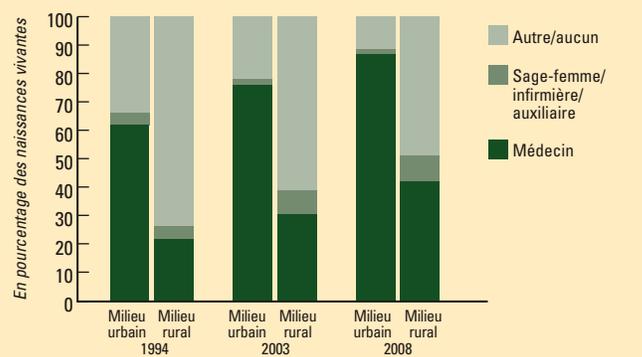
Tendances de la mortalité maternelle : 1990–2015



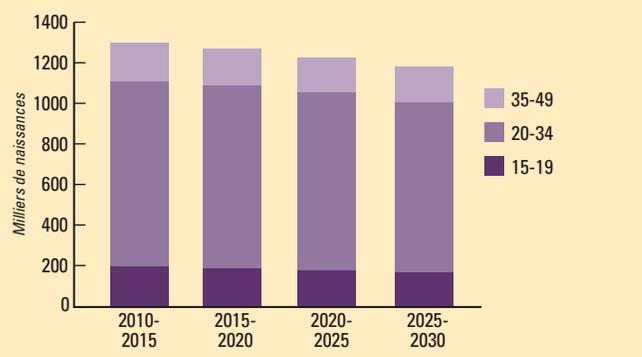
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe – indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Botswana

Le VIH serait à l'origine de près de 80 % des décès maternels et de la diminution de l'espérance de vie à la naissance au Botswana, et cela reste pour ce pays l'un des principaux problèmes de développement. Le taux de mortalité maternelle demeure élevé. Le gouvernement a institué un plan détaillé de santé de la sexualité et de la procréation. Les services de santé maternelle et de planification familiale sont gratuits. Un programme efficace de prévention de la transmission materno-fœtale du virus a été mis en place. Mais la plupart des centres de soins manquent de personnel ou de personnel suffisamment qualifié. Les effectifs de la profession de sage-femme sont menacés de diminution. La qualité de l'enseignement de la profession de sage-femme est également limitée par le manque de personnel enseignant clinique qualifié, et par la médiocrité de l'infrastructure et des systèmes éducatifs. Il faut faire un bilan du programme entrepris. Le diplôme de sage-femme est protégé par la loi et une base de données électroniques d'enregistrement des sages-femmes diplômées est en cours de création. La formation avant l'emploi et le renforcement de la capacité statistique sont des domaines qu'il faudrait encore mettre au point.

► INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	1 978 ; 61
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	217 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	528 ; 27
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	2,9
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	25
Nombre de naissances par an (en milliers)	47
Pourcentage des naissances enregistrées	58
Nombre de décès maternels	91
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	22
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	16
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	44 386
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	3,2
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	–
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	78 ; 82
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	83 ; 84

► INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	190
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	94
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	44
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	51
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	97 ; –
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	–
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	59

► EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	5 006
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	595
Obstétriciens	Indisponible
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	Indisponible
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

► EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Non ; Non ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	9 ; 0
Durée de la formation, en mois	18 à 36
Nombre d'admissions en première année	265
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	–
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	–
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	202
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

► RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Oui
Le titre de sage-femme est protégé	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

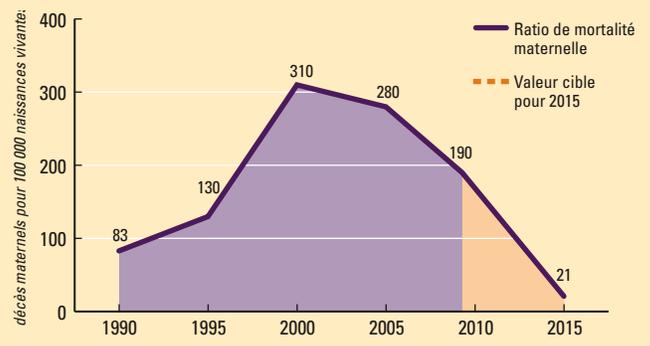
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	- ○
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	22 ; 9 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 180 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	7 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	38 ●

- **ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES**
- Il existe une association de sages-femmes **Oui**
 - Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association **-**
 - Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN **Non ; Oui**

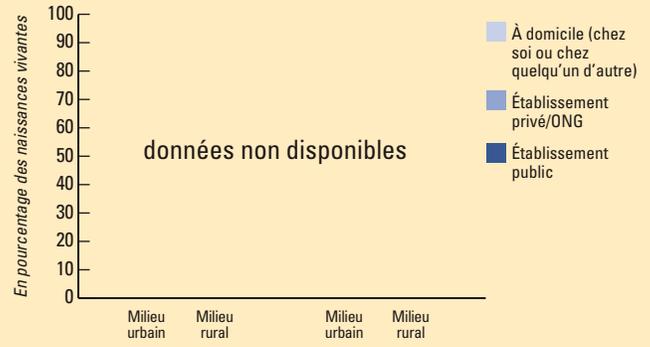
- **POLITIQUES**
- Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme **Oui**
 - Le coût du plan est établi **Oui**
 - Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme **Oui**
 - La notification des décès maternels est obligatoire **Oui**
 - Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels **Oui**
 - En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée **Oui**
 - Enregistrement obligatoire de toutes les naissances **Oui**
 - Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public) **Oui**

- **SERVICES**
- Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels **Indisponible**
 - Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) **Indisponible**
 - Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC) **Indisponible**
 - Établissements pour 1 000 naissances **-**

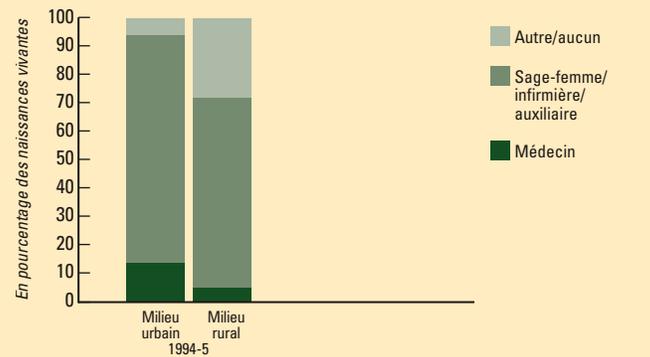
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



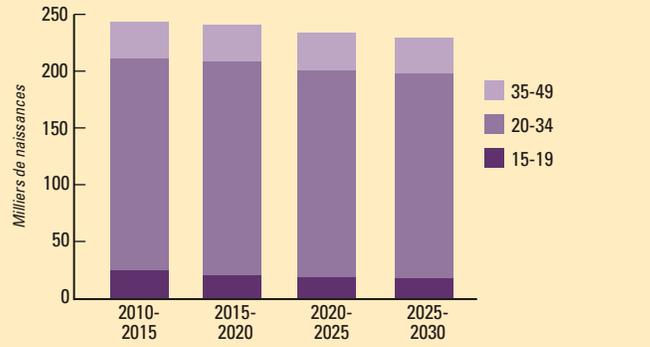
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Burkina Faso

La population du Burkina Faso est jeune (60 % ont moins de 20 ans). L'utilisation de la contraception est faible et le taux de fécondité demeure élevé. La scolarisation est très faible, surtout chez les filles. La prévalence du VIH semble baisser. Le taux de mortalité maternelle a été réduit mais demeure élevé. La feuille de route définie en 2006 pour la réduction de la mortalité maternelle prévoit des soins gratuits de santé maternelle, notamment pour l'accouchement et les soins obstétricaux d'urgence. La plupart de structures sanitaires manquent de personnel ou de personnel suffisamment qualifié. Un programme de formation directe de sages-femmes en trois ans a été mis en place en 2007. Une fois diplômées, les sages-femmes sont nommées dans le système de soins de santé publique, mais le déploiement dans les campagnes demeure problématique. Un modèle expérimental d'unités de maternité dirigées par une sage-femme a bien fonctionné et pourrait être reproduit dans les zones rurales. Une nouvelle conception de la formation et de la fidélisation des sages-femmes aurait tout à gagner à une attention plus grande portée à la vérification des compétences essentielles des sages-femmes diplômées et au repérage des candidates originaires des zones rurales.

► INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	16 287 ; 26
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	1 726 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	3 752 ; 23
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	5,9
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	47
Nombre de naissances par an (en milliers)	718
Pourcentage des naissances enregistrées	64
Nombre de décès maternels	4 000
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	37
Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances vivantes)	26
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	310 583
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,8
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	773
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	23 ; 17
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	37 ; 22

► INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	560
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	54
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	17
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	131
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	85 ; 18
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	29
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	169

► EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	3 648
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	2 649
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	572
Obstétriciens	51
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	Indisponible
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

► EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Oui ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	6 ; 2
Durée de la formation, en mois	36
Nombre d'admissions en première année	-
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	>100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	1 752
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	-
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

► RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Oui
Le titre de sage-femme est protégé	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	5 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	306 ; 227 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 28 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	12 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	22 ●

▶ ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	-
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Non

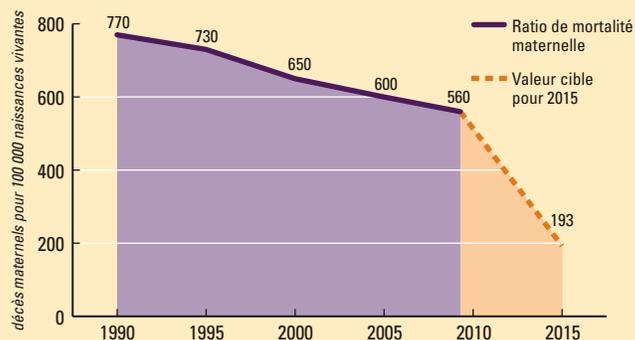
▶ POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	En partie

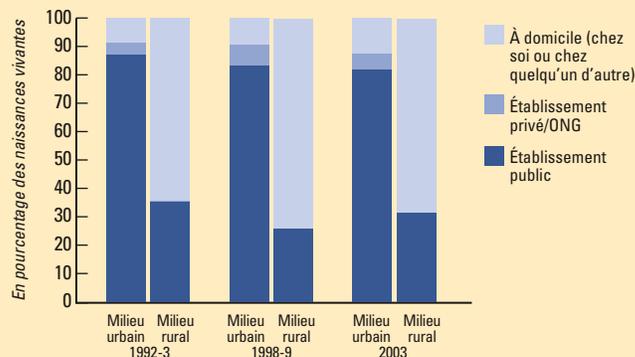
▶ SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	Indisponible
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	-
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	Indisponible
Établissements pour 1 000 naissances	-

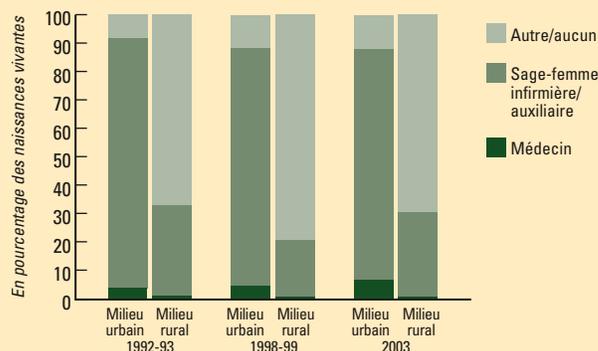
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



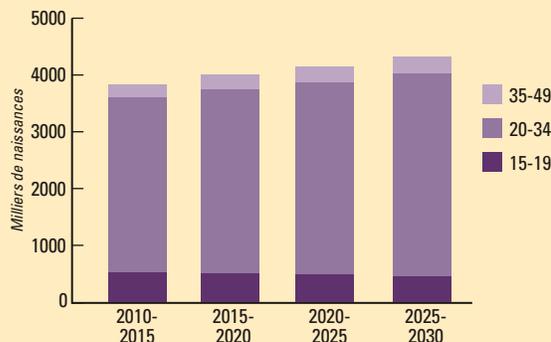
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Burundi

Après de nombreuses années de troubles graves, le Burundi compte une nombreuse population de personnes déplacées et de réfugiés. Plus des trois quarts des Burundais vivent dans la pauvreté. Le VIH continue à être une préoccupation prioritaire. L'utilisation de la contraception est faible et le taux de mortalité maternelle demeure très élevé. Une feuille de route définie en 2005 cherche à multiplier et rendre plus accessibles les soins de santé maternelle et augmenter la proportion d'accouchements qui sont surveillés. Une formation directe de quatre ans à la profession de sage-femme a été relancée en 2007, avec un programme mis à jour. Une affectation est assurée aux sages-femmes recevant leur diplôme. Mais le manque de personnel médical enseignant compromet la qualité du programme. Une association de sages-femmes a récemment été créée et travaille étroitement avec le Ministère de la santé. Le nombre de sages-femmes ayant reçu une formation augmente chaque année, mais il faut se préoccuper d'augmenter le nombre d'admissions en première année tout en améliorant la qualité de la formation. Les principaux domaines de préoccupation sont le déploiement des sages-femmes dans le système public de santé, leur formation permanente et leur maintien en exercice.

INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	8 519 ; 11
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	975 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	2 247 ; 26
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	4,6
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	34
Nombre de naissances par an (en milliers)	275
Pourcentage des naissances enregistrées	60
Nombre de décès maternels	2 700
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	43
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	28
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	113 053
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Non
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,2
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	994
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	21 ; 15
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	72 ; 60

INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	970
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	34
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	9
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	30
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	92 ; -
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	29
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	168

EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	1 159
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	-
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	48
Obstétriciens	8
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	-
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	1 ; 0
Durée de la formation, en mois	48
Nombre d'admissions en première année	-
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	-
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	78
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	-
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	4	●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	140 ; 124	●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 25	●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	13	●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	26	●

▶ ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	23
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Non ; Non

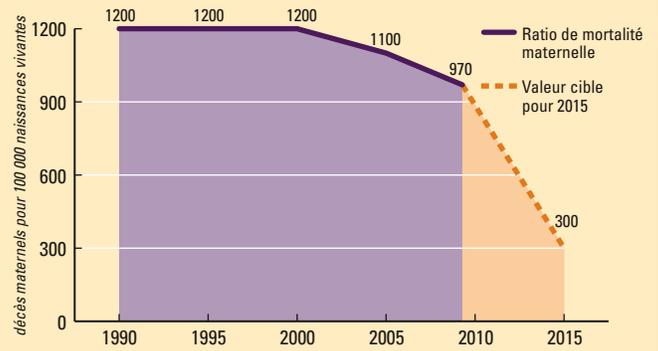
▶ POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	-
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Non
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

▶ SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	Indisponible
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	12
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	48
Établissements pour 1 000 naissances	-

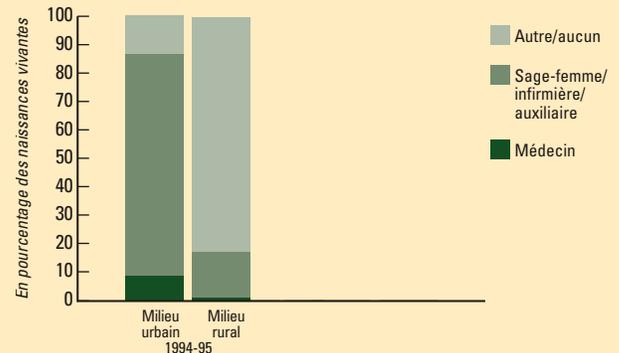
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



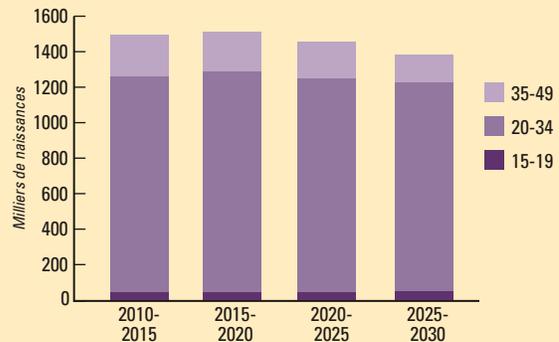
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Cambodge

Le Cambodge, dont 80 % de la population est rurale, a fait de remarquables progrès dans la réduction de la pauvreté et l'amélioration de la santé publique au cours des dernières décennies. Le taux de mortalité maternelle a diminué de 58 % depuis 1990 mais des facteurs socioculturels et économiques continuent à empêcher les femmes d'avoir l'accès voulu aux soins de santé. La gratuité au profit des populations pauvres est à l'essai et est progressivement étendue. Le Plan 2008 pour la santé publique accorde la priorité à la santé maternelle. Mais le pays manque cruellement de professionnels de la santé et ne forme pas assez de diplômés. Un conseil des sages-femmes a été créé en 2006. Une formation directe en trois ans a été instituée en 2008 et un programme de licence sur quatre ans est en cours de mise en place. Avec ces initiatives, plusieurs programmes de formation en cours d'emploi ont été appliqués. Pour remédier à l'actuel manque de sages-femmes il faudrait améliorer les compétences et le nombre d'enseignants en obstétrique et améliorer le matériel éducatif et l'équipement sanitaire.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	15 053 ; 20
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	1 846 ; 12
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	4 177 ; 28
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	2,9
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	25
Nombre de naissances par an (en milliers)	360
Pourcentage des naissances enregistrées	66
Nombre de décès maternels	1 100
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	30
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	19
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	153 884
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	1,0
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	736
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	44 ; 36
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	85 ; 71

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	290
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	44
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	40
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	52
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	69 ; 27
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	25
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	90

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	2 014
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	1 815
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	Indisponible
Obstétriciens	Indisponible
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	16 ; 5
Durée de la formation, en mois	36 à 48
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	–
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	–
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Non
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Non
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	6 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	160 ; 128 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 110 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	6 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	34 ●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	1 915
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Non

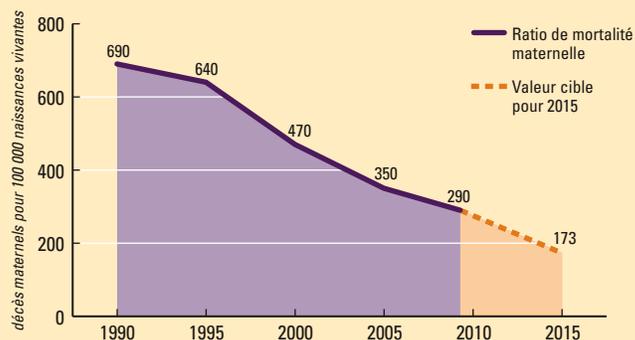
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Non

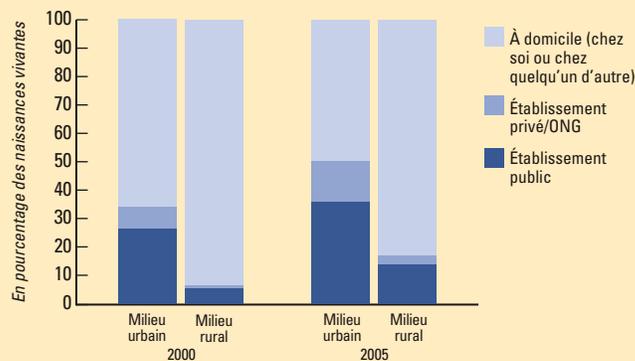
► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	1 087
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	19
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	25
Établissements pour 1 000 naissances	3

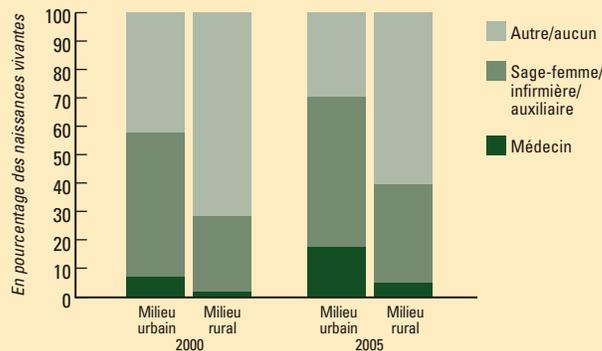
Tendances de la mortalité maternelle : 1990–2015



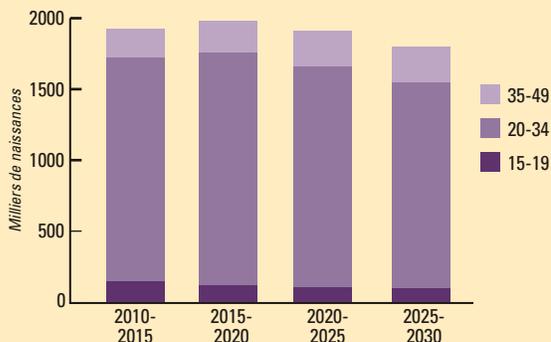
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe – indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Cameroun

Plus de la moitié de la population camerounaise est urbanisée et le pays compte un grand nombre de personnes déplacées. Le taux de mortalité maternelle demeure très élevé et n'a pas sensiblement diminué depuis 1990. Des mesures visant à réduire les obstacles financiers à la consultation en soins de santé maternelle commencent à être appliquées. Un plan est élaboré pour renforcer la formation et la gestion des ressources humaines – l'accent étant mis sur la formation de sages-femmes avec un ensemble de mesures incitatives pour les persuader d'exercer en milieu rural –, former des généralistes à l'ensemble des soins obstétricaux d'urgence et former des infirmières anesthésistes. La formation à la profession de sage-femme est actuellement accessible après l'obtention d'un diplôme d'infirmière et au moins deux ans d'expérience. L'évaluation du programme d'enseignement pour ce qui est des compétences essentielles de la profession de sage-femme selon l'ICM n'a pas encore été achevée. Le pays n'a pas de formation directe à la profession de sage-femme, mais envisage de réviser cette formation et d'augmenter les effectifs. À cette fin, une école de sages-femmes, attachée à la Faculté de médecine et de sciences biomédicales sera bientôt ouverte.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	19 958 ; 58
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	2 188 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	4 817 ; 24
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	4,6
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	37
Nombre de naissances par an (en milliers)	701
Pourcentage des naissances enregistrées	70
Nombre de décès maternels	4 200
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	37
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	26
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	291 473
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	1,8
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	639
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	41 ; 33
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	84 ; 68

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	600
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	63
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	29
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	141
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	82 ; 60
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	20
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	155

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	122
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	245
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	1 452
Obstétriciens	102
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjugulée; échelonnée)	Non ; Non ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	4 ; 2
Durée de la formation, en mois	24
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	65
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	73
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Oui
Le titre de sage-femme est protégé	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	0,2	●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	304 ; 131	●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 35	●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	12	●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	24	●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	–
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Non

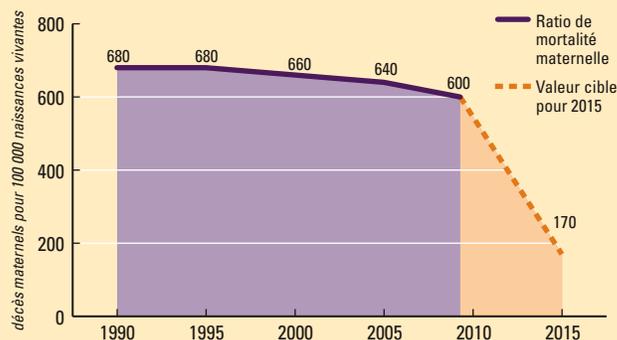
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Non
La notification des décès maternels est obligatoire	Non
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Non
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Non

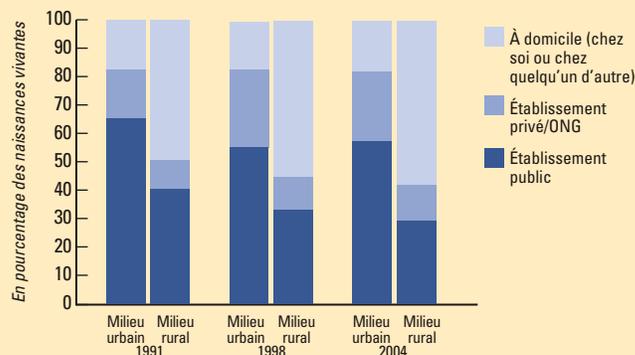
► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	Indisponible
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	Indisponible
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	Indisponible
Établissements pour 1 000 naissances	–

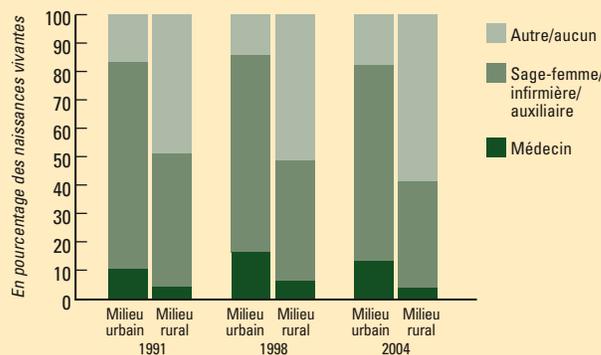
Tendances de la mortalité maternelle : 1990–2015



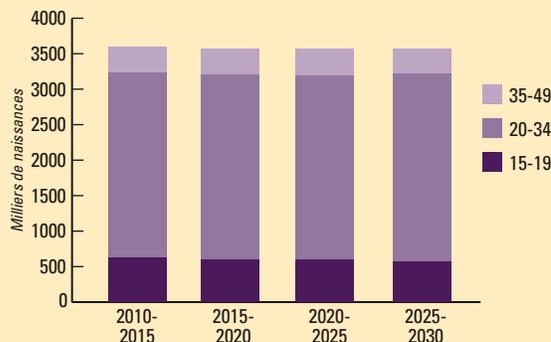
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe – indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Comores

L'Union des Comores comprend trois îles, dans l'océan Indien. Avec un âge moyen de 24 ans, leur population est relativement jeune et augmente rapidement. La mortalité maternelle a diminué de 36 % au cours des 20 dernières années, mais elle demeure élevée bien que les accouchements, dans une forte proportion, soient réalisés par des accoucheuses qualifiées. Deux hôpitaux offrent des soins obstétricaux d'urgence complets, mais en dehors de ceux-ci il n'y a pas de centres de soins offrant les soins obstétricaux d'urgence de base. Les nouvelles diplômées des écoles de sages-femmes devraient suffire pour compenser les sorties de la profession, la réduction naturelle des effectifs en raison des migrations peut être gérée et prise en compte. Deux associations de sages-femmes existent aux Comores, mais elles n'ont pas développé de réglementation et de règles pour les diplômés décernés. Il est à espérer que les améliorations des plans de carrière et de la fidélisation des sages-femmes, avec une augmentation des crédits de santé publique, accéléreront les progrès vers la réalisation des OMD relatifs à la santé.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	691 ; 28
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	68 ; 10
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	177 ; 26
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	4,0
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	32
Nombre de naissances par an (en milliers)	21
Pourcentage des naissances enregistrées	83
Nombre de décès maternels	72
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	36
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	27
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	1 034
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	–
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,9
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	29
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	52 ; 39
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	79 ; 68

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	340
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	62
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	26
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	95
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	75 ; 52
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	35
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	105

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	199
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	Indisponible
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	80
Obstétriciens	5
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Non ; Oui ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	1 ; 0
Durée de la formation, en mois	36
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	>100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	40
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	13
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Non
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Non
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	9	●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	9 ; 7	●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 71	●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	13	●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	35	●

▶ ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	–
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Non ; Non

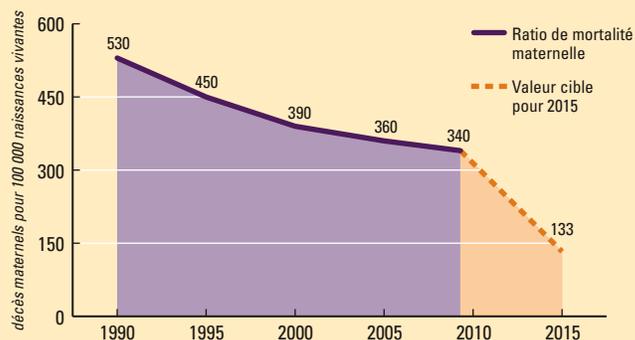
▶ POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Non

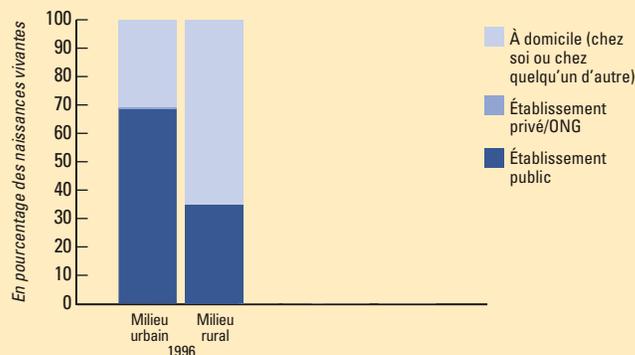
▶ SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	Indisponible
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	–
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	2
Établissements pour 1 000 naissances	–

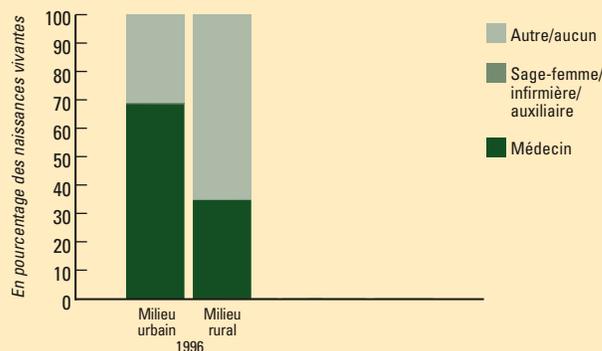
Tendances de la mortalité maternelle : 1990–2015



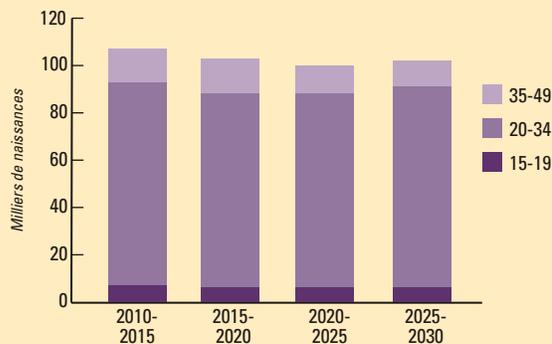
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe – indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Côte d'Ivoire

Après des années d'instabilité et de conflit armé les indicateurs et les structures sanitaires se sont dégradés en Côte d'Ivoire. La fécondité reste élevée et la contraception peu utilisée. Le taux de mortalité maternelle a légèrement diminué depuis 1990 mais reste élevé en partie en raison de la prévalence considérable du VIH. La gratuité progressive des soins de santé maternelle a eu pour effet d'en augmenter la demande et cela se traduit par une pression grandissante sur le système de soins, qui demeure fragile. Le plan de formation de ressources humaines a chiffré le nombre de spécialistes de santé maternelle à former et a défini les attributions des différentes catégories de soignants. Un programme de formation directe des sages-femmes en trois ans est en place depuis 2007 et le programme d'enseignement inclut les compétences définies par la Confédération internationale des sages-femmes (ICM). Dans l'ensemble, cette formation n'est pas assez réglementée et n'organise pas les carrières. L'affectation en milieu rural des sages-femmes diplômées fait problème. Parmi les principales mesures à prendre pour améliorer cette formation figurent le recrutement et l'amélioration des conditions de travail du personnel médical enseignant ainsi que la réduction du nombre d'élèves dans chaque programme.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	21 571 ; 51
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	2 307 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	5 055 ; 23
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	4.6
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	35
Nombre de naissances par an (en milliers)	717
Pourcentage des naissances enregistrées	55
Nombre de décès maternels	3 400
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	39
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	32
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	342 698
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,6
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	667
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	34 ; 19
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	64 ; 44

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	470
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	57
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	13
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	111
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	85 ; 45
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	28
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	121

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	2 553
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	2 113
Obstétriciens	103
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	Indisponible
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	4 ; 0
Durée de la formation, en mois	36
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	–
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	1 378
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	329
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	4
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	335 ; 164
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 44
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	15
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	33

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	4 600
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Non ; Non

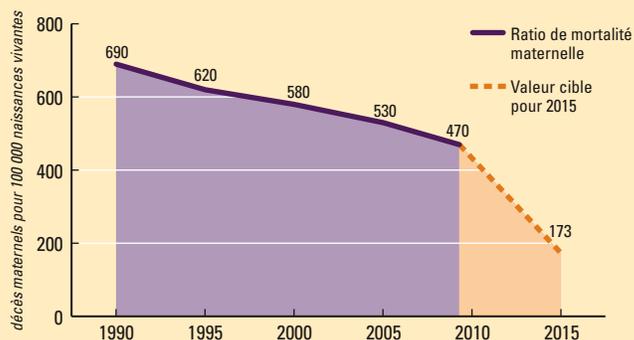
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Non
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

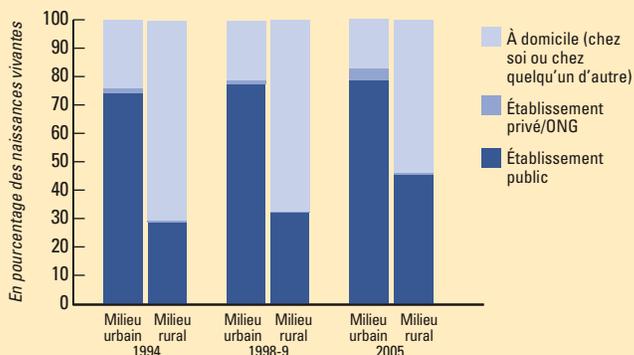
► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	2 572
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	1 230
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	56
Établissements pour 1 000 naissances	4

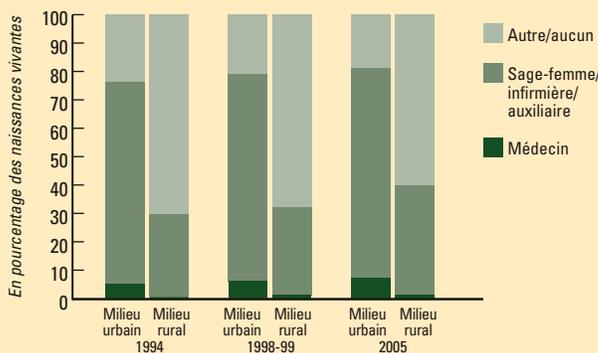
Tendances de la mortalité maternelle : 1990–2015



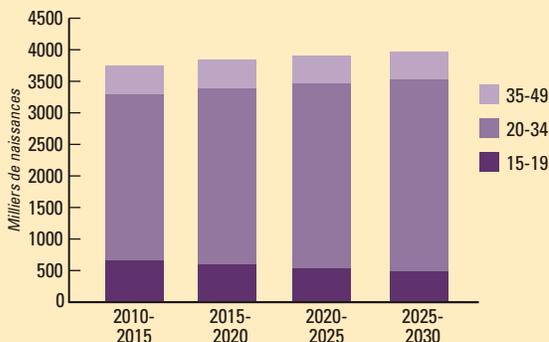
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Djibouti

Dans ce petit pays d'une grande diversité culturelle la majorité de la population vit dans les villes. Djibouti se heurte aux problèmes de la pauvreté et de la forte fécondité, de la faible utilisation des services de soins de santé procréative et d'une prévalence appréciable du VIH. La mortalité maternelle a légèrement diminué mais demeure élevée, les mutilations génitales féminines et l'excision contribuent à des taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles. Depuis 2006, les soins de santé à la mère, au nouveau-né et à l'enfant en bas âge sont gratuits. L'absence d'un système informatique normalisé fait qu'on ne peut formuler de projections précises des besoins de personnel soignant. L'équipement médical et les ressources humaines sont inégalement répartis, en particulier dans l'intérieur du pays. Un programme de formation directe des sages-femmes en trois ans est en place; il est rattaché à l'Institut supérieur des sciences de la santé. Le programme d'enseignement inclut les compétences de sage-femme définies par l'ICM. Après plusieurs années d'expérience, des possibilités de carrière s'offrent aux sages-femmes. Un internat de six mois est actuellement exigé pour l'obtention du diplôme de sage-femme avant la prise de fonctions. Une association de sages-femmes est actuellement en cours de création.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	879 ; 76
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	100 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	232 ; 26
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	3,9
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	28
Nombre de naissances par an (en milliers)	24
Pourcentage des naissances enregistrées	89
Nombre de décès maternels	73
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	35
Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances vivantes)	34
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	9 371
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	1,0
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	23
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	35 ; 24
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	- ; -

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	300
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	61
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	18
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	27
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	92 ; 7
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	-
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	95

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	137
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	-
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	Indisponible
Obstétriciens	1
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	-
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	1 ; 0
Durée de la formation, en mois	36
Nombre d'admissions en première année	40
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	63
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	-
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	-
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Non
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Non
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	6 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	14 ; 3 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 93 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	16 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	37 ●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Non
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	-
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	- ; -

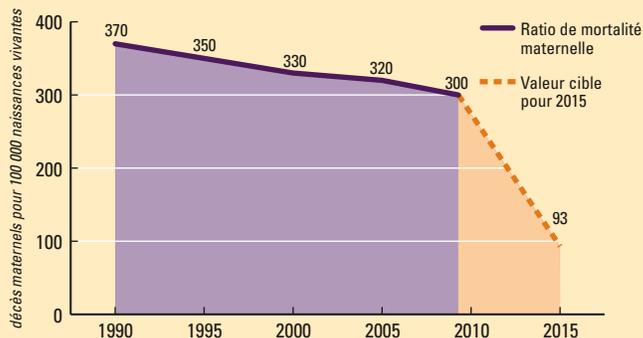
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	-
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Non
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	En partie

► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	21
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	7
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	2
Établissements pour 1 000 naissances	1

Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



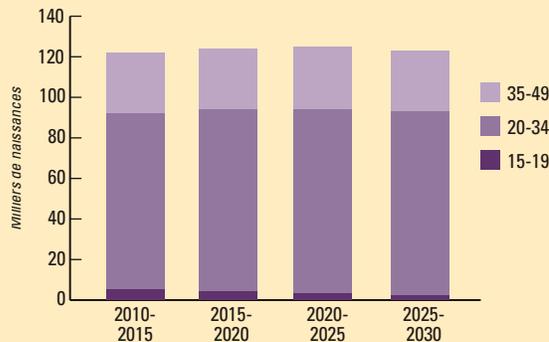
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Éthiopie

Plus de 80 % des Éthiopiens vivent dans les zones rurales. La proportion de besoins de contraception non satisfaits est la plus élevée en Afrique. Six pour cent seulement des accouchements sont surveillés par un soignant qualifié. La mortalité maternelle diminue régulièrement depuis 1990 mais demeure élevée. Il y a un manque aigu d'établissements de soins pleinement fonctionnels, en particulier dans les zones rurales et les zones isolées. La Stratégie nationale de 2006 pour la santé procréative prévoit des soins de santé maternelle et cherche en priorité à réduire la pénurie aiguë de sages-femmes. Vingt-cinq établissements d'enseignement proposent une formation directe des sages-femmes. Il existe également une formation accélérée et une formation obstétricale complémentaire pour les infirmières. Des plans visant à développer l'enseignement de la pratique de sage-femme sont en cours. Les diplômées sont assurées de trouver un emploi, et peuvent choisir d'être placées dans leur propre village. Pour augmenter les effectifs de sages-femmes et faire en sorte qu'elles soient plus motivées, il est indispensable d'améliorer l'infrastructure du système sanitaire.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	84 976 ; 17
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	9 604 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	19 955 ; 23
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	5,3
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	38
Nombre de naissances par an (en milliers)	3 078
Pourcentage des naissances enregistrées	7
Nombre de décès maternels	14 000
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	35
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	26
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	488 554
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,3
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	8 760
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	39 ; 28
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	50 ; 23

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	470
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	6
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	15
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	109
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	28 ; 12
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	34
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	109

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	1 379
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	1 151
Obstétriciens	192
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	31 831
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	25 ; 2
Durée de la formation, en mois	36 à 48
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	98
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	3 000
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	777
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	0,4 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	1 397 ; 1 146 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 40 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	12 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	34 ●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	-
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Oui

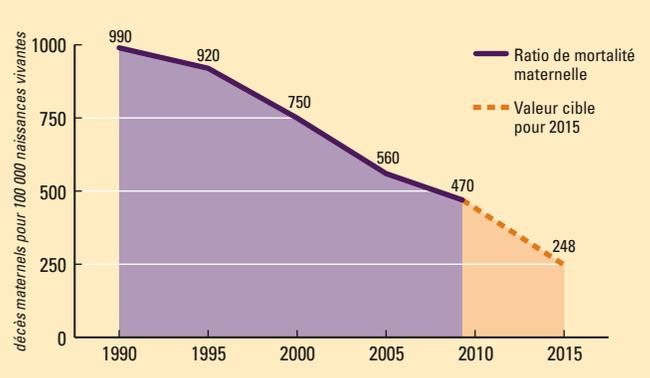
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Non
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Non
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Non
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Non
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	En partie

