

LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME DANS LA COMMUNAUTE : ENSEIGNEMENTS TIRES

1er forum international sur la pratique de sage-femme dans la communauté

11- 15 décembre 2006

Hammamet, Tunis



« Le monde a plus que jamais besoin de sages-femmes – pour sauver les vies de mères et de bébés »

Organisé par le UNFPA, l'ICM, l'OMS en collaboration avec la SIDA (Suède), l'IMPACT & FCI

« LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME DANS LA COMMUNAUTÉ : ENSEIGNEMENTS TIRÉS »

Forum international sur la formation et le renforcement des
effectifs de sages-femmes et d'autres professionnels
compétents dans la pratique de sage-femme

1er forum international sur la pratique
de sage-femme dans la communauté
11- 15 décembre 2006, Hammamet, Tunis

Organisé par le UNFPA, l'ICM, l'OMS
en collaboration avec la SIDA (Suède), l'IMMPACT & FCI

« Le monde a plus que
jamais besoin de sages-femmes –
pour sauver les vies
de mères et de bébés »

Une initiative conjointe UNFPA-ICM pour soutenir la demande d'une Décennie d'action en faveur de ressources humaines médicales faite lors de l'assemblée mondiale de la santé de 2006

Pour en savoir plus sur ce que les deux organisations font pour investir dans des soins obstétricaux qualifiés pour une maternité sans risque, visitez le Fonds des Nations unies pour les activités en matière de population à www.UNFPA.org et le site de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) à www.internationalmidwives.org ainsi que le site de l'OMS Pour une grossesse à moindre risque (OMS MPS) à www.who.int/making_pregnancy_safer

Remerciements

PRÉPARÉ PAR :

Dr. Karen Odberg Pettersson

Mme Della Sherratt

Mme Nester Moyo

L'ICM, le UNFPA et Pour une maternité à moindre risque de l'OMS remercient sincèrement le gouvernement tunisien pour son aide à l'occasion de l'organisation du 1er forum international sur La pratique de sage-femme dans la communauté et pour avoir participé aux séances d'ouverture et de clôture.

Les organisateurs sont également très reconnaissants de l'aide fournie par l'Agence suédoise pour le développement international (SIDA) et tout particulièrement à Mme Gunilla Essner, Chargée de dossier dans la Section santé et au gouvernement du Luxembourg. Ils tiennent également à remercier tous les autres organismes qui ont soutenu spécifiquement cet événement : IMMPACT, l'Initiative pour l'évaluation de la mortalité maternelle, basée à l'université d'Aberdeen, en Écosse, Royaume-Uni, Family Care International (FCI) et AMDD, le programme destiné à empêcher la mortalité et les handicaps maternels de l'Université de Columbia, aux USA. Enfin, cette importante rencontre n'aurait pas pu avoir lieu sans le soutien et l'aide des 22 pays qui ont participé au Forum et partagé les leçons qu'ils ont apprises. C'est pourquoi, les organisateurs tiennent à remercier les Ministères de la santé, les gestionnaires de programme et le personnel des bureaux nationaux du UNFPA et de l'OMS ainsi que les représentants des diverses associations professionnelles au Bangladesh, en Bolivie, au Burkina Faso, au Cambodge, au Guatemala, à Haïti, en Inde, en Indonésie, en Jordanie, au Kenya, au Malawi, au Mexique, au Maroc, au Mozambique, au Népal, au Niger, au Pakistan, au Soudan, en Tanzanie, en Tunisie, au Yémen et au Zimbabwe.

Table des matières

Remerciements	ii
Glossaire et acronymes	iv
Résumé	1
Voici en résumé	3
Arrière-plan	4
Objectifs	6
Ordre du jour	6
Ouverture	8
Séance technique	11
Résumé : Présentations par pays	11
Travail en groupe sur des études de cas	29
Direction pour l'avenir ; l'appel à l'action	36
Messages clés	37
Annexe 1 : Liste des participants	38
Annexe 2 : Présentation de plaidoyer	41
Annexe 3 : Études de cas	49
Annexe 4 : Appel à l'action	54
Annexe 5 : Références et Bibliographie	56
Annexe 6 : La Définition de la Sage-femme (ICM)	57

Glossaire des Termes

<p>La pratique de sage-femme / Ang – <i>Midwifery</i> / Esp – <i>Matrona</i> / Arabe - <i>kebela</i></p>	<p>Champ d'activité de la pratique des sages-femmes professionnelles. L'art et la science d'aider une femme avant, pendant et après le travail et l'accouchement.</p>
<p>Sage-femme / Angl – <i>Midwife</i> / Esp - <i>Matrona</i></p>	<p>Praticienne de soins de santé accréditée (qualifiée) qui aide les femmes pendant la grossesse, pendant tout le travail et l'accouchement et s'occupe des femmes et des bébés pendant la période postnatale. Elle a un rôle préventif et de promotion de la santé important à jouer dans le cadre plus vaste de la santé reproductive, de la sensibilisation aux questions de santé, de la responsabilisation des femmes et de la santé néonatale. (Voir La définition de la sage-femme – Annexe 6)</p>
<p>Dans la communauté / Ang -<i>In the community</i> / Esp - <i>En la comunidad</i></p>	<p>Niveau du système de santé proche du lieu où vivent les familles, par exemple, poste sanitaire, centre médical, gouvernement, privé, ONG et le foyer familial (on parle parfois de niveau de soins de santé primaire)</p>
<p>Les professionnels compétents dans la pratique de sage-femme / Ang - <i>Midwifery Workforce</i> / Esp - <i>Personal calificado de partería</i></p>	<p>Travailleurs de la santé dont les fonctions « primaires » incluent les soins médicaux aux femmes pendant la grossesse, pendant tout le travail et l'accouchement et les soins de santé aux mères et aux bébés pendant la période postnatale.</p>
<p>L'ensemble des professionnels de santé maternelle / Ang - <i>Maternity Workforce</i> / Esp - <i>Personal calificado de maternidad</i></p>	<p>L'ensemble du personnel requis pour les soins relatifs à la maternité : il comprend les sages-femmes et d'autres personnes qui ont des compétences dans la pratique de sage-femme mais aussi le personnel des services d'obstétrique, de chirurgie et de pédiatrie (médecins et infirmières néonatales), les techniciens de laboratoire, les radiologues, etc.</p>
<p>Les agents communautaires de santé maternelle / Ang - <i>Maternity support workers</i> / Esp - <i>Asistantes de maternidad</i></p>	<p>Travailleurs de la santé, agents communautaires et autres, y compris les guérisseurs traditionnels etc. qui travaillent et ont des liens avec les professionnels compétents dans la pratique de sage-femme et jouent un rôle important pour favoriser l'accès des femmes et des nouveau-nés à des soins obstétricaux qualifiés pour une grossesse et un accouchement sans risque, y compris les soins de santé postnatals et néonatales.</p>
<p>Les soins obstétricaux d'urgence (SOU) de base et complets / Ang - <i>Emergency obstetric care (EmOC)</i> / Esp - <i>Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm) basicos y ampliados</i></p>	<p>Se composent de 8 fonctions essentielles :</p> <p>De base : Administration parentérale d'antibiotiques, d'ocytociques et d'anticonvulsifs, extraction manuelle du placenta, aspiration manuelle, accouchement par ventouse, (plus stabilisation de la femme pour le transfert, soins de pré-transfert et transfert)</p> <p>Complets : tout ce qui précède plus chirurgie (césarienne) et transfusion sanguine sans risque</p>

Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)
/ Angl - *Emergency obstetric and neonatal care (EmONC)*
/ Esp - *Cuidados obstetricos y neonatologicos de emergencia (CONEm)*.

Se composent de 9 fonctions essentielles :

De base : Administration parentérale d'antibiotiques, d'ocytociques et d'anticonvulsifs, extraction manuelle du placenta, aspiration manuelle, accouchement par ventouse, reanimation néonatale (plus stabilisation de la femme et du nouveau-né pour le transfert, soins pré-transfert et transfert.)

Complets : tout ce qui précède plus chirurgie (césarienne) et transfusion sanguine sans risque

Soins obstétricaux qualifiés
/ Angl - *"Skilled care" for pregnancy and birth* / Esp - *Atención calificada durante el embarazo y el parto*

On parle de « Soins obstétricaux qualifiés » lorsque la grossesse et l'accouchement sont assistés par un accoucheur qualifié qui travaille dans un environnement favorable avec le soutien d'un système de transfert fonctionnel

Compétences / Ang - *Competency*

Connaissances, aptitudes, attitudes et expérience, etc. requises afin qu'une personne effectue convenablement (correctement) un travail spécifique

Aptitudes / Ang - *Skills*

Capacités apprises et acquises par le biais de la formation ou de l'expérience, afin de réaliser des actions spécifiques (tâches). Elles sont généralement associées à des tâches ou techniques individuelles qui requièrent particulièrement l'utilisation des mains ou du corps.

Compétences fondamentales / Ang - *Core competencies*

Définissent un domaine d'expertise spécialisé (comme la pratique de sage-femme) et se composent d'un ensemble d'aptitudes complémentaires et de bases de connaissances (c'est-à-dire plus d'une base de connaissance) qui sont intégrés dans l'expertise de ce groupe, de cette équipe ou de cet ensemble professionnel.

Résumé

Le 1er forum international sur la «Pratique de sage-femme dans la communauté» qui a eu lieu du 11 au 15 décembre 2006 à Hammamet en Tunisie, a été organisé par la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), avec le soutien de l'Agence suédoise pour le développement international (SIDA), du gouvernement du Luxembourg, de l'initiative de recherche internationale IMMPACT, de Family Care International (FCI), du programme destiné à empêcher la mortalité et les handicaps maternels (AMDD) et du partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH).

Le Forum a rassemblé des experts multidisciplinaires de 22 pays à faibles et moyens revenus de quatre régions du monde (l'Afrique, l'Asie, le Moyen-Orient et l'Amérique latine et les Caraïbes) afin qu'ils étudient comment on pourrait renforcer les soins de pratique de sage-femme dans la communauté. Les organisateurs du forum reconnaissent que jusqu'ici, les efforts mis en œuvre dans le cadre de l'initiative pour la maternité sans risque avaient toujours privilégié la nécessité de soins obstétricaux qualifiés pendant l'accouchement. Cependant, la question du renforcement des soins de pratique de sage-femme de qualité, dans la communauté, n'a pas fait l'objet d'une attention suffisante par rapport aux efforts d'augmentation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). Et pourtant, en l'absence de prestataires de pratique de sage-femme qualifiés travaillant en relations étroites avec les femmes et leurs familles, il est difficile de savoir quand et comment accéder à ces soins et même de susciter l'envie d'y accéder.