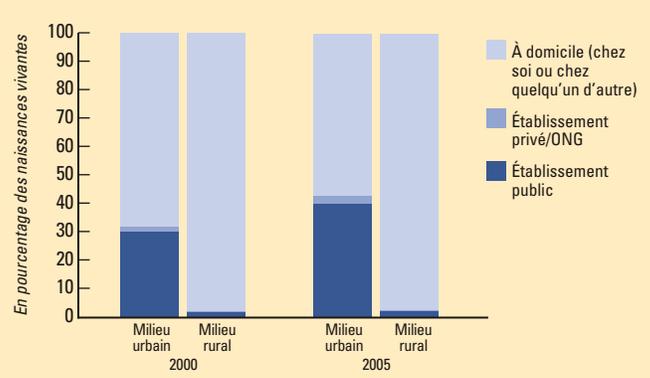
► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	797
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	25
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	58
Établissements pour 1 000 naissances	0

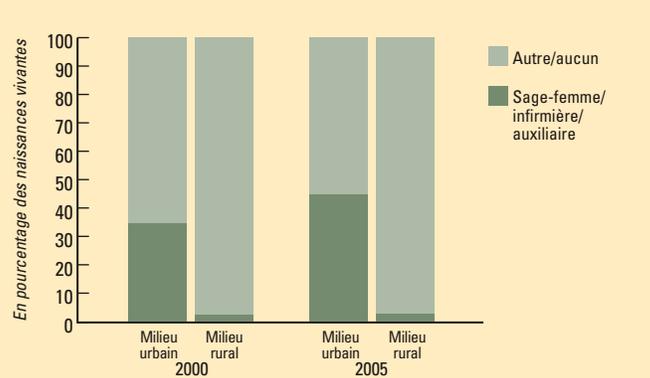
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



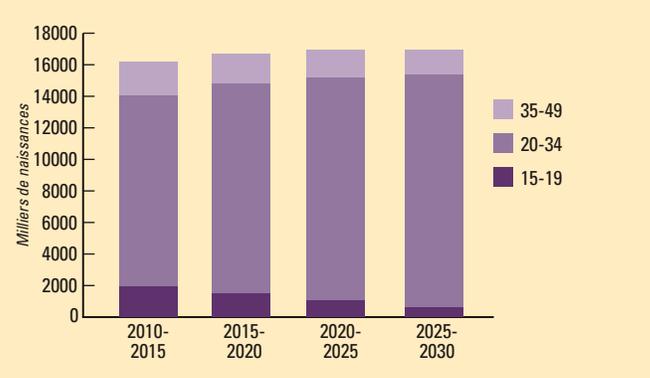
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Gabon

En dépit de l'abondance de ressources naturelles, le Gabon connaît encore un taux élevé de pauvreté, malgré une population peu nombreuse et surtout urbaine. La fécondité a notablement diminué ces dix dernières années. La prévalence du VIH et du sida parmi les adultes est proche de 6 %. Les jeunes femmes sont particulièrement touchées, puisqu'on estime à 26 % le taux de décès maternels dus au sida. La mortalité maternelle n'a pas diminué depuis 1990. Une feuille de route pour réduire la mortalité maternelle et néonatale a été définie mais son application est contrariée par l'insuffisance et la qualité parfois médiocre des soins. La formation des sages-femmes est en déclin : il y a une pénurie de personnel enseignant dans cette discipline et les élèves sages-femmes ne peuvent donc pas être suivies comme il faudrait. Le programme d'enseignement dans la formation directe des sages-femmes n'inclut pas toutes les compétences essentielles de la pratique de sage-femme telles que les recommande l'ICM. Il y a une forte déperdition du personnel de sages-femmes en exercice. L'Association des sages-femmes milite pourtant activement.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	1 501 ; 86
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	171 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	387 ; 26
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	3,3
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	27
Nombre de naissances par an (en milliers)	39
Pourcentage des naissances enregistrées	89
Nombre de décès maternels	100
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	25
Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances vivantes)	17
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	9 321
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	5,3
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	26
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	- ; -
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	91 ; 83

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	260
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	86
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	33
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	144
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	94 ; 63
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	28
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	71

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	460
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	276
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	174
Obstétriciens	21
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	Indisponible
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjugulée; échelonnée)	Oui ; Non ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	1 ; 0
Durée de la formation, en mois	36
Nombre d'admissions en première année	-
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	91
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	68
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	16
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	12 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	18 ; 4 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 110 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	8 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	36 ●

▶ ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	284
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Non

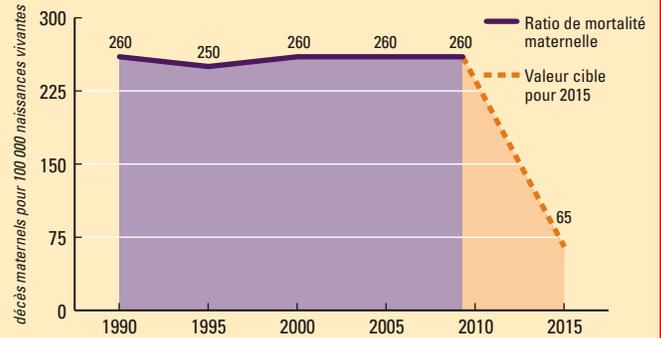
▶ POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Non
Le coût du plan est établi	-
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Non
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	En partie

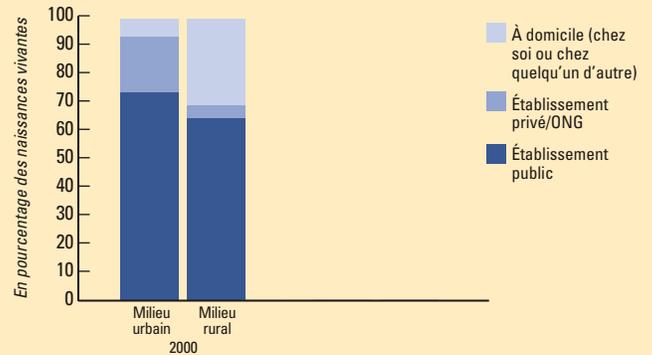
▶ SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	102
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	44
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	14
Établissements pour 1 000 naissances	3

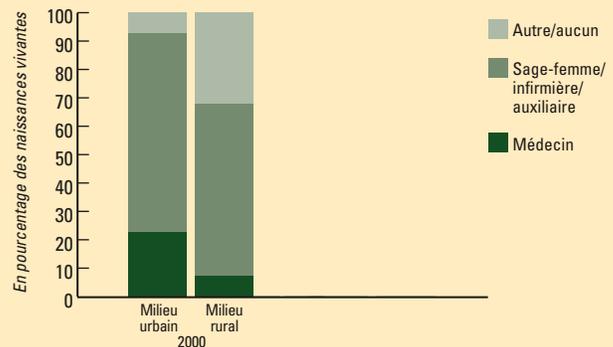
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



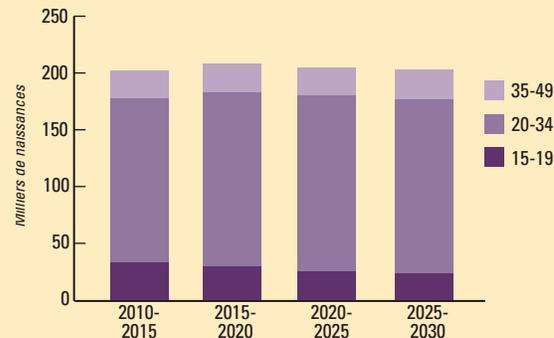
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Gambie

Plus de 60 % des Gambiens vivent dans la pauvreté. La population, qui augmente rapidement, est surtout urbaine et jeune mais n'utilise que très peu les méthodes contraceptives modernes. Le taux de mortalité maternelle diminue régulièrement depuis 1990 mais demeure élevé. La politique nationale de la santé publique prévoit la gratuité des soins de santé maternelle et néonatale et il existe une stratégie de développement des soins obstétricaux d'urgence. Le gouvernement a introduit un ensemble de mesures pour surveiller la performance du secteur de la santé publique et travaille avec les associations professionnelles pour améliorer les conditions de travail. Il existe une pénurie de sages-femmes et la capacité de formation avant l'emploi demeure faible. Malgré le nombre insuffisant d'enseignants et la précarité de l'infrastructure éducative, on s'efforce en Gambie d'accélérer la formation de sages-femmes ayant les compétences voulues. Un dispositif d'incitation est offert aux sages-femmes (et à d'autres professionnels) pour les persuader de rester dans les zones reculées. L'investissement et la création de capacités à tous les niveaux du système de santé publique devraient contribuer à une amélioration des soins dispensés par les sages-femmes.

INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	1 751 ; 58
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	183 ; 10
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	419 ; 24
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	5,1
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	37
Nombre de naissances par an (en milliers)	61
Pourcentage des naissances enregistrées	55
Nombre de décès maternels	250
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	32
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	26
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	31 071
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,6
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	54
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	52 ; 49
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	57 ; 34

INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	400
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	57
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	18
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	104
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	98 ; -
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	-
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	106

EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	274
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	-
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	-
Obstétriciens	-
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	1 092
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Oui

EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Oui ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	9 ; 0
Durée de la formation, en mois	18
Nombre d'admissions en première année	-
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	-
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	-
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	-
Le titre de sage-femme est protégé	-
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	5 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	28 ; 13 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 49 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	12 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	31 ●

▶ ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	300
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Oui

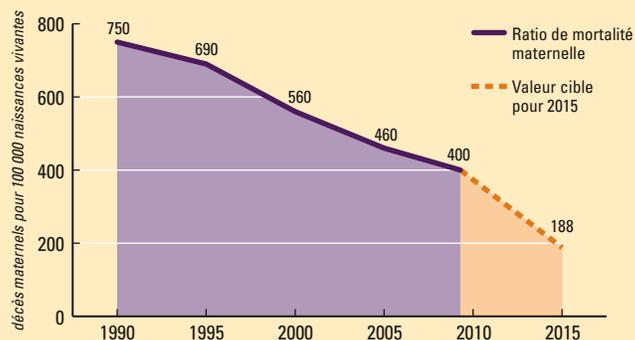
▶ POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Non
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Non
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

▶ SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	53
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	41
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	7
Établissements pour 1 000 naissances	1

Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



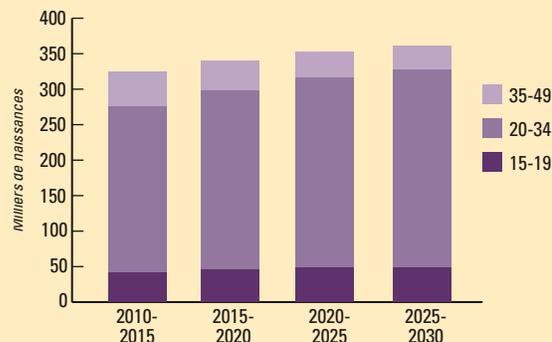
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Ghana

La population du Ghana augmente rapidement et la moitié est urbanisée. Le Gouvernement ghanéen a adopté une conception multisectorielle de la lutte contre l'épidémie d'infection par le VIH. Les autorités prêtent spécialement attention à la santé procréative de la jeunesse et l'âge légal du mariage a été porté à 18 ans. Le taux de mortalité maternelle a été réduit de 44 % depuis 1990 mais demeure élevé. Le système national d'assurance maladie couvre les soins prénatals et l'accouchement mais il existe encore des lacunes dans la couverture des soins en raison en grande partie de la pénurie de sages-femmes. Les politiques de formation prévoient une augmentation de leur nombre. Une formation directe des sages-femmes, jusqu'à la licence, contribuera à cette amélioration prioritaire, et la première promotion d'élèves sages-femmes sera admise en 2011. La priorité est de recruter et de fidéliser des sages-femmes dans les postes ruraux et dans les provinces éloignées du nord du pays; il faut pour cela améliorer le statut professionnel et les conditions de travail des sages-femmes, et mettre au point un système normalisé de remboursement des soins.

► INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	24 333 ; 52
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	2 605 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	6 057 ; 25
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	4,0
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	32
Nombre de naissances par an (en milliers)	752
Pourcentage des naissances enregistrées	51
Nombre de décès maternels	2 600
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	26
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	22
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	388 254
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	1,1
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	810
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	58 ; 52
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	72 ; 59

► INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	350
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	57
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	24
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	70
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	90 ; 78
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	35
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	72

► EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	3 780
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	2 173
Obstétriciens	64
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Oui

► EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	16 ; 0
Durée de la formation, en mois	24 à 36
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	–
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	–
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

► RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Oui
Le titre de sage-femme est protégé	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	5	●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	306 ; 150	●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 66	●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	10	●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	39	●

ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	800
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Oui

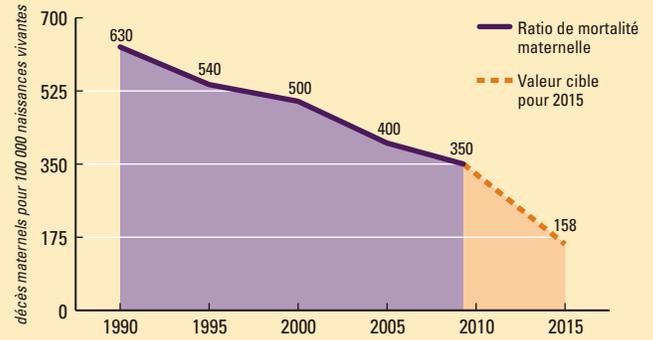
POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	–
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	–
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	–
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

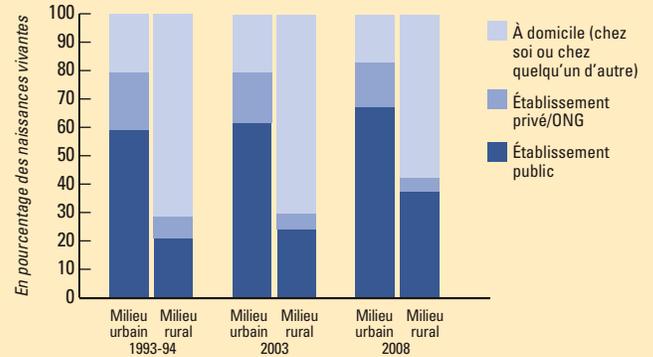
SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	Indisponible
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	–
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	–
Établissements pour 1 000 naissances	–

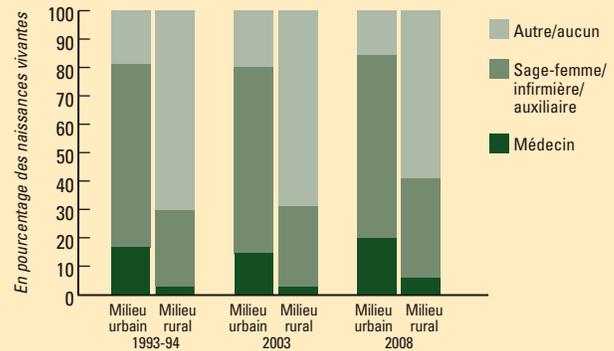
Tendances de la mortalité maternelle : 1990–2015



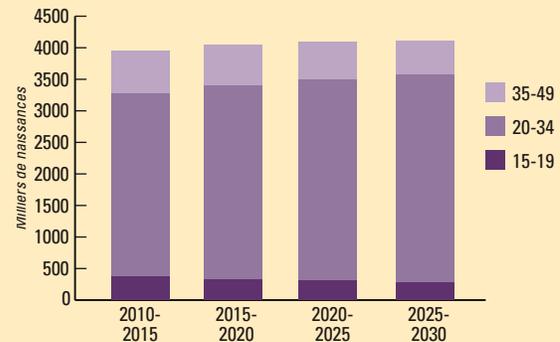
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe – indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Guinée

Plus de 70 % de la population guinéenne vit dans les campagnes et dans la pauvreté. Les troubles politiques, l'insécurité, la forte prévalence de l'infection par le VIH ont contrecarré les efforts déployés pour améliorer l'état de santé général de la population et certains indicateurs sanitaires ont régressé. En 2008, le taux de mortalité maternelle avait été réduit de 43 % par rapport à 1990 mais il demeure très élevé. La politique nationale de la santé publique prévoit des soins de santé maternelle, mais les ressources humaines pour appliquer cette politique sont insuffisantes. Une politique d'assurance maladie est en cours d'application pour couvrir la grossesse et l'accouchement, et les césariennes sont gratuites. Actuellement, il existe uniquement une école privée qui dispense une formation directe de sage-femme en trois ans. Étant donné les conditions de vie difficiles dans les campagnes, la moitié des effectifs de sages-femmes est concentrée dans la capitale, et il n'y a pas d'incitation à pourvoir les postes en milieu rural. Les autorités se sont engagées à développer un système de rotation du personnel sanitaire et à renforcer la formation des sages-femmes avant l'emploi et pendant l'emploi.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	10 324 ; 35
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	1 100 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	2 373 ; 23
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	5,4
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	40
Nombre de naissances par an (en milliers)	390
Pourcentage des naissances enregistrées	43
Nombre de décès maternels	2 700
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	40
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	24
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	39 893
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,1
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	474
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	45 ; 26
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	50 ; 26

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	680
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	46
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	9
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	153
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	88 ; 50
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	21
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	146

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	401
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	2 885
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	–
Obstétriciens	–
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	1 009
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Oui ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	4 ; 2
Durée de la formation, en mois	36
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	–
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	–
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	1
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	182 ; 109
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 26
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	11
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	29

▶ ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	50
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Non

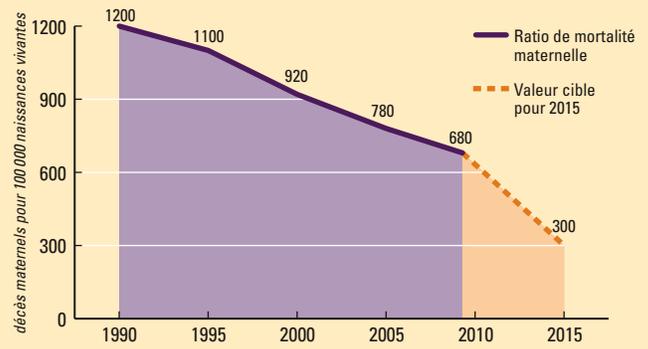
▶ POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	En partie

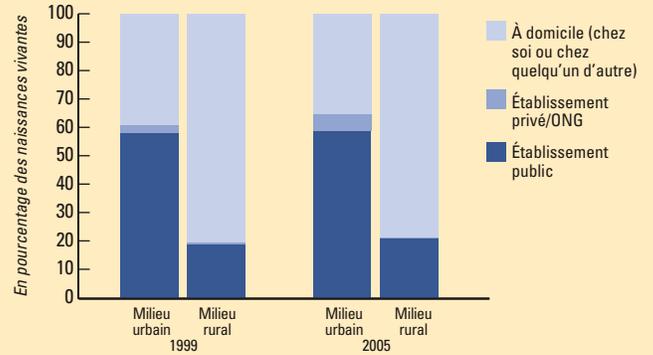
▶ SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	485
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	50
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	35
Établissements pour 1 000 naissances	1

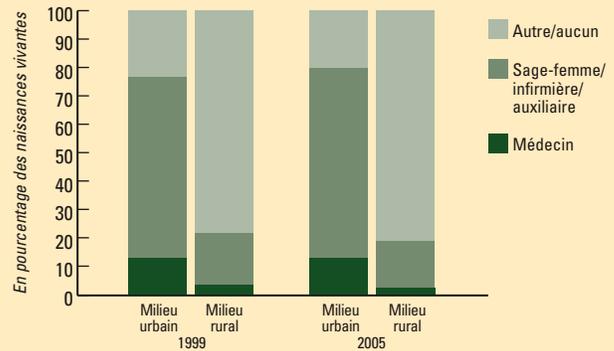
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



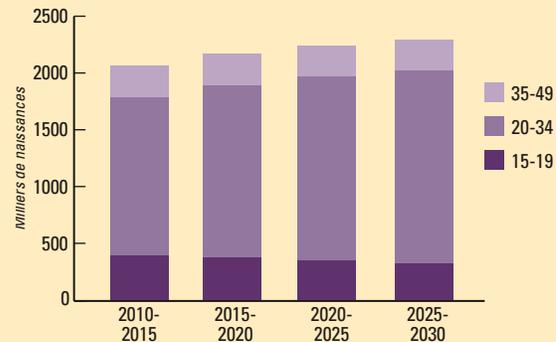
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Guinée-Bissau

La médiocrité de l'équipement sanitaire et des soins, dans ce pays ravagé par la guerre civile, explique la régression de l'état de santé général de la population. La capacité actuelle du système de soins est très faible. La mortalité maternelle a légèrement diminué depuis 1990 mais demeure extrêmement élevée. Les soins obstétricaux d'urgence ne sont dispensés que dans la capitale. Une politique et un programme nationaux de santé de la procréation ont récemment été mis au point, et des normes de qualité des soins ont été définies. Une feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale a été définie et cherche à améliorer l'accès à un ensemble de soins, en particulier dans les groupes à faible revenu et parmi les habitants des zones reculées. Le plan national de 2005 pour le développement des ressources humaines reconnaît les problèmes de la déperdition trop rapide de la main-d'œuvre soignante et le manque de sages-femmes qualifiées, d'infirmières et d'obstétriciens compétents. Deux établissements publics d'enseignement assurent la formation des sages-femmes, dispensée aux infirmières. Pour élargir l'accès aux soins obstétricaux de qualité, il faudra améliorer l'infrastructure et l'équipement et augmenter le nombre des sages-femmes.

► INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	1 647 ; 30
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	166 ; 10
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	380 ; 23
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	5.7
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	41
Nombre de naissances par an (en milliers)	65
Pourcentage des naissances enregistrées	39
Nombre de décès maternels	650
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	46
Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances vivantes)	30
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	13 864
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Non
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,6
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	195
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	- ; -
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	66 ; 37

► INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	1 000
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	39
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	10
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	170
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	78 ; -
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	-
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	195

► EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	163
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	24
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	17
Obstétriciens	2
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	915
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

► EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Non ; Oui ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	- ; 0
Durée de la formation, en mois	36
Nombre d'admissions en première année	-
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	-
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	-
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	-
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

► RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Oui
Le titre de sage-femme est protégé	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	3 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	28 ; 20 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 18 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	14 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	24 ●

▶ ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	258
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Non ; -

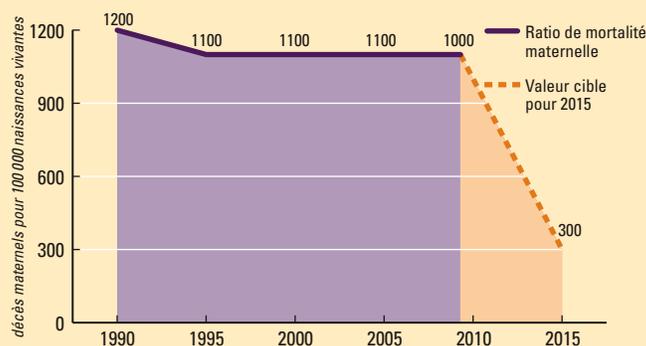
▶ POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Non
Le coût du plan est établi	Non
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Non
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	-
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	-
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	-

▶ SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	Indisponible
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	95
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	6
Établissements pour 1 000 naissances	-

Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



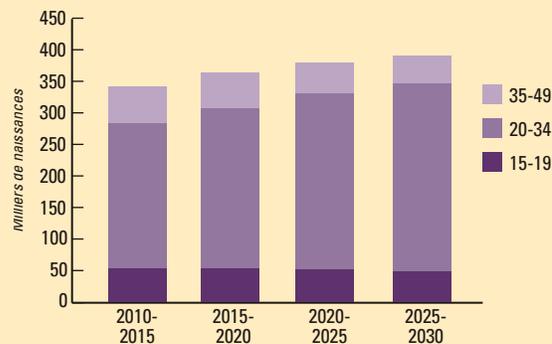
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Guyana

Le Guyana a une population peu élevée, d'une grande diversité culturelle, et à 70 % rurale. La population est en diminution en raison surtout des migrations. Les maladies contagieuses sont fréquentes et le sida est l'une des principales causes de mortalité. La mortalité maternelle a diminué au cours des années 90 mais a de nouveau augmenté entre 2000 et 2008. La couverture des soins de santé maternelle est prioritaire. Les soins de santé maternelle sont désormais gratuits dans les établissements publics. La nouvelle politique de santé maternelle et néonatale cherche à augmenter les effectifs de sages-femmes et elle a contribué à une meilleure répartition de celles-ci dans les zones reculées du pays et à l'intégration, dans le système de soins communautaires, des accoucheuses traditionnelles. Une formation directe en deux ans, dispensée dans trois établissements publics du Guyana, permet d'affecter des sages-femmes diplômées dans les zones rurales. Une grande proportion des postes d'enseignant de la pratique de la sage-femme ne sont pas pourvus. Pour améliorer la couverture des soins et la qualité des soins dispensés il faudra améliorer les conditions d'apprentissage du métier de sage-femme.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	761 ; 29
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	72 ; 9
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	190 ; 25
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	2,3
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	18
Nombre de naissances par an (en milliers)	14
Pourcentage des naissances enregistrées	93
Nombre de décès maternels	37
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	21
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	17
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	14 283
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	–
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	2,8
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	–
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	102 ; 102
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	– ; –

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	270
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	83
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	34
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	90
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	81 ; –
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	–
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	36

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	400
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	452
Obstétriciens	2
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	60
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	6 ; 0
Durée de la formation, en mois	12 à 24
Nombre d'admissions en première année	120
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	78
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	175
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	120
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	- ○
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	8 ; 5 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 150 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	4 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	60 ●

▶ ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	75
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Non ; Oui

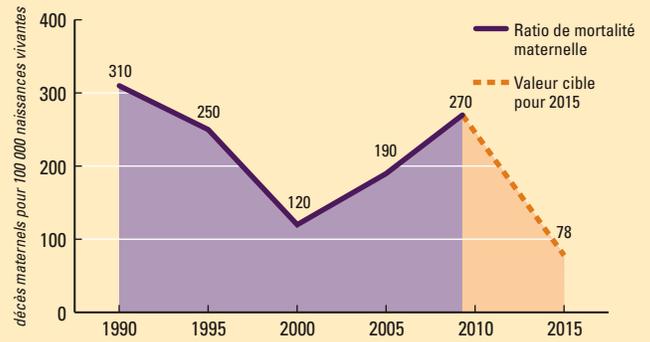
▶ POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

▶ SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	Indisponible
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	6
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	-
Établissements pour 1 000 naissances	-

Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



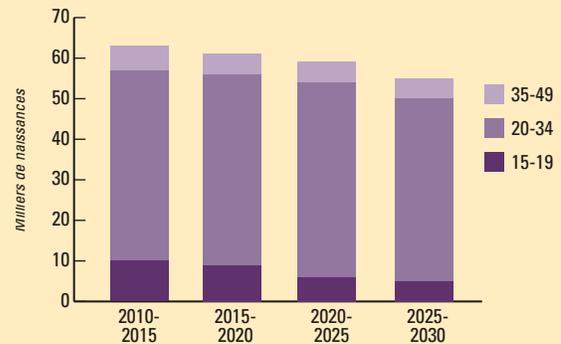
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Haïti

Pays le plus pauvre de l'hémisphère occidental, Haïti se trouvait, même avant le séisme dévastateur de janvier 2010, aux prises avec de graves difficultés du fait des désordres politiques, des catastrophes naturelles et de l'insécurité alimentaire. La mortalité maternelle a régulièrement diminué, surtout depuis 1995, mais elle demeure élevée. Depuis 2008, le Ministère de la santé et de la population, avec l'aide de partenaires internationaux, a mis en œuvre un dispositif de planification familiale, de prestation gratuite de soins prénatals, obstétricaux et néonataux dans un certain nombre d'établissements de soins du pays. Il y a une importante déperdition de la main-d'œuvre, en raison en partie de l'émigration des infirmières sages-femmes qualifiées. Il existe actuellement une école de sages-femmes dans le pays mais on prévoit d'en ouvrir de nouvelles dans les provinces et d'appliquer un programme d'enseignement révisé répondant aux normes de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM). Il est impératif d'améliorer les établissements d'enseignement et de prévoir des mécanismes pour maintenir les sages-femmes en poste afin d'accroître et de fidéliser les effectifs.

► INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	10 188 ; 52
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	1 113 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	2 667 ; 26
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	3,5
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	28
Nombre de naissances par an (en milliers)	273
Pourcentage des naissances enregistrées	81
Nombre de décès maternels	820
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	27
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	16
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	154 835
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Non
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,4
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	563
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	- ; -
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	- ; -

► INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	300
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	26
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	32
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	69
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	85 ; 54
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	38
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	89

► EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	174
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	40
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	373
Obstétriciens	221
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	<i>Indisponible</i>
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	-

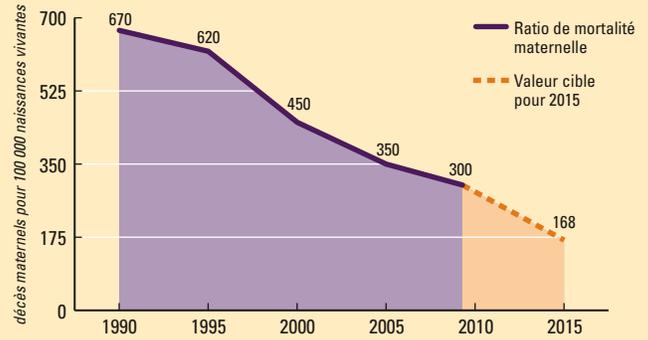
► EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Non ; Non ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	1 ; 0
Durée de la formation, en mois	-
Nombre d'admissions en première année	-
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	90
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	36
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	-
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

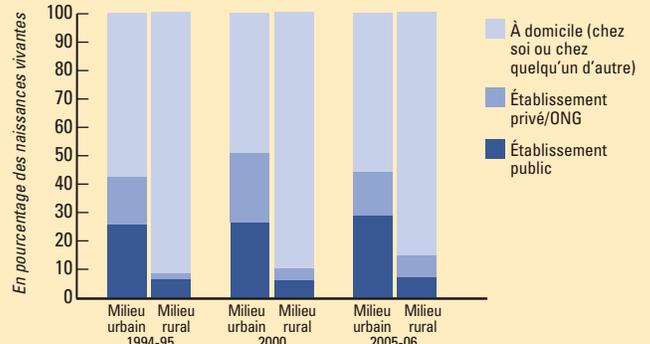
► RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	-
Le titre de sage-femme est protégé	-
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	-
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	-
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	-
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	-

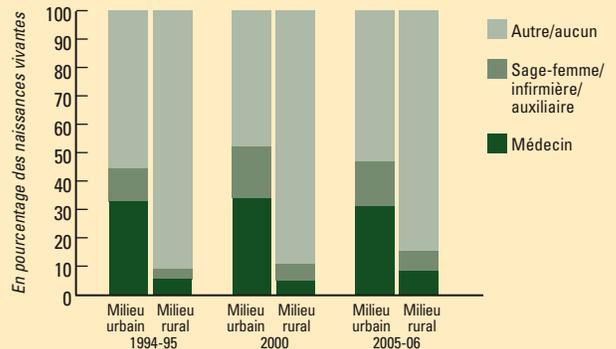
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



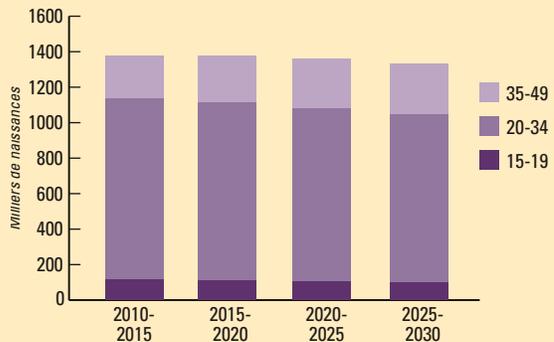
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

CUBA



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	1
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	113 ; 54
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 93
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	4
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	31

ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	80
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Non

POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Non
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	En partie

SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	Indisponible
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	Indisponible
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	12
Établissements pour 1 000 naissances	-

Inde

Deuxième pays au monde pour la population, l'Inde est toujours à 70 % rurale. La proportion de la population vivant dans la pauvreté a baissé au cours des dernières décennies mais il existe encore de fortes différences entre les régions. La condition de la femme est médiocre et des mesures ont été prises pour éliminer les pratiques discriminatoires contre les filles. Le taux de mortalité maternelle a été réduit de 59 % depuis 1990, certains États obtenant de meilleurs succès que d'autres. Les autorités centrales et des différents États sont désireuses de développer la couverture de soins en faveur des populations défavorisées. Une prestation conditionnelle en espèces est accordée pour encourager les femmes à accoucher dans des établissements de soins. Le Conseil national des ressources humaines pour la santé, créé en 2009, a défini des normes minimales de formation des soignants. L'Inde compte un corps nombreux d'infirmières-sages-femmes. Cependant, dans certaines régions, la majorité des soins d'accouchement sont dispensés par des infirmières sages-femmes auxiliaires qui n'ont pas toutes les compétences prévues par l'ICM et, en particulier, ne sont pas autorisées à accomplir les interventions voulues quand le pronostic vital est engagé. Il demeure difficile de faire en sorte que des ressources humaines soient suffisantes pour assurer une surveillance des accouchements par du personnel qualifié dans les établissements de soins des zones reculées du pays.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	1 214 464 ; 30
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	121 243 ; 10
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	310 624 ; 26
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	2,7
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	23
Nombre de naissances par an (en milliers)	26 929
Pourcentage des naissances enregistrées	41
Nombre de décès maternels	63 000
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	34
Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances vivantes)	22
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	5 717 819
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	1,9
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	25 620
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	61 ; 52
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	75 ; 51

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	230
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	47
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	56
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	45
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	74 ; 37
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	13
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	68

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	324 624
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	Indisponible
Obstétriciens	28 000
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Non ; Oui ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	4 271 ; 3 820
Durée de la formation, en mois	6 à 9
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	–
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	–
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Oui
Le titre de sage-femme est protégé	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	- ○
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	10 976 ; 7 683 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 140 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	13 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	52 ●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	269 113
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Non

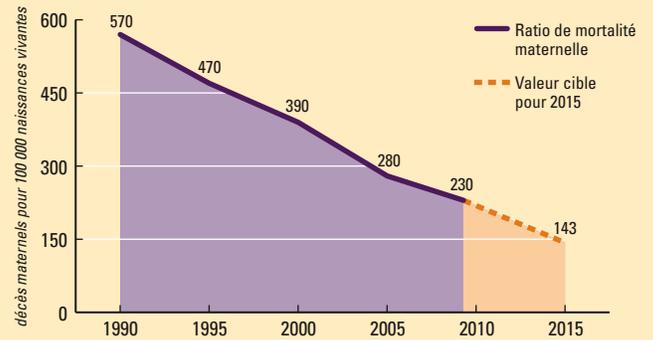
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Non
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

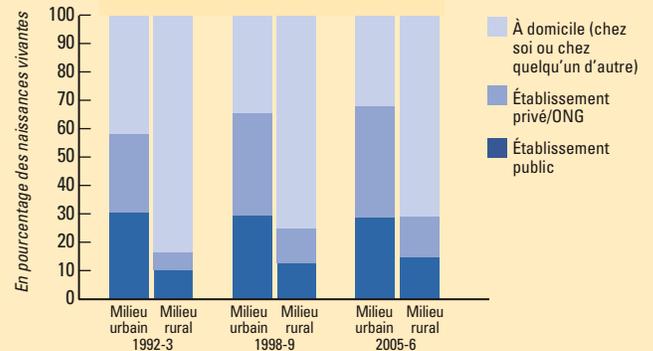
► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	Indisponible
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	8 324
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	2 463
Établissements pour 1 000 naissances	-

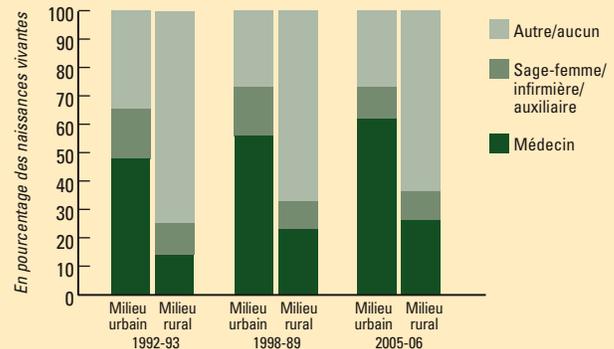
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



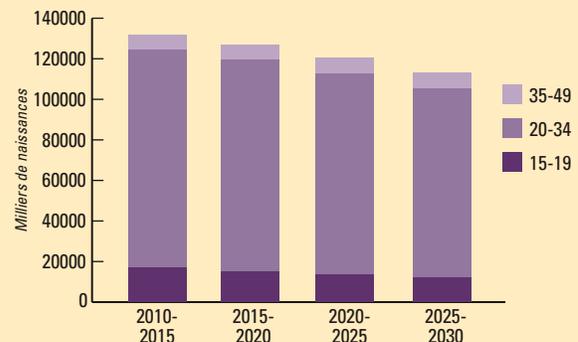
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Les chiffres s'appliquent aux personnes en exercice. (Ils sont empruntés aux sources publiées et n'ont pas été vérifiés par les autorités indiennes). 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant toutes les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes selon les définitions de l'ICM.