La participation de la communauté internationale au renforcement des effectifs de sages-femmes et d'autres personnels compétents dans la pratique de sage-femme a adopté une nouvelle dimension et un nouveau rythme suite à la publication du Rapport sur la santé dans le monde 2006 « Working together for Health » (Travailler ensemble pour la santé). La réalisation de l'ampleur de la pénurie des ressources humaines à laquelle est venue s'ajouter la série du Lancet sur la survie maternelle publiée plus tard en 2006, a donné lieu à un débat sur la façon la plus efficace d'atteindre l'Objectif du millénaire pour le développement numéro 5 (OMD5). C'est pourquoi, on cherche actuellement à définir la meilleure façon d'investir dans la dimension des ressources humaines. Il est donc urgent de passer en revue les caractéristiques des programmes actuels visant à augmenter les ressources humaines pour la maternité sans risque et d'évaluer leur efficacité potentielle, avant que d'autres pays se lancent dans des initiatives coûteuses.

Le Forum avait pour objectif global de compiler des connaissances et des expériences afin d'élaborer des lignes directrices qui guideraient les politiques et programmes des pays à faibles revenus qui souhaitent renforcer leurs effectifs de personnels compétents dans la pratique de sage-femme dans la communauté pour sauver la vie des mères et de leurs nouveau-nés. Les objectifs spécifiques de la rencontre étaient les suivants

- 1) partager les enseignements tirés dans certains pays sur le renforcement de la pratique de sage-femme dans la communauté, dans le cadre de la réduction du RMM,
- 2) élaborer un cadre pour évaluer la capacité de la pratique de sage-femme,
- 3) mettre en valeur les questions qui exigent une action par le biais d'une politique ou d'un programme,

- 4) développer un consensus sur les pratiques d'excellence qui permettraient de renforcer rapidement la formation des sages-femmes et autres personnels compétents dans la pratique de sage-femme
- 5) partager des expériences sur l'élaboration d'un plan d'action aux niveaux national et régional pour renforcer les associations professionnelles de pratique de sage-femme.

Le Forum a été inauguré par le Prof. Mohamed Bechir Helayem, Directeur du centre national tunisien pour la formation du personnel de santé, au nom du ministre tunisien de la santé publique. Les séances techniques et les présentations des pays se sont réparties en six thèmes principaux correspondant aux éléments identifiés comme essentiels pour augmenter les ressources humaines pour des soins sans risque à la mère et au nouveau-né, à savoir

- 1) Attirer l'attention des politiques,
- 2) S'assurer que les pauvres et ceux qui vivent dans des zones peu accessibles bénéficient de soins de pratique de sage-femme,
- 3) Formation,
- 4) Supervision,
- 5) Facteurs favorables, et
- 6) Contrôle et Évaluation.

Après avoir écouté les présentations de chaque pays, les participants ont alors travaillé pendant 2 jours en groupes multinationaux afin d'étudier les recommandations qui avaient été faites pour renforcer la pratique de sage-femme dans la communauté, sous forme de trois scénarios types mais différents.

En conclusion, les participants à ce forum de 5 jours, le premier de ce type qui ait jamais été organisé, ont conclu qu'un certain nombre de points devait être abordé quelle que soit la situation nationale afin de renforcer la pratique de sage-femme dans la communauté. Ceux-ci peuvent être regroupés sous six grandes rubriques :

- 1) Politique, cadre légal et normes et directives nationales sur la pratique de sage-femme
- 2) Garantir un accès équitable aux soins de pratique de sage-femme
- 3) Enseignement et formation basés sur les compétences, notamment programmes d'enseignement basés sur les compétences, formateurs de sages-femmes compétents, développement des capacités des institutions de formation et action parallèle pour les stratégies de ressources humaines à court et à long terme.
- 4) Supervision privilégiant le soutien et le développement des aptitudes
- 5) Fourniture d'un environnement favorable pour les sages-femmes qui travaillent dans la communauté, notamment la nécessité d'une collaboration professionnelle, d'équipements et de fournitures, d'hébergement, de sécurité personnelle etc.
- 6) Meilleure collecte de données principalement par le biais d'un contrôle et d'une évaluation stricts.

De plus, les participants étaient d'accord sur le fait qu'il fallait de toute urgence attirer l'attention de la communauté au sens large, aussi bien au plan international qu'au niveau de

leur propre pays, sur le problème du manque d'accès aux soins de pratique de sage-femme, en particulier au niveau de la communauté. C'est pourquoi un Appel à l'action a été lancé à l'attention de toutes les parties prenantes afin que soient intensifiés de toute urgence les efforts portants à développer la pratique de sage-femme dans la communauté, en agissant dans un certain nombre de domaines prioritaires : mise en place de politiques qui permettraient un accès équitable aux soins de pratique de sage-femme, renforcement des systèmes de réglementation concernant l'affectation et le maintien en poste du personnel, investissement dans un enseignement et une formation basés sur les compétences, soutien par des pairs, supervision avec soutien, fourniture d'un environnement favorable qui prévoit un minimum de sécurité pour le personnel et sa famille. Tous ces efforts devraient s'accompagner d'un contrôle permanent et d'une évaluation régulière.