Indonésie

Ces dernières années, dans ce pays qui est le quatrième au monde pour la population, la proportion de personnes vivant dans la pauvreté a notablement diminué. L'Indonésie a appliqué avec succès des programmes de planification familiale et la fécondité a régulièrement diminué. Le taux de mortalité maternelle a été réduit de 62 % depuis 1990. Des problèmes socioéconomiques et culturels limitent cependant l'accès aux soins, l'existence même de ceux-ci et leur utilisation effective. Une politique de la santé maternelle est appliquée depuis 2009, assurant la gratuité des accouchements dans les maternités. L'intervention publique vise surtout à assurer la formation et la répartition d'accoucheuses qualifiées, en particulier dans les zones sous-desservies, et un programme de formation de sages-femmes de village a été lancé il y a 15 ans. En 2012, toutes les écoles de sages-femmes devraient avoir été accréditées auprès d'un conseil national d'accréditation. Des postes de sage-femme sont offerts dans les structures sanitaires rurales mais de meilleures conditions d'emploi sont offertes par le secteur privé dans les villes. Un programme de formation directe en trois ans a été mis en place. D'autres formations, visant la fonction d'enseignement et les compétences administratives des sages-femmes contribueront à améliorer la densité et la qualité de l'effectif de sages-femmes en Indonésie.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	232 517 ; 44
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	20 454 ; 9
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	64 292 ; 28
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	2,2
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	19
Nombre de naissances par an (en milliers)	4 236
Pourcentage des naissances enregistrées	55
Nombre de décès maternels	10 000
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	19
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	15
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	10 026
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	2,3
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	3 560
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	75 ; 74
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	95 ; 89

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	240
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	79
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	61
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	52
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	93 ; 82
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	9
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	41

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	93 889
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	–
Obstétriciens	870
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

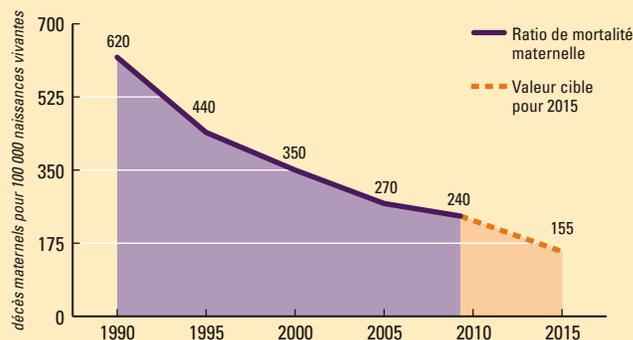
Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	426 ; 346
Durée de la formation, en mois	12 à 36
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	–
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	–
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

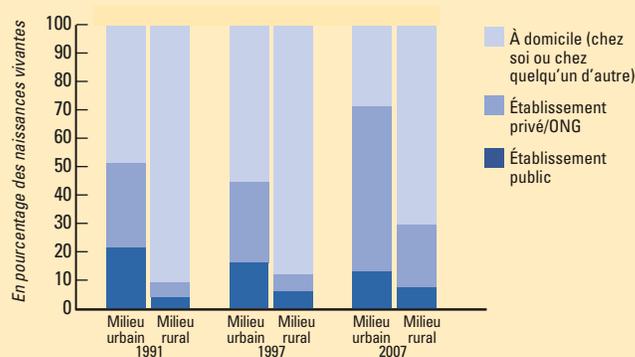
La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Oui
Le titre de sage-femme est protégé	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



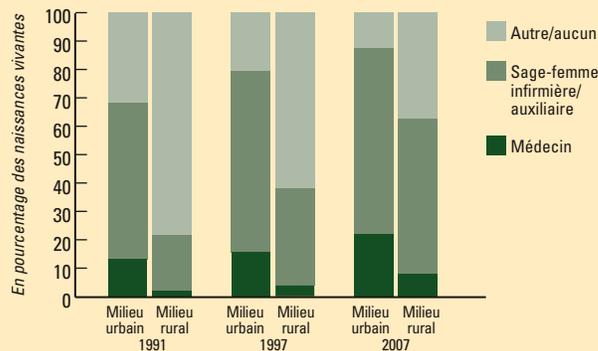
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



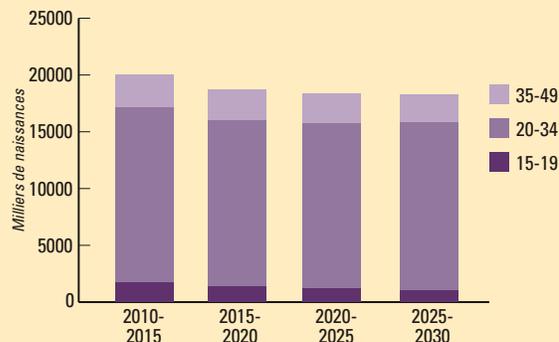
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	- ○
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	2 028 ; 1 136 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 190 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	5 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	49 ●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	88 796
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Non

► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	-
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	5 891
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	1 347
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	317
Établissements pour 1 000 naissances	1

Kenya

On estime que 50 % des Kényans vivent dans la pauvreté. La fréquence des maladies infectieuses telles que l'infection par le VIH et le paludisme alourdit le fardeau qui pèse sur le système de soins de santé. On estime que 14 % des décès maternels sont dus à l'infection par le VIH. Les chiffres de santé maternelle se sont améliorés au cours des années 90, mais au cours de la dernière décennie aucun progrès n'a été obtenu dans la réduction de la mortalité maternelle. Les disparités de richesse et de revenu font obstacle à un accès équitable aux soins. Depuis 2007 la politique nationale de santé procréative met l'accent sur la couverture des populations vulnérables et défavorisées. Créé en 2002, le Système informatisé des effectifs de soignants permet au Gouvernement kényan de déterminer comment répartir au mieux les soignants dans le territoire du pays. Un système de formation de sages-femmes est bien en place, et les sages-femmes diplômées sont autorisées à pratiquer toutes les compétences essentielles définies par l'ICM. Cependant, le manque de sages-femmes dans le secteur sanitaire public est grave, et pourtant les sages-femmes nouvellement diplômées ont du mal à trouver un poste.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	40 863 ; 22
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	4 339 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	9 802 ; 24
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	4,9
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	39
Nombre de naissances par an (en milliers)	1 496
Pourcentage des naissances enregistrées	48
Nombre de décès maternels	7 900
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	27
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	22
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	961 990
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	1,3
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	1 669
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	61 ; 56
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	90 ; 83

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	530
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	42
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	39
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	103
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	88 ; 52
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	25
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	86

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	24 421
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	–
Obstétriciens	251
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Oui

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Oui ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	60 ; 27
Durée de la formation, en mois	12 à 42
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	>100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	–
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	- ○
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	608 ; 426 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 38 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	10 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	33 ●

▶ ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	-
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Oui

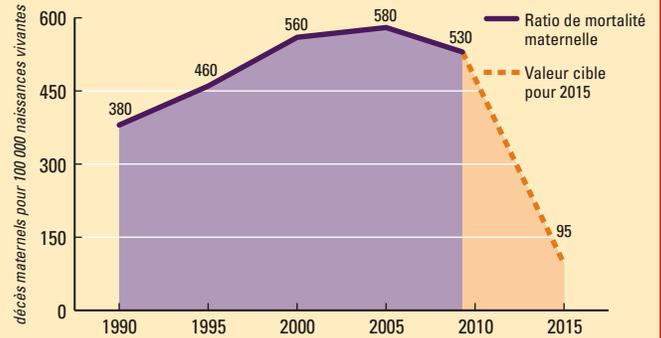
▶ POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	-
La notification des décès maternels est obligatoire	MM
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	-
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	-
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	-
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

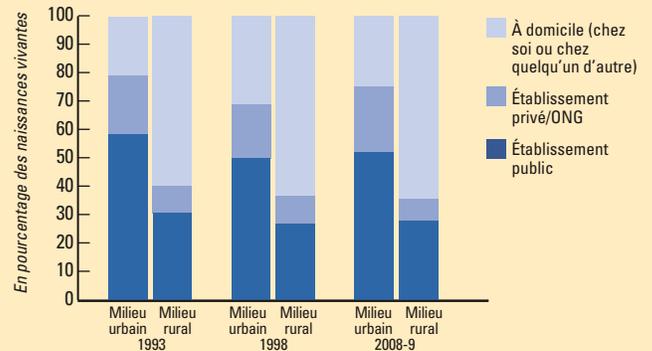
▶ SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	-
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	2 465
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	522
Établissements pour 1 000 naissances	-

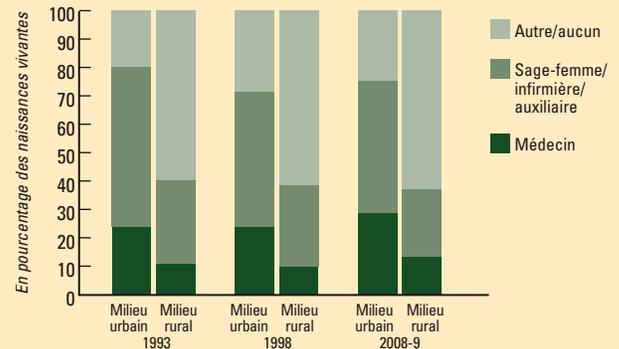
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



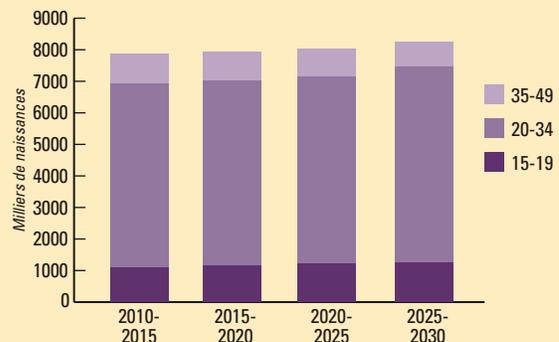
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Libéria

Du fait de la guerre civile qui a duré 15 ans, le Libéria fait face à une infrastructure dévastée et à la perte de la plupart des soignants. Le Libéria est près de la dernière place au classement de l'Indicateur de développement humain, et le pays a beaucoup de mal à assurer son relèvement. La moitié de la population, qui est jeune et augmente rapidement, demeure pauvre et n'a accès ni à l'enseignement ni aux soins de santé. Le taux de mortalité maternelle est l'un des plus élevés au monde et n'a diminué que de 10 % depuis 1990. Des mesures ont été prises pour résoudre le problème de la santé maternelle et les autorités ont fixé des objectifs ambitieux à ce sujet. En élargissant l'accès à la formation de sage-femme, en créant une carrière à cet effet et en accordant des incitations pour maintenir les sages-femmes en exercice, le Libéria s'est engagé dans la bonne voie. Cependant, faute d'une stratégie précise et d'un soutien extérieur, il est improbable qu'il puisse même envisager d'atteindre l'objectif 5 des OMD. Actuellement, ce sont presque exclusivement les ONG et les organisations confessionnelles qui assurent le fonctionnement des établissements de soins.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	4 102 ; 48
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	437 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	975 ; 24
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	5,9
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	38
Nombre de naissances par an (en milliers)	143
Pourcentage des naissances enregistrées	–
Nombre de décès maternels	1 400
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	37
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	27
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	32 659
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,3
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	261
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	36 ; 27
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	63 ; 53

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	990
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	46
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	11
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	177
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	79 ; 66
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	36
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	119

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	412
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	193
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	90
Obstétriciens	3
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	50
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	5 ; 0
Durée de la formation, en mois	18 à 24
Nombre d'admissions en première année	219
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	>100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	–
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	3
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	72 ; 38
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 20
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	13
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	33

▶ ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	4 000
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Oui

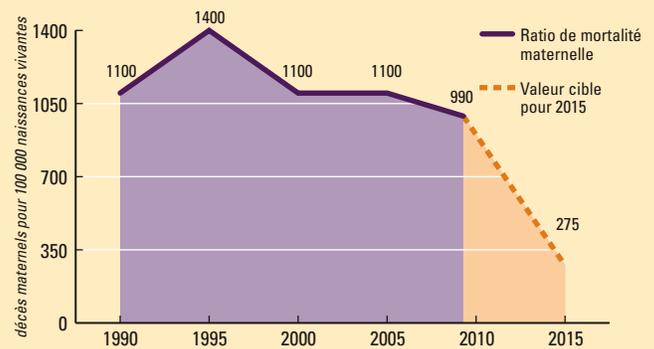
▶ POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	–
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Non
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Non
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	En partie

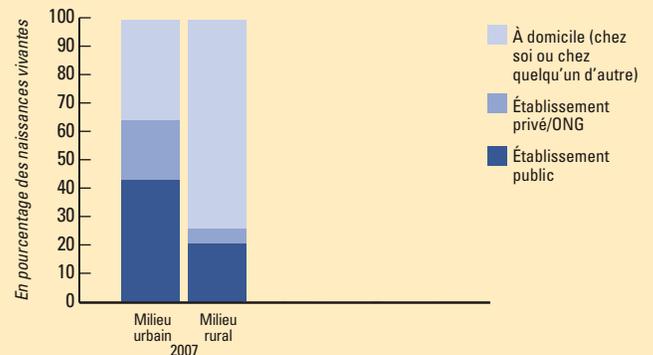
▶ SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	–
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	45
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	11
Établissements pour 1 000 naissances	–

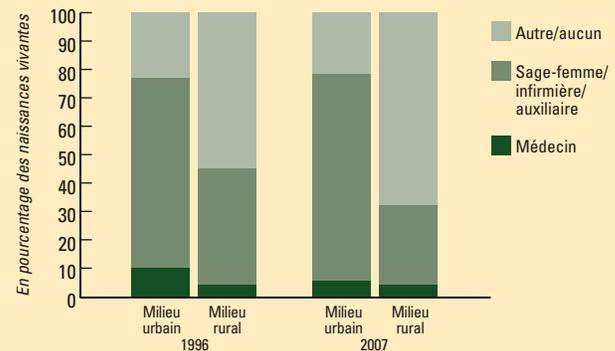
Tendances de la mortalité maternelle : 1990–2015



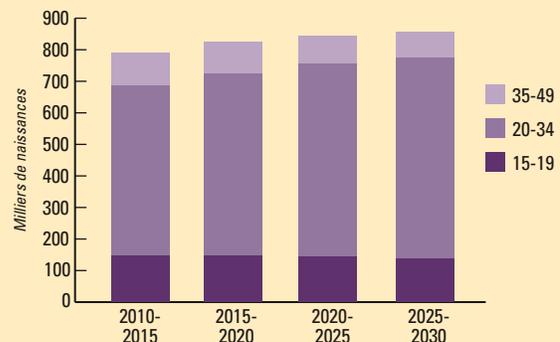
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe – indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Madagascar

Madagascar connaît le triple problème d'un accroissement rapide de la population, d'une pauvreté qui s'aggrave et de l'instabilité politique. La fécondité est élevée et le taux de fécondité des adolescentes est l'un des plus élevés d'Afrique. Le pays a réduit le taux de mortalité maternelle depuis 1990, mais celui-ci demeure élevé. La médiocrité de l'infrastructure et des équipements, la précarité des systèmes d'aiguillage vers les services appropriés et le manque de personnel qualifié restreignent les moyens d'accès aux soins de santé, en particulier dans les provinces. Les autorités ont fait de la santé maternelle et néonatale une priorité rigoureuse et elles ont lancé en 2008 un plan national de santé maternelle et néonatale. Des mesures récentes cherchent la gratuité de l'accouchement, qui couvre aussi les césariennes, et encourage les femmes à accoucher dans les maternités où les autorités comptent porter à 75 % la proportion d'accouchements surveillés. On compte à Madagascar 21 écoles de sages-femmes mais le nombre des sages-femmes diplômées nécessaires n'est pas encore atteint, et dans les centres de soins isolés ce sont toujours des auxiliaires qui dispensent les principaux soins.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	20 146 ; 30
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	2 222 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	4 811 ; 24
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	4,7
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	36
Nombre de naissances par an (en milliers)	683
Pourcentage des naissances enregistrées	75
Nombre de décès maternels	3 000
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	21
Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances vivantes)	21
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	140 261
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,5
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	837
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	31 ; 29
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	77 ; 65

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	440
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	51
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	27
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	148
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	80 ; 40
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	24
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	61

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	2 969
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	97
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	3 071
Obstétriciens	24
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjugulée; échelonnée)	Oui ; Non ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	21 ; 15
Durée de la formation, en mois	36
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	520
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Oui
Le titre de sage-femme est protégé	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Non
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Non
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	4	●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	304 ; 210	●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 45	●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	10	●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	37	●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	-
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Non ; Non

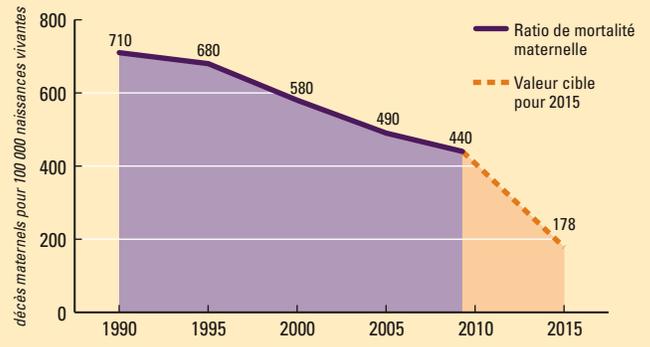
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	-
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	En partie

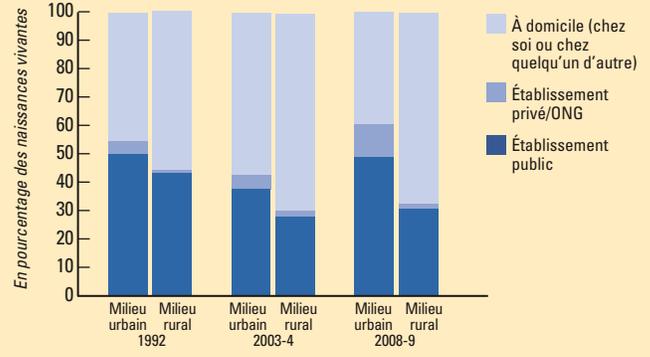
► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	2 975
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	3
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	19
Établissements pour 1 000 naissances	4

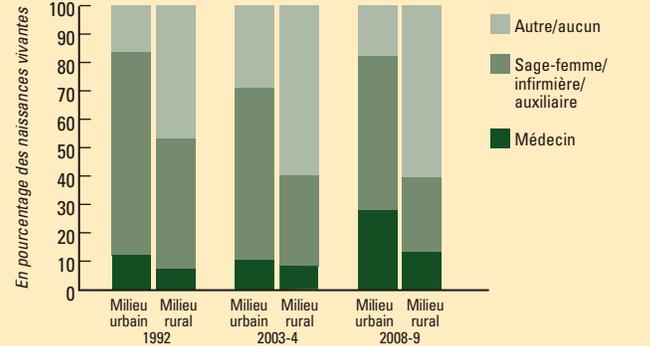
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



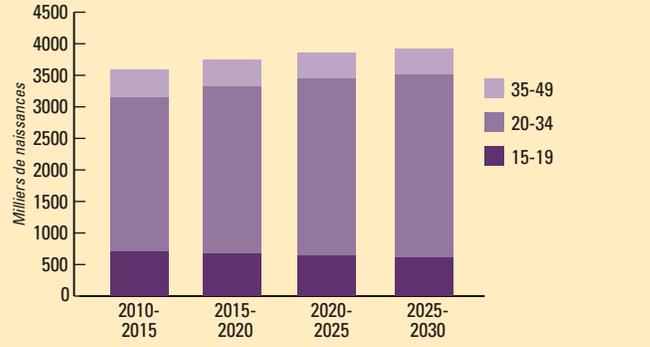
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Malawi

La population du Malawi est surtout rurale et plus de 60 % des habitants du pays vivent dans la pauvreté. À l'âge de 18 ans, 50 % des femmes sont mariées et le taux de grossesse d'adolescentes demeure très élevé. La prévalence du VIH parmi les adultes serait de 12 %. La mortalité maternelle a légèrement diminué depuis 1990 mais demeure très élevée. Définie en 2007, la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle cherche à élargir l'accès aux soins, améliorer l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux dispensés à tous les niveaux du système de santé publique. La pénurie de soignants est critique, la rotation du personnel et la déperdition des ressources en personnel dans les zones rurales sont élevées. Le Malawi a pourtant établi de bonnes normes concernant la réglementation et la formation des sages-femmes. Une formation directe a été créée et un nouveau corps de sages-femmes communautaires est en cours de formation. Cela aidera à augmenter les effectifs de sages-femmes, car les établissements d'enseignement ne produisent pas actuellement un nombre suffisant de diplômées. La fourniture de l'équipement et des moyens doit être améliorée pour optimiser le travail des sages-femmes dans les zones rurales.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	15 692 ; 20
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	1 761 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	3 532 ; 23
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	5,5
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	40
Nombre de naissances par an (en milliers)	594
Pourcentage des naissances enregistrées	–
Nombre de décès maternels	3 000
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	30
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	24
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	316 000
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,3
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	746
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	32 ; 27
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	80 ; 66

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	510
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	54
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	41
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	177
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	92 ; 57
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	28
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	115

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	2 479
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	246
Obstétriciens	16
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Oui

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Non ; Oui ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	19 ; 1
Durée de la formation, en mois	12
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	97
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	1 090
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Oui
Le titre de sage-femme est protégé	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	4	●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	278 ; 223	●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 36	●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	11	●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	27	●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	8 376
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Oui

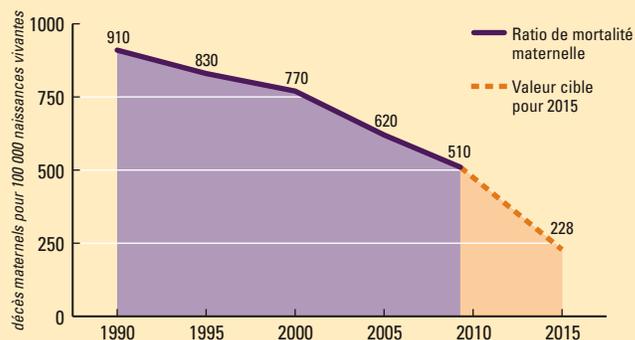
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Non
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

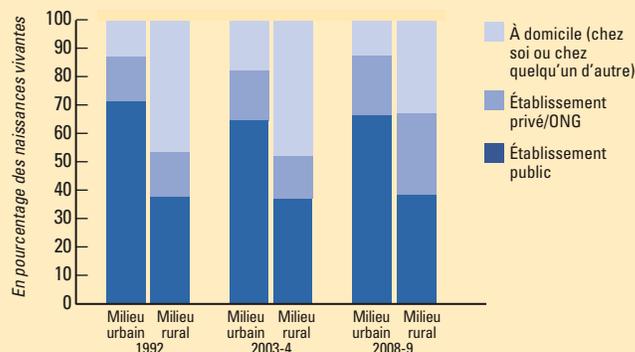
► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	499
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	5
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	42
Établissements pour 1 000 naissances	1

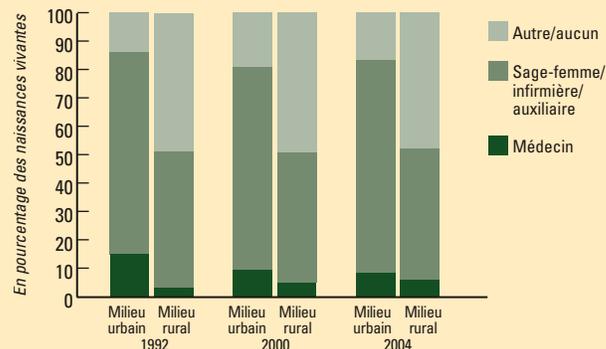
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



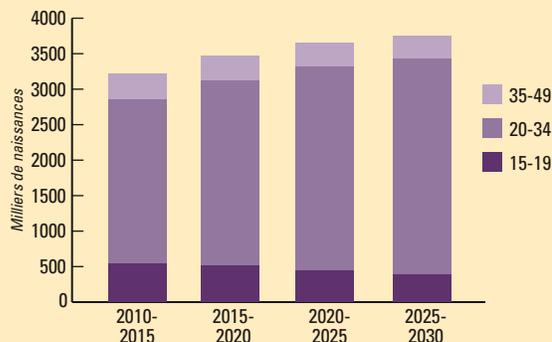
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Mali

Vaste pays sans littoral d'Afrique occidentale, le Mali a une population de 13,5 millions dont les deux tiers vivent dans les zones rurales. Le taux de fécondité est élevé et l'utilisation de la contraception très réduite. Près de la moitié de la population, qui augmente rapidement, a moins de 15 ans, et il y a un taux net de migration relativement élevé, grâce à l'action d'une diaspora active. Le taux de mortalité maternelle est l'un des plus élevés au monde, bien qu'il ait diminué au cours des 20 dernières années. L'OMD 5, dans les conditions présentes, ne pourra pas être atteint en 2015. Des pratiques traditionnelles et un taux élevé d'analphabétisme parmi les femmes font gravement obstacle à la consultation de médecins de maternité et, au demeurant, dans les zones rurales, les services de santé maternelle sont généralement absents. Les sages-femmes qualifiées ne sont pas incitées à s'installer dans les zones reculées et il n'y pas pour elles de plan de carrière. Des mesures récentes assurent la gratuité des césariennes et cela pourrait augmenter le nombre d'accouchements dans les maternités, si cette mesure s'appuie sur des ressources suffisantes pour répondre aux besoins (par exemple avec la fourniture en quantité suffisante de trousse de césariennes).

► INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	13 323 ; 36
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	1 494 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	3 236 ; 24
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	6,5
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	43
Nombre de naissances par an (en milliers)	538
Pourcentage des naissances enregistrées	53
Nombre de décès maternels	4 500
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	50
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	23
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	86 814
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,3
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	1 280
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	46 ; 30
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	35 ; 18

► INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	830
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	49
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	8
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	190
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	70 ; 35
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	31
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	194

► EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

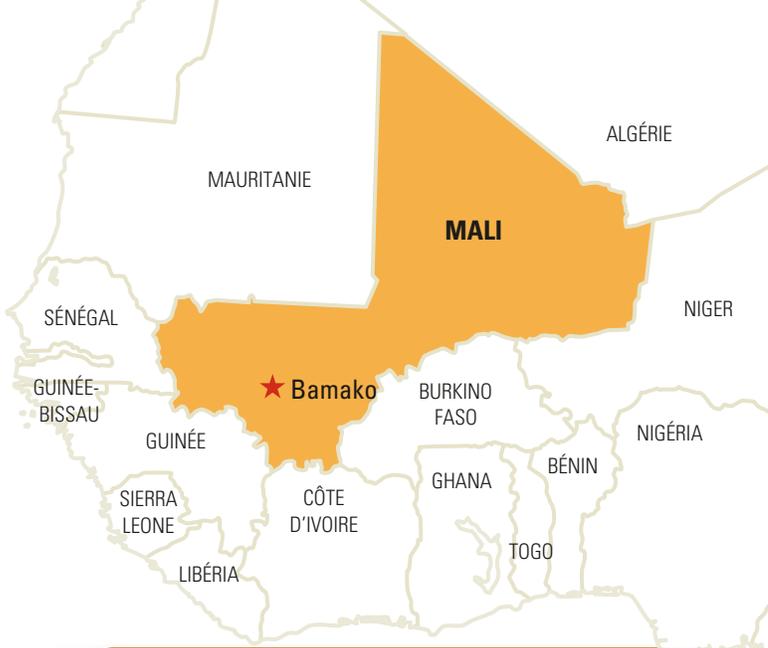
Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	1 579
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	Indisponible
Obstétriciens	84
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	1 250
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Oui

► EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	49 ; 45
Durée de la formation, en mois	36
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	–
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	–
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

► RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	–
Le titre de sage-femme est protégé	–
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	–
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	–
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	3 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	287 ; 184 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 22 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	11 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	26 ●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	975
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Non

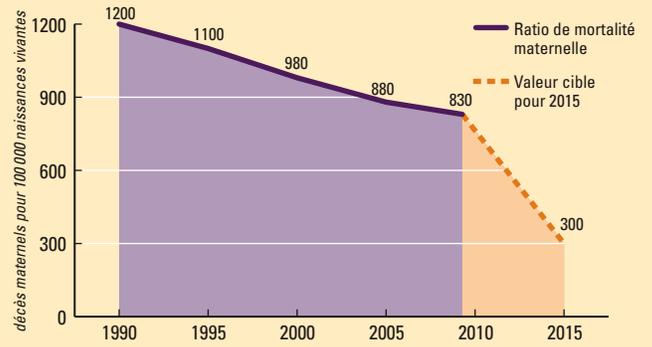
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	-
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

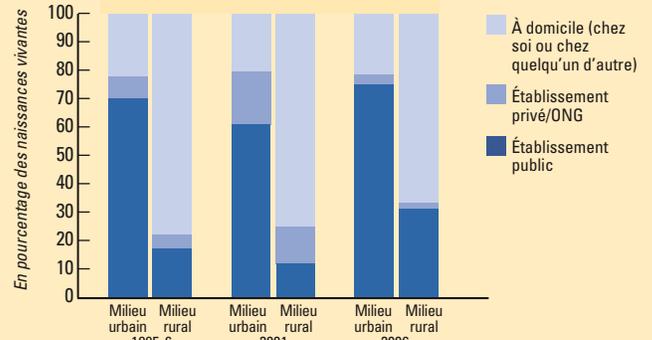
► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	1 209
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	79
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	61
Établissements pour 1 000 naissances	2

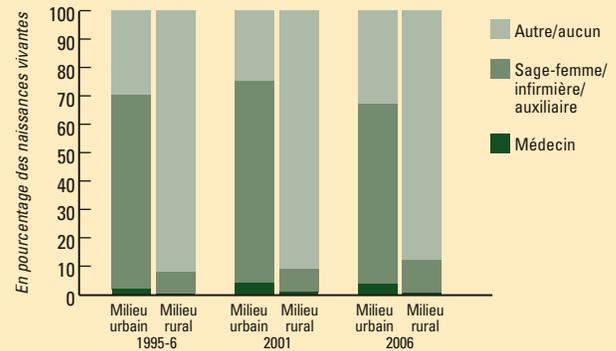
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



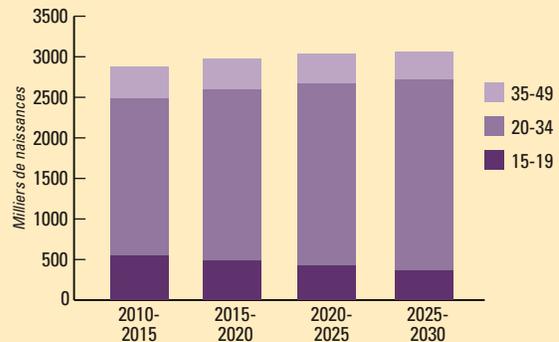
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Maroc

Le Maroc a pratiquement achevé sa transition d'un taux de fécondité élevé à un taux faible. L'utilisation des contraceptifs a notablement augmenté. Il existe de vastes disparités entre les zones urbaines et rurales quant à l'accès aux soins. Des disparités importantes persistent entre les sexes et des efforts sont déployés pour améliorer la condition de la femme au Maroc. Une réduction du taux de mortalité maternelle de l'ordre de 60 % a été réalisée au cours des 20 dernières années. Le Plan stratégique 2008-2012 fait une place particulière à la santé procréative. La politique des soins maternels et néonataux prévoit la gratuité de l'accouchement en maternité (césariennes comprises). Cette politique vise à améliorer le système d'aiguillage vers des services appropriés, la fourniture de médicaments essentiels, de sang et d'équipement essentiel, et l'amélioration de l'accès aux soins dans les campagnes. Des mesures visant à améliorer les compétences des sages-femmes sont en cours d'application, notamment un passage en revue du programme d'enseignement et une augmentation des heures de cours dans l'actuelle formation des sages-femmes. L'Association des sages-femmes peut contribuer notablement à une meilleure réglementation, susceptible de promouvoir l'autonomie des sages-femmes au Maroc.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	32 381 ; 58
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	3 178 ; 10
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	9 209 ; 28
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	2,4
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	20
Nombre de naissances par an (en milliers)	646
Pourcentage des naissances enregistrées	85
Nombre de décès maternels	720
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	20
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	20
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	2 723
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	–
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	1,5
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	586
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	60 ; 51
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	69 ; 44

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	110
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	63
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	63
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	18
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	68 ; 31
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	10
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	39

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	2 967
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	–
Obstétriciens	474
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	71 ; 50
Durée de la formation, en mois	–
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	1 400
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	–

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Oui
Le titre de sage-femme est protégé	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Non
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Non
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	5	●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	280 ; 117	●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 360	●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	3	●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	54	●

ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	121
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Non

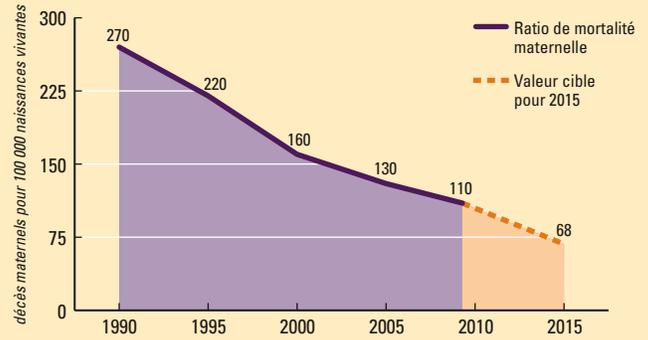
POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	-
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

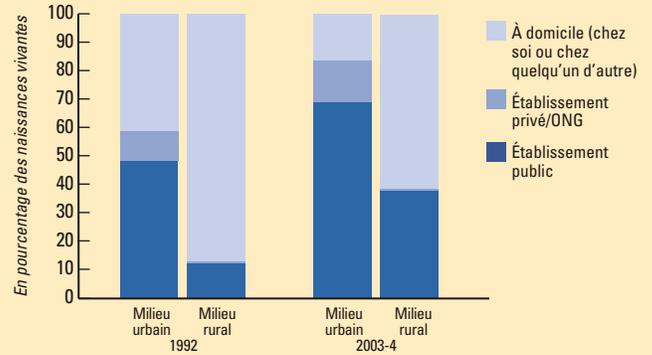
SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	-
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	518
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	94
Établissements pour 1 000 naissances	-

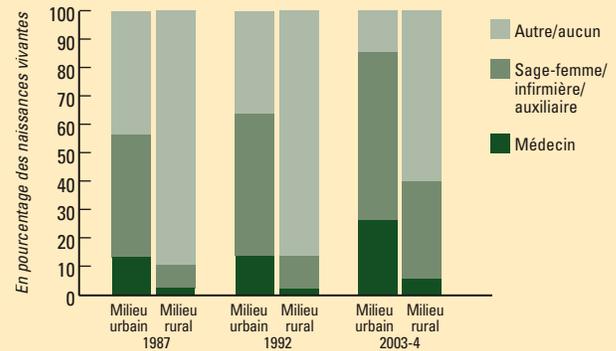
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



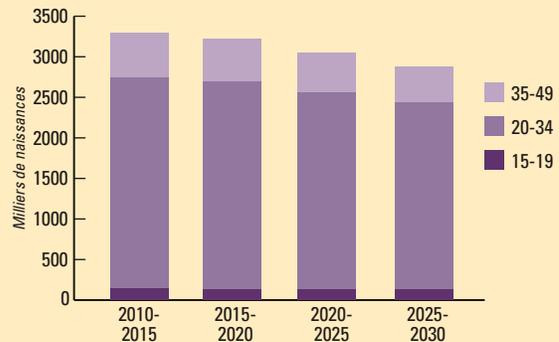
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Mauritanie

La République islamique de Mauritanie est un vaste pays de l'Afrique du Nord-Ouest dont la population est très dispersée. Les trois quarts vivent dans des zones désertiques ou semi-désertiques. La population est jeune et augmente, et le taux de grossesses d'adolescentes est élevé. Il est donc difficile de répondre aux besoins non satisfaits de soins de santé maternelle et néonatale. La mortalité maternelle reste élevée, même si elle a diminué de 30 % au cours des 20 dernières années. Très rares sont les centres de soins qui dispensent des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base. La politique et le plan de santé public, publiés en 2009, mettent en avant la santé maternelle et infantile et un observatoire des ressources humaines du secteur de la santé a récemment été créé. Le Gouvernement mauritanien a introduit un barème volontaire fixe des frais de grossesse d'accouchements (le « forfait obstétrical »), qui s'étend désormais à une grande partie du pays. Les sages-femmes mauritaniennes ont créé une association professionnelle et un syndicat, mais il n'y a pas de conseil réglementant la profession.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	3 366 ; 41
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	356 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	838 ; 25
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	4,5
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	34
Nombre de naissances par an (en milliers)	107
Pourcentage des naissances enregistrées	56
Nombre de décès maternels	590
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	41
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	27
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	6 371
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,8
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	104
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	26 ; 23
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	64 ; 50

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	550
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	61
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	9
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	88
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	75 ; 16
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	32
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	118

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	350
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	<i>Indisponible</i>
Obstétriciens	–
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjugulée; échelonnée)	Oui ; Non ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	2 ; 0
Durée de la formation, en mois	36
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	>100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	885
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	214
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	–
Le titre de sage-femme est protégé	–
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	3 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	48 ; 28 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 41 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	12 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	35 ●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	-
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Non ; Non

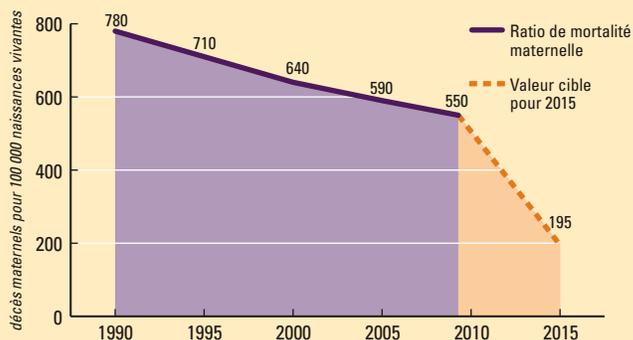
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Non
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Non

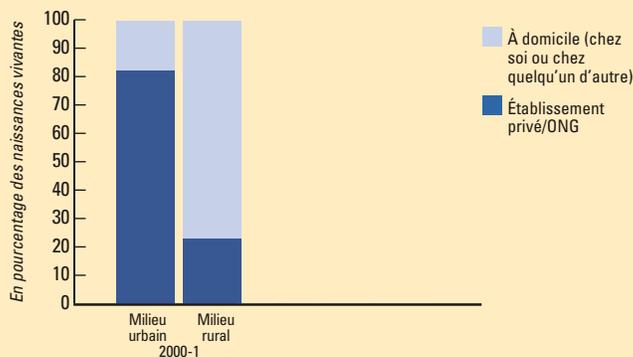
► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	190
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	55
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	28
Établissements pour 1 000 naissances	2

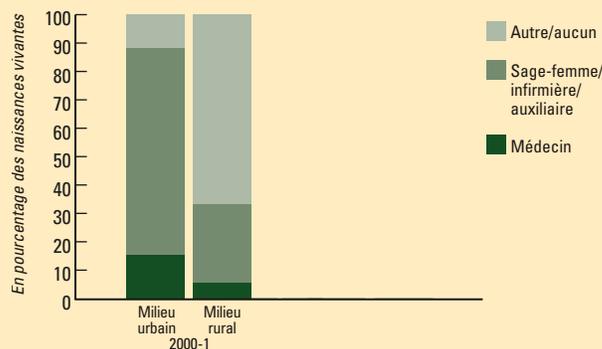
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



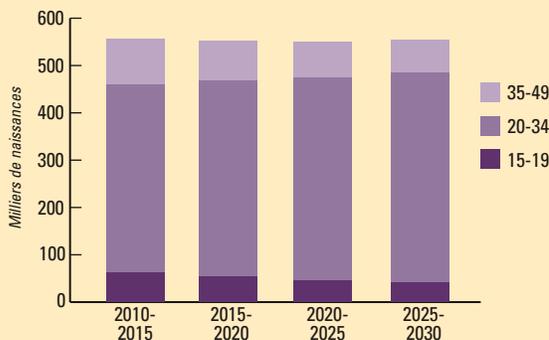
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Mozambique

Le Mozambique compte parmi les pays les moins avancés du monde. L'état de santé de sa population est compromis par l'épidémie de VIH qui touche pour une part considérable les jeunes femmes. L'utilisation de méthodes modernes de contraception est peu courante et les besoins non satisfaits de planification familiale demeurent élevés. La mortalité maternelle a notablement diminué depuis 1990 mais demeure élevée. L'amélioration des soins et des services dans l'ensemble du secteur de la santé est une priorité absolue pour le Ministère de la santé. Un examen exhaustif des politiques et des directives des soins maternels et néonataux a été mené en 2009 et un modèle d'amélioration des maternités a été mis au point. Le rôle de la sage-femme et celui de l'infirmière ne sont pas clairement définis et, pour réduire la pénurie de personnel, les infirmières ont parfois pu profiter d'une formation complémentaire aux soins obstétricaux. Cette pénurie fait en effet obstacle à des initiatives de santé maternelle à l'échelle du pays, et à l'objectif récemment annoncé de prévoir 66 % des accouchements dans des maternités.

INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	23 406 ; 38
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	2 480 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	5 576 ; 24
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	5,1
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	39
Nombre de naissances par an (en milliers)	874
Pourcentage des naissances enregistrées	–
Nombre de décès maternels	4 800
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	41
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	29
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	672 020
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,3
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	865
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	24 ; 18
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	70 ; 40

INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	550
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	55
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	17
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	185
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	89 ; 53
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	18
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	147

EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	2 946
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	879
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	622
Obstétriciens	34
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	14 ; 0
Durée de la formation, en mois	33 à 48
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	–
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	900
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	3	●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	385 ; 238	●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 37	●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	13	●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	29	●

ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	-
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Non

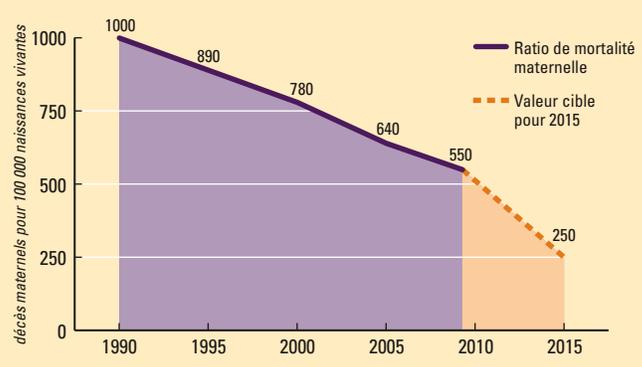
POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Non
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	-
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

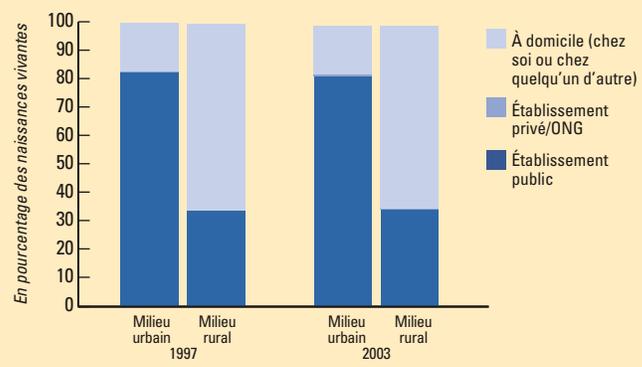
SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	1 292
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	530
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	42
Établissements pour 1 000 naissances	1

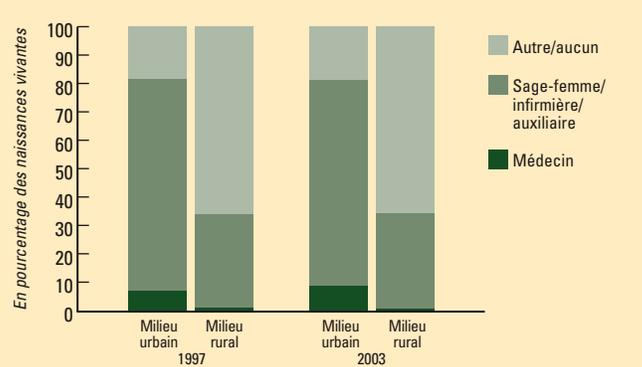
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



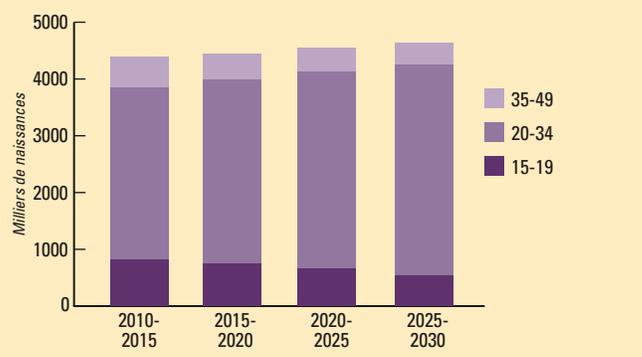
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Myanmar

L'un des pays d'Asie les plus pauvres, le Myanmar connaît d'importants besoins humanitaires. Plus de 70 % de sa population vit dans les zones rurales. Néanmoins, on constate une amélioration de l'état de santé de la population ainsi qu'une réduction de 43 %, au cours des 20 dernières années, du taux de mortalité maternelle. Des politiques de gratuité des soins de santé maternelle, dans les maternités, sont appliquées mais il existe encore d'importantes disparités dans la couverture des services. Le Plan stratégique pour la santé procréative (2009-2013) prévoit de couvrir les besoins de ressources humaines pour la santé maternelle et néonatale, mais le problème des effectifs de sages-femmes n'a pas été expressément abordé. Le pays compte 20 programmes de formation directe à la profession de sage-femme. Mais la pénurie de sages-femmes s'explique en partie par des restrictions quant à l'inscription dans ces formations, qui concernent l'âge, la taille et la situation de famille des candidates. Le programme d'enseignement inclut actuellement les compétences de sage-femme définies par l'ICM. L'établissement de systèmes solides d'accréditation et de supervision des sages-femmes, ainsi que des mesures efficaces de déploiement et de fidélisation des sages-femmes diplômées devraient optimiser la profession et les effectifs disponibles de sages-femmes.

► INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	50 496 ; 34
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	4 518 ; 9
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	14 454 ; 29
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	2,3
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	21
Nombre de naissances par an (en milliers)	1 021
Pourcentage des naissances enregistrées	65
Nombre de décès maternels	2 400
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	33
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	20
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	182 760
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	1,3
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	755
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	- ; -
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	95 ; 89

► INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	240
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	57
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	37
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	17
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	76 ; 22
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	19
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	73

► EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	9 226
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	22 162
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	-
Obstétriciens	97
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	-
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Oui

► EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjugulée; échelonnée)	Oui ; Oui ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	45 ; 0
Durée de la formation, en mois	18 à 48
Nombre d'admissions en première année	2 637
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	61
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	3 800
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	2 527
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

► RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Oui
Le titre de sage-femme est protégé	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	9
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	457 ; 302
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 180
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	6
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	47

ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	12 000
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Non ; Oui

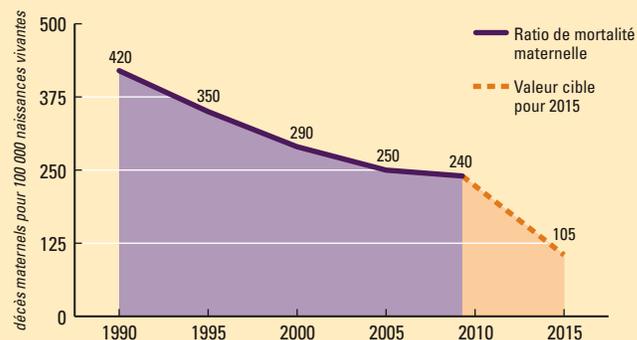
POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	-
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	7 394
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	1 265
Établissements pour 1 000 naissances	-

Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



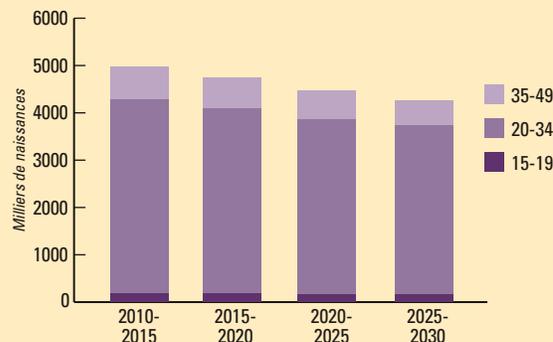
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Népal

Le Népal sort actuellement d'un conflit. Il existe entre les différents groupes ethniques, entre les différents niveaux de formation scolaire et de revenu et dans les différentes zones géographiques d'importantes disparités quant à l'accès aux soins de santé. Le taux de fécondité générale a diminué et l'utilisation des contraceptifs a notablement progressé. Le taux de mortalité maternelle a été réduit de 56 % au cours des 20 dernières années. Les priorités de la santé publique concernent le renforcement et l'élargissement d'un accès équitable et d'une utilisation équitable des services, l'accent étant mis sur les populations sous-desservies. Formulée en 2006, la politique de formation d'accoucheuses qualifiées vise le développement de la profession de sage-femme. Cette politique a entraîné l'adoption de stratégies de formation en cours d'emploi d'accoucheuses qualifiées et la multiplication des maternités, ainsi que des services obstétricaux et néonataux d'urgence. Le nombre d'accoucheuses qualifiées demeure insuffisant et leur qualité laisse à désirer. On examine la possibilité de lancer une formation directe à la profession de sage-femme, qui accélérerait le développement d'un corps nombreux de sages-femmes au Népal.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	29 853 ; 19
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	3 312 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	7 810 ; 26
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	2,9
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	25
Nombre de naissances par an (en milliers)	731
Pourcentage des naissances enregistrées	35
Nombre de décès maternels	2 800
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	27
Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances vivantes)	24
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	65 791
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,7
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	1 881
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	46 ; 41
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	71 ; 45

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	380
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	19
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	48
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	106
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	44 ; 29
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	25
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	51

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	2 875
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	16 506
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	–
Obstétriciens	225
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	3 000
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Non ; Oui ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	105 ; 100
Durée de la formation, en mois	12
Nombre d'admissions en première année	4 080
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	–
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	4 220
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	4 240
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Non
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Non
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	4
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	345 ; 280
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 80
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	13
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	55

ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	36 650
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Non ; Oui

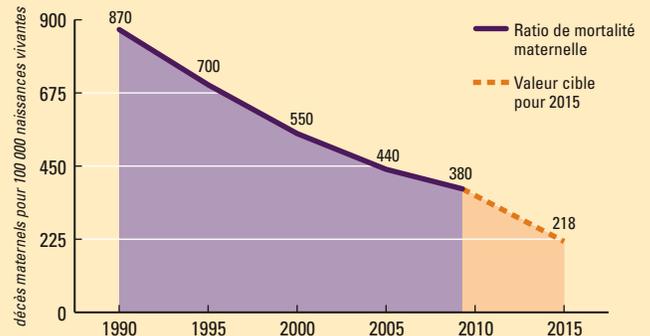
POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	MM
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

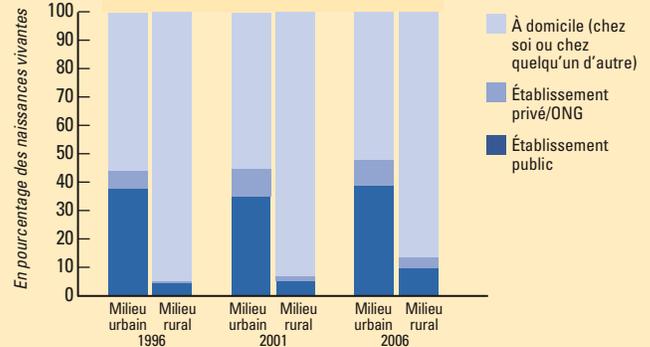
SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	889
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	105
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	93
Établissements pour 1 000 naissances	1

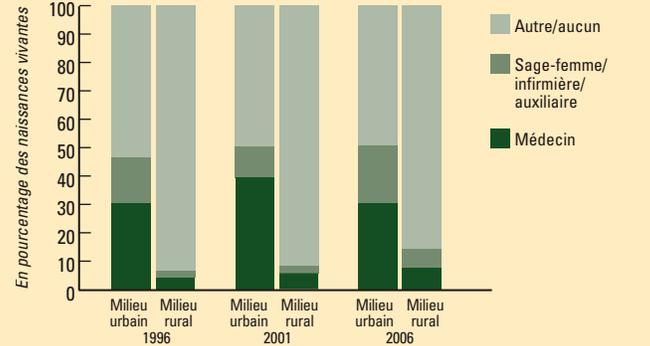
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



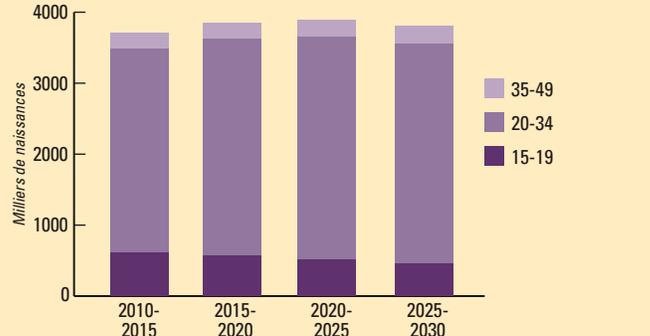
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Nicaragua

Au Nicaragua, la pauvreté est plus grave dans les zones rurales et périurbaines que dans les villes. L'inégalité des revenus augmente et touche surtout les femmes. Le taux de fécondité générale a diminué et il subsiste de vastes disparités dans l'utilisation des contraceptifs entre les quintiles le plus pauvre et le plus riche. Le taux de mortalité maternelle a été réduit de près de 50 % depuis 1990. La Politique nationale de la santé n'examine pas expressément les problèmes des effectifs de soignants en santé maternelle. Un programme de formation de sages-femmes est en place et des établissements publics ou privés forment des infirmières sages-femmes. Ce corps est reconnu et accrédité au niveau du pays et une initiative est en cours pour élargir à l'ensemble de l'Amérique centrale la validité de ce diplôme. La réglementation doit être mise à jour pour permettre au nouveau corps d'infirmières sages-femmes d'accomplir tous les gestes de la compétence de la sage-femme, en particulier dans les maternités des localités isolées, où il n'y a pas d'autres soignants. Une stratégie de déploiement des sages-femmes est appliquée pour garantir des soins obstétricaux par des infirmières sages-femmes diplômées dans les zones à forte mortalité maternelle.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	5 822 ; 57
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	665 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	1 565 ; 27
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	2,7
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	25
Nombre de naissances par an (en milliers)	140
Pourcentage des naissances enregistrées	81
Nombre de décès maternels	150
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	12
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	15
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	81 686
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	–
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	1,4
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	132
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	64 ; 72
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	78 ; 78

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	100
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	74
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	72
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	109
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	90 ; 78
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	8
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	27

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	930
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	1 276
Obstétriciens	162
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Oui

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjugquée; échelonnée)	Non ; Oui ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	14 ; 4
Durée de la formation, en mois	24 à 60
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	>100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	1 844
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	495
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Non
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Non
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	7 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	57 ; 24 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 300 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	3 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	46 ●

▶ ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	–
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Non ; Oui

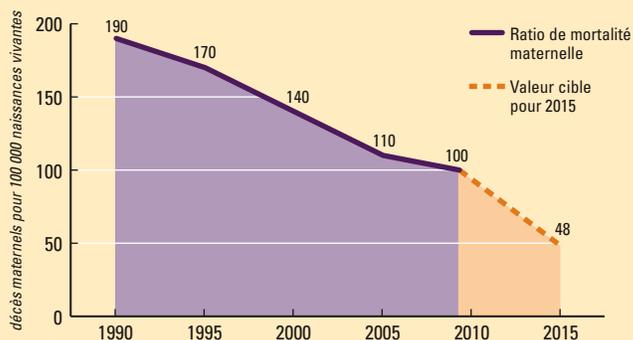
▶ POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Non
Le coût du plan est établi	Non
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Non
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

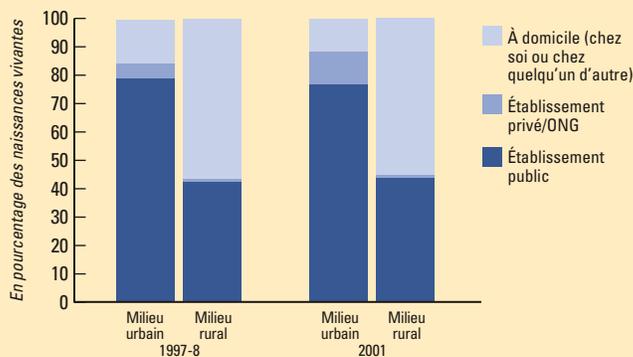
▶ SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	163
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	17
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	24
Établissements pour 1 000 naissances	1

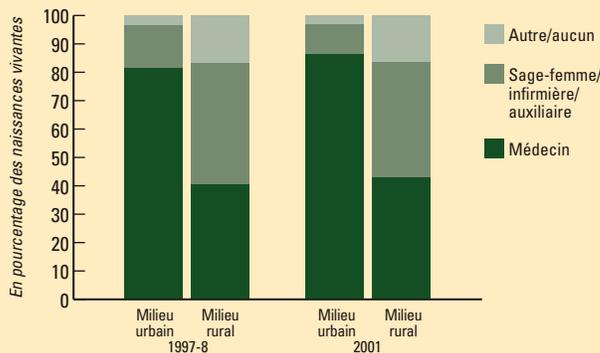
Tendances de la mortalité maternelle : 1990–2015



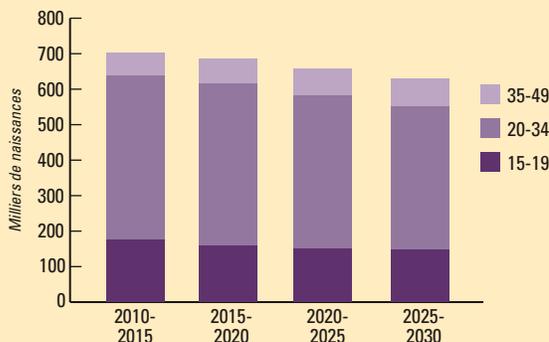
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe – indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Niger

La population du Niger, jeune et surtout rurale, serait frappée à 66 % par la pauvreté et on compte une proportion similaire d'analphabètes dans la population adulte. Les cycles de sécheresse et la désertification, s'ajoutant au conflit armé dans le nord du pays, ont fait obstacle aux efforts de développement. Le Niger est le pays d'Afrique subsaharienne où le taux de fécondité est le plus élevé. L'accès aux soins de santé procréative et à l'information correspondante est limité et les normes socioculturelles constituent des obstacles supplémentaires. La mortalité maternelle a progressivement diminué au cours des 20 dernières années mais demeure très élevée. La Stratégie de réduction de la pauvreté cherche à élargir l'utilisation des contraceptifs. Les ressources humaines prioritaires à former sont des sages-femmes, des obstétriciens gynécologues et des soignants de village compétents, et il faut s'assurer que ces soignants restent bien en poste. Le Plan national de développement de la santé publique donne la priorité à l'expansion des soins obstétricaux et néonataux d'urgence et notamment à l'élimination des pratiques traditionnelles qui compromettent la santé de la femme. Des mesures ont été prises pour améliorer la qualité des soignants afin de mieux gérer la santé publique.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	15 891 ; 17
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	1 606 ; 10
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	3 424 ; 22
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	7,1
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	54
Nombre de naissances par an (en milliers)	784
Pourcentage des naissances enregistrées	32
Nombre de décès maternels	6 500
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	35
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	23
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	158 695
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,2
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	2 045
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	14 ; 9
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	43 ; 15

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	820
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	33
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	11
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	199
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	46 ; 15
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	16
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	167

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	682
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	36
Obstétriciens	18
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	2 256
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	17 ; 15
Durée de la formation, en mois	36
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	–
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	–
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	1 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	340 ; 272 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 16 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	11 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	22 ●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	-
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	- ; -

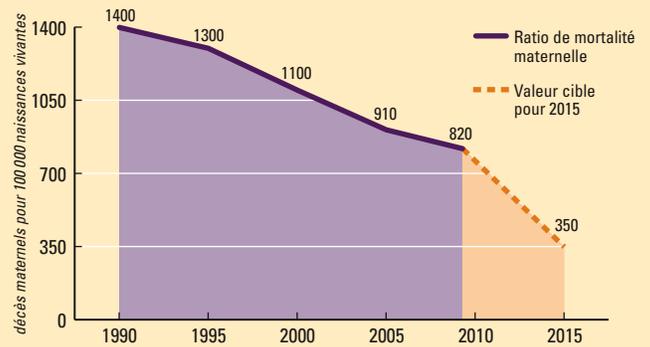
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Non
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Non
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	MM

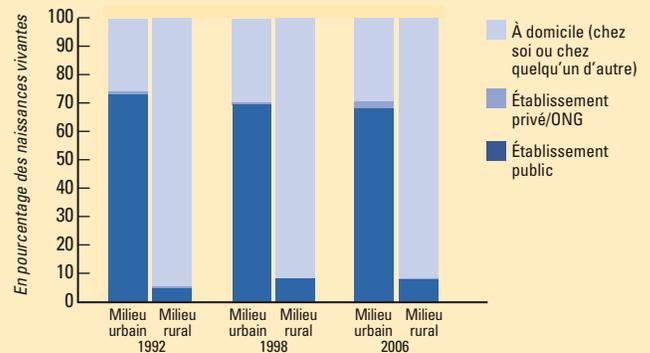
► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	237
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	44
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	29
Établissements pour 1 000 naissances	0

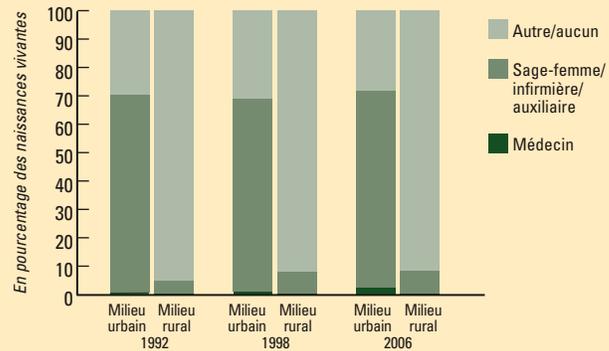
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



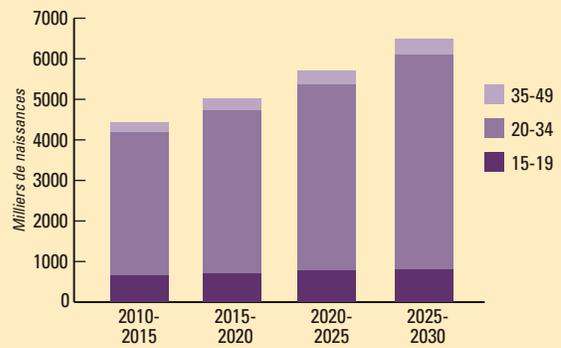
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Nigéria

Le Nigéria est exposé à des difficultés liées à son taux élevé d'accroissement de la population, qui est déjà très nombreuse. Le taux de fécondité générale et le taux de fécondité des adolescentes sont élevés et les méthodes modernes de contraception sont peu utilisées. La fragilité du système de soins, la médiocre condition sociale de la femme et des pratiques traditionnelles néfastes continuent à faire obstacle aux tentatives d'amélioration de la santé des femmes. Le taux de mortalité maternelle n'a diminué que de 24 % depuis 1990 et demeure très élevé. Une politique de gratuité des soins de santé maternelle est appliquée. Le Nigéria compte un corps nombreux de sages-femmes diplômées, mais elles doivent renouveler leur licence tous les trois ans. Cependant, l'accès aux soins de qualité dans les zones rurales et reculées fait problème, faute de pouvoir conserver sur place des soignantes qualifiées. En 2009, le Ministère de la santé a lancé son plan de formation de sages-femmes pour remédier à la pénurie de sages-femmes dans les centres de soins de santé primaires. Du fait de la pénurie d'enseignants qualifiés dans les écoles de médecine, on fait appel à des sages-femmes en retraite pour combler les lacunes.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	158 259 ; 50
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	16 899 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	37 425 ; 24
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	5,7
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	40
Nombre de naissances par an (en milliers)	6 003
Pourcentage des naissances enregistrées	33
Nombre de décès maternels	50 000
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	39
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	42
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	820 865
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	2,0
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	6 790
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	34 ; 27
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	72 ; 49

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	840
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	39
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	15
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	123
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	58 ; 45
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	20
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	143

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	88 796
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	–
Obstétriciens	<i>Indisponible</i>
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	117 568
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Oui ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	74 ; 27
Durée de la formation, en mois	6 à 60
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	>100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	7 375
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Oui
Le titre de sage-femme est protégé	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	-	○
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	2 727 ; 1 364	●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 23	●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	19	●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	28	●

ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	-
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Oui

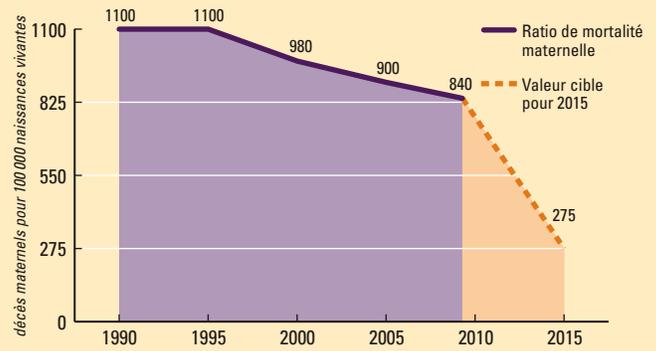
POLITQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	-
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Non
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	-
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

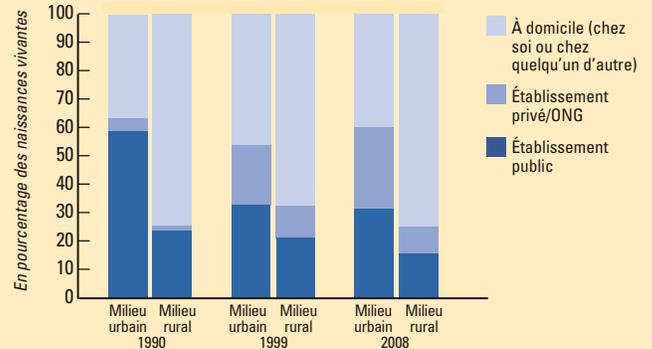
SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	Indisponible
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	Indisponible
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	163
Établissements pour 1 000 naissances	-

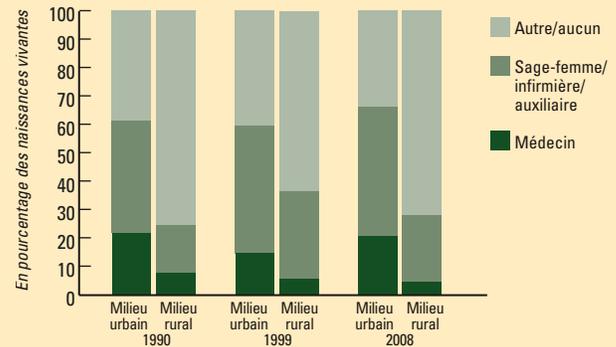
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



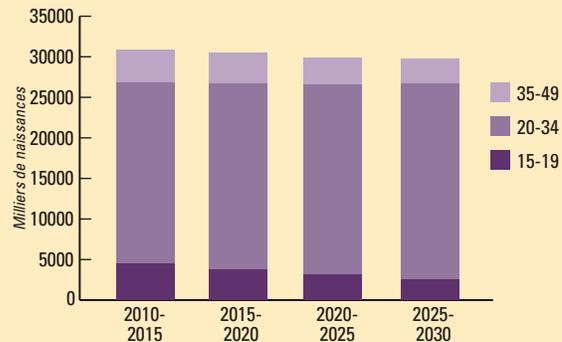
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Ouganda

La population ougandaise est surtout rurale, et 13 % seulement des Ougandais vivent dans les villes. Le taux de fécondité est élevé, la contraception faiblement utilisée et l'accroissement naturel est l'un de plus élevés au monde. Le taux de mortalité maternelle a diminué de 36 % depuis 1990 mais demeure élevé. Le Gouvernement ougandais a fait de la santé maternelle et infantile une priorité de développement du pays et il a lancé une feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Malgré la pénurie générale d'enseignants de l'obstétrique, le pays continue à former des sages-femmes. La formation classique, en trois ans, des sages-femmes n'est plus assurée dans les établissements d'enseignement public. Un nouveau programme est mis en place sous le nom de maîtrise en sciences de l'infirmière et de la sage-femme. Les sages-femmes diplômées sont encouragées à poursuivre leur formation et à acquérir de nouvelles compétences. Le Conseil ougandais des infirmières et des sages-femmes participe activement à cette action d'éducation.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	33 796 ; 13
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	3 808 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	7 345 ; 22
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	6,3
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	46
Nombre de naissances par an (en milliers)	1 448
Pourcentage des naissances enregistrées	21
Nombre de décès maternels	6 300
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	31
Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances vivantes)	25
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	968 157
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	1,4
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	2 021
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	27 ; 23
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	82 ; 67

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	430
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	42
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	24
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	159
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	94 ; 47
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	41
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	130

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	9 701
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	–
Obstétriciens	144
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Oui

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Oui ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	53 ; 38
Durée de la formation, en mois	18 à 36
Nombre d'admissions en première année	1 527
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	>100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	4 605
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	1 453
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Oui
Le titre de sage-femme est protégé	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	7 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	653 ; 555 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 35 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	12 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	24 ●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	5 154
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Oui

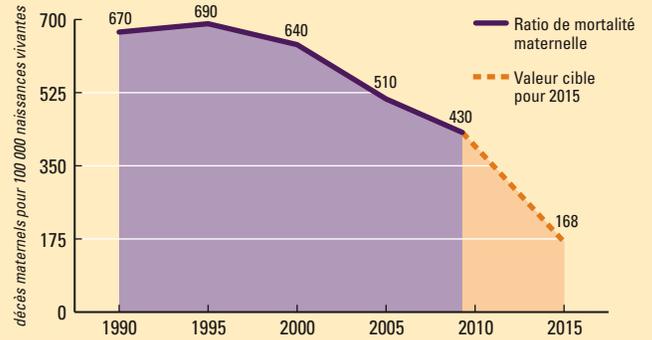
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Non
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Non
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	En partie

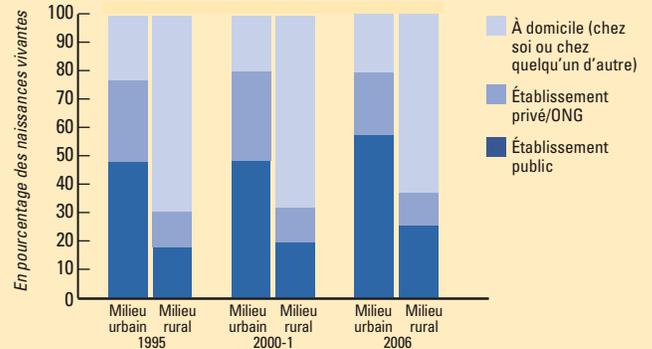
► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	2 471
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	853
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	164
Établissements pour 1 000 naissances	2

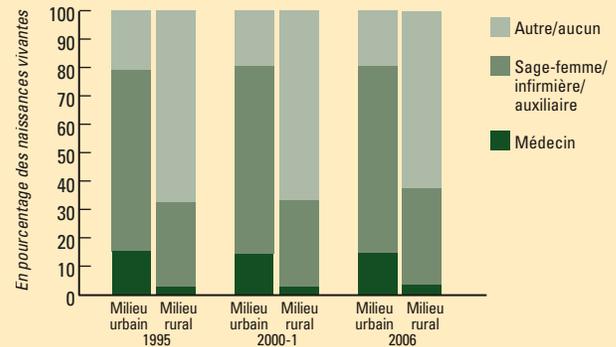
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



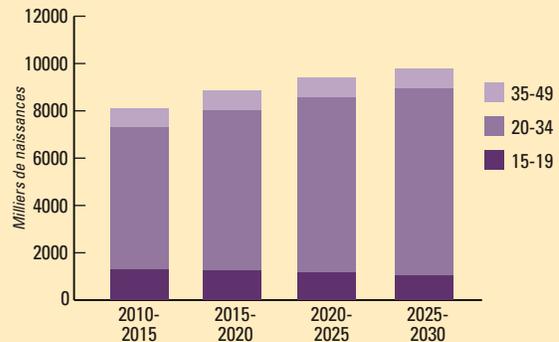
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Ouzbékistan

Pays le plus peuplé d'Asie centrale, l'Ouzbékistan connaît un taux de chômage très élevé. Quarante six pour cent de la population vit dans la pauvreté et les problèmes actuels sont la stagnation économique et les conflits internes. Le malaise social et une forte émigration, en particulier de jeunes qualifiés, font également problème. Les disparités régionales de revenu et d'utilisation des services de soins de santé de base causent d'autres complications. La mortalité maternelle n'a pas diminué de manière notable depuis 1995. Une politique nationale de création de services de santé maternelle et néonatale est mise en place, ainsi qu'une politique qui prévoit la gratuité des soins de santé maternelle et infantile. La pratique de sage-femme est considérée comme une spécialisation de la profession d'infirmière. Une formation à deux niveaux à la profession de sage-femme a été mise en place pour améliorer les compétences des sages-femmes, et le nouveau programme inclut toutes les compétences définies par l'ICM. L'absence de distinction bien nette des attributions et des tâches entre les obstétriciens et les sages-femmes, pendant l'accouchement, est le principal problème du lieu de travail.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	27 794 ; 36
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	3 182 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	7 944 ; 29
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	2,6
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	22
Nombre de naissances par an (en milliers)	551
Pourcentage des naissances enregistrées	100
Nombre de décès maternels	170
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	17
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	6
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	414 346
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	–
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	13,4
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	–
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	102 ; 101
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	100 ; 99

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	30
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	100
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	65
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	26
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	99 ; 79
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	14
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	38

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	24 100
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	–
Obstétriciens	5 000
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Non ; Non ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	98 ; 0
Durée de la formation, en mois	36
Nombre d'admissions en première année	4 000
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	–
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	4 000
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	-
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	265 ; 169
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 1400
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	1
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	48

ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	150 000
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Non ; -

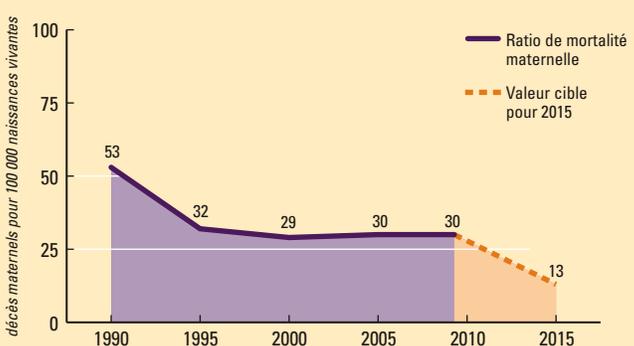
POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Non
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Non
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	En partie

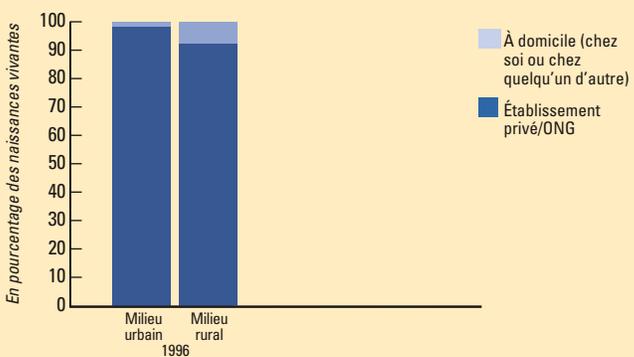
SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	Indisponible
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	240
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	220
Établissements pour 1 000 naissances	-

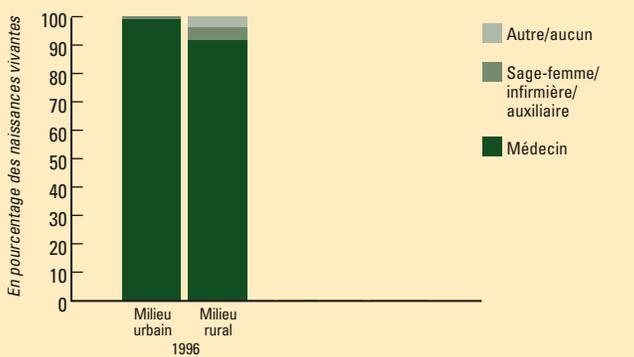
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



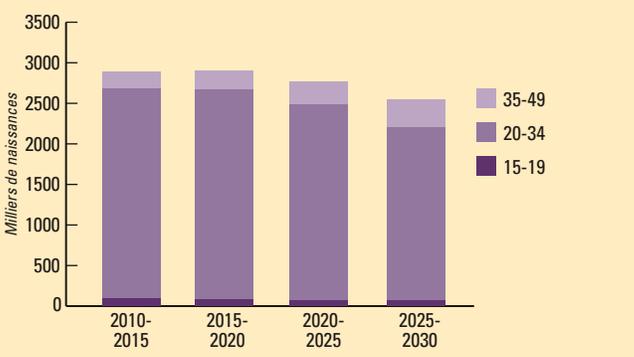
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Pakistan

La population du Pakistan est nombreuse, jeune et en accroissement rapide. L'exode rural est fort. L'égalité des sexes a progressé, mais le taux d'alphabétisation et d'activité des femmes est faible. L'utilisation de contraceptifs a augmenté au cours des 10 dernières années et le taux de fécondité générale a légèrement diminué. La mortalité maternelle a été réduite de 48 % depuis 1990. Un programme national de soins de santé maternelle, néonatale et infantile a été rédigé en 2005 et cherche à élargir l'accès à des soins de qualité, l'accent étant mis sur les groupes à faible revenu et les populations vulnérables. Il existe au Pakistan une politique de gratuité des soins, mais les femmes continuent à devoir payer une partie des coûts de leur poche. Depuis la rédaction du programme de 2005 on met davantage l'accent sur la pratique de la sage-femme, ce qui abouti à la création de l'Association des sages-femmes du Pakistan. La formation et l'appui à un nouveau corps de sages-femmes communautaires ont commencé dans certains districts du pays, et on cherche à augmenter les effectifs d'enseignants. L'élimination des lacunes dans le programme de formation des sages-femmes et dans la fourniture des soins seraient de nature à améliorer les soins de santé maternelle et néonatale.

► INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	184 753 ; 36
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	19 899 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	45 740 ; 25
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	4,0
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	30
Nombre de naissances par an (en milliers)	5 295
Pourcentage des naissances enregistrées	–
Nombre de décès maternels	14 000
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	42
Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances vivantes)	46
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	10 277
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	1,4
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	7 030
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	37 ; 28
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	67 ; 40

► INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	260
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	39
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	27
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	20
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	61 ; 28
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	25
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	89

► EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	54 706
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	Indisponible
Obstétriciens	2 933
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

► EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	242 ; 44
Durée de la formation, en mois	12 à 18
Nombre d'admissions en première année	9 019
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	–
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	–
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	7 166
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

► RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	10
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	2 281 ; 1 368
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 93
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	26
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	48

ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	1 000
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Non

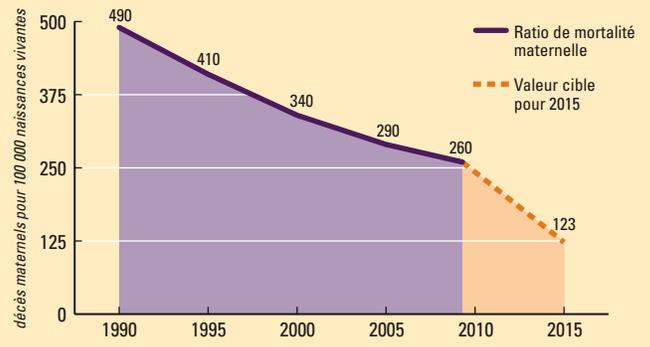
POLITQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Non
Le coût du plan est établi	Non
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Non
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	-
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	MM
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

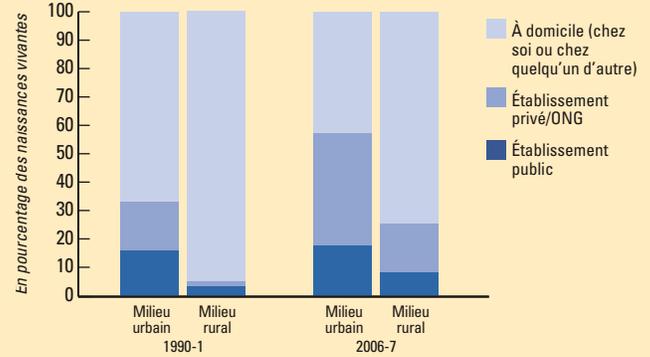
SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	Indisponible
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	Indisponible
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	Indisponible
Établissements pour 1 000 naissances	-

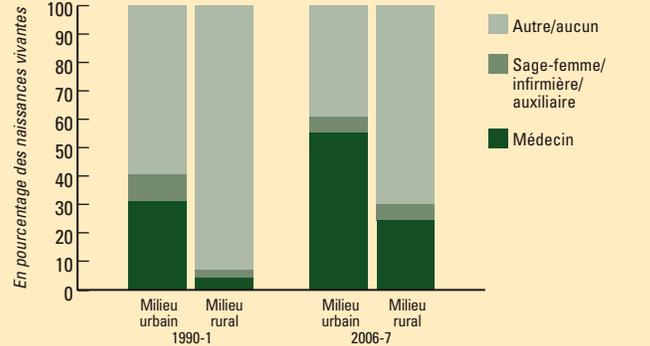
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



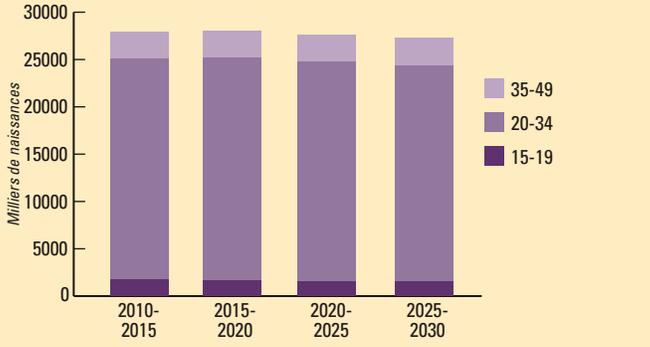
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Papouasie-Nouvelle-Guinée

Occupant la moitié de l'une des plus grandes îles du Pacifique, la Papouasie-Nouvelle-Guinée présente une très grande diversité culturelle et a une population en augmentation rapide, très jeune et surtout rurale. Le taux de fécondité générale demeure élevé. Avec une réduction de 26 % seulement depuis 1990 du taux de mortalité maternelle, la Papouasie-Nouvelle-Guinée est l'un des pays du Pacifique occidental où ce taux est parmi les plus élevés. La proportion d'accouchements surveillés par du personnel qualifié est faible en raison surtout d'une pénurie aiguë de sages-femmes, de la difficulté d'accès aux soins, du manque de maternités et du manque de confiance dans les services publics dans ce pays. L'actuel plan de santé publique 2011-2020 cherche à satisfaire les besoins de création de centres de soins communautaires. On cherche aussi à remédier à la pénurie de sages-femmes en renforçant les écoles de sages-femmes. Il n'y a pas actuellement de formation directe à cette profession, et il faut d'abord suivre un enseignement pour la profession d'infirmière, suivi d'un programme de formation de sage-femme d'un an.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	6 888 ; 13
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	722 ; 10
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	1 723 ; 25
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	4,1
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	31
Nombre de naissances par an (en milliers)	206
Pourcentage des naissances enregistrées	–
Nombre de décès maternels	530
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	26
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	15
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	43 942
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,6
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	239
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	– ; –
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	64 ; 56

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	250
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	53
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	26
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	70
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	79 ; 55
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	–
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	69

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	292
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	225
Obstétriciens	16
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Oui

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Non ; Oui ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	12 ; 7
Durée de la formation, en mois	12 à 36
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	–
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	–
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



PAPOUASIE-NOUVELLE-GUINÉE

Port Moresby

AUSTRALIE

BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	1 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	87 ; 75 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 94 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	5 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	37 ●

▶ ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	–
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Non

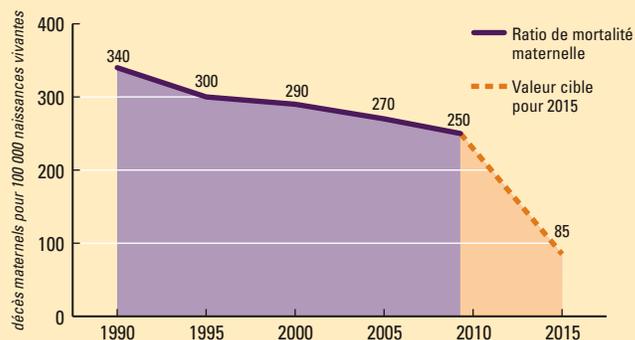
▶ POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	En partie

▶ SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	–
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	584
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	26
Établissements pour 1 000 naissances	–

Tendances de la mortalité maternelle : 1990–2015



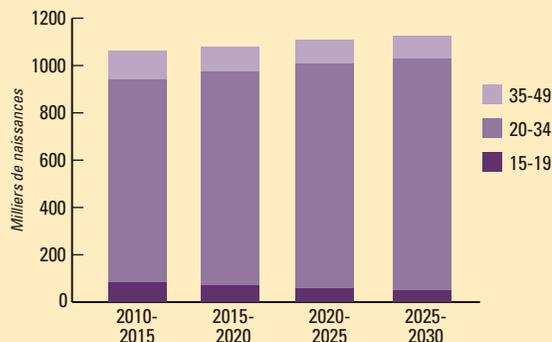
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe – indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

République centrafricaine

La République centrafricaine présente une grande diversité ethnique et une faible densité de population. Il sort d'une période d'instabilité due à un long conflit armé interne qui a aggravé une situation économique déjà précaire et limité encore davantage l'accès aux soins de santé et autres services sociaux de base. Le taux de fécondité générale et la fécondité des adolescentes en particulier sont élevés, et la contraception peu utilisée. Le taux de mortalité maternelle demeure très élevé et n'a pas diminué depuis 1990, en partie en raison de la forte prévalence du VIH/sida. Les soins de santé maternelle et infantile sont une priorité dans le Plan national de santé publique. Un programme de formation directe de sage-femme est en place mais la plupart des diplômées ne peuvent trouver une affectation dans le secteur public. La réglementation et les procédures d'homologation de la profession de sage-femme n'ont pas encore été définies. Un programme de perfectionnement permanent est en place mais concentré surtout dans les zones urbaines. L'Association nationale des sages-femmes et des infirmières sages-femmes milite activement pour le développement de la profession.

INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	4 506 ; 39
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	483 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	1 098 ; 24
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	4,8
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	35
Nombre de naissances par an (en milliers)	153
Pourcentage des naissances enregistrées	49
Nombre de décès maternels	1 300
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	45
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	28
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	43 775
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,5
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	162
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	18 ; 10
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	69 ; 41

INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	850
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	53
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	19
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	133
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	69 ; -
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	-
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	172

EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	511
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	273
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	143
Obstétriciens	8
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	-
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	1 ; 0
Durée de la formation, en mois	36
Nombre d'admissions en première année	-
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	-
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	100
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	-
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	-
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	-
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



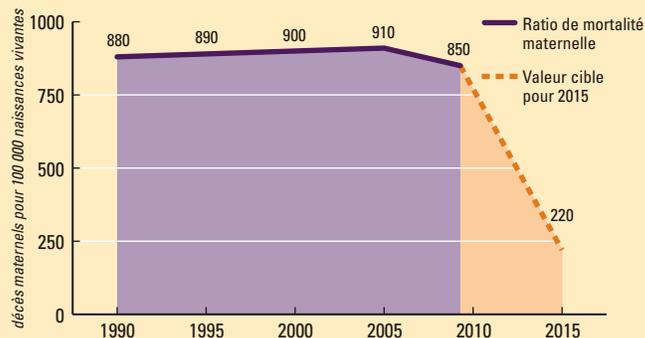
BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	3 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	75 ; 45 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 27 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	13 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	26 ●

▶ ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES	
Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	100
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Non ; Non

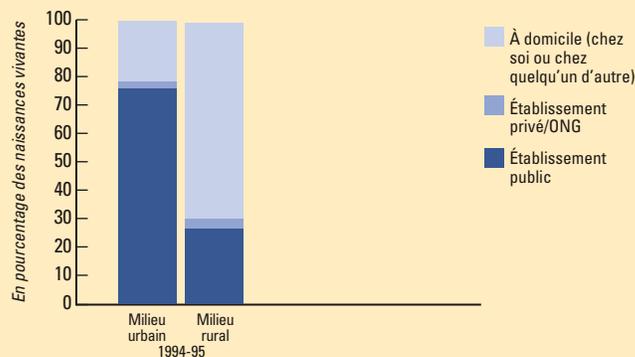
▶ POLITIQUES	
Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	-
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Non

▶ SERVICES	
Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	316
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	127
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	62
Établissements pour 1 000 naissances	2

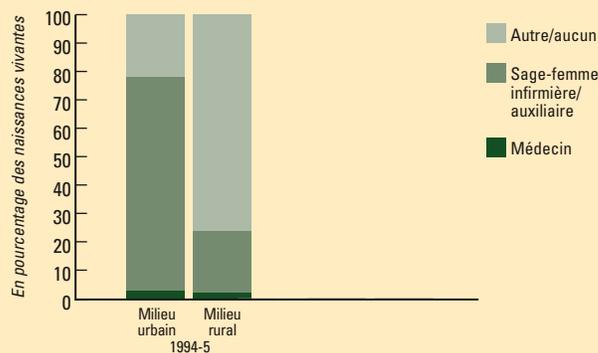
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



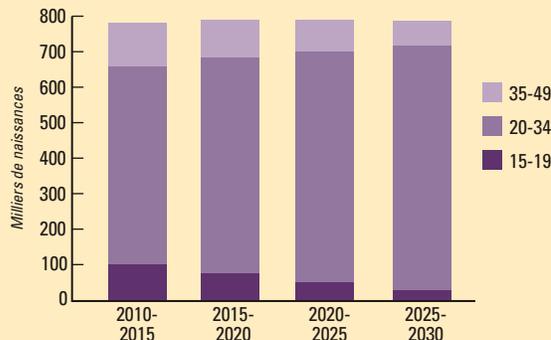
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

République démocratique du Congo

De nombreuses années de conflit et d'instabilité ont gravement endommagé ou détruit une grande partie de l'équipement de la République démocratique du Congo. Plus de la moitié de la population, qui est nombreuse, vit dans la pauvreté et le taux de fécondité générale demeure élevé. Le taux de mortalité maternelle a été réduit mais demeure très élevé. Une feuille de route pour améliorer les soins de santé maternelle et néonatale a été établie et budgétisée, mais elle n'est pas encore pleinement appliquée au niveau des districts. La formation de soignants ne prévoit pas expressément, dans le plan national, la formation des sages-femmes. Un programme conjugué de formation d'infirmières et de sages-femmes est appliqué dans les six écoles d'infirmières existant dans le pays. On manque cependant de personnel enseignant dans la profession de sage-femme et les spécialistes disponibles sont concentrés dans la capitale. Il faut également augmenter les effectifs et les compétences du personnel enseignant.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	67 827 ; 35
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	7 533 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	15 345 ; 23
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	6,0
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	45
Nombre de naissances par an (en milliers)	2 859
Pourcentage des naissances enregistrées	99
Nombre de décès maternels	19 000
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	51
Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances vivantes)	32
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	253 297
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,6
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	3 983
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	45 ; 25
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	78 ; 56

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	670
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	74
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	21
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	127
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	85 ; 47
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	24
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	199

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	5 758
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	Indisponible
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	Indisponible
Obstétriciens	–
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	Indisponible
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Oui ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	38 ; 9
Durée de la formation, en mois	36 à 48
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	82
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	1 163
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public régleme la profession de sage-femme	Non
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Non
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	2 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	1 313 ; 854 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 24 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	15 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	26 ●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	-
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	- ; -

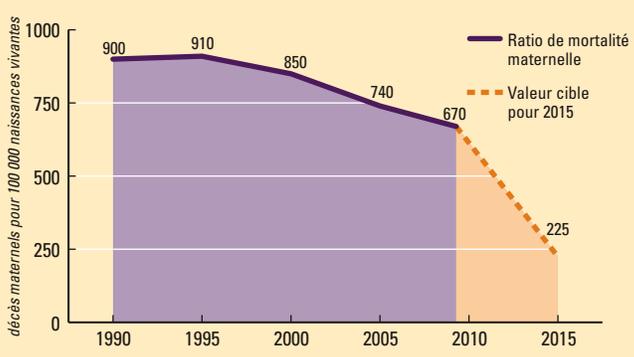
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Non
Le coût du plan est établi	Non
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Non
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Non

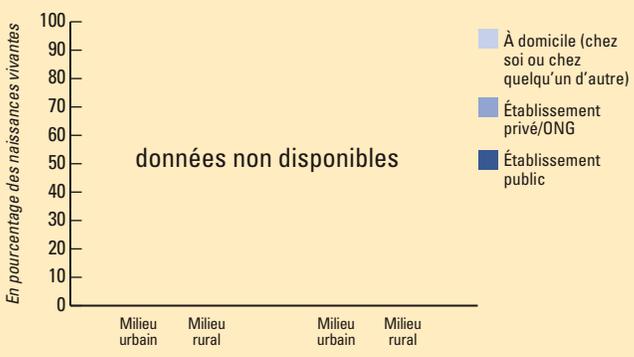
► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	Indisponible
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	Indisponible
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	Indisponible
Établissements pour 1 000 naissances	-

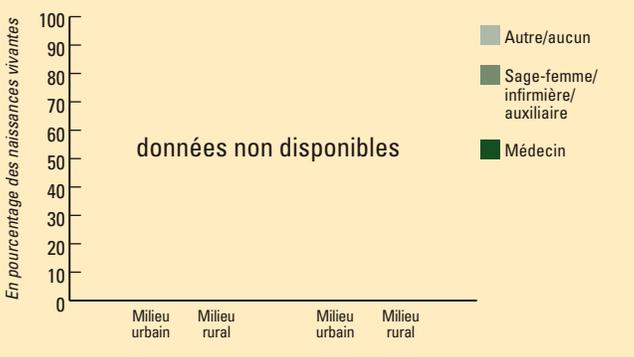
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



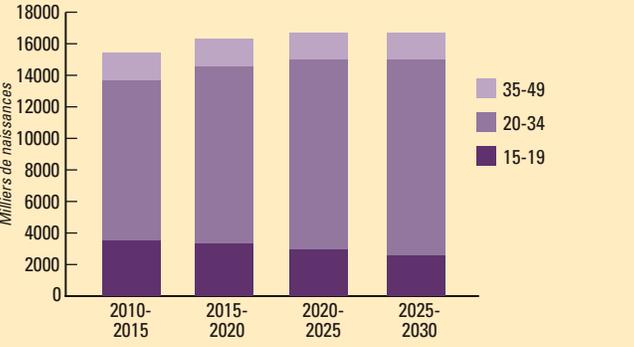
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

République démocratique populaire lao

En République démocratique populaire lao, la majorité de la population vit dans des zones rurales. La géographie du pays, sa diversité culturelle, sa faible densité de population et la forte incidence de la pauvreté expliquent l'accès très limité aux soins de santé. La réduction du taux de fécondité générale et l'augmentation de l'utilisation des contraceptifs ont progressé au cours des 5 dernières années. Le taux de mortalité maternelle a diminué de 51 % depuis 1990 mais reste très élevé. Une évaluation menée en 2008 a montré que 80 % des soignants n'avaient que des compétences très limitées pour aider les femmes pendant la grossesse, le travail et l'accouchement. Depuis 2009, le Plan national pour un accouchement surveillé par du personnel qualifié a été mis en place pour recruter, former et perfectionner du personnel afin de constituer un cadre de sages-femmes compétentes. Les sages-femmes diplômées sont affectées à des structures sanitaires où elles dispensent des soins et font un travail de sensibilisation de la communauté locale. Le renforcement du système de soins permettra d'améliorer les conditions d'exercice des sages-femmes nouvellement diplômées.

► INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	6 436 ; 33
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	762 ; 12
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	1 667 ; 26
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	3,5
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	27
Nombre de naissances par an (en milliers)	170
Pourcentage des naissances enregistrées	59
Nombre de décès maternels	980
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	22
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	17
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	3 094
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	1,2
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	360
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	48 ; 39
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	82 ; 63

► INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	580
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	20
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	32
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	110
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	35 ; -
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	40
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	61

► EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	343
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	208
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	174
Obstétriciens	69
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	381
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

► EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Non ; Oui ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	16 ; 0
Durée de la formation, en mois	12
Nombre d'admissions en première année	-
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	-
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	-
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

► RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	2 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	75 ; 49 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 49 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	5 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	38 ●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Non
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	-
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	- ; -

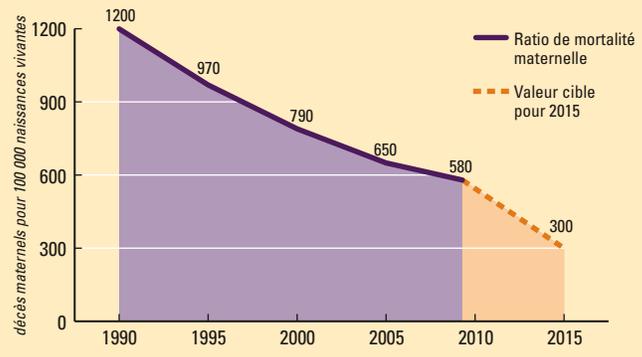
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	-
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Non
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Non
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Non
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	En partie

► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	Indisponible
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	150
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	46
Établissements pour 1 000 naissances	-

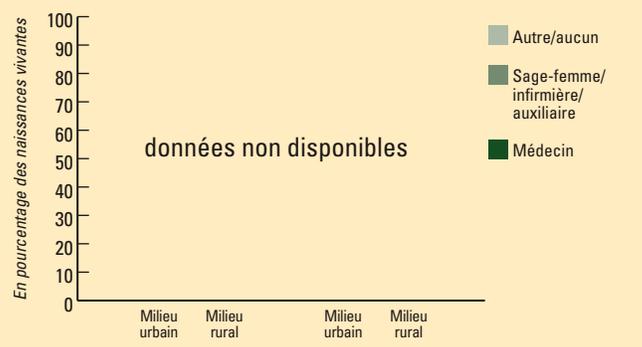
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



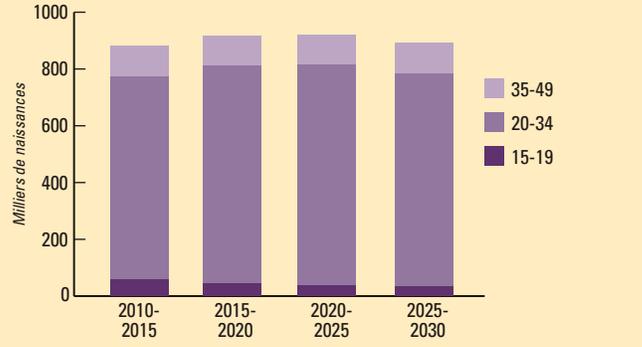
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

République-Unie de Tanzanie

La population de la Tanzanie est surtout rurale et augmente rapidement, avec un taux de fécondité élevé et une faible utilisation de la contraception. La santé des enfants s'est améliorée en Tanzanie et à Zanzibar mais la mortalité maternelle demeure très élevée, n'ayant que faiblement diminué depuis 2005. Cette situation s'explique par la forte prévalence de l'infection par le VIH. Une politique de gratuité des soins de santé maternelle a été instituée. Le Plan stratégique pour le secteur de la santé publique traite expressément des effectifs de sages-femmes; la priorité est donnée, pour surveiller les accouchements, à l'augmentation du nombre d'accoucheuses qualifiées connaissant les gestes salvateurs et ayant les autres compétences de sage-femme. Le plan préconise des incitations pour maintenir en poste les sages-femmes, en particulier dans les zones reculées du pays. La grande majorité des sages-femmes sont des infirmières-sages-femmes. La loi tanzanienne de 2010 sur la profession d'infirmière et de sage-femme autorise la délivrance du diplôme de praticienne et l'accréditation des établissements de formation des sages-femmes. Des innovations sont en cours pour améliorer la qualité de cette formation, mais le manque de personnel enseignant qualifié ralentit leur application.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	45 040 ; 26
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	4 758 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	10 271 ; 23
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	5,6
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	42
Nombre de naissances par an (en milliers)	1 750
Pourcentage des naissances enregistrées	8
Nombre de décès maternels	14 000
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	34
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	26
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	1 194 172
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,2
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	1 739
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	7 ; 5
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	79 ; 66

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	790
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	43
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	26
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	139
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	76 ; 62
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	22
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	111

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	2 720
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	–
Obstétriciens	140
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Oui

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjugulée; échelonnée)	Oui ; Oui ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	84 ; 46
Durée de la formation, en mois	12 à 48
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	>100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	4 095
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Oui
Le titre de sage-femme est protégé	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	2
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	758 ; 531
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 23
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	12
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	31

ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	4 965
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Oui

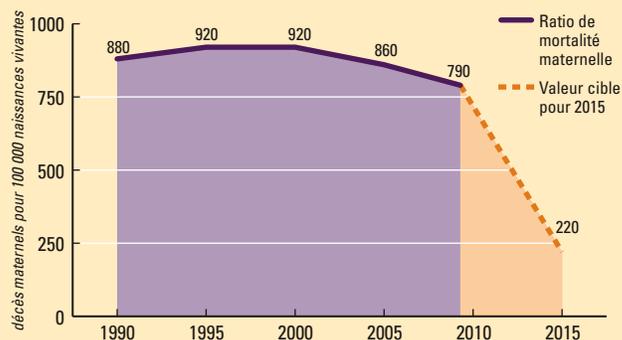
POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Non
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Non
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	En partie

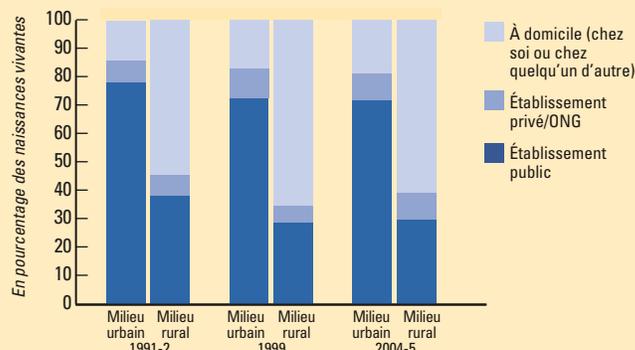
SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	Indisponible
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	Indisponible
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	Indisponible
Établissements pour 1 000 naissances	-

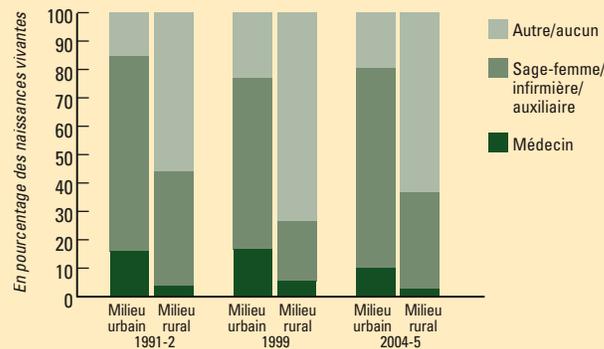
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



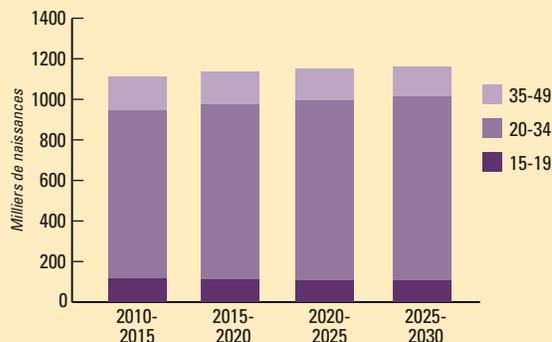
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Rwanda

Le Rwanda progresse dans la reconstruction de la société depuis quelques années. L'utilisation de contraceptifs modernes a augmenté mais le taux de fécondité générale demeure élevé et la population s'accroît rapidement. Des mesures sont en place pour enrayer la propagation de l'infection au VIH et pour autonomiser la femme. La mortalité maternelle a été notablement réduite, surtout au cours des 10 dernières années, mais elle demeure élevée. La stratégie nationale de développement de la santé publique donne la priorité aux soins maternels et néonataux et un plan d'assurance maladie prévoit la gratuité de ces soins. Le Rwanda a commencé à constituer un corps complet de sages-femmes qui vient s'ajouter aux infirmières sages-femmes et la réglementation de la profession de sage-femme doit être complétée. La formation avant l'emploi devrait augmenter en réponse à l'engagement des autorités de former cinq fois plus de sages-femmes, mais le Rwanda ne produit toujours pas suffisamment de sages-femmes compétentes. L'absence d'écoles de sages-femmes et la pénurie de personnel enseignant dans cette discipline sont les principales contraintes.

INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	10 277 ; 19
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	1 059 ; 10
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	2 584 ; 25
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	5,4
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	41
Nombre de naissances par an (en milliers)	395
Pourcentage des naissances enregistrées	82
Nombre de décès maternels	2 200
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	33
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	23
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	294 457
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,5
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	586
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	23 ; 21
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	75 ; 66

INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	540
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	52
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	36
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	43
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	96 ; 24
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	38
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	117

EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	1 658
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	550
Obstétriciens	20
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	15 000
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Oui

EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	6 ; 2
Durée de la formation, en mois	36
Nombre d'admissions en première année	150
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	180
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	–
Le titre de sage-femme est protégé	–
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	–
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	–
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	4 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	180 ; 144 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 35 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	11 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	30 ●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	-
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Non ; Oui

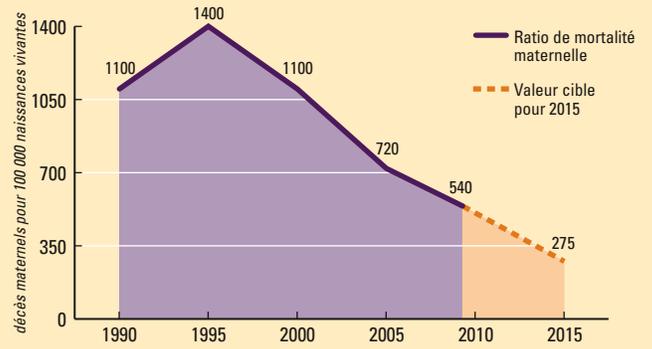
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	-
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	-
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

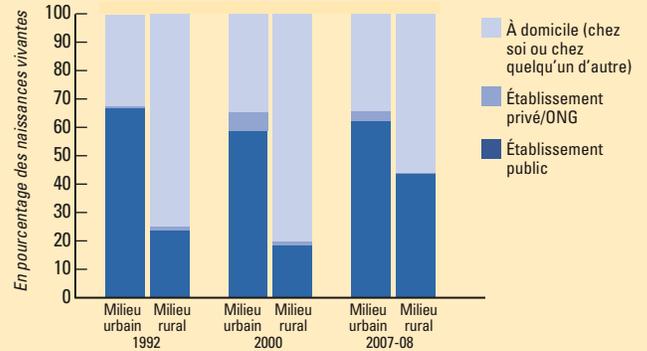
► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	-
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	430
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	44
Établissements pour 1 000 naissances	-

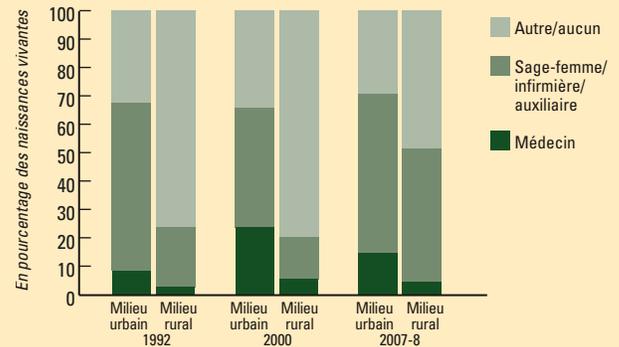
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



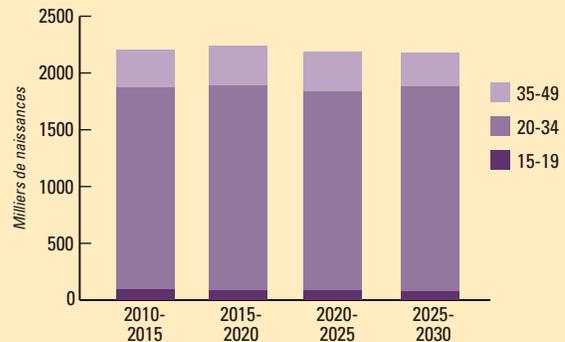
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Sénégal

Le Sénégal a progressé dans l'accès à l'éducation et dans l'égalisation de la scolarisation des garçons et des filles. La fécondité a légèrement diminué mais demeure élevée. La contraception demeure peu utilisée. Certains villages abandonnent des pratiques néfastes mais la mutilation/excision génitale de la femme demeure largement pratiquée. La mortalité maternelle a été notablement réduite au cours des 20 dernières années mais elle demeure élevée. Il existe une feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales, et une politique de gratuité de l'accouchement en maternité, y compris pour les césariennes, a abouti à une augmentation de l'utilisation de ces services depuis 2005. Le Sénégal fait face à une pénurie générale de personnel soignant qualifié (y compris les sages-femmes, les obstétriciens, les anesthésistes et les pédiatres) surtout dans les zones rurales. Le rôle des sages-femmes a été élargi pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence et aux services de planification familiale, et les autorités se sont engagées de recruter davantage de sages-femmes dans le secteur public. Des mesures pour mieux déployer et fidéliser les sages-femmes dans les zones rurales sont à l'essai.

► INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	12 861 ; 42
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	1 449 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	3 162 ; 25
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	4,8
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	38
Nombre de naissances par an (en milliers)	468
Pourcentage des naissances enregistrées	55
Nombre de décès maternels	1 900
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	31
Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances vivantes)	34
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	166 830
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,5
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	450
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	34 ; 27
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	52 ; 33

► INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	410
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	52
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	12
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	96
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	87 ; 40
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	32
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	95

► EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	990
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	60
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	14
Obstétriciens	126
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	1 603
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	–

► EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjugulée; échelonnée)	Oui ; Oui ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	136 ; 126
Durée de la formation, en mois	24 à 36
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	–
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

► RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Oui
Le titre de sage-femme est protégé	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	2 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	200 ; 110 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 46 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	16 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	33 ●

► **ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES**

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	-
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; -

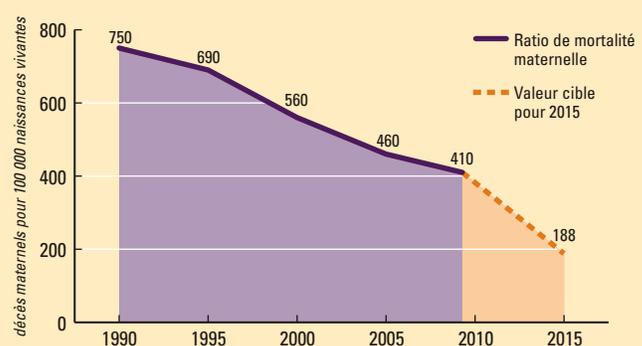
► **POLITQUES**

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	-
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Non
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	En partie

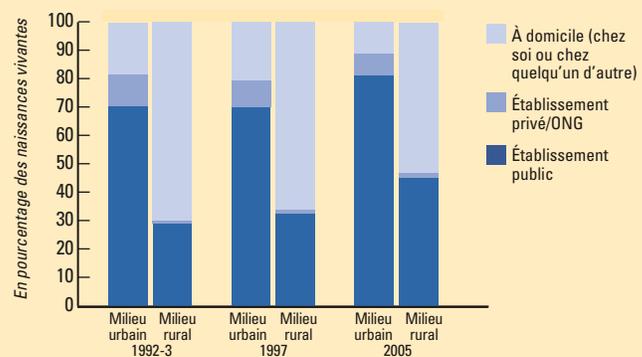
► **SERVICES**

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	2 381
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	1 273
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	39
Établissements pour 1 000 naissances	5

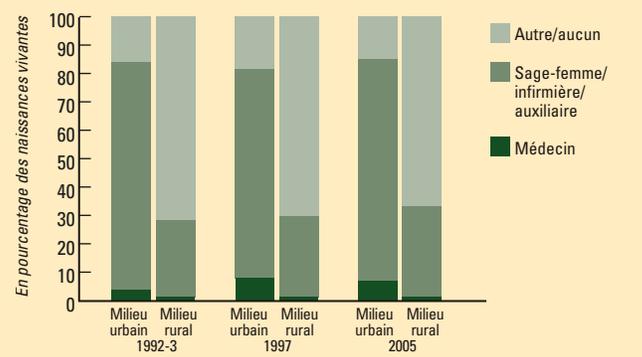
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



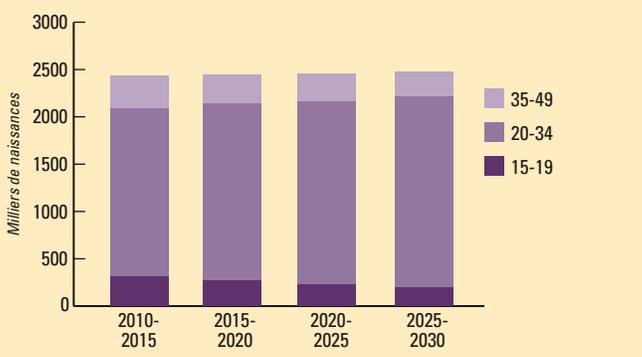
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Sierra Leone

Une grande partie de l'infrastructure sanitaire de la Sierra Leone a été détruite pendant les quelque 10 années de guerre qui se sont achevées en 2002; elle est en cours de remise en état. Il existe entre les zones urbaines et les zones rurales, où vivent la plupart des habitants, de vastes disparités pour ce qui est de l'accès aux soins de santé primaires. L'utilisation de la contraception est faible et le taux de fécondité élevé. Le taux de mortalité maternelle a légèrement diminué au cours des 20 dernières années mais demeure très élevé. Une initiative de gratuité des soins et un ensemble essentiel de soins de santé ont été introduits, ce qui entraîne une charge de travail supplémentaire pour les sages-femmes. Il est admis qu'il faut en priorité remédier à la pénurie de sages-femmes. Les infirmières diplômées peuvent recevoir une formation à la profession de sage-femme. Le programme d'enseignement a récemment été révisé pour se conformer aux prescriptions de l'ICM. Mais les sages-femmes se heurtent à des difficultés pratiques, comme l'absence d'une supervision amicale, la pénurie de médicaments et d'équipement. La distribution inégale des services et des soignants fait également problème et, pour assurer une couverture adéquate et un bon équilibre des compétences, il faut mettre en œuvre des stratégies efficaces de déploiement et de fidélisation des sages-femmes.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	5 836 ; 38
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	590 ; 10
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	1 456 ; 25
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	5,2
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	40
Nombre de naissances par an (en milliers)	221
Pourcentage des naissances enregistrées	48
Nombre de décès maternels	2 200
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	49
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	30
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	99 256
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,2
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	340
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	42 ; 28
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	52 ; 29

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	970
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	42
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	8
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	143
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	87 ; 56
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	28
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	198

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	111
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	–
Obstétriciens	–
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Non ; Non ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	2 ; 0
Durée de la formation, en mois	18 à 24
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	>100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	225
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	41
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	–

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	–
Le titre de sage-femme est protégé	–
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	1
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	100 ; 62
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 21
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	14
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	25

ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	250
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Non

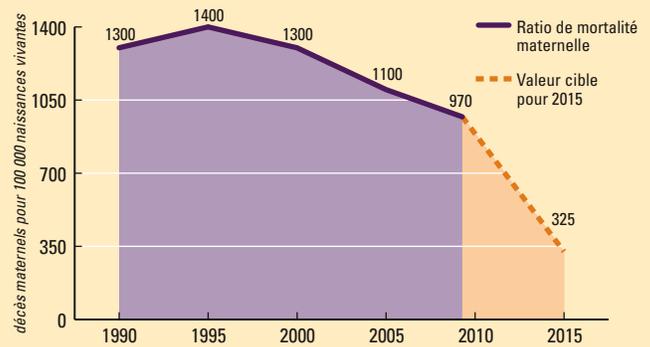
POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	-
La notification des décès maternels est obligatoire	Non
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

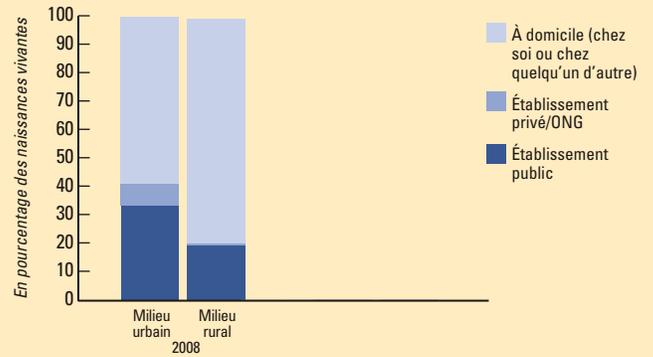
SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	-
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	-
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	17
Établissements pour 1 000 naissances	-

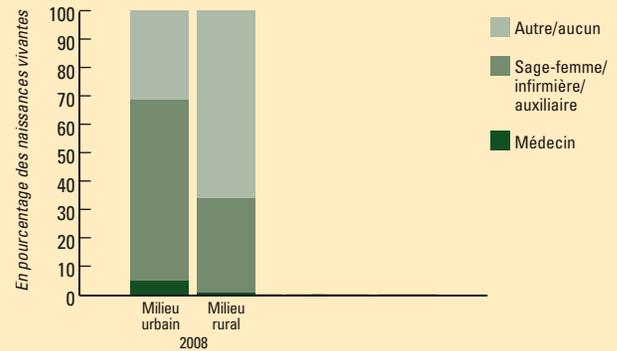
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



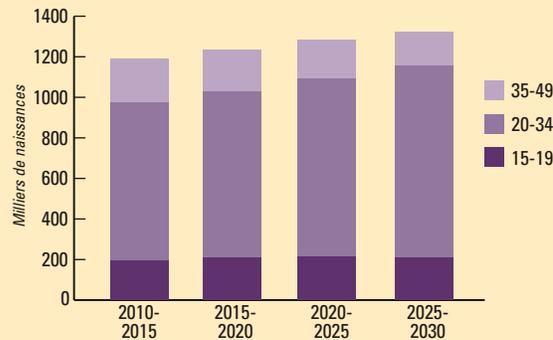
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Somalie

L'instabilité politique, le fait que le pays est divisé en trois entités politiques distinctes et l'aggravation de la crise humanitaire ont sérieusement compromis la qualité et l'existence même des structures sanitaires, de sorte que bien souvent les Somaliens n'ont pas accès aux soins essentiels. L'infrastructure sanitaire affaiblie et les taux médiocres d'alphabétisation, une pénurie de soignants et la difficulté d'accéder aux structures sanitaires ont contribué à la dégradation des indicateurs de santé publique. L'intensification des combats dans la région du centre-sud retentit sur les efforts humanitaires, tandis que la situation est beaucoup plus favorable dans le Somaliland. On estime que la mortalité maternelle a augmenté au cours des 20 dernières années et elle est actuellement extrêmement élevée. Les infirmières et les sages-femmes sont formées aux soins essentiels obstétricaux d'urgence mais ne sont pas pleinement autorisées à prescrire des médicaments qui sauveraient la vie de la mère, ce qui est problématique en particulier dans les régions reculées. L'amélioration des carrières d'infirmière et de sage-femme est l'une des nombreuses conditions à remplir pour améliorer l'état de santé des mères et des nouveau-nés en Somalie.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	9 359 ; 37
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	937 ; 10
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	2 151 ; 23
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	6,4
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	44
Nombre de naissances par an (en milliers)	392
Pourcentage des naissances enregistrées	3
Nombre de décès maternels	4 800
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	53
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	30
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	1 131
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Non
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,1
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	832
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	11 ; 5
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	- ; -

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	1 200
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	33
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	15
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	123
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	26 ; 6
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	-
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	180

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

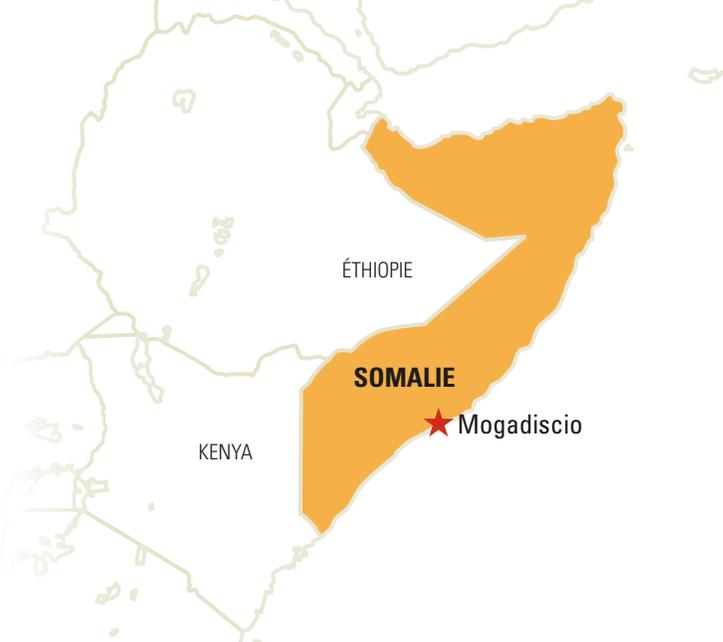
Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	429
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	Indisponible
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	Indisponible
Obstétriciens	Indisponible
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	Indisponible
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Oui

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	8 ; 2
Durée de la formation, en mois	12 à 18
Nombre d'admissions en première année	-
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	>100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	180
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	-
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Non

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	-
Le titre de sage-femme est protégé	-
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	1	●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	178 ; 130	●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 14	●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	14	●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	29	●

▶ ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	350
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Non ; Non

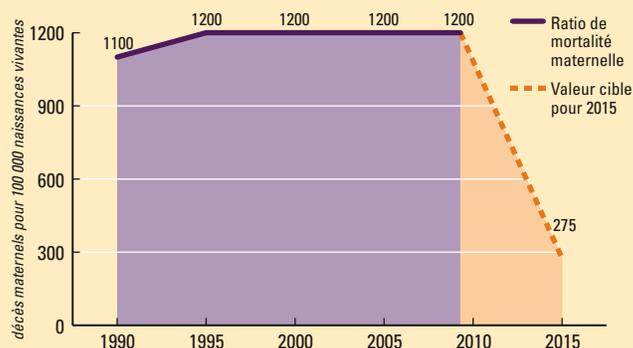
▶ POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Non
Le coût du plan est établi	–
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	–
La notification des décès maternels est obligatoire	Non
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Non
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Non
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Non

▶ SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	Indisponible
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	Indisponible
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	Indisponible
Établissements pour 1 000 naissances	–

Tendances de la mortalité maternelle : 1990–2015



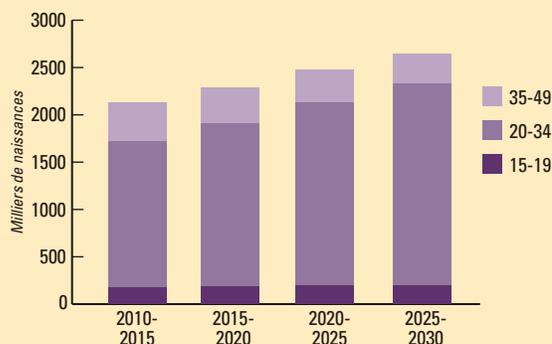
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe – indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Soudan

Des années de conflit interne ont très gravement compromis l'infrastructure et les effectifs de la santé publique au Soudan, qui étaient autrefois remarquables. Les États du sud du pays sont sur le point de faire sécession et devenir la République indépendante du Sud-Soudan. On ne parle ici donc que du reste du Soudan. La population est aux deux tiers rurale et elle est très dispersée, 60 % des Soudanais vivant dans la pauvreté. Cinquante pour cent des femmes des zones rurales n'ont aucun accès aux soins obstétricaux d'urgence. La mortalité maternelle est très élevée et n'a pas notablement diminué depuis 1990. Les principaux soignants, les sages-femmes de village, ont reçu une formation insuffisante, ne sont pas payées et sont très peu aidées. Leur maintien en poste dans les zones rurales est un problème aigu. La formation des sages-femmes se ressent d'un manque de personnel enseignant compétent et de la faiblesse des ressources des établissements. En dépit des nombreuses difficultés, le Soudan fait des efforts importants pour accorder une priorité élevée aux soins de santé maternelle et néonatale dans la politique de santé publique. Une stratégie nationale d'augmentation des effectifs de sages-femmes a été adoptée et une nouvelle réglementation de la profession a été instituée.

INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	43 192 ; 40
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	4 692 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	10 662 ; 25
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	4,2
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	31
Nombre de naissances par an (en milliers)	1 295
Pourcentage des naissances enregistrées	33
Nombre de décès maternels	9 700
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	37
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	24
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	33 127
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Non
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	1,1
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	2 057
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	40 ; 36
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	79 ; 60

INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	750
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	49
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	8
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	72
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	64 ; -
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	-
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	109

EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	905
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	-
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	-
Obstétriciens	300
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	12 965
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	36 ; 0
Durée de la formation, en mois	12 à 48
Nombre d'admissions en première année	-
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	-
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	683
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	1 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	586 ; 352 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 32 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	11 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	34 ●

▶ ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Non
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	–
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Non ; Non

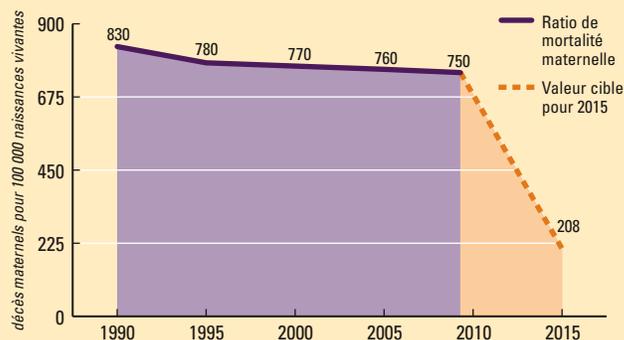
▶ POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

▶ SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	4 040
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	42
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	135
Établissements pour 1 000 naissances	3

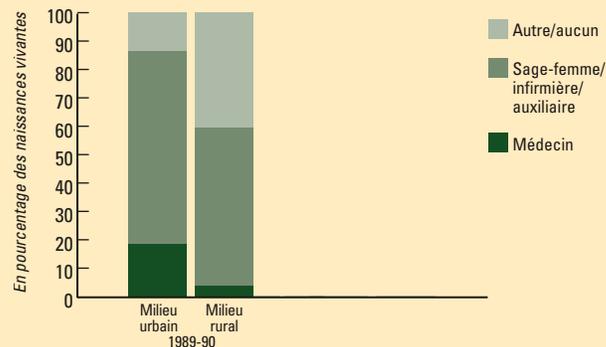
Tendances de la mortalité maternelle : 1990–2015



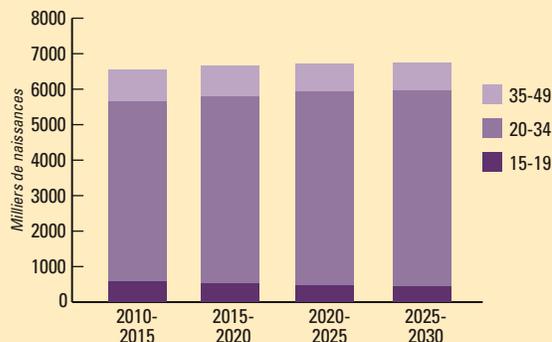
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe – indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Tadjikistan

Quand il est devenu indépendant en 1991, le Tadjikistan était le plus pauvre des pays d'Asie centrale. Une longue guerre civile avait gravement compromis le développement économique et social, et donc la santé publique. On estime que 22 % des Tadjiks sont pauvres. Le taux de fécondité générale demeure élevé et l'utilisation de la contraception est faible. Pourtant, la santé maternelle progresse et l'on a observé une réduction de moitié du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2008. Les sages-femmes sont inégalement réparties entre zones urbaines et zones rurales et entre les centres de soins de santé primaires et les hôpitaux, et il existe une déperdition appréciable des effectifs de sages-femmes dans les postes reculés. Les frais ne sont pas entièrement gratuits. Les sages-femmes sont formées par du personnel médical plutôt que par des sages-femmes expérimentées; celles-ci travaillent souvent aux côtés des obstétriciens plutôt que comme spécialistes indépendantes. En 2010, le Ministère de la santé a examiné les cas de décès maternels pour mieux connaître les principales difficultés à résoudre.

► INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	7 075 ; 26
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	848 ; 12
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	1 899 ; 27
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	3,4
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	28
Nombre de naissances par an (en milliers)	191
Pourcentage des naissances enregistrées	–
Nombre de décès maternels	120
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	24
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	12
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	76 297
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	7,0
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	187
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	90 ; 78
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	100 ; 100

► INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	64
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	88
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	38
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	27
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	89 ; 49
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	–
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	64

► EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	3 898
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	Indisponible
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	–
Obstétriciens	1 255
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Oui

► EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Oui ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	23 ; 0
Durée de la formation, en mois	48
Nombre d'admissions en première année	3 707
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	85
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	–
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	3 230
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

► RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	- ○
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	84 ; 62 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 430 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	2 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	40 ●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	520
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Non ; Non

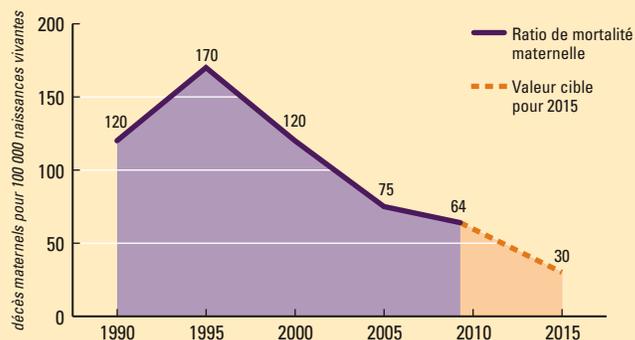
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Non
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	208
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	106
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	74
Établissements pour 1 000 naissances	1

Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



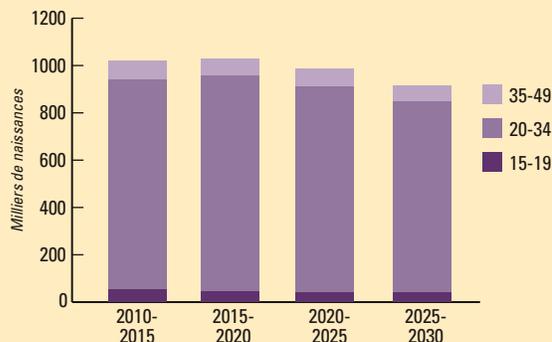
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Tchad

Depuis de nombreuses années le Tchad est en conflit et connaît l'insécurité. Le taux de fécondité générale est très élevé et la contraception encore très peu utilisée. Le taux de mortalité maternelle a diminué de 5 % seulement depuis 1990 et reste l'un des plus élevés au monde. La feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale reconnaît le caractère essentiel de la profession de sage-femme. Un décret présidentiel a institué la gratuité des soins obstétricaux d'urgence en 2007. Le Tchad compte un réseau de 11 écoles d'arrondissement qui forment des sages-femmes et des soignantes ayant les compétences de la sage-femme. Le nombre de sages-femmes a un peu augmenté depuis 1998, et comme plus de la moitié exercent dans la capitale, le gouvernement étudie les moyens de les inciter à exercer en milieu rural. Il faudra beaucoup augmenter l'effectif des sages-femmes pour répondre aux besoins actuels et futurs du pays. Il est essentiel de renforcer et de relever le niveau des enseignements dispensés pour garantir une offre adéquate de sages-femmes qualifiées.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	11 506 ; 28
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	1 236 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	2 598 ; 23
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	6,2
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	46
Nombre de naissances par an (en milliers)	493
Pourcentage des naissances enregistrées	9
Nombre de décès maternels	5 900
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	46
Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances vivantes)	29
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	32 119
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,3
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	1 170
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	26 ; 12
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	44 ; 22

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	1 200
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	14
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	3
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	193
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	39 ; 18
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	23
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	209

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

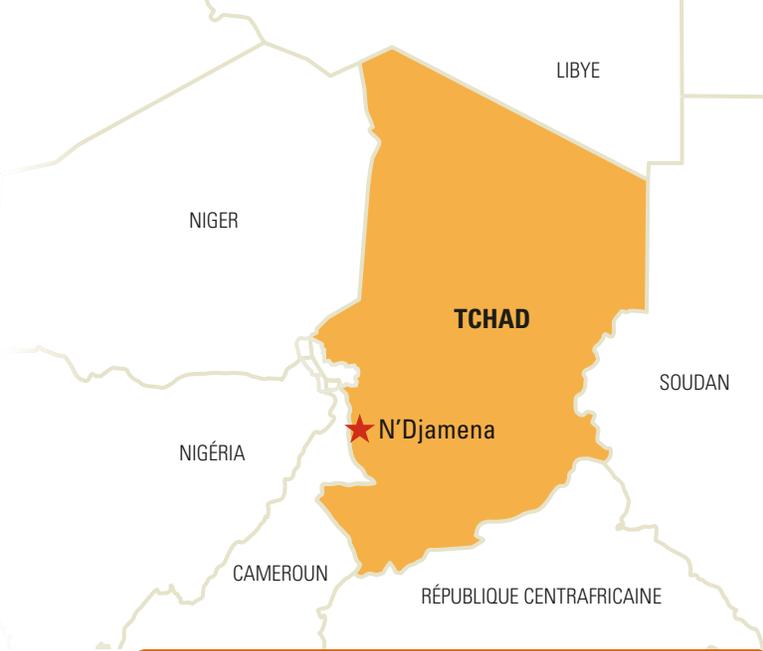
Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	220
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	–
Obstétriciens	–
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjugulée; échelonnée)	Non ; Oui ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	21 ; 16
Durée de la formation, en mois	36
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	–
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	–
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	–

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	0,4 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	217 ; 157 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 14 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	14 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	22 ●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	75
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Non ; Non

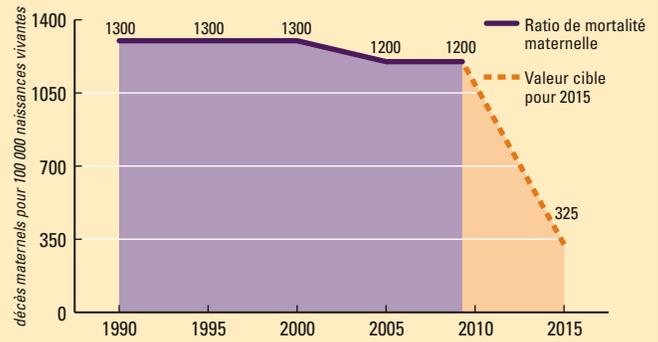
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	-
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Non

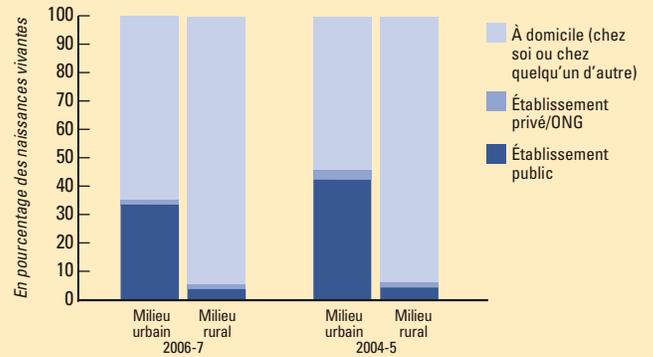
► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	Indisponible
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	Indisponible
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	59
Établissements pour 1 000 naissances	-

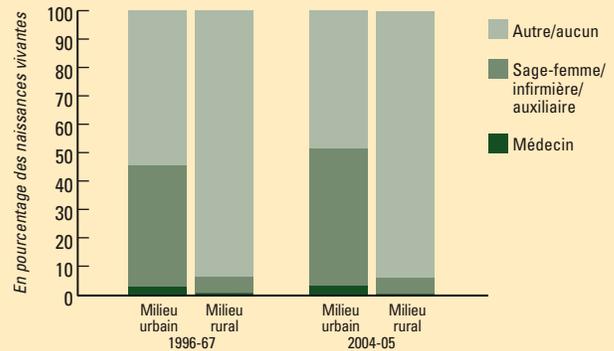
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



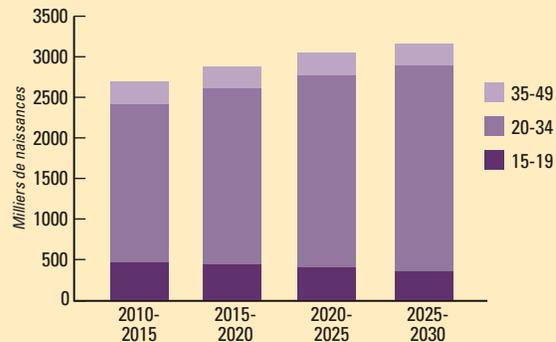
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Timor-Leste

La moitié des habitants de Timor Leste vivent dans la pauvreté. Des facteurs géographiques et économiques, mais également la pénurie de soignants, expliquent le caractère inégal de l'accès aux soins. L'infrastructure a été gravement endommagée pendant la guerre civile, mais on reconstruit les maternités et les routes. L'utilisation de la contraception demeure faible et le taux de fécondité est l'un des plus élevés au monde. La mortalité maternelle a notablement diminué depuis 1990, mais elle demeure élevée. La Stratégie nationale de santé procréative (2004-2015) vise à former du personnel soignant qualifié et à faciliter l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Une école de sages-femmes offre une formation directe en trois ans. La profession est reconnue en tant que telle, et les sages-femmes sont autorisées à pratiquer tous les gestes essentiels définis par l'ICM. L'Association des sages-femmes du Timor Leste est en cours de création en 2011. Afin d'augmenter les effectifs de sages-femmes qualifiées, il est nécessaire d'améliorer l'accès aux maternités, et de préserver la stabilité politique du pays.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	1 171 ; 28
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	131 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	257 ; 22
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	6,5
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	40
Nombre de naissances par an (en milliers)	43
Pourcentage des naissances enregistrées	53
Nombre de décès maternels	160
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	27
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	14
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	71
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	–
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	2,3
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	77
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	55 ; 55
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	– ; –

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	370
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	18
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	10
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	59
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	61 ; 30
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	4
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	60

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	367
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	95
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	12
Obstétriciens	–
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	2 ; 0
Durée de la formation, en mois	18 à 48
Nombre d'admissions en première année	97
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	134
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Oui
Le titre de sage-femme est protégé	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	8	●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	19 ; 13	●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 44	●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	4	●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	48	●

▶ ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	–
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	– ; –

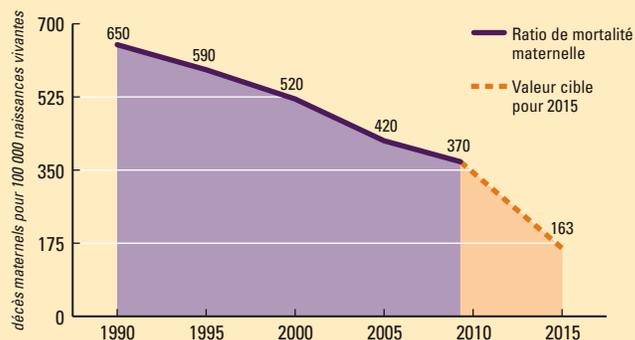
▶ POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Non
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

▶ SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	71
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	62
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	6
Établissements pour 1 000 naissances	2

Tendances de la mortalité maternelle : 1990–2015



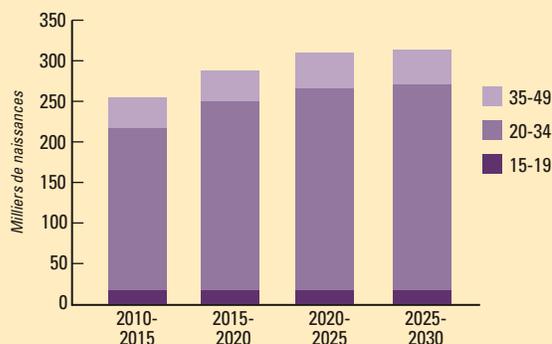
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe – indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Togo

Le Togo a accédé à l'indépendance en 1960 et, depuis, son développement demeure tributaire de l'aide extérieure. Il subit des effets de choc tels que les inondations et le renchérissement des prix alimentaires. La population est relativement jeune, assez nettement urbanisée (40 %) avec un taux élevé de fécondité des adolescentes. Les femmes voient leur condition s'améliorer mais continuent d'être assujetties à des restrictions juridiques et sociales. La mortalité maternelle diminue régulièrement au fil des ans mais demeure élevée. Il y a une grande disparité entre les zones urbaines et les zones rurales pour ce qui est du taux de sages-femmes, et une grave pénurie d'établissements de soins obstétricaux d'urgence. Le Togo a du mal à conserver ses soignants qui, ces dernières années, ont émigré en grand nombre. L'application et la création de plans visant à réduire la mortalité maternelle n'ont commencé que ces dernières années.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	6 780 ; 43
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	735 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	1 689 ; 25
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	4,3
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	33
Nombre de naissances par an (en milliers)	211
Pourcentage des naissances enregistrées	78
Nombre de décès maternels	740
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	32
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	25
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	42 101
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,3
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	242
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	54 ; 28
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	77 ; 54

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	350
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	62
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	17
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	89
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	84 ; 46
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	32
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	100

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	413
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	938
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	277
Obstétriciens	60
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	4 ; 1
Durée de la formation, en mois	36
Nombre d'admissions en première année	–
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	–
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	840
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	243
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Oui
Le titre de sage-femme est protégé	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Non
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Non
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	2 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	95 ; 54 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 67 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	12 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	32 ●

▶ ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	2 554
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Non ; Oui

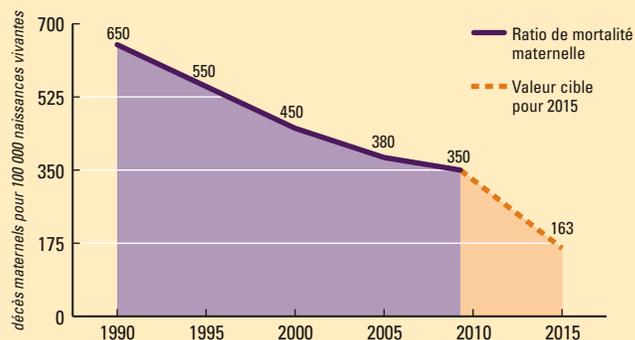
▶ POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	-
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Non
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Non

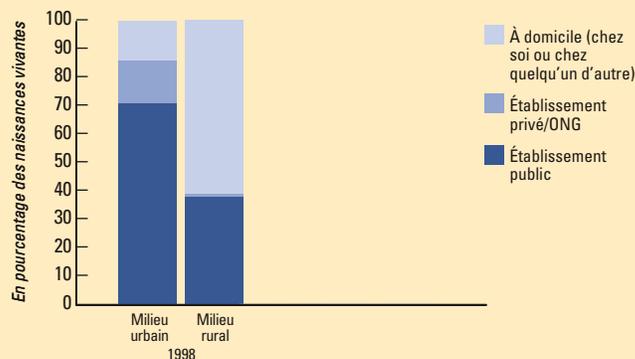
▶ SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	503
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	120
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	33
Établissements pour 1 000 naissances	2

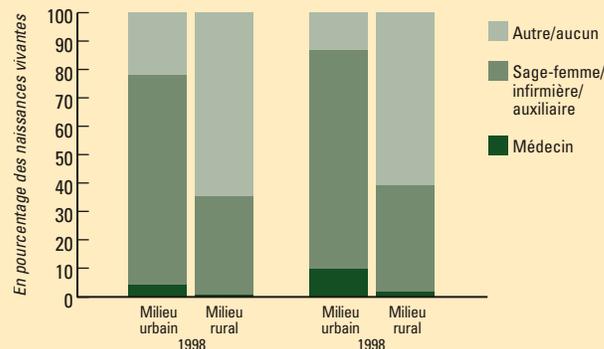
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



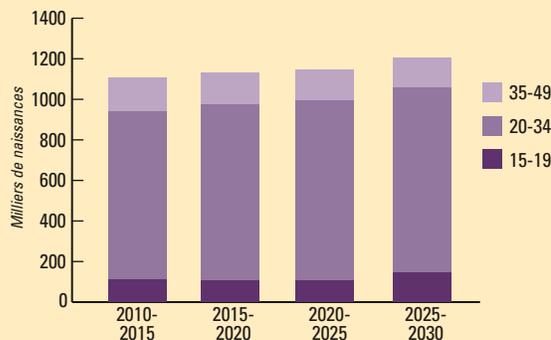
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Viet Nam

Le Viet Nam a une forte densité de population, mais il connaît une croissance économique rapide qui explique l'élévation du niveau de vie et aussi un important exode rural. Une politique vigoureuse de réduction de la natalité a amené une baisse importante de la fécondité au cours des 20 dernières années accompagnée par une amélioration des indicateurs sanitaires. La mortalité maternelle a ainsi diminué de 66 % depuis 1990 et le pays atteindra l'objectif 5 des OMD. Cependant, la mortalité maternelle demeure sensiblement plus élevée parmi les minorités ethniques des régions reculées. On s'attend à de nouveaux progrès grâce à l'application intégrale du programme de santé maternelle et néonatale dans ces régions. Il existe plusieurs écoles de sages-femmes et d'importants effectifs de sages-femmes au Viet Nam. Un nouveau programme de formation directe a été établi il ya trois ans. Aux termes d'un nouveau décret, tous les soignants doivent être en possession d'un diplôme de leur spécialité. L'amélioration de la collaboration entre les établissements d'enseignement et les lieux de formation, et entre le personnel enseignant et les tuteurs dans les structures sanitaires contribuerait à une amélioration de cet enseignement.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	89 029 ; 30
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	9 044 ; 10
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	25 325 ; 28
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	2,1
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	17
Nombre de naissances par an (en milliers)	1 498
Pourcentage des naissances enregistrées	88
Nombre de décès maternels	840
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	12
Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances vivantes)	14
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	480 814
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	–
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	2,2
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	1 012
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	70 ; 64
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	95 ; 90

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	56
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	88
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	80
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	35
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	91 ; 29
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	5
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	24

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	35 162
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	1 801
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	–
Obstétriciens	5 000
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	101 508
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	72 ; 0
Durée de la formation, en mois	–
Nombre d'admissions en première année	1 649
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	–
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	3 912
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	1 644
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Non
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Non
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	- ○
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	658 ; 461 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 850 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	4 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	52 ●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	-
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Non

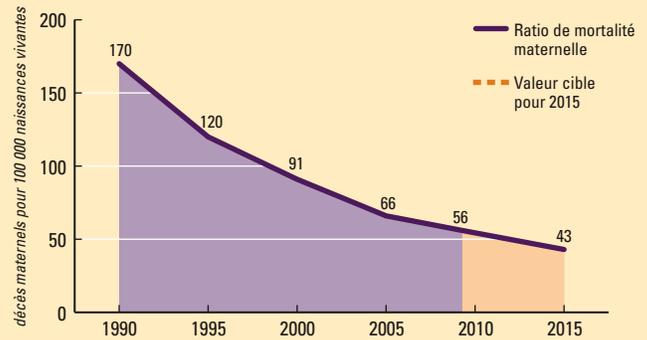
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Non
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	En partie
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Non
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

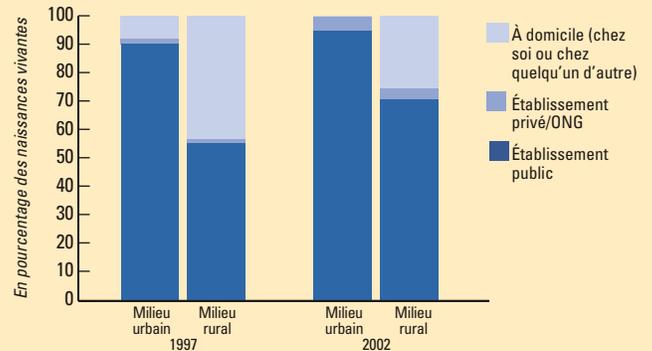
► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	11 085
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	10 324
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	591
Établissements pour 1 000 naissances	7

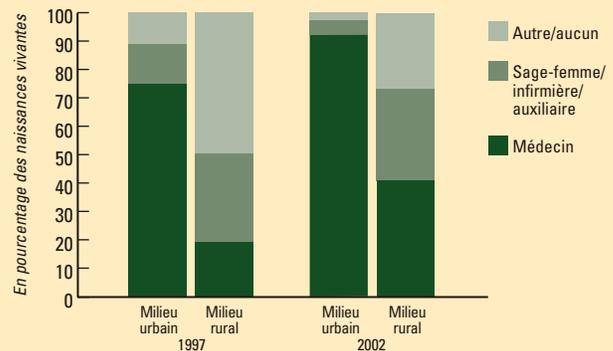
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



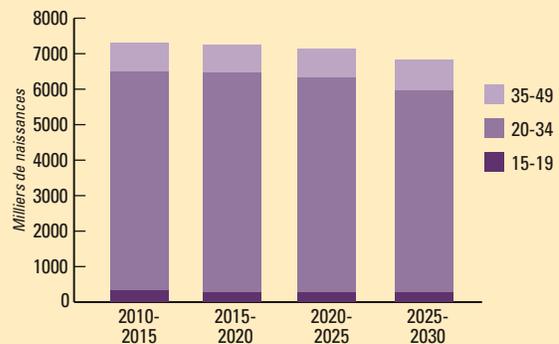
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Yémen

Le Yémen est l'un des pays les moins avancés; sa population est à 75 % rurale et 42 % des Yéménites vivent dans la pauvreté. Le taux de fécondité générale est l'un des plus élevés au monde. Environ 44 % des Yéménites ont moins de 15 ans, ce qui s'explique par le taux d'accroissement naturel très élevé du Yémen. Le taux d'analphabétisme des femmes est élevé. Le pays a progressé vers la réalisation des OMD relatifs à la santé publique, et le taux de mortalité maternelle a été réduit de 61 % depuis 1990. Cependant, la proportion d'accouchements surveillés par du personnel qualifié demeure faible. La priorité, pour la politique nationale de santé maternelle, néonatale et infantile, est d'améliorer les qualifications des ressources humaines, notamment les effectifs de sages-femmes dans les communautés locales et les maternités. Deux programmes de formation directe des sages-femmes aboutissent à des diplômes de sage-femme communautaire et de sage-femme exerçant en maternité. Cette politique vise à répondre aux besoins des femmes, des nouveau-nés et des enfants dans les zones reculées, mais son application suppose la stabilité politique dans le pays.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	24 256 ; 32
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	2 896 ; 12
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	5 763 ; 24
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	5,2
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	37
Nombre de naissances par an (en milliers)	840
Pourcentage des naissances enregistrées	22
Nombre de décès maternels	1 800
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	29
Taux de mortinatalité (pour 1 000 naissances vivantes)	23
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	4 211
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	1,0
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	2 222
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	61 ; 30
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	79 ; 43

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	210
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	36
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	28
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	80
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	47 ; 11
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	39
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	70

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	4 287
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	205
Obstétriciens	–
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	–

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Non ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	22 ; 0
Durée de la formation, en mois	24 à 36
Nombre d'admissions en première année	293
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	–
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	–
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	288
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	–
Le titre de sage-femme est protégé	–
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Non
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	–
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	–
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Non



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	5 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	399 ; 272 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 91 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	4 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	44 ●

► **ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES**

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	-
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	- ; -

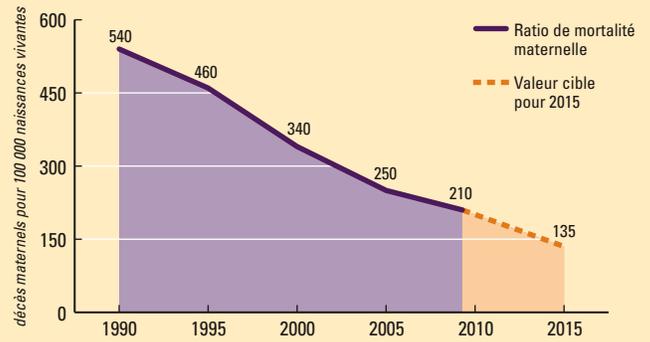
► **POLITQUES**

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	-
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	-
La notification des décès maternels est obligatoire	Non
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Non
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Non
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	En partie

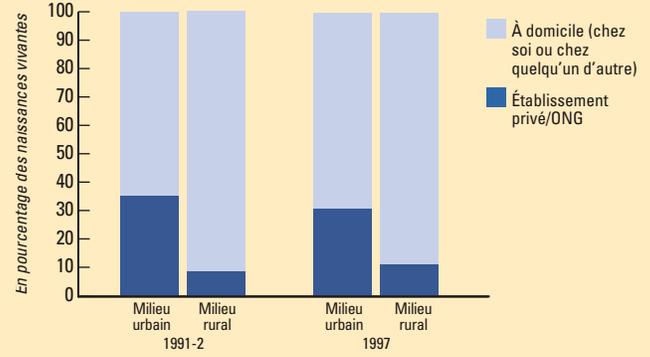
► **SERVICES**

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	-
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	520
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	67
Établissements pour 1 000 naissances	-

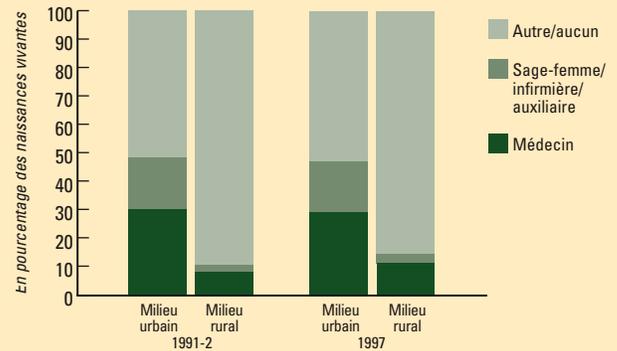
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



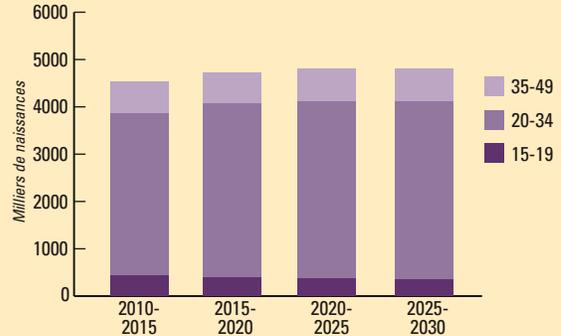
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Zambie

Pays sans littoral d'Afrique australe, la Zambie connaît une certaine stabilité depuis une dizaine d'années après des années de troubles ayant suivi l'accès à l'indépendance. L'utilisation de la contraception a augmenté notablement mais le taux de fécondité générale et en particulier le taux de fécondité des adolescentes sont très élevés. La prévalence de l'infection par le VIH et du sida est également très élevée, et 37 % des décès maternels sont dus au VIH. La mortalité maternelle a très fortement augmenté depuis les années 1990 et demeure élevée. L'amélioration de la santé maternelle et néonatale est une priorité politique. Le Plan de formation des ressources humaines (2010) témoigne de la volonté des autorités d'augmenter la proportion des sages-femmes et la qualité de leur formation. Une formation directe a été mise en place. Une nouvelle association professionnelle est en cours de formation. Les sages-femmes peuvent poursuivre leur carrière dans l'enseignement et la recherche. Elles jouent un rôle important dans la prévention de l'infection par le VIH et le traitement de la maladie, en particulier la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.

▶ INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	13 257 ; 36
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	1 442 ; 11
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	2 940 ; 22
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	5,8
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	43
Nombre de naissances par an (en milliers)	539
Pourcentage des naissances enregistrées	10
Nombre de décès maternels	2 600
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	35
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	26
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	532 484
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	Oui
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,8
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	603
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	50 ; 41
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	81 ; 61

▶ INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	470
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	47
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	41
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	151
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	94 ; 60
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	27
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	145

▶ EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	2 821
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	–
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	911
Obstétriciens	Indisponible
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	–
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Oui

▶ EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Oui ; Oui ; Non
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	15 ; 0
Durée de la formation, en mois	24 à 48
Nombre d'admissions en première année	210
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	100
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	–
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	–
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

▶ RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Oui
Le titre de sage-femme est protégé	Oui
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	5 ●
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	246 ; 157 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 38 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	12 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	25 ●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	200
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Non ; Oui

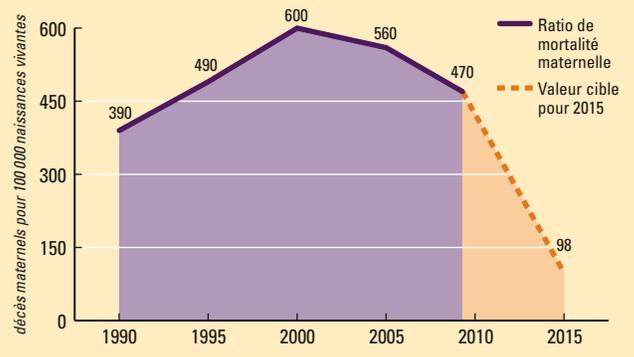
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Oui
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Non
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Non
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Non
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	Oui

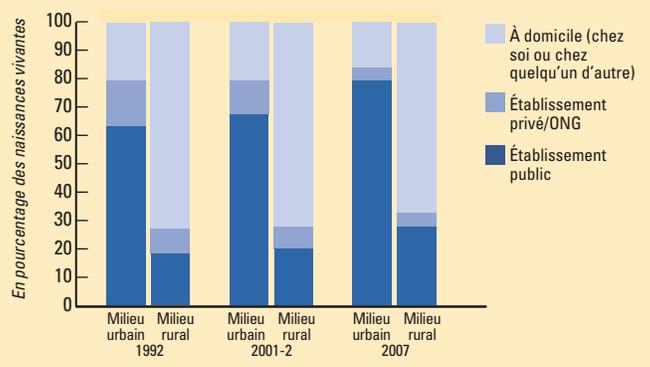
► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	-
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	212
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	1 330
Établissements pour 1 000 naissances	-

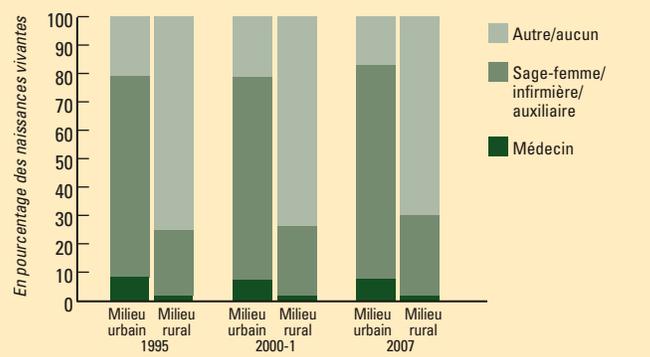
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



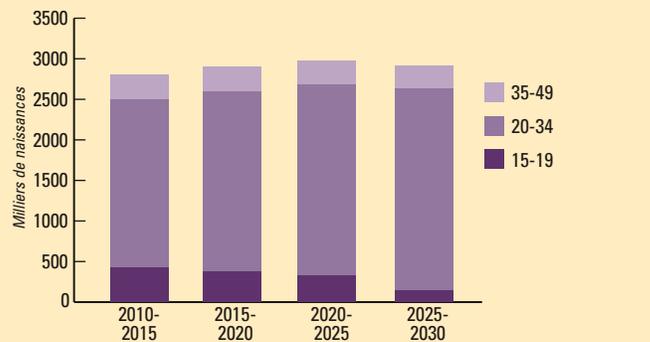
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

Zimbabwe

L'économie, les services publics essentiels et la santé publique ont commencé à se détériorer, au Zimbabwe, durant les années 90 et la situation humanitaire demeure critique. Le manque d'eau potable et de moyens d'assainissement adéquats expliquent les épidémies de choléra et des pénuries alimentaires. Le pays est gravement touché par l'épidémie d'infection par le VIH, et parallèlement le taux d'accroissement naturel est peu élevé en raison de la faiblesse de l'espérance de vie à la naissance. L'utilisation de méthodes modernes de contraception progresse et la prévalence de l'infection par le VIH et du sida commence à diminuer. Cependant, la mortalité maternelle a doublé depuis 1990 et plus de la moitié des décès maternels sont dus au sida. La santé maternelle et néonatale est une composante essentielle de la politique de santé publique du pays. Mais dans un contexte de rareté des ressources, il est essentiel de chercher à éliminer en priorité les pénuries de personnel soignant et de s'efforcer de fidéliser les soignants. La pratique de sage-femme est considérée comme une spécialisation de celle de l'infirmière plutôt qu'une profession autonome. Le nombre d'enseignants dans les écoles de sages-femmes est insuffisant, et cela affecte la qualité du soutien et de la supervision des élèves. Les associations de sages-femmes préconisent une amélioration des conditions de travail.

► INDICATEURS NATIONAUX*

Population totale, en milliers; population urbaine, en pourcent	12 644 ; 38
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers; en pourcent de la population totale	1 656 ; 13
Nombre de femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans (milliers); en pourcent du total	3 246 ; 26
Indice synthétique de fécondité (enfants par femme)	3,4
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	30
Nombre de naissances par an (en milliers)	377
Pourcentage des naissances enregistrées	74
Nombre de décès maternels	3 000
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances vivantes)	29
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes)	20
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	175 223
Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer certaines interventions pour sauver la mère	En partie
Densité de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	0,9
Estimation de la pénurie de soignants, pour atteindre un taux de 95 % d'accouchements surveillés en 2015 au plus tard	360
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	43 ; 39
Taux d'alphabétisation, plus de 15 ans (hommes; femmes) (pourcent)	94 ; 89

► INDICATEURS DES OMD

Taux de mortalité maternelle, pour 100 000 naissances vivantes	790
Proportion d'accouchements assistés par un soignant qualifié (pourcent)	80
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes, pourcent)	60
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1 000 filles âgées de 15 à 19 ans)	101
Couverture de soins prénatals (une visite au moins; quatre visites au moins; pourcent)	- ; -
Besoins de planification familiale non satisfaits (pourcent)	13
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	93

► EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES¹

Sages-femmes (incluant infirmières-sages-femmes) ²	8 244
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme ³	-
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	768
Obstétriciens	16
Travailleurs de santé communautaires ayant certaines compétences de sage-femme	-
Il existe un registre à jour des sages-femmes diplômées	Non

► EDUCATION DES SAGES-FEMMES

Programme d'éducation des sages-femmes (entrée directe; conjuguée; échelonnée)	Non ; Non ; Oui
Nombre d'écoles de sages-femmes (total); nombre d'établissements privés	17 ; 0
Durée de la formation, en mois	12
Nombre d'admissions en première année	247
Admissions d'élèves sages-femmes en pourcentage des places disponibles	-
Nombre d'élèves sages-femmes au total (2009)	300
Nombre de sages-femmes diplômées (2009)	227
Les programmes de formation de sage-femme sont homologués	Oui

► RÉGLEMENTATION

La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	Non
Le titre de sage-femme est protégé	Non
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Oui
Un organisme public réglemente la profession de sage-femme	Oui
Une autorisation est nécessaire pour pratiquer la profession de la sage-femme	Oui
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments de survie	Oui



BAROMETRE DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME	
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances vivantes	- ○
Complications obstétricales et néonatales attendues chaque jour; en milieu rural	166 ; 103 ●
Risque de décès maternel au cours de la vie	1 sur 42 ●
Taux de mortinatalité intrapartum (pour 1000 naissances)	9 ●
Mortalité néonatale en % de la mortalité des moins de 5 ans	32 ●

► ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES

Il existe une association de sages-femmes	Oui
Nombre de sages-femmes diplômées représentées par une association	-
Les associations sont affiliées à l'ICM ou l'ICN	Oui ; Non

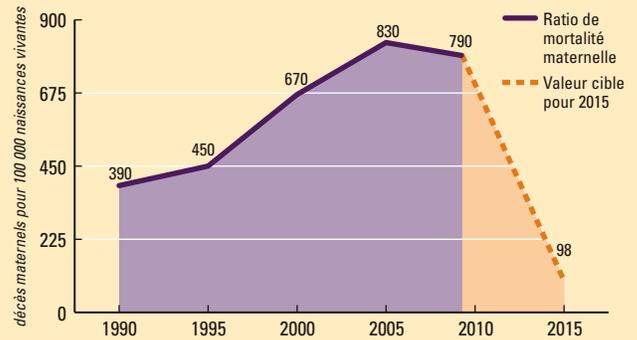
► POLITIQUES

Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Non
Le coût du plan est établi	Oui
Le plan national de ressources humaines prévoit expressément la profession de sage-femme	Oui
La notification des décès maternels est obligatoire	Oui
Il existe un audit et une revue systématiques des décès maternels	Oui
En cas de décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	Oui
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	Oui
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (secteur public)	-

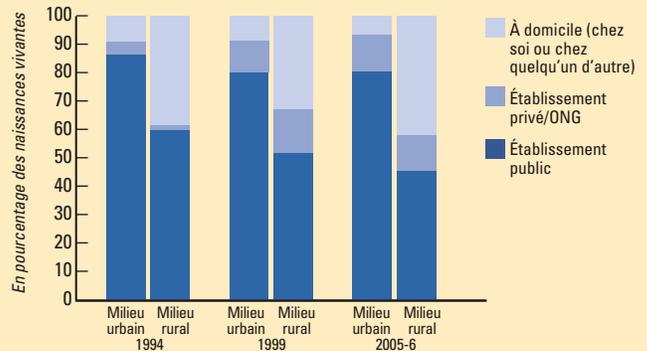
► SERVICES

Nombre total d'établissements offrant tous les soins d'accouchement essentiels	Indisponible
Nombre d'établissements dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	Indisponible
Nombre d'établissements offrant des soins complets (SONUC)	64
Établissements pour 1 000 naissances	-

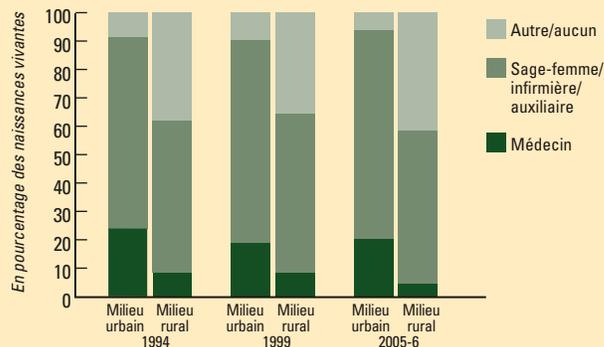
Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015



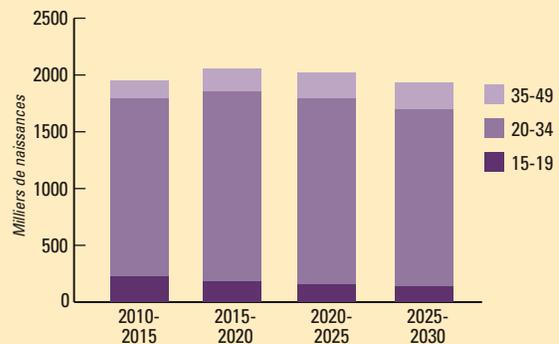
Où se passe l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Qui assiste l'accouchement : milieu urbain/milieu rural



Nombre projeté de naissances, selon l'âge de la mère



Note : *L'annexe 2 donne une liste complète des sources. Sauf mention contraire, les données s'appliquent à 2008. Dans les réponses des pays, les données sont parfois 'non disponibles'. Le signe - indique une valeur nulle ou une valeur à vérifier. 1. Estimations relatives à 2008 basées sur les réponses des pays et sur l'Atlas mondial des personnels de santé de l'OMS. 2. Ce chiffre comprend les sages-femmes, les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant les compétences de la sage-femme. Les chiffres ne reflètent pas nécessairement le nombre de sages-femmes en exercice ou les définitions de l'ICM. 3. Sages-femmes auxiliaires et infirmières sages-femmes auxiliaires.