VOICI EN RÉSUMÉ

Les conclusions des participants au Forum

- Toutes les femmes enceintes ont le droit d'avoir accès à des soins obstétricaux qualifiés avant, pendant et après l'accouchement. Ses soins doivent être prodigués aussi près que possible du lieu où vivent les femmes.
- Les pays dont le RMM est élevé doivent chercher à renforcer le personnel qualifié avec des prestataires qui maîtrisent la gamme complète des compétences clés de la pratique de sage-femme (telle que définie par les Compétences essentielles des soins de pratique de sage-femme de l'ICM) ; les aptitudes à elles seules, ne suffisent pas. Les efforts mis en œuvre doivent s'appuyer sur des données obtenues d'activités régulières de contrôle et d'évaluation.
- Les accoucheurs qui ne maîtrisent pas la totalité de l'éventail des compétences de la pratique de sage-femme doivent être supervisés et formés par une sage-femme compétente.
- La pratique de sage-femme diffère de l'obstétrique et/ou des soins infirmiers de maternité et les connaissances uniques et distinctes qui la composent doivent être respectées.
- Toutes les sages-femmes, y compris celles qui exercent dans la communauté, doivent travailler dans un environnement favorable notamment dans un cadre légal et politique qui les soutienne. Elles doivent également bénéficier du soutien d'une infrastructure SONU qui fonctionne parfaitement, d'un hébergement adéquat, de services d'enseignement pour les enfants et ne pas craindre pour leur sécurité personnelle ; elles doivent de plus faire partie d'une équipe qui fournit des soins de maternité globale.
- Les enseignants et ceux qui surveillent la pratique de sage-femme doivent avoir des compétences et une expérience dans la pratique de sage-femme ainsi que dans les technologies pédagogiques et de formation.
- Les hommes devraient être activement encouragés à participer davantage à des solutions appropriées sur le plan culturel afin de garantir l'accès à des soins qualifiés prodigués par du personnel compétent dans la pratique de sage-femme dans la communauté.

Arrière-plan : pourquoi se concentrer sur les sages-femmes dans la communauté ?

On estime que 530 000 femmes meurent chaque année de complications liées à la grossesse et à l'accouchement et qu'environ 90 pour cent de ces décès ont lieu en Asie du sud et en Afrique subsaharienne, contre moins d'un pour cent dans les pays plus industrialisés. De plus, on pense que 10 à 20 millions de femmes souffrent chaque année de graves problèmes de santé, comme la fistule obstétrique, suite à la grossesse et à l'accouchement. Il faut ajouter à cela le décès de 7 millions de nouveau-nés tous les ans. Soixante-dix pour cent des décès maternels sont dus à cinq grandes complications dont la majorité survient pendant le travail, l'accouchement et la période post-partum. Environ 15 pour cent des femmes connaîtront une complication pendant la grossesse ou l'accouchement. La plupart ne peuvent être prévues à l'avance mais presque toutes peuvent être gérées. La plupart des décès et des handicaps maternels et au moins la moitié des 7 millions de décès de nouveau-nés pourraient être évités si des professionnels de la santé qualifiés, ayant accès à des infrastructures de transfert de qualité, étaient présents à tous les accouchements. Il s'agira le plus souvent d'accoucheurs qualifiés qui travaillent le plus étroitement possible avec la population, c'est-à-dire, au niveau de la communauté.

Les organisateurs du 1er forum international sur La pratique de sage-femme dans la communauté qui a eu lieu du 11-15 décembre 2006 à Hammamet en Tunisie, à savoir, la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), le Fonds des Nations unies pour le développement (UNFPA) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), reconnaissent que les efforts mis en œuvre à ce jour sous l'égide de l'initiative de la maternité sans risque, ont toujours porté en priorité sur les soins obstétricaux qualifiés pendant l'accouchement. Par contre, la nécessité de renforcer des soins de pratique de sage-femme de qualité dans la communauté n'a pas fait l'objet d'une attention aussi poussée que celle qui a été accordée à l'accroissement progressif des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). Et pourtant, en l'absence de prestataires de soins de pratique de sage-femme qualifiés travaillant en relations étroites avec les femmes et leurs familles, il est difficile de savoir quand et comment accéder à ces soins et même de susciter l'envie d'y accéder.

Le Forum, qui a eu lieu suite à une réunion organisée à New York par le UNFPA en mars 2006, a été organisé avec le soutien de l'Agence suédoise pour le développement international (SIDA), du gouvernement du Luxembourg, de l'initiative de recherche internationale IMMPACT, de Family Care International (FCI), du programme destiné à empêcher la mortalité et les handicaps maternels (AMDD) et du partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH). L'objectif de ce Forum était de réunir des experts afin qu'ils étudient comment améliorer les soins de pratique de sage-femme dans la communauté. Les résultats de la réunion de New York ainsi que ceux de cette réunion plus vaste à laquelle 22 pays de trois continents différents ont participé, formeront la base d'une réunion technique plus restreinte qui sera organisée par l'OMS à Genève en 2007.

Les données historiques et contemporaines en provenance de nombreux pays et notamment de la Suède, de la Malaisie et du Sri Lanka, indiquent que les sages-femmes

qualifiées qui travaillent au sein de la communauté ou à proximité ont un impact considérable sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (Högberg, 1985, Padmanathan, Liljestrand, et al 2003). Il a également été clairement démontré que le développement de la pratique de sage-femme à Kerala, une province située dans le sud de l'Inde a réussi à réduire la mortalité maternelle et néonatale, tandis qu'au Chili, les sages-femmes suivent actuellement une formation universitaire de cinq ans, ce qui a largement contribué à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (Segovia, 1998).

La décision de se concentrer sur « les sages-femmes » s'explique en partie par le fait que les aptitudes clés de la personne qui devra fournir des soins qui sauveront des vies correspondent à celles de la sage-femme (OMS, 2004).