PERSONNES AYANT RÉPONDU À L'ENQUÊTE MENÉE PAR PAYS POUR LE RAPPORT SUR L'ÉTAT DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME DANS LE MONDE EN 2011

Nous remercions spécialement le personnel des bureaux de pays du UNFPA qui ont aidé à rassembler les réponses des autorités nationales. Nous remercions tous ceux qui ont apporté une contribution à cette tâche. La liste suivante comprend les noms des personnes qui ont souhaité être mentionnées et nous avons tout fait pour que cette liste soit aussi complète que possible. Nous prions celles dont le nom aurait été omis de bien vouloir nous en excuser.

Afghanistan : Feroza Mushtary, Arie Hoekman, Tahir Ghaznavi

Afrique du Sud : Mickey Masasa, Carol Mohamed, Meisie Lerutla

Bangladesh : Roshoun Ara Begum, Anna Af Ugglas Nygren, Shuriya Begum, Hashina Begum

Bénin : Anatole Dougbe, Arlette Akoueikou, Laurence O. Monteiro, Marie-Elise Dossou, René Darate Madopa, Sidonie Acclassato, Vincent Faby, Yollande Johnson, Bokossa Euloge, Philomène Sansuamou, Quenum P. Alban, Marcelle H. Totchenou

Bhoutan : Diki Wangmo, Kinga Pemo, Nima Sangay, Pem Zam, Tandin Pemo

Bolivie (État plurinational de) : Alberto Castro, Elmer Balderrama, Haydee Padilla, Jaime Nadal, Lilian Calderon, Ana Maria Maldonado, Elva Olivera

Botswana : Aisha Camara Drammeh, Boitumelo Thipe, G.V. Molefe, Greetha Fernga, K. Maupo, Kabo Tautona, Kebafe Segosebe, Khumo Modisemang, Letsema Oagile, Lucy Maribe, M. Madziba, Motshedi Sabone, O. Mathala, Sarah M. Masale, T. Kgosiensele

Burkina Faso : Claire Couliadiaty, Djénéba Sanon, Nobila Sawadogo, Kadidiatou Carine Gngangao, Ilboudo Ramata Edwige, Honorine Kabre/Yabre, Ouedraogo Moussa, Ouedraogo Bénao, Cécile Somda, Aoua Zerbo, Brigitte Thiombiano

Burundi : Sylvain Misago, J. Berchmans Barumbanze, Jérôme Nderagakura, Sophie Ngendakubwayo, Bernadette Nkanira, Rose Simone Ndayiziga, Yolande Magonyagi

Cambodge : Phom Sam Song, Tung Rathavy, Kathryn Hinchliff, Sam Sochea, Sokun Sok

Cameroun : Engozo Anne, Philomène Mbassi, Odette Etame, Lucas Mbofung, John Yap

Comores : Abdelkader Said Ali, Mahamoud Said, Sett Fatima Tadjiddine

Côte d'Ivoire : Affoué N'guessan, Aminata Kangouté, Drogon Monique, Edith Boni-Ouattara, Eliane Dogore, Gansa Antoinette, Genevieve Saki-Nekouressi, Helene Gnosahié, Josephine Loba, Kouamé Hortanse, Liagui Hamadou Ouattara, Mamadou Ball, Monique Assoumou, Ouattara Liagui Hamadou, Tiemoko Oulaï Mahoua Tidé Bamba

Djibouti : Issa Kane, Mounira Ali, Aicha Djama

Éthiopie : Dorothy Lazaro, Dr. Muna, Entisar Ahmed, Muna Abdullah

Gabon : Bora Kawende, Yolande Vierin Nzame, Aline Piedecocq Deffry, Rachel Ibinga Koula, Yvonne Lydia Mokossa

Gambie : Bintou Suso, Omar F. S. Ceasay, Momodou Lamin Darboe, Abdoulie Bah, Musa. M. M. Sowe, Sainey Sanneh, Dawda Ceasay, Thomas A.B. King, Michelle N. Sarr, Saihou Sanneh, Beatrice Haffner

Ghana : George Kumi Kyeremeh, Frederica Hanson

Guinée : Kadiatou Sy, Aissatou Toure, Apolinaire Delamou, Assy Camara, Boubacar Sall, Goma Onivogui, Maimouna Diallo, Samba Dioumessy, Hadja Mariama Diop Sylla, Kadiatou Keita, Mariétou Sow, Adama Manian Condé

Guinée-Bissau : Alfa Umaro, Antonieta Martins, Candida Lopes, Maram Mane, Albino Mário Basafim, Maria Aramata Injai, Nilza Fonseca

Guyana : Shamdeo Persaud, Constance Tinnie-Wayne, Derven Patrick, Donneth Kellman, Beverley Barnett, Gloria Saygon, Grace Bond, Janice Woolford, Joan Stewart, Mandy Laffleur, Maria Francois, Narine Singh, Noel Holder, Ruth Benjamin, Tarramatie Barker, Tracy Gentle

Haïti : Almaïda Augustin Aurénil, Marie Quettely Chevalier, Marie Rachelle Pierre, Rodeny Ifrène Gabriel, Michel Brun, Agnes Jacobs

Inde : Sunanda Gupta, Sanjay Gupte, Yasmin Zaveri Roy, Dinesh Argawal

Indonésie : Lucas Hermawan, Melania Hidayat, Asmadi Jaya, Jezhekiel Panjaitan, Mr. Masfuri, Ms. Fahrina, Harni Koesno, Rustini Floranita, Ms. Yumiarti

Kenya : Joyce Lavussa, Shiphrah Kuria, Elizabeth Oywer, Lucy Gitonga, Mary Onsomu, Mary Gathitu

Liberia : Cecelia Morris, Philderald Pratt, Lucy Barh, Maybe Garmai Livingstone, Jacob Lawuobahsumo, Olive Hunter

Madagascar : Louissette Régine Rahantanirina, Amélie Jeannine Raharinirina, Omega Ranorolala, Edwige Ravaomanana, Stella Aimée Ravelonarivo, Amélie Rasoaniaretana Tatavy, Eugene Kongnyuy

Malawi : Address Malata, Dorothy Ngoma, Evelyn Chilemba, Fannie Kachale, Juliana M. Lunguzi, Kondwani Mkandawire, Martha Mondiva

Mali : Dicko Fatoumata Mäïga, Haou Diallo, Koumare Diouma Camara, Seckou Diarra, Oumou Keita

Maroc : Rouahi Nabila, Fatima Ouasmani, Hanane Masbah, Harrizi, Khadija Habibi, Lamia Allam, Mennana Boukalouche, Mahomed Lardi

Mauritanie : Ahmed Ould Mohamedou, Demba Amadou Mbow, Amina Ndiaye, Mohamed Ould Cheibany, Papa Yakham Diagne, Salem Naji Ould Moussa, Thierno Ousmane Coulibaly

Mozambique : Alicia Carbonell, Olga, Atalia Da Cruz, Carlos Bambo, Nazir Amade, Evelia Marole, Lenia Sitoe, Amir Modan

Myanmar : W. San Yi, Win Myint, Thwe Thwe Win

Népal : Kiran Bajracharya, Tara Pokhrel, Dr. Marasini, Shilu Aryal, Indra Rai, Ishwori Devi Shrestha, Kiran Bajracharya, Kristina Castell, Ms Krishna Devi Prajapati, Tara Pokhrel

Nicaragua : Aleyda Paz Rivera, Cruz Bertilda Olivas Palacios, Darlene Omeir Taylor, Darling Chávez Madrigal, Elvis Ramón Soto, José Humberto Mario Aguilar, Juan Francisco Rocha López, Margarita Guevara Doña, María Luisa Castilla Espinoza, Miguel Estopiñán, Paula Nubia Orozco, Roger Montes Flores, Wendy Idiáquez Mendoza, Zeneida Quiroz Flores

Niger : Aissata Abdou, Basso Oumarou, Nassirou Ousmane, Yaroh Asma Gali, M. Boubacar Tchiombiano, M. Moussa Hassane Massalatchi, Hadjia Rakia Kanta, Maiga Aissa Ali Diallo, Oumarou Zoulahatou Mata, Rakia Maifada, Zaratou Gao Oumarou, Madi Nayama

Nigéria : Alice Chukwuocha, Ayua George, Bolaji Oladejo, Christiana Ijehede, Joko Ibrahim, Kofu Koyejo, Olatokunbo Olanipekun, Olubunmi Asa, Onuekwusi Nkiru, Rosemary Nnamdi-Okagbue, Anas-Kolo

Ouganda : Alice Nabaluli, Barbara Mukasa, Charles Isabirye, Hitimana Lukanika, Jacinto Amandua, Jennifer Wanyana, Irene Akena, Ismail Ndifuna, John Wakida, Juliet Nassiwa Twesigye, Mary Namusisi, Miriam Sentongo, Patrick Bateganya, Primo Madra, Janet Jackson

Ouzbékistan : Barno Zuhurova, Feruza Fazilova, Ilmira Anarbaeva, Mohir Ahmedov, Nigora Karabaeva, Ravshan Azimov, Rikhsi Salikhodjaeva

Pakistan : Farooq Akhtar, Mobasher Malik, Imtiaz Kamal

Papouasie-Nouvelle-Guinée : Gilbert Hiawalyer, Lahui Geita, Mary Kililo

République centrafricaine : Eugene Serdouma, Fleurie Mamadou-Yaya, Gilbert Dimanche Nzil'koue, Rose Folokette, Soumouk Aguide, Suzanne Onambele

République démocratique du Congo : Christophe Kitsita, Brigitte Kini, Dr. Salumu, Henriette Eke Otshitshi, Abili Malunga, Josue Desire Bapitani Basuana, Freddy Kahodi, Komba Djeko, Patrice Samukungu, Norbert Basosila Lolofo, Passy Laini, Pierre Shamwol, Samukungu Mawanga, Yabili Malunga, Koudaogo Ouedraogo, Antoinette Kingwaya

République démocratique populaire lao : Della Sherratt, Tanja Vesivalo

République-Unie de Tanzanie : Amalberga Kasangala, Koheleth Winani, Eunice Chege, Gustav Moyo, Mary Hadley, Ndementria Vermand, Rita Noronha, Theopista John, Vumilia Bettuel Mmari, Jokha Juma, Julitta Onabanjo, Felsiter Bwana, Rita Noronha

Rwanda : Consolee Maribori, Julie Kimonyo, Lilian Magera, Uwayezu Agnes, Alphonse Munyakazi, Daphrose Nyirasafali, Félix Sayinzoga, Andre Gitembagara, Mary Murebwayire, Sylvie Gaju

Sénégal : Selly Kane, Marième Fall

Sierra Leone : Joan H. E. Shepherd, Hannah Valcarcel (Coker), Pity F. Kanu, Peter Sikane

Somalie : Fouzia Mohamed Ismail, Ahmed Qule

Soudan : Sheikh El Din Ibrahim, Anas Jabir, Wifag Mabrouk

Soudan du sud : Chuol Giek Nyuot, Robert Loba, Ulrika Rehnstrom, Alexander Dimiti, Bilha Achieng Achieng, Fikru Abebe, Gillian Butts-Garnett, Janet Michael, Petronella Wawa, Samson Paul Baba, Sophia Nyame

Tadjikistan : Nargis Rakhimova, Karl Kullessa, Raquel Wexler

Tchad : Djalbord Fatimatou Mahamat, Maï Service Toussikreo, Lam Taokissam

Timor-Leste : Hayfa El Amin, Lidia Comes, Basilio Martins Pinta, Duarte Ximenes, Marcelo Amaral, Isabel Gomes, Isabelita Madeira Soares, Natalia De Araujo

Togo : Ablavi Ketemepi, Epe Folly, Adjowa Héloïse D'Almeida, Akouété Ayéssou, Kassouta N'tapi, Kokou Kekeh, Tété Guedeoussou, Yawo Degbey, Bassan Lamboni, Manzama Esso Blouloufei, Tchaa Kadjanta, Yawo Mensah Damessi, Kafui Gblokpor Epe Aledji

Viet Nam : Dat Van Duong, Huyen Thi Thanh Le, Ornella Lincetto

Yémen : Bothaina Attal, Aziz Al Kaff, Mona Almudhwah, Najiba Al-Shawafi, Sameera Taher, Soud Kassem, Samira Taher, Aziz Al Kaff, Najiba Abdulghani

Zambie : Mirriam Libetwa, Bertha Chipepo, Christopher Mulenda, Chrstine Mutati, David Mbewe, Eleanor J. Msidi, Reuben Kamoto Mbewe, Annie Nakambale Mwale, Esther Jembe Chikopela, Janness Namusokwe Chilumba, Julia Muyunda Shachakanza, Kapulu Kadimba Chishimba, Ruth Bweupe, Elisabeth Kalunga

Zimbabwe : Agnes Makoni, Edwin Mpeta, Grace Danda, Linda Gwazai, M.N. Mothobi, Margaret Nyandoro, Basile Tambashe

INTRODUCTION

- Secrétaire général des Nations Unies. Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant. New York, Organisation des Nations Unies, 2010.
- Nations Unies. Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement 2010. New York, Organisation des Nations Unies, 2010.
- Commission sur les déterminants sociaux de la santé. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Rapport provisoire. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2007.
- OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale. Tendances de la mortalité maternelle : 1990–2008. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010.
- OMS. Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2010.
- Lawn J, Cousens S, Zupan J for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005, No 365, p. 891–900.
- Cousens S, Blencowe H, Stanton C *et al.* National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: A systematic analysis. *Lancet* 2011, No 377, p. 1319–1330.
- Stillbirths: An executive summary for *The Lancet's* series. 14 avril 2011. À consulter à l'adresse : <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/stillbirths.pdf>
- OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale. Tendances de la mortalité maternelle : 1990–2008. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010.
- Stillbirths: An executive summary for *The Lancet's* series. 14 avril 2011. À consulter à l'adresse : <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/stillbirths.pdf>
- Rapport sur la santé dans le monde 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005.
- The Lancet* Maternal Survival Series. 30 septembre 2006. À consulter à l'adresse : <http://www.thelancet.com/series/maternal-survival>
- OMS, UNFPA, UNICEF et Banque mondiale. Joint statement on maternal and newborn health. 25 septembre 2008. À consulter à l'adresse : http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/safemotherhood/docs/jointstatement_mnh.pdf
- Bhutta ZA, Lassi ZS, Mansoor N. The systematic review on human resources for health interventions to improve maternal health outcomes: Evidence from developing countries. Pakistan, Aga Khan University, 2010.
- OMS. S La surveillance des soins obstétricaux d'urgence : manuel d'utilisation. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009.
- OMS. Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010.
- Ronsmans C, Chowdhury ME, Dasgupta SK *et al.* Effect of parent's death on child survival in rural Bangladesh: a cohort study. *Lancet* 2010, No 375, p. 2024–2031.
- Bartlett LA, Mawji S, Whitehead S *et al.*, ainsi que l'équipe afghane d'examen de la mortalité maternelle. Where giving birth is a forecast of death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999–2002. *Lancet* 2005, No 365, p. 864–870.
- Au moment de l'impression du présent rapport, les deux résolutions sont sur le point d'être examinées par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2011.
- WHA42.27, WHA45.5, WHA47.9, WHA48.8 et WHA49.1. WHA54.12 et WHA59.27.
- OMS, UNFPA, UNICEF et Banque mondiale. Joint country support for accelerated implementation of maternal and newborn continuum of care. 22 juillet 2008. À consulter à l'adresse : http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2008/who_unfpa_unicef_joint_country_support.pdf
- Groupe d'étude FIGO–ICM. Maternity care in the world: International survey of midwifery practice and training. Oxford, Pergamon Press, 1966.
- À consulter à l'adresse : <http://www.unfpa.org/public/lang/en/news/events/pid/5248>
- À consulter à l'adresse : http://www.un.org/sg/hf/Global_StrategyEN.pdf
- Pour un complément d'information, consulter : <http://www.everywomaneverychild.org/>
- Au moment de l'impression du présent rapport, ce travail était en cours d'élaboration avec l'aide du Groupe pour le plaidoyer des OMD, à l'ONU.
- OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006.
- Nations Unies. Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. Révision 2010 des Perspectives de la population mondiale. À consulter à l'adresse : <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>
- Les calculs sont adaptés de : 1) OMS. Tendances de la mortalité maternelle : 1990–2008. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010; 2) Cousens S, Blencowe H, Stanton C *et al.* National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *Lancet* 2011, No 377, p. 1319–1330; 3) Oestergaard MZ, Inoue M, Yoshida S *et al.*, à la demande du Groupe inter-institutions des Nations Unies sur l'estimation de la mortalité maternelle et le *Child Health Epidemiology Reference Group*. Taux de mortalité néonatale pour 193 pays. Brief methods overview and 2009 results. *Statistiques mondiales de la santé*, 2011; Genève, Organisation mondiale de la santé, 2011; et 4) Lawn JE, Blencowe H, Pattinson R *et al.* pour The Lancet's Stillbirths Series steering committee. Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? *Lancet* 2011, No 377, p. 1448–1463.
- White P, Levin L. The potential of private sector midwives in reaching Millennium Development Goals. Bethesda, MD: Private Sector Partnerships-One project, Abt Associates Inc., 2006.
- Rolfe B, Leshabari S, Rutta F et Murray SF. The crisis in human resources for health care and the potential of a 'retired' workforce: case study of the independent midwifery sector in Tanzania. *Health Policy and Planning* 2008, No 23, p. 137–149.
- Madhavan S, Bishai D, Stanton C, Harding A. Engaging the private sector in maternal and neonatal health in low and middle income countries. *Future Health Systems Working Paper* 12, 2010. À consulter à l'adresse : <http://www.futurehealthsystems.org/publications/workingpapers/workingpaper12.pdf>
- Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. Déclaration conjointe OMS, ICM et FIGO. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004.
- Harvey SA, Ayabaca P, Bucagu M *et al.* Skilled birth attendant competence: an initial assessment in four countries, and implications for the Safe Motherhood movement. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2004, No 87, p. 203–210.
- Harvey SA, Blandón YC, McCaw-Binns A *et al.* Are skilled birth attendants really skilled? A measurement method, some disturbing results and a potential way forward. *Bulletin of the World Health Organization* 2007, No 85, p. 783–790.
- Ariff S, Soofi SB, Sadiq K *et al.* Evaluation of health workforce competence in maternal and neonatal issues in public health sector of Pakistan: An assessment of their training needs. *BMC Health Services Research* 2010, No 10, p. 319.
- Hussein J, Bell J, Nazzar A *et al.* The skilled attendance index: proposal for a new measure of skilled attendance at delivery. *Reproductive Health Matters* 2004, No 12, p. 160–170.
- Countdown Working Group on Health Policy and Health Systems. Assessment of the health system and policy environment as a critical complement to tracking intervention coverage for maternal, newborn, and child health. *Lancet* 2008, No 371, p. 1284–1293.

PREMIÈRE PARTIE

- Loudon I. Death in childbirth: an international study of maternal care and maternal mortality 1800–1950. Oxford, Clarendon Press, 1992.
- Pathmanathan I, Liljestrand J, Martins JM *et al.* Investing in maternal health: Learning from Malaysia and Sri Lanka. Washington, Banque mondiale, 2003.
- Koblinsky MA (dir. de publ.). Reducing maternal mortality: Learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe. Washington, Banque mondiale, 2003.

RÉFÉRENCES ET NOTES (suite)

13. Fullerton JT, Gherissi A, Johnson PG and Thompson JB. Competence and competency: core concepts for international midwifery practice. *Intl Journal of Childbirth* 2011, No 1, p. 4-12.
14. OMS. Sexual and reproductive health core competencies in primary care: attitudes, knowledge, ethics, human rights, leadership, management, teamwork, community work, education, counselling, clinical settings, service, provision. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2011.
15. L'OMS met actuellement au point des recommandations, à paraître en 2012, sur la manière de rendre optimal le rôle des agents de la santé pour réaliser les OMD 4 et 5.
16. Ranson MK, Chopra M, Munro S *et al.* Establishing human resources for health priorities in developing countries using and participatory methodology. Genève, Alliance for Health Policy and Systems Research/Organisation mondiale de la santé, 2008.
17. WHO. Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child Health. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010.
18. ICM. Essential competencies for basic midwifery practice 2010. À consulter à l'adresse : <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/Global%20Standards/Essential%20Competencies%20ENG.pdf>
19. *ibid.*
20. Maclean GD. The challenge of preparing and enabling 'skilled attendants' to promote safer childbirth. *Midwifery*, 2003, No 19, p. 163-169.
21. WHO MPS on behalf of PMNCH Priority Action 4. Mapping of maternal and newborn health recommendations in national health policies in 24 countries. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010.
22. OMS. Global standards for the initial education of professional nurses and midwives (WHO/HRH/HPN/08.6). Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009.
23. ICM. Global standards for midwifery education 2010. À consulter à l'adresse : <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/GlobalStandards/MIDWIFERYEDUCATIONPREFACE&STANDARDSENG.pdf>
24. *ibid.*
25. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Article 10. 1976.
26. Fullerton JT, Gherissi A, Johnson PG and Thompson JB. Competence and competency: core concepts for international midwifery practice. *Intl Journal of Childbirth* 2011, No 1, p. 4-12.
27. ICM. Global standards for midwifery regulation 2011. À consulter à l'adresse : <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/Global%20Standards/GLOBAL%20STANDARDS%20FOR%20MIDWIFERY%20REGULATION%20ENG.pdf>
28. Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Workshop on healthcare professional associations and their role in achieving MDGs 4 and 5. Rapport de la réunion. Ouagadougou (Burkina Faso). PMNCH, 20008.
29. Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Stratégie mondiale pour la santé de la mère et de l'enfant. New York, septembre 2010. À consulter à l'adresse : http://www.un.org/sg/hf/Global_StrategyEN.pdf
30. Riley PL, Zuber A, Vindigni S *et al.* Information systems to monitor human resources for health: a systematic review. À paraître.
31. Broek A, Gedik F, Del Poz M *et al.* Policies and practices of countries that are experiencing a crisis in human resources for health: tracking survey. Human Resources for Health Observer, 6. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010.
32. WHA59.23 Rapid scaling up of health workforce production http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC1/e/Resolutions-en.pdf (page 30).
33. WHA57.19 International migration of health personnel: a challenge for health systems in developing countries http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-en.pdf
34. WHA63.16 WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/WHA63_REC1-P2-en.pdf (page 31);
35. Riley PL, Vindigini SM, Arudo J *et al.* Developing a nursing database in Kenya. *Health Services Research* 2007, No 42, p. 3.
36. Spero JC, McQuide PA, Matte R. Tracking and monitoring the health workforce: A new human resources information systems (HRIS) in Uganda. *Human Resources for Health* 2011, No 9, p. 6.
37. UNICEF. La situation des enfants dans le monde 2009. New York, UNICEF, 2009.
38. Ronsmans C, Graham WJ, pour The Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal Mortality: who, when, where, and why. *Lancet* 2006, No 368, p. 1189-1200.
39. Lawn JE, Kinney M, Lee ACC *et al.* Reducing intrapartum-related deaths: Can the health system deliver. *Intl Journal of Gynecology and Obstetrics* 2009, No 107, p. S123-142.
40. Bhutta ZA *et al.* Countdown to 2015 decade report (2000-2010): Taking stock of maternal, newborn, and child survival. *Lancet* 2010, No 375, p. 2032-2044.
41. Burden, determinants and functioning health systems, RMNCH evidence series, DFID. À consulter au : <http://www.dfid.gov.uk/Global-Issues/Emerging-policy/Reproductive-maternal-newborn-health/?tab=2>
42. Mahler H. The safe motherhood initiative: a call to action. *Lancet*, 1987, No 365, p. 668-670.
43. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Health Professions Network Nursing and Midwifery Office. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010.
44. WHO. Sexual and reproductive health core competencies in primary care. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2011.
45. Fauveau V, Sherratt DR, de Bernis L. Human resources for maternal health: multi-purpose or specialists? *Human Resources for Health* 2008, No 6, p. 21.
46. Lassi ZS, Haider BA, Bhutta ZA. Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, No 11, Art. No CD007754.
47. Bhutta ZA, Memon ZA, Soofi S *et al.* Implementing community-based perinatal care: results from a pilot study in rural Pakistan. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008, No 86, p. 452-459.
48. Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié. Déclaration conjointe OMS, ICM et FIGO. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004, p. 8-9.
49. Chen PCY. Social background, customs and tradition. In Wallace HM, Ebrahim GJ (dirs. de publ.). Maternal and child health around the world. Londres, Macmillan, 1981, p. 71-75.
50. Sibley M, Sipe A, Armelagos GJ *et al.* Traditional birth attendant training effectiveness: A meta-analysis. Academy for Educational Development, SARA Project, 2002.
51. Rapport sur la santé dans le monde 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005.
52. Nyanza S. Traditional birth attendants in rural Gambia: beyond health to social cohesion. *African Journal of Reproductive Health* 2007, No 11, p. 43-56.
53. OMS, UNFPA, UNICEF, AMDD. La surveillance des soins obstétricaux d'urgence : manuel d'utilisation. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009.
54. Un établissement dispensant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) est le premier niveau d'aiguillage en cas de complication. Dans cette structure sanitaire on se borne aux interventions médicales, à l'exclusion de la chirurgie; les praticiens sont des sages-femmes et parfois un médecin généraliste. Ces structures sanitaires peuvent, et doivent, remplir sept fonctions essentielles : administrer des antibiotiques par voie parentérale, des utérotoniques (par ex. oxytocine parentérale), des anticonvulsifs par voie parentérale en cas de pré-éclampsie ou d'éclampsie, l'extraction manuelle du placenta, l'aspiration manuelle des produits de conception, l'accouchement instrumental par voie basse et les gestes élémentaires de réanimation du nouveau-né.
55. Un établissement dispensant des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUB, de second niveau, qui s'occupe des complications appelant une intervention chirurgicale en dehors des interventions médicales, avec des sages-femmes et des obstétriciens, un anesthésiologiste et parfois un pédiatre) remplit les sept fonctions essentielles

- indiquées ci-dessus ainsi que deux autres fonctions : la transfusion de sang et la chirurgie d'urgence (césarienne).
56. OMS, UNFPA, UNICEF, AMDD. La surveillance des soins obstétricaux d'urgence : manuel d'utilisation. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009.
 57. Cette solution est également préconisée par le programme AMDD (réduction des décès et invalidités maternels) ayant ses locaux à la Mailman School of Public Health, Columbia University, New York.
 58. Edwards G, Byrom S (dirs. de publ.). *Essential midwifery practice: public health*. Oxford, Blackwell Publishing, 2007.
 59. Hatem M, Sandall J, Devane D *et al.* Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No 4, Art. No CD004667.
 60. Sandall J, Homer C, Sadeler E *et al.* Staffing in maternity units: Getting the right people in the right place at the right time. The King's Fund, 2011.
 61. Wiyongse CS. Midwife-led versus other models of care for childbearing women: RHL commentary. Bibliothèque de santé généraliste. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009.
 62. Rosskam E, Pariyo G, Hounton S, Aiga H. Midwifery workforce management and innovation. A background paper prepared for *The State of the World's Midwifery 2011*. Inédit.
 63. Fauveau V, Sherrat D, de Bernis L. Human resources for maternal health: multi-purpose or specialists? *Human Resources for Health* 2008, No 6, p. 21.
 64. Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées par une meilleure fidélisation : recommandations pour une politique mondiale. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010.
 65. UNFPA-ICM. Investing in midwives and others with midwifery skills to save the lives of mothers and newborns and improve their health. Initiative conjointe UNFPA-ICM à l'appui de l'appel à une décennie d'action pour des ressources humaines dans le domaine de la santé, présentée à l'Assemblée mondiale de la santé, 2006.
 66. Matthews Z, Brookes M, Stones W, Hossain MB. Village in the city: Autonomy and maternal health seeking among slum populations of Mumbai. In Kishor S (dir. de publ.). *A focus on gender: Collected papers on gender using DHS data*. Calverton, Maryland, ORC Macro, 2005.
 67. Temin M, Levine R. Start with a girl: A new agenda for global health. A girls count. Report on adolescent girls. Washington, Centre for Global Development, 2009.
 68. OMS. Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui, le programme de demain. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009.
 69. Kirrin-Gill MS, Pande R, Malhotra A. Women deliver for development. *Lancet* 2007, No 370, p. 1347-1357.
 70. Gwatkin DR, Bhuyia A, Victoria CG. Making health systems more equitable. *Lancet* 2004; 364: 1273-1280.
 71. Knutsson A. To the best of your knowledge and for the good of your neighbour. A study of traditional birth attendants in Addis Ababa, Ethiopia. Gothenburg: Acta Universitatis Gothoburgensis, 2004.
 72. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP (dirs. de publ.). Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris, APAD-Karthala, 2003.
 73. Behruzi R, Hatem M, Goulet L *et al.* Humanized birth in high risk pregnancy: Barriers and facilitating factors. *Medical Health Care Philosophy*, 2010, No 13, p. 49-58.
 74. Behruzi R, Hatem M, Fraser W *et al.* Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2010, No 10, p. 25.
 75. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, No 4. art. No CD003766.
 76. Cultural adaptation of maternity services. UNICEF, 2007. Humanization of Childbirth, JICA & Brazil MOH, 1996-2001. FCI Health Care Improvement project, Équateur, 2007.
 77. Doyal L. What makes women sick? Gender and the political economy of health. New Brunswick, Rutgers University Press, 1995.
 78. Andaleeb SS. Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Soc Sc. & Med*, 2001, No 52, p. 1359-1370.
 79. Petterson KO, Christensson K, Gomes de Freitas EG, Johansson E. Adaptation of healthcare seeking behaviour during childbirth. Focus group discussions with women living in the suburban areas of Luanda, Angola. *Health Care for Women International* 2004, No 25, p. 3.
 80. Browner D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: Report of a landscape analysis. USAID TRAction Project, Harvard School of Public Health, University Research Co., 2010.
 81. OMS. Maternity waiting homes: a review of experience. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1996.
 82. Thomas D. Review of the equity and access programme. Kathmandou, SSMP, 2008.
 83. Rosato M, Laverick G, Howard-Grabman L *et al.* Community participation: Lessons for maternal, newborn, and child health. *Lancet* 2008, No 372, p. 962-971.
 84. Kerber K, de Graft JE, Bhutta ZA *et al.* Continuum of care for maternal, newborn, and child health: From slogan to service delivery. *Lancet*, 2007, No 370, p. 1358-1369.
- in health facilities: an impact evaluation. *Lancet*, 2010, No 375, p. 2009-2023.
6. Fauveau V. New indicator of quality of emergency obstetric and newborn care. *Lancet*, 2007, No 370, p. 1310.
 7. Hodges S, Koblinksky M, Say L, Bailey P, Fauveau V. Maternal health global benchmark indicators: Time for review? Septembre 2010.
 8. Selon les enquêtes au Togo.
 9. Afghanistan, Guyana, Libéria, Myanmar, Pakistan, Somalie et Zambie.
 10. Bhoutan, Guyana, Kenya, République démocratique populaire lao, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Soudan et Zimbabwe.
 11. Les normes mondiales de l'ICM pour la formation de la sage-femme (2010) ne prennent pas en compte la formation conjugulée de sage-femme et d'infirmière.
 12. Necochea E, Bossemeyer D. Standards-based management and recognition: A field guide. JHPIEGO, 2005.
 13. Les antibiotiques, les anticonvulsifs et les médicaments utérotoniques peuvent être utilisés respectivement pour dispenser des soins salvateurs en cas de septicémie, d'éclampsie ou d'hémorragie après l'accouchement – les trois principales causes de décès maternel et de morbidité grave.

DEUXIÈME PARTIE

1. Les données de pays comprennent des statistiques, des rapports et des travaux publiés. Une brève description de l'enquête se trouve dans l'Introduction. Les partenaires qui ont collaboré avec nous ont contribué aux analyses techniques et à la préparation des documents de base.
2. Voir l'annexe 3 pour la méthodologie et les chiffres estimatifs.
3. Rapport mondial de la santé 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et chaque enfant. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005.
4. Campbell J, Oulton JA, McPake B and Buchan J. Removing user fees? Engage the health workforce. *Lancet*, 2009, No 374, p. 1966.
5. Lim SS, Dandona L, Hoisington JA *et al.* A conditional cash transfer programme to increase births

TROISIÈME PARTIE

1. Loudon I. Death in childbirth: An international study of maternal care and maternal mortality 1800-1950. Oxford, Clarendon Press, 1992.
2. Development and use of the Lives Saved Tool (LiST): A model to estimate the impact of scaling up proven interventions on maternal, neonatal and child mortality. *International Journal of Epidemiology* 2010, No 39, supplément 1.
3. Fox, MJ, Martorell R, Van den Broek N, Walker N (dirs. de publ.). Technical inputs, enhancements and applications of the Lives Saved Tool (LiST). *BMC Public Health* 2011, No 11, supplément 3.
4. Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Keeping promises, measuring results. Rapport final, mai 2011.

DOCUMENTS DE BASE SUR DES THÈMES RÉGIONAUX, NATIONAUX ET TECHNIQUES

 Ce signe renvoie aux documents de base, sur des thèmes régionaux, nationaux et techniques. La liste complète des contributions (plus de 70) se trouve ci-dessous. Chaque document de base se trouve dans le CD-ROM qui accompagne le présent rapport; on peut aussi se le procurer en ligne à l'adresse : www.stateoftheworldsmidwifery.com.

1. Arulkumar S. Organisation de services de sages-femmes à Sri Lanka
2. Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Étude d'ensemble de la pratique de la sage-femme au Portugal
3. Columbia R et Wexler R. La sage-femme en Europe orientale et en Asie centrale
4. Bonilla Hilda. La sage-femme au Chili
5. Labandera A. La sage-femme en Amérique du Sud
6. Lie S. La santé maternelle et néonatale en Norvège
7. Nordfjell A. Trois siècles de pratique de la sage-femme en Suède
8. Panayiotou N et Hadjigeorgiou E. La sage-femme à Chypre
9. Seguranyes G. La sage-femme en Espagne
10. Sherratt D. L'histoire de la pratique de la sage-femme
11. Sherratt D. La sage-femme en République démocratique populaire lao
12. da Silva AM et Cerejeira I. La sage-femme au Portugal
13. Teurnier F. La sage-femme en France
14. Uz MH et Bassir M. La sage-femme en Iran
15. Zammit N et Borg Xuereb R. La sage-femme à Malte 16. Toure K. 2010 Engagements stratégiques mondiaux concernant la pratique de la sage-femme et autres ayant les compétences de la sage-femme
17. Fauveau V. Ce qui compte, c'est la qualité, pas les chiffres!
18. Cummings R, Chiwawa E et Williams S. Zimbabwe : renforcer les compétences de la sage-femme dans les zones rurales
19. Stevenson D et Campbell J. Des politiques à la pratique : les leçons de la Zambie
20. Carr C, Currie S et Shalla U. Formation de la sage-femme avant l'emploi en Tanzanie
21. Friedman H. Que coûte la formation des sages-femmes?
22. Friedman H and Liang M. Les coûts de la formation avant l'emploi de la sage-femme
23. Ghérissi A, Brown JM et El-Adawy M. La formation de la sage-femme en Afrique du Nord et au Moyen-Orient
24. Ghérissi A. L'évolution du programme tunisien de formation de sages-femmes
25. ten Hoop-Bender P. L'éducation formatrice
26. Lal G. Le Sud-Soudan lance un programme de trois ans de formation directe donnant droit à un diplôme
27. Lugina H et Maclean G. Promotion de la recherche sur la pratique de la sage-femme en Afrique
28. Sebikali B et Murphy C. Renforcement de la formation avant l'emploi pour les sages-femmes et les infirmières au Mali et au Rwanda
29. Stilwell B et Arscott-Mills S. Formation d'infirmières-sages-femmes auxiliaires dans l'État de Jharkhand, en Inde
30. Carr C. Réorganisation de la pratique de la sage-femme en Afghanistan : structures concertées de réglementation et d'accréditation
31. Colegio de Obstetras del Perú. Système national de perfectionnement professionnel de la sage-femme – SINADepro
32. Conseil international des infirmières. Nature et portée de la pratique de l'infirmière-sage-femme
33. Moyo N. Directives de l'ICM concernant le *Member Association Capacity Assessment Tool* (MACAT)
34. Toure K. Les ateliers régionaux renforcent les associations professionnelles
35. Boucar M. Niger : améliorer la qualité des soins maternels
36. Brunne V. Les sages-femmes et la lutte contre le sida
37. Farooq S. Santé procréative et conflit politique en Somalie
38. Hurley L. Des sages-femmes auxiliaires utilisent la gestion active de la troisième phase du travail pour améliorer les chances d'un accouchement sans risque
39. Namusisi M. Témoignage d'une sage-femme en Ouganda
40. Carr C. Rôle des sages-femmes dans la réanimation des nouveau-nés
41. Sharma V. Des services de sages-femmes au Sud-Soudan
42. Sing C, Tang PL et Sham A. Une équipe de sages-femmes en permanence à l'Hôpital Kwong Wah, Hong Kong
43. Azfar P. Les sages-femmes et la sexespecificité en Afghanistan
44. Campbell F. La mortalité maternelle en Afghanistan
45. Colegio de Obstetras del Perú. Parto vertical en el Perú: contribuye a mejorar la salud y reducir la mortalidad materna
46. Gandhi M, Bedford J et Williams S. Éthiopie : l'effet du contexte culturel dans la décision d'accoucher dans une maternité
47. Hancart Petitot P. Accoucheuses traditionnelles et réduction des décès maternels
48. Jaffré Y. Notions populaires de l'accouchement, de la pratique de la matrone et de la formation de la sage-femme
49. Clow S. Des unités obstétricales en dehors de l'hôpital à Cape Peninsula (Afrique du Sud)
50. Fung S. Initiatives prises par des sages-femmes : Clinique de sages-femmes (CCDS), Hôpital Princess Margaret, Hong Kong
51. Confédération internationale des sages-femmes. Initiatives prises par des sages-femmes : Mamatoto
52. Occhinerio T. Soins dispensés par des sages-femmes à Nunavik (Canada)
53. Dao B, Zerbo A et Hounton S. Burkino Faso : La maîtrise universitaire en pratique de sage-femme est la clef du développement d'une carrière
54. Dolea C. OMS – Recommandations de politiques au niveau mondial : un accès accru des agents de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation
55. van Lerberghe W. Références en matière de santé maternelle
56. Oulton J. Recherche d'un environnement propice à la pratique
57. Pakenham-Walsh N, Jacob S *et al.* Satisfaire les besoins des sages-femmes en matière d'information et d'apprentissage
58. Prual A. Déclaration obligatoire et investigation des morts maternelles au Maroc
59. Rosskam E, Pariyo G, Hounton S et Aiga H. Gestion des effectifs de sages-femmes et innovation
60. Spero J et McQuide P. Les données montrent des niveaux élevés de réduction naturelle des effectifs en Ouganda
61. Windau T. Les sages-femmes du monde entier racontent
62. Edwards G. Émirats arabes unies : Enquête sur l'opinion des femmes au sujet des sages-femmes
63. Smith J, Azfar P et Currie S. La pratique de la sage-femme comme moyen pour les femmes de devenir autonomes en Afghanistan
64. Ganges F. La sage-femme et la société civile : l'expérience de l'Alliance du ruban blanc
65. Baravilala W. La sage-femme dans la région du Pacifique
66. Dennis-Antwi JA. La pratique de la sage-femme en Afrique anglophone
67. Hussein J. Qui est sage-femme? Perspective sud-asiatique
68. Ibinga Koula R et Ghérissi A. La pratique de la sage-femme dans les pays francophones d'Afrique
69. Lewis D. La sage-femme dans la région des Caraïbes
70. Mathai S et Sherratt D. La sage-femme en Asie
71. Matthews Z. La pratique de la sage-femme dans le monde 2011 – document régional analytique
72. Land S. Réaliser des accouchements assistés d'une professionnelle compétente, partout en Amérique, au moyen d'un renforcement de la pratique des sages-femmes et des infirmières.

ANNEXE I : ABRÉVIATIONS, SIGLES ET GLOSSAIRE DES TERMES UTILISÉS

Accréditation : Un système pour évaluer les compétences d'un professionnel de santé, nécessaires pour pratiquer en toute sécurité et avec efficacité, en conformité avec des standards établis. Le terme peut aussi être appliqué à une institution, comme une école professionnelle, et il signifie alors une reconnaissance officielle que cette institution correspond bien aux standards spécifiques.