De plus, les OMD ont souligné le rôle crucial de la sage-femme dans l'amélioration de la santé maternelle, en incluant un indice sur la proportion des naissances auxquelles assiste du personnel qualifié. Comme l'a reconnu le Rapport sur la santé dans le monde 2005, les sages-femmes sont les accoucheuses qualifiées par excellence (OMS, 2005). On estime actuellement que 40 % au plus des accouchements dans les pays à faibles revenus bénéficient de la présence d'accoucheurs qualifiés (Stanton et. al, 2006), et ce chiffre pourrait même être surestimé étant donné qu'il est difficile de savoir si tous les pays se conforment à la définition internationale de l'accoucheur qualifié. Cependant, il permet de se rendre compte du chemin considérable à parcourir pour atteindre l'objectif fixé de 90 pour cent d'accouchements par un accoucheur qualifié d'ici à 2015. L'OMS estime qu'il faudrait 334 000 sages-femmes supplémentaires pour faire face aux pénuries actuelles et près du double pour mettre en place un accès universel à un éventail complet de services de soins de santé reproductifs (OMS, 2005).

Renforcer les effectifs de sages-femmes et d'autres professionnels compétents dans la pratique de sage-femme dans la communauté est une tâche complexe qui présente de nombreuses difficultés. Il n'est pas certain que de jeunes sages-femmes acceptent d'habiter dans des zones rurales, celles-ci n'offrant que des opportunités limitées en matière d'éducation et d'avenir, en particulier pour leurs enfants mais également pour elles-mêmes. De plus, il a été démontré que les sages-femmes qui desservent des communautés auxquelles elles sont étrangères s'exposent à un certain nombre de problèmes : insécurité des conditions de vie, harcèlement sexuel et incompetence culturelle. Dans les pays qui connaissent une instabilité politique ou sont en proie à la guerre civile, la question de l'ethnicité, par exemple, peut être un obstacle insurmontable au déploiement de sages-femmes qualifiées dans des zones d'ethnie différente (Pettersson et al, 2004).

Et pourtant, ce sont les sages-femmes qui sont, dans la plupart des cas, les principaux points de contact pour les femmes et leurs familles. Lorsqu'elles sont équitablement réparties, elles ont la capacité d'atteindre toutes les femmes, même les plus pauvres et en particulier celles qui ne feraient pas normalement appel à des professionnels. Lorsqu'elle a reçu une formation adéquate, la sage-femme qui travaille dans la communauté a non seulement un rôle important à jouer dans les interventions essentielles qui sauvent les vies, elle peut également stabiliser la femme et/ou son bébé en cas de complications qui mettent sa/leur vie en danger tout en organisant un transfert à une unité médicale adéquate (deBernis, Sherratt et al, 2003).

Enfin, en travaillant dans les communautés et avec elles, les sages-femmes peuvent être des partenaires efficaces dans les initiatives de santé publique visant le grand public. Dans les pays qui jouissent de services de pratique de sage-femme puissants, les sages-femmes jouent un rôle important en matière de prévention. Elles peuvent procéder à des immunisations, participer à des activités d'éducation et de promotion

sanitaires pour mettre en exergue de nombreux exemples de styles de vie sains et sont souvent impliquées dans des initiatives d'hygiène scolaire et de salubrité de l'environnement.

La participation de la communauté internationale au renforcement des effectifs de sages-femmes et d'autres personnes compétentes dans la pratique de sage-femme a adopté une dimension et un rythme différent depuis la publication du Rapport sur la santé dans le monde 2006 « Working together for Health » (Travailler ensemble pour la santé). La réalisation de l'ampleur de la pénurie des ressources humaines à laquelle est venue s'ajouter la série du Lancet sur la survie maternelle publiée plus tard en 2006, a donné lieu à un débat sur la façon la plus efficace d'atteindre l'Objectif du millénaire pour le développement numéro 5 (OMD5).

C'est pourquoi, on cherche actuellement à définir la meilleure façon d'investir dans les ressources humaines, surtout dans les pays à faibles revenus qui cherchent à se rapprocher de leurs objectifs OMD et tout particulièrement, l'Afrique subsaharienne et certaines parties d'Asie du sud. Il est donc urgent de revoir les caractéristiques des programmes actuels pour évaluer leur efficacité potentielle avant que d'autres pays se lancent dans des initiatives coûteuses.

OBJECTIF GÉNÉRAL DU FORUM

Rassembler des connaissances et des expériences afin d'élaborer des lignes directrices qui guideront les politiques et programmes des pays à faibles revenus souhaitant renforcer leurs effectifs de personnels compétents dans la pratique de sage-femme dans la communauté afin de sauver la vie de mères et de leurs nouveau-nés. Plus spécifiquement, le Forum servira de tribune pour partager les expériences et les enseignements positifs et négatifs de pays qui sont soit sur le point de lancer, soit ont déjà lancé des programmes destinés à renforcer les effectifs de sages-femmes dans la communauté, dans le cadre de leur stratégie de réduction du RMM. De plus, il fournira une opportunité d'échange de connaissances et d'expérience pour développer un plan d'action aux niveaux national et régional visant à renforcer les associations professionnelles qui représentent les sages-femmes.

Les résultats tangibles du Forum incluront des conseils sur les points spécifiques sur lesquels devront porter les politiques et les programmes destinés à renforcer les effectifs de sages-femmes dans la communauté, un consensus sur les solutions de pratiques exemplaires à adopter pour augmenter rapidement les effectifs de sages-femmes, en particulier au niveau communautaire, et des messages clés pour sensibiliser le public à ce problème.

PARTICIPANTS

Vingt-deux pays étaient représentés au 1er Forum international sur la pratique de sage-femme dans la communauté, couvrant quatre régions du monde : l'Afrique, l'Asie, le Moyen-Orient et l'Amérique latine et les Caraïbes. Les pays concernés étaient les suivants : le Bangladesh, la Bolivie, le Burkina Faso, le Cambodge, le Guatemala, Haïti, l'Inde, l'Indonésie, la Jordanie, le Kenya, le Malawi, le Mexique, le Maroc, le Mozambique, le Népal, le Niger, le Pakistan, le Soudan, la Tanzanie, la Tunisie, le Yémen et le Zimba-

bwe. De plus, des sages-femmes de pays à revenus moyens et élevés comme le Canada, le Chili, les Pays-Bas, la Suède et le Royaume-Uni, ont fait part des expériences de leur pays. Le Ministère de la santé tunisien a eu la gentillesse d'accueillir le Forum et des délégations du Ministère de la santé ont assisté à titre officiel aux séances d'ouverture et de clôture.

La plupart des délégations nationales comprenaient des sages-femmes, des obstétriciens, un ou plusieurs membres des Ministères de la santé et des administrateurs de programmes de l'UNFPA ou de l'OMS. Parmi les organisations qui ont participé au Forum on peut citer l'Agence suédoise pour le développement international (SIDA), la Banque Africaine de Développement, l'initiative pour l'évaluation du programme sur la mortalité maternelle (IMPACT), basée à l'Université d'Aberdeen, Family Care International (FCI), le programme destiné à empêcher la mortalité et les handicaps maternels (AMDD) de l'Université de Columbia aux USA et le Réseau régional pour la prévention de la mortalité maternelle (RPMM). Vous trouverez une liste complète des participants à l'Annexe 2.

EXERCICE PRÉ-FORUM

- Les équipes nationales devaient préparer une matrice nationale sur la pratique de sage-femme
- Préparation d'une présentation sur un thème imposé

ACTIVITÉS POST-FORUM

- Large diffusion et plaidoyer en faveur de l'Appel à l'action
- Préparation, traduction, publication et diffusion du rapport final et du document d'orientation
- Réunions techniques de suivi dans les régions et les pays
- Réunion technique de suivi à organiser par l'OMS pour revoir les données disponibles et faire des recommandations aux États membres
- Plan d'action conjoint à établir par les partenaires pour aider les pays à mettre en œuvre les recommandations.

ORDRE DU JOUR – VOIR ANNEXE 1

Ouverture

CÉRÉMONIE D'OUVERTURE ET COMMÉMORATION

La cérémonie d'ouverture débute par un moment de silence, en souvenir des mères qui sont mortes pendant la grossesse et l'accouchement. Pendant ce moment de silence, les participants sont invités à songer au fait que toutes ces femmes laissent derrière elles des proches avec lesquels elles entretenaient divers liens familiaux. Chaque femme qui meurt n'est pas seulement une mère, elle est aussi une épouse, une fille, une belle-fille, une petite-fille, une sœur et une amie pour de nombreuses personnes dans la communauté dans laquelle elle vit. De même, il est important de se souvenir que chaque nouveau-né est une personne et un être divin. Il est non seulement l'enfant de quelqu'un mais également le petit-enfant et peut-être même le frère ou la sœur de quelqu'un et il représente tout un avenir et des espoirs qui n'ont pas été réalisés ; une vie tragiquement perdue au tout début du cycle de l'existence.

L'équipe mexicaine présente alors une cérémonie traditionnelle dans laquelle elle rend hommage à tous ceux qui ont disparu et aux quatre directions du monde en commençant par l'Est où le soleil se lève. Elle salue alors et rend hommage aux quatre éléments : l'air, l'eau, le feu et la terre.

Après avoir réfléchi aux raisons pour lesquelles ce Forum a été organisé et avoir commémoré l'humanité, une équipe représentant l'Asie du Sud clôt la cérémonie d'ouverture en allumant chacun une bougie. Les trois bougies symbolisent l'importance du partenariat pour protéger les mères et les bébés et de la lumière qui représente la sagesse et la direction à suivre.

OPENING

C'est le Professeur Mohamed Bechir Helayem, Directeur du centre national pour la formation du personnel de santé en Tunisie, qui procède à l'ouverture officielle du Forum au nom du Ministre tunisien de la santé publique, retenu par d'autres engagements. Après avoir fait part à l'assemblée de ses propres sentiments sur la cérémonie commémorative symbolique et avoir insisté sur la relation sacrée qui unit les femmes et les sages-femmes, le Dr Helayem lit le discours officiel du Ministre de la santé publique. Dans son discours, le Ministre espérait que la réunion serait un grand succès et soulignait que les autorités tunisiennes avaient été honorées d'être choisies en tant que pays d'accueil pour un événement d'une telle importance. Il soulignait l'importance d'une volonté politique pour renforcer le secteur de la santé, notamment dans le domaine des soins maternels. Un investissement dans des mesures stratégiques, dont les sages-femmes ont été les principales bénéficiaires, a conduit à une baisse de la mortalité maternelle en Tunisie. Le Professeur Helayem déclare alors le Forum ouvert et souhaite à tous les participants une excellente réunion.

Le Dr. Rym Ben Aissa du Conseil national du planning familial, Directrice du Centre de recherche et de la santé reproductive, fait une présentation générale sur les

principaux éléments qui ont conduit à une réduction de la mortalité maternelle en Tunisie. Comme le Ministre, elle souligne l'importance de la volonté politique qui a permis l'émancipation des femmes, la réglementation de l'avortement et l'éducation obligatoire pour les femmes, en plus de promouvoir la pratique de sage-femme pour le planning familial et la maternité sans risque.