Association, ou Société, ou Collège : Un organisme réunissant les membres d'une certaine catégorie de professionnels de santé, pour partager l'information, organiser la formation continue, réfléchir aux perspectives de carrière, faire le plaidoyer pour la profession, et toutes autres activités dans l'intérêt des professionnels et de la profession.

Personnels auxiliaires dans la pratique de sage-femme : Ensemble des personnels soignants nécessaires pour dispenser les soins de maternité, et seconder les professionnels qualifiés, possédant certaines compétences mais non nécessairement diplômés (en Inde les auxiliaires reçoivent une licence).

Certificat de bonne conduite : Certificat préparé par l'organe régulateur de la profession, pour garantir que le professionnel a toujours pratiqué en conformité avec les standards de la profession, et n'est pas sous un mandat d'investigation judiciaire

Code d'éthique : l'ensemble des règles de moralité et standards de comportement gouvernant la conduite d'une personne ou des membres d'une profession.

Agents communautaires de santé maternelle : Agents de santé communautaires, vivant dans la communauté, ayant des relations avec les professionnels compétents dans la pratique de sage-femme. Ces agents communautaires jouent un rôle important dans les soins prénatals, postnatals et néonataux, ainsi qu'en aidant les femmes à rechercher et à recevoir des soins qualifiés pour assurer une grossesse et un accouchement en bonne condition. Dans certains pays, cette catégorie inclut les matrones ayant reçu une formation.

Compétences : Connaissances, attitudes, habileté, comportement, et expérience nécessaires pour exercer son métier de façon correcte, efficace, et responsable, selon des standards agréés. Les compétences de base (core competencies) ont été publiées par l'OMS et la Confédération Internationale des Sages-femmes ICM.

Conseil ou Ordre : L'institution de régulation responsable de l'enregistrement des professionnels, de l'émission de leur licence professionnelle, du contrôle de la conduite et de l'éthique professionnelle, de la discipline. Elle peut être gouvernementale, privée, ou mixte. Elle défend les intérêts des patients.

Structures de Soins obstétricaux et néonataux de base (SONUB) : Structures de santé (maternités périphériques) ayant pratiqué régulièrement dans les derniers 3 mois les 7 fonctions obstétricales-clés de base: administration parentérale d'antibiotiques, d'ocytociques et d'anticonvulsifs, extraction manuelle du placenta, aspiration manuelle des produits résiduels dans l'utérus, extraction par ventouse obstétricale, réanimation néonatale de base avec masque (y compris stabilisation de la situation d'une patiente et soins dispensés avant et pendant le transfert à un hôpital de référence).

Structures de Soins obstétricaux et néonataux Complètes (SONUC) : Structures (maternités) ayant pratiqué régulièrement dans les derniers 3 mois les 7 fonctions de base ci-dessus ET les 2 fonctions additionnelles qui sont : la chirurgie d'urgence (césarienne) et la transfusion sanguine (on y ajoute parfois la réanimation néonatale avancée).

OMD 5 : Le cinquième Objectif de Développement du Millénaire (sur un total de huit) adoptés par les dirigeants de tous les pays au Sommet des Nations Unies en 2000, afin d'accélérer la marche vers un développement équitable pour tous. Le cinquième Objectif vise à améliorer la Santé Maternelle en réduisant la mortalité maternelle en 2015 à trois-quarts de sa valeur de 1990. En 2005, une cible additionnelle a été ajoutée visant à l'accès universel à la santé reproductive en 2015.

Santé maternelle et du nouveau-né : dans le contexte de ce Rapport, et en ligne avec le consensus H4+ (OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA et Banque Mondiale), la santé maternelle et du nouveau-né concerne la grossesse,

ABRÉVIATIONS ET SIGLES

FIGO	Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens
ICM	Confédération Internationale des Sages-femmes
ICN	Conseil International des Infirmières
LIST	Lives saved tool
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
PMNCH (PSMNE)	Partenariat pour la santé des mères, des nouveaux-nés et des enfants
ONU	Organisation des Nations Unies
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
OMS	Organisation mondiale de la santé
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence

le travail, la naissance et la période post-natale, ainsi que la prévention de la mortalité et la survie et la bonne santé du nouveau-né pendant la période immédiatement suivant la naissance (en général 24 heures). Cette définition opérationnelle, très liée au rôle de la sage-femme, diffère de la définition démographique de la santé néonatale qui couvre la période jusqu'à 4 semaines après la naissance et est le plus souvent prise en charge par les pédiatres et/ou les infirmières.

Sage-femme : Praticienne soignante compétente et qualifiée selon la définition de la Confédération Internationale des Sages-femmes (ICM), ayant été éduquée et complètement formée selon les Compétences Essentielles de la pratique de sage-femme de l'ICM, capable de faire preuve de sa compétence, et légalement autorisée à porter ce titre. Elle a aussi des compétences dans les domaines de la santé de la procréation, de la santé en général, de l'émancipation des femmes et de la santé du nouveau-né, domaines où elle joue un rôle important de promotion, de soins, et de prévention.

La pratique de sage-femme : La pratique professionnelle des sages-femmes, c'est-à-dire l'art et la science d'aider une femme durant la grossesse, le travail de l'accouchement, et les post-couches. Bien que cette définition éthymologique soit restrictive, il est reconnu partout que la pratique comprend aussi un domaine plus large d'activités, incluant en particulier toute la santé de la reproduction

Personnels compétents dans la pratique de sage-femme : Soignants dont la fonction première inclut les soins de santé dispensés aux femmes pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et les post-couches, à la mère ainsi qu'au nouveau-né. Cette définition inclut les sages-femmes et les autres personnels compétents et qualifiés, comme les infirmières-sages-femmes, les médecins généralistes avec compétence en obstétrique, et bien sûr les obstétriciens, ainsi que, dans certains pays, les sages-femmes communautaires.

Régulation : C'est l'ensemble des activités de contrôle de la pratique professionnelle, selon les lois en vigueur, les politiques publiées et l'éthique de la profession. La régulation peut s'appliquer à l'éducation, à la pratique, à la gestion de la profession, à la carrière, etc.

Habilité : Techniques acquises par la formation et/ou l'expérience pour pratiquer certains gestes spécifiques à la profession. Le plus souvent ces gestes requièrent l'usage des mains et du corps.

Syndicat : une forme d'association de professionnels d'un même secteur d'activité, en général indépendant du gouvernement, dont le but est de défendre les intérêts des travailleurs.

ANNEXE 2 . DÉFINITIONS DES INDICATEURS

Indicateur	Définition de l'indicateur	Source (base de données mondiale)
OBSERVATOIRE DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME		
Nombre de sages-femmes pour 1000 naissances	Nombre de sages-femmes (y compris les infirmières sages-femmes et les infirmières ayant toutes les compétences de sage-femme) pour 1 000 naissances vivantes par an dans le pays.	Rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde, enquête par pays – Division de la population de l'ONU
Complications de l'accouchement (obstétricales et néonatales) à prévoir par jour dans tout le pays (estimation); en milieu rural	Estimation du nombre de complications obstétricales et néonatales auxquelles le pays peut s'attendre à faire face et à devoir gérer chaque jour sur la base du nombre de naissances, sachant qu'en moyenne 15 % des grossesses et des accouchements présentent une complication grave devant être gérée par une sage-femme ou un médecin pour éviter une transformation ou une aggravation conduisant à la mort ou à une incapacité.	UNFPA 2011 (source inédite)
Risque de décès maternel durant toute la vie	Probabilité de décès maternel pendant la période où la femme est en âge de procréer, exprimée en termes de risque.	OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale – <i>Trends in maternal mortality: 1990 to 2008</i>
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances)	Nombre d'enfants mort-nés (décès fœtal intra-utérin après la vingt-huitième semaine), pour 1 000 naissances, par an dans un pays donné.	Séries sur la mortalité – <i>The Lancet</i> , 2011
Mortalité néonatale en pourcentage de la mortalité des moins de 5 ans	Taux, en pourcentage, de mortalité néonatale rapporté au taux de mortalité des moins de 5 ans. Il indique l'importance résiduelle de la mortalité néonatale après réduction de la mortalité infantile-juvénile.	OMS/UNICEF – <i>Countdown to 2015 Decade Report (2000-2010)</i>
TABLEAUX ET GRAPHIQUES		
Tendances de la mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) : 1990-2015	Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes pendant une période donnée, la projection pour 2015 étant 75 % de la valeur de 1990 conformément à l'objectif 5 des OMD.	OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale – <i>Trends in maternal mortality: 1990 to 2008</i>
Lieu de l'accouchement, milieu urbain/milieu rural	Distribution des naissances vivantes selon le lieu, milieu urbain/milieu rural.	Enquêtes démographie-Santé (EDS)
Naissances assistées : milieu urbain/milieu rural	Distribution des naissances vivantes selon le type de surveillance de l'accouchement, milieu urbain/milieu rural.	Enquêtes démographie-Santé (EDS)
Nombre projeté de naissances selon l'âge de la mère	Nombre projeté de naissances (variante moyenne) sur une période donnée, selon l'âge de la mère : période de cinq ans allant du 1 ^{er} juillet de l'année initiale au 30 juin de l'année finale. Données en milliers.	Division de la population, Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'ONU – <i>World population prospects: the 2008 revision</i>
INDICATEURS NATIONAUX		
Population totale, en milliers	Population de fait dans un pays, une zone ou une région au 1 ^{er} juillet de l'année indiquée. Chiffres donnés en milliers.	<i>World Population Prospects: The 2008 revision</i>
Pourcentage de la population urbaine	Pourcentage de la population de fait vivant dans des zones classées comme urbaines selon les critères utilisés par chaque zone ou pays. Données au 1 ^{er} juillet de l'année indiquée.	<i>World Population Prospects: The 2008 revision</i>
Population adolescente, de 15 à 19 ans, en milliers : pourcentage du total	Population de fait âgée de 15 à 19 ans dans un pays, une zone ou une région au 1 ^{er} juillet de l'année indiquée. Chiffres donnés en milliers.	<i>World Population Prospects: The 2008 revision</i>
Nombre de femmes en âge de procréer, de 15 à 49 ans, en milliers : pourcentage du total	Population féminine de fait âgée de 15 à 49 ans dans un pays, une zone ou une région au 1 ^{er} juillet de l'année indiquée. Chiffres donnés en milliers.	<i>World Population Prospects: The 2008 revision</i>
Taux de fécondité générale (nombre d'enfants par femme)	Nombre moyen d'enfants qu'une femme en âge de procréer aurait si elle avait un nombre d'enfants égal au chiffre estimatif pour chaque tranche d'âge pendant la période spécifiée.	<i>World Population Prospects: The 2008 revision</i>
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)	Nombre de naissances pendant une période donnée divisé par le nombre de personnes-années vécues par la population pendant cette période, rapporté au nombre de naissances pour 1 000 habitants.	<i>World Population Prospects: The 2008 revision</i>
Nombre de naissances par an	Nombre moyen annuel de naissances pendant une période donnée. Période de cinq ans allant du 1 ^{er} juillet de l'année initiale au 30 juin de l'année finale. Données présentées en milliers.	<i>World Population Prospects: The 2008 revision</i>
Pourcentage de toutes les naissances enregistrées	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans (enregistrés au moment de l'enquête) dont le certificat de naissance a été vu par l'enquêteur ou dont la mère ou la personne chargée de garder l'enfant dit que la naissance a été enregistrée.	UNICEF, La situation des enfants dans le monde, 2009 (MICS, Enquêtes démographiques et sanitaires, autres enquêtes nationales, données d'état civil.)
Nombre de décès maternels	Nombre annuel de décès maternels dans un pays donné (décès d'une femme enceinte ou dans un délai de 42 jours après la terminaison de la grossesse, quelle que soit la durée de la grossesse et le site de la grossesse, due à une cause liée ou aggravée par la grossesse ou sa gestion, mais n'ayant pas de caractère accidentel).	OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale – <i>Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008</i>
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 naissances)	Nombre de décès durant les 28 premiers jours de vie pour 1 000 naissances vivantes dans une année donnée.	OMS – Statistiques sanitaires mondiales, 2011
Taux de mortalité (pour 1 000 naissances)	Proportion de décès fœtaux intra-utérins après la 28 ^e semaine.	Séries sur la mortalité – <i>The Lancet</i> , 2011
Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH	Nombre de femmes enceintes qui ont été testées pour le VIH et ont eu connaissance du résultat – pendant la grossesse, pendant le travail et l'accouchement et pendant la période postpartum (moins de 72 heures), y compris celles dont le statut sérologique était déjà connu.	OMS/ONUSIDA/UNICEF – <i>Towards Universal Access - Progress Report 2010</i>
Les sages-femmes sont autorisées à faire certaines interventions vitales	La politique nationale suivie autorise les sages-femmes à donner les soins obstétricaux d'urgence de base suivants : administration parentérale d'antibiotiques, d'ocytociques ou d'anticonvulsifs; extraction manuelle du placenta; enlèvement par aspiration des membranes intra-utérines résiduelles; accouchement vaginal assisté; réanimation de base du nouveau-né.	Données spéciales établies par l'OMS pour l'enquête OMS/UNICEF : <i>Countdown to 2015 Decade Report (2000-2010)</i>
Nombre de sages-femmes, d'infirmières et de médecins pour 1 000 habitants	Nombre de sages-femmes, d'infirmières et de médecins dans la population totale (le chiffre de 2,3 pour 1 000 est reconnu comme seuil de densité acceptable).	OMS – <i>Global Health Workforce Atlas</i>
Pénurie estimative de sages-femmes, pour atteindre un taux de surveillance de 95 % des accouchements en 2015	Estimation du nombre total de soignants compétents surveillant l'accouchement qu'il faudrait former pour que 95 % des accouchements soient surveillés par un soignant compétent en 2015.	OMS – <i>Making Pregnancy Safer: Human Resource Projection Tool for maternal and newborn health</i>

Indicateur	Définition de l'indicateur	Source (base de données mondiale)
Taux de scolarisation secondaire (garçons; filles)	Nombre d'enfants scolarisés dans un établissement secondaire quel que soit l'âge, rapporté à la population de la tranche d'âge correspondant officiellement à ce niveau d'enseignement.	Estimations de l'UNESCO de 2008
Taux d'alphabétisation (hommes et femmes de plus de 15 ans) en pourcentage	Pourcentage de personnes âgées de 15 ans ou plus sachant lire et écrire.	Estimations de l'UNESCO de 2008
INDICATEURS DES OMD		
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pendant une période précise, habituellement 1 an.	OMS, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale – <i>Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008</i>
Proportion des naissances assistées par un soignant qualifié (pourcentage)	Pourcentage des naissances vivantes surveillées par un soignant qualifié pendant une période donnée	ONU – Rapport 2010 sur les objectifs du Millénaire pour le développement; Division de statistique de l'ONU – Base de données des indicateurs des OMD
Taux de prévalence de la contraception (méthodes modernes; pourcentage)	Proportion de femmes en âge de procréer qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode moderne de contraception à une date donnée.	ONU – Rapport 2010 sur les objectifs du Millénaire pour le développement; Division de statistique de l'ONU – Base de données des indicateurs des OMD
Taux de fécondité des adolescentes (naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans)	Nombre annuel de naissances chez les femmes âgées de 15 à 19 ans pour 1 000 femmes de cette tranche d'âges adolescentes.	ONU – Rapport 2010 sur les objectifs du Millénaire pour le développement; Division de statistique de l'ONU – Base de données des indicateurs des OMD
Soins prénatals (une consultation au moins, ou au moins quatre consultations; pourcentage)	Pourcentage de femmes consultant pour des soins prénatals dispensés par un soignant qualifié, pour des raisons liées à la grossesse, au moins une fois pendant celle-ci ET au moins quatre fois pendant celle-ci, en pourcentage des naissances vivantes pendant une période donnée.	ONU – Rapport 2010 sur les objectifs du Millénaire pour le développement; Division de statistique de l'ONU – Base de données des indicateurs des OMD
Besoins non satisfaits de planification familiale (pourcentage)	Nombre de femmes dont les besoins de planification familiale ne sont pas satisfaits, exprimé en proportion du nombre de femmes en âge de procréer qui sont mariées ou dans une union – femmes qui sont fécondes et sexuellement actives mais n'utilisent pas de méthodes de contraception et signalent ne pas souhaiter d'autres enfants ou souhaitent retarder leur prochaine naissance.	Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2011) – <i>World Contraceptive Use (POP/DB/CP/Rev2010)</i> .
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	Probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes.	ONU – Rapport 2010 sur les objectifs du Millénaire pour le développement; Division de statistique de l'ONU – Base de données des indicateurs des OMD
EFFECTIFS DE SAGES-FEMMES		
Sages-femmes	Nombre de sages-femmes dans un pays donné, y compris les infirmières sages-femmes, les infirmières ayant les compétences de sage-femme.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Autres soignants ayant certaines compétences de sage-femme	Nombre d'auxiliaires surveillant les naissances dans les établissements de soins d'un pays donné.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Généralistes ayant certaines compétences de sage-femme	Nombre de généralistes ayant certaines compétences de sage-femme dans un pays donné.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Obstétriciens	Nombre d'obstétriciens qualifiés dans un pays donné.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Travailleurs sanitaires communautaires ayant une certaine formation à la pratique de sage-femme	Nombre de travailleurs sanitaires communautaires ayant reçu une formation même limitée dans la pratique de sage-femme dans un pays donné.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Registre à jour des sages-femmes diplômées	Existence d'un registre national des sages-femmes diplômées, disponible dans un système informatique « actualisé, vivant » (c'est-à-dire mis à jour au moins tous les mois).	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
EDUCATION DES SAGES-FEMMES		
Programmes d'éducation des sages-femmes (entrée directe, combinée, séquentielle)	Existence d'une formation directe à la profession de sage-femme (uniquement pour cette profession, et non pas dans le cadre d'autres études telles que les études d'infirmière), que cette formation soit dispensée par un établissement public ou privé; existence d'une formation conjuguée à la profession d'infirmière et à celle de sage-femme, dispensée par un établissement public ou privé; existence d'une formation échelonnée, enseignant d'abord la pratique d'infirmière puis celle de sage-femme, dans un établissement public ou privé.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Nombre d'établissements dispensant une formation à la pratique de sage-femme, nombre d'établissements privés	Nombre total d'établissements dispensant une formation à la profession de sage-femme en 2010; nombre d'établissements d'enseignement privés dispensant cette formation en 2010.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Durée de la formation à la pratique de sage-femme (en mois)	Nombre de mois d'études pour obtenir le diplôme de sage-femme (études théoriques et pratiques). La différence s'explique par l'entrée directe, la formation conjuguée ou la formation échelonnée.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Nombre d'admissions en première année des élèves sages-femmes	Nombre d'inscriptions en première année de l'ensemble des formations à la profession de sage-femme, qu'il s'agisse d'une entrée directe, d'une formation conjuguée ou d'une formation échelonnée d'infirmière sage-femme, dispensées dans des établissements publics ou privés. Les chiffres concernent les nouvelles inscriptions pour les études commençant en 2009.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Proportion d'admissions effectives d'élèves sages-femmes rapportée au nombre de places disponibles	Pourcentage du nombre d'élèves sages-femmes dans toutes les formations (toutes années confondues) par rapport au nombre de places disponibles dans ces enseignements (toutes années d'études confondues).	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Nombre total d'élèves sages-femmes inscrites dans toutes les années d'études (2009)	Nombre total d'élèves sages-femmes inscrites dans l'ensemble des programmes de formation à cette profession. Les chiffres concernent toutes les années d'études après la première inscription en 2009.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde

ANNEXE 2 . GLOSSAIRE DES DONNÉES

Indicateur	Définition de l'indicateur	Source (base de données mondiale)
Nombre total de sages-femmes diplômées (2009)	Nombre total de sages-femmes obtenant leur diplôme après avoir suivi la formation à la profession en 2009.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Homologation officielle des formations de sage-femme	Toutes les formations à la profession de sage-femme sont homologuées par le gouvernement ou par un organisme public autorisé à cet effet.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
RÉGLEMENTATION		
La législation fait de la profession de sage-femme une profession autonome	La législation du pays reconnaît comme autonome la profession de sage-femme (année d'adoption de la loi).	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Le titre de sage-femme est protégé	Il existe un titre spécifique pour désigner la profession de sage-femme dans le pays.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Il existe une définition reconnue de la profession de sage-femme	Une définition de la profession de sage-femme est officiellement reconnue dans le pays.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Un organisme public régleme la pratique de sage-femme	Il existe dans le pays un organisme public qui régleme la profession de sage-femme.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Une autorisation d'exercer est nécessaire pour pratiquer la profession de sage-femme	L'État délivre l'autorisation d'exercer (license) la pratique de sage-femme.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Les sages-femmes sont autorisées à prescrire des médicaments d'importance vitale	Les sages-femmes et autres personnes ayant les compétences de la pratique de sage-femme sont autorisées à administrer par voie parentérale des médicaments d'importance vitale tels que les anticonvulsifs, les ocytociques et les antibiotiques, de leur propre autorité, pour traiter la parturiente, avant, pendant et après l'accouchement.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES		
Il existe une association de sages-femmes	Il existe dans le pays une association professionnelle réunissant expressément les sages-femmes.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Nombre de sages-femmes représentées par une association	Nombre de sages-femmes représentées dans l'association professionnelle qui leur est destinée.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Nombre d'associations affiliées à ICM ou ICN	Nombre d'associations professionnelles nationales dont les sages-femmes peuvent faire partie, qui sont affiliées à la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) ou au Conseil international des infirmières (ICN).	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
POLITIQUES		
Il existe un plan national de soins maternels et néonataux incluant la profession de sage-femme	Il existe un plan ou une stratégie régissant les interventions en santé maternelle et néonatale dans le pays.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Le coût du plan est établi	Il existe un plan ou une stratégie d'intervention en santé maternelle et néonatale dont le coût a été établi.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Le plan national de formation des ressources humaines pour la santé prévoit expressément la formation de sage-femme	Un plan national (ou une stratégie) de formation de ressources humaines en santé publique existe et traite expressément la profession de sage-femme.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
La notification des décès maternels est obligatoire	La politique de santé adoptée fait obligation aux soignants de notifier tout décès maternel.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Il existe un audit systématique des décès maternels	La politique de santé prévoit une procédure d'audit et d'examen systématiques des décès maternels.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Dans le cas d'un décès maternel une enquête confidentielle est diligentée	La politique de santé prévoit, concernant les décès maternels, une enquête confidentielle.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Enregistrement obligatoire de toutes les naissances	L'enregistrement des naissances à l'état civil est obligatoire.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Les soins de santé maternelle et néonatale sont gratuits (dans le secteur public)	La politique de santé prévoit l'accès gratuit aux soins de santé maternelle et néonatale dans le secteur public.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
SERVICES		
Nombre d'établissements offrant des soins d'accouchement essentiels	Nombre total d'établissements pratiquant les accouchements, et disposant de services essentiels obstétricaux et néonataux.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Nombre d'établissements offrant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)	Nombre d'établissements de soins disposant d'un service de maternité pratiquant régulièrement les sept principales fonctions SONUB : administration parentérale d'antibiotiques, d'anticonvulsifs, d'ocytociques, extraction manuelle du placenta, aspiration manuelle des membranes résiduelles intra-utérines, accouchement vaginal avec extraction par ventouse, réanimation du nouveau-né avec masque. Ces fonctions comprennent la stabilisation de l'état de la mère et du nouveau-né en cas de complication avant et pendant le transfert à un hôpital de niveau supérieur.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Nombre d'installations offrant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC)	Nombre d'établissements de soins comportant un service de maternité pratiquant régulièrement les sept fonctions essentielles ainsi que deux autres fonctions supplémentaires : la chirurgie d'urgence (césarienne) et la transfusion sans risque de sang (peut aussi inclure des techniques de pointe de réanimation du nouveau-né) (SONUC).	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde
Nombre de structures sanitaires pour 1 000 naissances	Nombre d'établissements comportant des services essentiels d'accouchement et de soins obstétricaux et néonataux d'urgence, et autres services, par rapport au nombre de naissances dans l'année.	Enquête par pays, rapport sur l'état de la pratique de sage-femme dans le monde

Le déficit de sages-femmes

Pays	Nombre de sages-femmes en exercice en 2010 (corrigé en hausse de 5 % en raison de la réduction naturelle des effectifs)	Estimation du nombre de sages-femmes nécessaires en 2015 (corrigé en baisse de 5 % pour réduction naturelle des effectifs)	Déficit
Afghanistan	2 214	9 573	7 359
Bénin	1 224	2 408	1 185
Burkina Faso	3 504	4 944	1 441
Burundi	1 103	1 912	809
Cambodge	1 913	2 481	567
Cameroun	116	4 542	4 426
Côte d'Ivoire	2 425	4 794	2 368
Djibouti	130	154	24
Éthiopie	1 310	20 799	19 489
Gambie	260	418	158
Ghana	3 591	5 050	1 459
Guinée	381	2 675	2 294
Guinée-Bissau	155	446	291
Haïti	165	1 740	1 575
Libéria	391	1 022	630
Madagascar	2 821	4 634	1 813
Malawi	2 355	4 220	1 865
Mali	1 500	3 701	2 201
Maroc	2 819	4 131	1 312
Mauritanie	333	700	368
Mozambique	2 799	5 559	2 761
Népal	2 731	4 760	2 029
Niger	648	5 936	5 288
Ouganda	9 216	10 711	1 495
Papouasie-Nouvelle-Guinée	277	1 350	1 073
République centrafricaine	485	992	506
République démocratique du Congo	5 470	20 055	14 585
République démocratique populaire lao	326	1 137	811
République-Unie de Tanzanie	2 584	12 525	9 941
Rwanda	1 570	2 831	1 262
Sénégal	941	3 086	2 146
Sierre Leone	105	1 532	1 427
Somalie	408	2 780	2 372
Soudan	860	8 321	7 462
Tchad	209	3 515	3 306
Togo	392	1 418	1 026
Yémen	4 073	5 860	1 787
Zambie	2 680	3 651	971
Déficit total			111 88

OBJECTIF

Estimer les déficits, pour chaque pays, des effectifs de sages-femmes par rapport à la cible de l'OMD 5 consistant à ce que tous les accouchements soient réalisés par du personnel qualifié d'ici à 2015 dans les 58 pays.

Définition opérationnelle

Le déficit de l'effectif des sages-femmes est défini comme le nombre de sages-femmes supplémentaires nécessaires pour porter à 95 % la proportion d'accouchements réalisés par du personnel qualifié d'ici à 2015 dans les 58 pays.

Hypothèses de travail

Cette analyse du déficit part de l'hypothèse que tous les accouchements, avec complication ou non, doivent être réalisés par du personnel qualifié. Les médecins et autres professionnels de santé tels que les soignants de niveau intermédiaire resteront nécessaires pour environ 5 % à 15 % des accouchements qui peuvent présenter des complications, en sus des sages-femmes. Ces soignants ne sont pas pris en compte dans la présente estimation. Cette analyse du déficit de sages-femmes part de l'hypothèse que toutes les sages-femmes exercent à un niveau optimal, estimé par l'OMS en 2005 à 175 accouchements par an et par sage-femme. Par souci de simplicité, ce critère de performance est ramené à 6 sages-femmes pour 1 000 accouchements par an aux fins du présent rapport.

Analyse du déficit

Le déficit est défini comme la différence entre le nombre estimatif de sages-femmes qui serait nécessaire pour assurer 95 % des accouchements en 2015 à un niveau de productivité de 6 sages-femmes pour 1 000 naissances par an d'une part, et le nombre de sages-femmes en exercice tel qu'il est signalé dans l'enquête.

Définition des données de base pour 2010

En 2011, l'enquête réalisée pour l'établissement du présent rapport a réuni des données sur le nombre et le type de sages-femmes en exercice. Parmi les 58 pays qui ont répondu à l'enquête, 52 ont répondu aux questions relatives aux sages-femmes. Pour les six pays qui n'ont pas donné d'estimations de leurs effectifs de sages-femmes, on a utilisé comme source d'information l'Atlas mondial de l'OMS sur le personnel de santé, 2010.

Estimation du nombre de sages-femmes nécessaires (2015)

Le nombre de sages-femmes nécessaires en 2015 a été calculé sur la base d'une proportion de 95 % des accouchements surveillés par du personnel qualifié en 2015 (ONU, 2009) dans les 58 pays retenus par l'enquête, ces accouchements étant réalisés par des sages-femmes (6 sages-femmes pour 1 000 accouchements par an).

Pour corriger l'effet de la réduction naturelle des effectifs, le nombre estimatif des sages-femmes, en 2015, a été corrigé en hausse de 5 %. Réciproquement, le nombre de sages-femmes indiqué dans l'enquête a été corrigé en baisse de 5 % pour tenir compte de la réduction naturelle des effectifs.

C'est pourquoi, le déficit est mesuré comme la différence entre le nombre corrigé de sages-femmes nécessaires en 2015 et le nombre corrigé de sages-femmes en exercice en 2010.

Références :

Atlas mondial du personnel sanitaire, 2010. www.who.int/globalatlas

Rapport sur la santé dans le monde, 2005. OMS, Genève, 2005.

Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2009). Perspectives de la population mondiale : révision de 2008, CD-ROM Edition.

ANNEXE 4 : CALCUL DU NOMBRE DE VIES SAUVÉES

Pays	Nombre de décès maternels, base (2015)	Nombre de décès maternels évités			Décès fœtaux évités				Décès néonataux évités				Nombre total de décès évités			
		Taux pragmatique (%)	Taux universel (%)	Universel (nombre)	Décès fœtaux, base (2015)	Taux pragmatique (%)	Taux universel (%)	Universel (nombre)	Décès néonataux, base (2015)	Taux pragmatique (%)	Taux universel (%)	Universel (nombre)	Total, base (2015)	Taux pragmatique (%)	Taux universel (%)	Universel (nombre)
Afghanistan	23000	11	54	12500	62500	10	45	28500	84000	13	56	47000	169500	12	52	88000
Afrique du Sud	5000	20	45	2500	21000	16	32	7000	23000	17	39	9000	49000	17	37	18500
Bangladesh	13500	14	46	6000	124500	13	35	43500	125000	15	55	69500	263000	14	45	119000
Bénin	1500	10	68	1000	10500	9	58	6000	13000	10	62	8000	25000	10	61	15000
Bhoutan	1500	17	52	1000	20500	17	46	9500	28500	21	56	16000	50500	19	52	26500
Bolivie (État plurinationals de)	500	36	64	500	4500	32	49	2500	7000	37	57	4000	12000	35	54	7000
Botswana	<500	33	53	<500	1000	29	36	500	1000	32	50	500	2000	30	43	1000
Burkina Faso	4500	16	76	3500	22000	14	70	15500	27000	19	71	19000	53500	17	71	38000
Burundi	3500	13	51	2000	8500	12	41	3500	14500	14	53	7500	26500	13	49	13000
Cambodge	1500	18	52	500	10500	15	34	3500	14000	19	52	7500	26000	17	44	11500
Cameroun	5500	16	68	3500	20000	14	60	12000	26000	18	65	17000	51500	16	63	32500
Comores	3000	17	72	2000	18500	15	67	12500	35000	20	74	26000	56500	18	71	40500
Côte D'Ivoire	4000	24	55	2500	25000	20	45	11500	34000	26	60	20500	63000	24	54	34500
Djibouti	<500	20	55	<500	500	18	40	<500	1000	20	53	500	1500	20	49	1000
Éthiopie	20500	18	57	11500	124000	16	48	59500	157000	18	62	97500	301500	17	56	168500
Gabon	<500	24	52	<500	1000	18	42	500	1500	21	56	500	2500	20	50	1000
Gambie	500	26	53	<500	1500	21	44	1000	2500	27	60	1500	4500	25	53	2500
Ghana	3000	10	69	2000	19000	9	60	11500	25500	11	61	15500	47500	10	61	29000
Guinée	3500	12	64	2000	13000	12	56	7500	20000	13	67	13500	36500	12	63	23000
Guinée Bissau	1000	16	56	500	2500	14	46	1000	3000	18	59	2000	6500	16	53	3500
Guyana	<500	13	47	<500	<500	10	24	<500	1000	17	55	500	1000	15	48	500
Haïti	1000	18	72	500	7500	16	58	4500	8000	19	66	5000	16500	18	63	10000
Inde	75000	25	53	40000	912500	23	43	391000	1164500	27	54	624000	2152000	25	49	1055000
Indonésie	11000	24	38	4500	69500	14	19	13500	85500	30	40	34500	166000	22	31	52500
Kenya	10000	21	73	7500	37000	18	66	24500	59000	25	73	43000	106000	22	70	75000
Libéria	2000	18	74	1500	4500	15	66	3000	10500	22	73	8000	17000	19	71	12500
Madagascar	4000	19	62	2500	18500	18	52	10000	34000	21	61	20500	56500	20	58	33000
Malawi	4000	16	78	3500	19500	15	73	14500	21500	21	72	15500	45000	18	73	33500
Mali	5000	24	63	3000	21000	21	57	12000	27500	27	63	17000	53500	25	60	32000
Maroc	1000	21	45	500	13500	14	28	4000	16000	27	43	7000	30500	21	37	11500
Mauritanie	500	31	57	500	3500	28	48	1500	4500	34	61	3000	8500	31	56	5000
Mozambique	6000	26	58	3500	31500	23	49	15500	44000	29	58	25500	81500	26	55	44500
Myanmar	2500	10	45	1000	23000	7	29	6500	48500	14	58	28500	74000	12	49	36000
Népal	3500	21	54	2000	20500	21	46	9500	25500	23	58	15000	49500	22	53	26500
Nicaragua	<500	17	54	<500	2000	16	43	1000	2000	19	50	1000	4500	18	47	2000
Niger	8000	10	77	6000	27000	9	73	19500	29000	10	73	21000	64000	10	73	46500
Nigéria	62500	17	77	48000	241500	14	71	172000	338500	20	74	252000	642500	18	74	472000
Ouganda	1000	30	58	500	6000	29	49	2000	8500	28	56	4000	15500	29	53	6500
Ouzbékistan	<500	36	47	<500	1500	28	32	500	3000	31	46	1500	4500	30	41	2000
Pakistan	17500	19	68	12000	255500	17	62	158000	344000	23	72	246500	617000	21	67	416500
Papousasie-Nouvelle-Guinée	500	17	52	500	6000	16	36	2000	5500	11	58	3000	12000	14	47	5500
République centrafricaine	1500	23	46	500	5000	20	37	2000	8500	22	52	4500	15000	21	46	7000
République démocratique du Congo	24500	23	51	12500	88000	19	39	34000	156500	25	52	82000	269000	23	48	128500
République populaire démocratique lao	1000	15	57	500	4500	13	45	2000	4000	16	60	2500	9500	15	53	5000
République-Unie de Tanzanie	8500	18	77	5000	53500	14	71	26000	57500	19	74	32000	119500	17	73	63000
Rwanda	3000	16	73	2000	12000	14	68	8000	17500	17	70	12000	32500	16	69	22000
Sénégal	2500	26	62	1500	14500	23	50	7000	17000	31	63	10500	34000	27	57	19000
Sierra Leone	2500	17	54	1500	8000	16	43	3500	10500	23	58	6000	21000	20	51	11000
Somalie	5500	30	53	3000	12500	29	44	5500	26000	28	58	15000	44000	29	53	23500
Soudan	12000	20	51	6000	44000	19	40	18000	58500	23	59	34500	114500	21	51	58500
Tadjikistan	<500	23	47	<500	4000	17	37	1500	5000	24	55	3000	9500	21	47	4500
Tchad	7500	12	78	6000	20500	11	74	15000	25500	13	76	19500	53500	12	76	40500
Timor-Leste	18000	40	61	14000	48000	37	48	34000	70000	41	70	51500	136000	40	64	99500
Togo	<500	19	46	<500	1000	17	34	500	2500	20	51	2000	15500	19	44	7000
Viet Nam	1000	15	24	500	15500	4	12	2000	16500	13	32	5000	33000	9	22	7500
Yémen	2500	15	59	1500	31500	13	48	15000	34000	21	67	23000	68000	17	58	39500
Zambie	3500	17	73	2500	15500	15	67	10500	24000	18	69	16500	43000	17	68	29500
Zimbabwe	4500	43	59	2500	10500	41	49	5500	14500	42	56	8000	29500	42	54	16000
Total	410000	20	61	250500	2623500	18	49	1290500	3471000	23	60	2086500	6503500	21	56	3627500

NOTES EXPLICATIVES

La base retenue pour le nombre de décès en 2015 est calculée à partir des tendances et projections démographiques fournies par la Division de la population du Secrétariat de l'ONU. Cependant, ces chiffres ont été modifiés par l'application de deux hypothèses de travail : 1) nous avons supposé que les taux actuels de fécondité se maintenaient jusqu'en 2015 ; et 2) nous avons supposé que les taux de mortalité maternelle, de mortalité néonatale et de néomortalité les plus récents demeurent constants. L'indicateur LiST ; lui-même repose sur l'hypothèse que les facteurs de la mortalité jouent par l'intermédiaire de la couverture des interventions sanitaires, et qu'il n'y a donc pas de baisse de la mortalité en dehors de celle procurée par l'évolution de la couverture des soins.

Le calcul du nombre de décès évités repose sur les modifications de la couverture contraceptive, ainsi que des soins préconceptionnels, prénatals, intrapartum et postnatals, qui relèvent des compétences attendues des sages-femmes. Les interventions prises en compte sont la contraception et les soins après IVG, le dépistage et le traitement de la syphilis, des compléments de micronutriments multiples, la gestion de l'hypertension, du diabète et du paludisme, pendant la période prénatale ; l'administration d'antibiotiques en cas de rupture prématurée des membranes, la gestion du travail et de l'accouchement

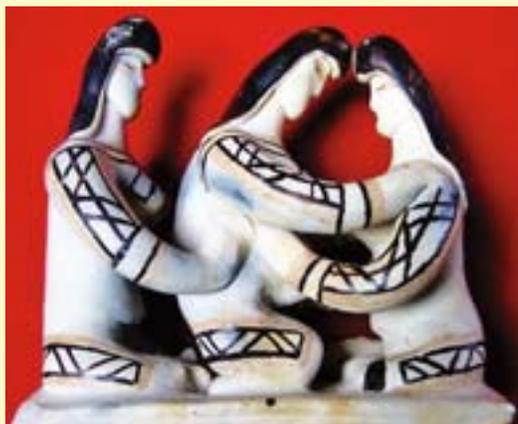
ainsi que le transfert des patientes vers les centres de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base et complets (valeur représentant indirectement les compétences d'une sage-femme lors de l'accouchement), la gestion active de la troisième phase du travail, l'administration de sulfate de magnésium contre l'éclampsie, la réanimation du nouveau-né pendant l'accouchement, la promotion de l'allaitement maternel et les soins postnatals préventifs après l'accouchement.

La couverture des soins a été progressivement accrue selon une fonction linéaire, pour toutes les interventions, dans la proportion nécessaire pour répondre à l'évolution de la gestion du travail et de l'accouchement qui serait nécessaire pour atteindre l'objectif cible de couverture obstétricale (10 % pour une couverture actuelle inférieure à 10 % ; 25 % pour une couverture inférieure à 20 % ; 50 % pour une couverture actuelle inférieure à 40 % et 75 à 90 % pour une couverture actuelle par les centres de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base supérieure à 40 %). On a supposé que l'indice synthétique de fécondité restait constant, supérieur à 2,0, alors que la couverture de toutes les autres interventions est limitée au maximum de 99 %.

Références : International Journal of Epidemiology Supplement, avril 2010; BMC Public Health Supplement, avril 2011.



Malgré des tragédies et des souffrances sans nombre, la maternité est une belle chose. Au travers des âges, la culture populaire, la religion et l'art n'ont pas manqué de la célébrer. Il n'est pas rare que les sages-femmes soient représentées.



Les clichés, dus à Vincent Fauveau, sauf celui de la grande figurine africaine à l'extrême gauche qui est dû à Elisa Gleize, sont consultables à l'adresse suivante: www.art-and-pregnancy.com

© UNFPA, 2011. Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Fonds des Nations Unies pour la population ou des partenaires qui ont contribué à 'La pratique de sage-femme dans le monde en 2011', aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

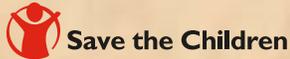
Le présent volume a été constitué et édité conformément aux règles et à la pratique du Fonds des Nations Unies pour la population. Toutes les précautions ont été prises par le Fonds des Nations Unies pour la population et par ses partenaires dans la publication pour vérifier l'information qu'elle renferme. Cependant, la publication est diffusée sans garantie d'aucune sorte, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation des matériaux publiés incombe uniquement au lecteur. En aucun cas, le Fonds ni ses partenaires dans la publication ne pourront être tenus pour responsables de dommages résultant de son utilisation.

Imprimé sur du papier recyclé.

Afin de réduire les frais d'impression, toutes les publications du Fonds des Nations Unies pour la population sont disponibles gratuitement en ligne sous forme électronique, en PDF ou en MsWord. Les demandes d'impression sur support papier seront honorées dans la mesure des disponibilités. S'adresser à : publications@unfpa.org

**Ouvrage publié avec le concours
des organisations suivantes**

Publication coordonnée par UNFPA
605 Third Avenue
New York, NY 10158
www.stateoftheworldsmidwifery.com



Koninklijk Instituut voor de Tropen



ISBN: 978-0-89714-996-9

F/3,000/2011