Mme Gunilla Essner de la Sida, l'un des principaux sponsors du Forum commence par expliquer pourquoi la Sida soutient la pratique de sage-femme. Elle mentionne que la SIDA a récemment publié un document international qui présente ses stratégies en matière de santé sexuelle et reproductive. Elle informe les participants que « La politique souligne l'importance d'améliorer la situation des femmes et que la sage-femme qualifiée est au cœur du dispositif de survie de la mère et du nouveau-né et est d'une importance cruciale pour atteindre les OMD de 2015 ». Par conséquent, ajoute-t-elle, un important aspect de sa stratégie est de responsabiliser les femmes et les filles dans leur contexte naturel. La responsabilisation des femmes est au cœur du modèle de soins de la pratique de sage-femme.

À propos de la « success story » suédoise en matière de réduction de la mortalité maternelle, Mme Essner affirme que la clé du succès réside dans une bonne éducation de base parmi la population et ajoute qu'il faut forcer la communauté à utiliser les sages-femmes professionnelles qui ont été affectées dans chaque paroisse du pays. Elle reconnaît que les niveaux de soutien et d'assistance requis varieront d'un pays à l'autre et présente les nombreuses façons dont la Sida contribue actuellement à renforcer la pratique de sage-femme dans un certain nombre de pays en Afrique, en Asie et en Amérique latine et aux Caraïbes.

Elle conclut en disant que c'est parce que la Sida s'efforce d'obtenir une perspective globale sur les sages-femmes et de leur fournir un environnement professionnel habitant, qu'elle a grand plaisir à apporter son soutien au Forum. Elle espère que le Forum fournira des conseils sur de nombreux sujets et aidera notamment les sages-femmes à se faire respecter et à obtenir un salaire plus élevé et qu'il conduira à une mise à jour et une amélioration des programmes de formation, des institutions et des aptitudes des sages-femmes enseignant. De même, les pays ont besoin de conseils et d'aide pour résoudre les questions politiques liées au champ d'activité des sages-femmes.

Au nom du UNFPA, le Dr. Arletty Pinel, Directrice de la santé reproductive, souhaite la bienvenue aux participants au 1er forum international sur la pratique de sage-femme dans la communauté. Elle récapitule les événements qui ont mené à cette rencontre et mentionne en particulier la réunion du UNFPA, organisée en mars 2006 avec des partenaires, sur le sujet général de la contribution des sages-femmes à l'OMD 5. En conséquence directe de cette réunion de mars, le UNFPA a développé sa stratégie pour aider au renforcement de la pratique de sage-femme dans les pays qui connaissent une forte mortalité et morbidité maternelles.

Elle répète que l'action en faveur de la présence de personnel qualifié à l'accouchement n'a pas uniquement trait à l'acquisition de compétences techniques mais relève également dans une vaste mesure de la motivation, guidée par la passion. Elle met alors les participants au défi de « trouver leur feu sacré » et de s'insurger contre le fait qu'en 2006, 20 ans après le lancement du programme sur la maternité sans risque, un si grand nombre de femmes continue à accoucher seules et sans accoucheur qualifié. On ne peut laisser une telle situation se poursuivre, déclare-t-elle. Elle fait savoir qu'elle regrette que les organisateurs n'aient pas pu fournir un soutien à tous les pays qui avaient exprimé le souhait de participer au Forum. Cependant, elle ajoute que ceci est bon signe et prouve que de nombreux pays

ont envie de trouver des solutions pour améliorer l'accès aux soins de pratique sage-femme.

En conclusion, le Dr Pinel rappelle aux participants que les réflexions et recommandations faites au cours du Forum doivent être à la fois pratiques et complètes. Il faut indéniablement établir des orientations pour des mesures d'urgence mais également trouver des solutions à long terme pour garantir la durabilité. « Il ne faut plus de solutions de pauvres pour les pays qui cherchent à soulager la pauvreté. Les soins obstétricaux qualifiés à la naissance ne doivent plus être considérés comme un luxe que les pays à faibles revenus ne peuvent s'offrir mais comme un droit humain pour toutes les femmes du monde, où qu'elles vivent. »

Kathy Herschderfer, la Secrétaire générale de l'ICM souhaite à son tour la bienvenue, au nom de l'ICM, aux personnes présentes. « Sauver les vies des mères et des bébés a toujours été au cœur de la mission et des attributions de l'ICM », déclare-t-elle. En particulier, assurer l'accès à des soins de pratique de sage-femme qualifiés pour les femmes qui n'ont pas les moyens de s'offrir ces soins est l'un des principes fondateurs de la confédération. Elle poursuit alors en présentant le but et les objectifs spécifiques de la réunion.

Le Dr. Jelka Zupan, Coordinatrice pour les normes, les outils et la coopération technique avec les pays du programme Pour une grossesse à moindre risque, basé au siège social de l'OMS à Genève, souhaite officiellement la bienvenue aux participants au Forum au nom de l'OMS. Elle passe alors la parole au Dr. Margareta Larsson, sage-femme dans le service Pour une grossesse à moindre risque, qui présente des statistiques et des tendances sur la santé maternelle et néonatale. Le Dr. Larsson affirme que la santé de la mère et du nouveau-né sont inséparables puisqu'ils partagent les mêmes points communs qui conduisent à la santé ou à la mauvaise santé. Lorsque la mortalité maternelle augmente, c'est aussi le cas de la mortalité péri- et néonatale.

Le Dr. Larsson discute alors les tendances en matière d'utilisation d'accoucheurs qualifiés et mentionne la définition modifiée d'un accoucheur qualifié de 2004, qui ajoute la notion d'accréditation (OMS, 2004). La définition actuelle d'un accoucheur qualifié convenue par l'OMS, l'ICM et FIGO est acceptée par le UNFPA, la Banque mondiale, le Conseil international des infirmières et beaucoup d'autres et peut être consultée sur le site web de l'OMS. Ajouter le terme « accrédité » reconnaît le besoin critique d'un ensemble spécifique d'aptitudes de pratique de sage-femme et le fait que les professionnels de la santé doivent faire valider leurs compétences avant d'être accrédités en tant qu'accoucheurs qualifiés.

Séances techniques

RÉSUMÉ DES PRÉSENTATIONS

Arrière-plan – La santé de la mère et du nouveau-né à l’aube du 20ème anniversaire de l’initiative mondiale sur la maternité sans risque

Mme Ann Starrs, Vice-présidente exécutive de Family Care International (FCI) et co-présidente du partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l’enfant (PMNCH) ouvre les séances techniques. Sa présentation « Définir la liste des priorités au plan international pour la santé maternelle » se concentre sur le rôle que le PMNCH entend jouer. Le partenariat, établi en 2005, regroupe d’importantes organisations de l’ONU, des gouvernements, des ONG et des institutions universitaires, dont certains participent à ce Forum.

Le PMNCH oriente ses activités sur le continuum des soins notamment les soins pendant l’adolescence puis la période pré-grossesse jusqu’à la grossesse, l’accouchement, le post-partum pour favoriser la santé maternelle, ainsi que les soins obstétricaux qualifiés à domicile et au sein de la communauté jusqu’aux centres médicaux et aux hôpitaux de transfert pour les SOU. Le PMNCH a quatre groupes de travail centrés sur les thèmes suivants : le plaidoyer, le soutien au niveau du pays, le contrôle et l’évaluation et les interventions efficaces.

Mme Starrs passe brièvement en revue les rencontres prévues comme la première réunion générale des membres du PMNCH qui aura lieu en avril 2007 en Tanzanie et une conférence politique à Londres en octobre 2007 sous le titre “Women Deliver” (une expression qui signifie à la fois Les femmes accouchent/Les femmes aident à mettre au monde les enfants/Les femmes sont efficaces). Cette conférence visera à sensibiliser le public et à encourager les détenteurs d’enjeux à agir pour mettre un terme au triste sort des femmes et des nouveau-nés qui continuent à souffrir à cause du manque de soins pendant la grossesse et l’accouchement. Des informations sur la conférence de Londres sont disponibles à l’adresse suivante www.womendeliver.org

L’Africa Road Map/Framework (La voie à suivre/le cadre pour l’Afrique) présente un plan d’action au niveau du pays pour le partenariat qui se concentre sur les points suivants :

- les soins obstétricaux qualifiés en se concentrant plus particulièrement sur la période intrapartum
- l’accouchement dans des établissements appropriés
- les soins et les établissements doivent être aussi proches de la communauté que possible
- pratique de sage-femme en équipe
- mobilisation de la communauté.

Mme Starrs termine sa présentation en affirmant qu’il est nécessaire d’encourager un plaidoyer politique pour promouvoir les besoins de chaque pays.

Bridget Lynch, Directrice adjointe de l'ICM présente dans les grandes lignes les valeurs clés de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM). L'ICM a été créée en 1948 et est la seule association professionnelle qui représente la voix des sages-femmes sur la scène internationale. La mission, les objectifs et les aspirations de l'ICM se fondent sur la conviction que toutes les femmes du monde devraient avoir accès à une sage-femme ayant suivi une formation professionnelle. En partenariat avec les femmes, l'ICM est convaincue que les sages-femmes ont un rôle prépondérant à jouer pour protéger et promouvoir la santé des femmes et des bébés. L'ICM est heureuse de voir que de nombreux pays, et même certains pays occidentaux à hauts revenus partagent cette conviction et se tournent à nouveau vers la pratique de sage-femme dans laquelle ils choisissent d'investir parce qu'ils la considèrent comme une façon rentable de garantir la sécurité des mères et des bébés. Mme Lynch prend en exemple le cas du Canada où la profession de sage-femme n'était pas reconnue jusqu'au début des années 1990. Au Canada, les sages-femmes suivent un programme de formation de sage-femme par admission directe de trois ans et exercent en tant que praticiennes autonomes dans la communauté, en prodiguant des soins aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période postpartum. Elles s'occupent également des transferts et aident les femmes qui accouchent à l'hôpital.

Mme Lynch explique que le développement tardif de la pratique de sage-femme en tant que profession à part entière a permis dès le départ de mettre en place un modèle de pratique de sage-femme centré sur la femme. De plus, certaines femmes canadiennes indigènes s'étant plaintes d'avoir été déplacées de leur propre région au sud du pays, dès le 6^{ème} mois de leur grossesse, une formation adaptée en trois étapes des sages-femmes indigènes a été mise en place permettant aux étudiants d'arrêter leurs études à la fin de chacune des trois années, avec un diplôme en poche. À la fin de la première année, le diplôme les autorise à exercer en tant que doula. Si l'étudiant réussit sa deuxième année et ne souhaite pas continuer ou si l'institution considère qu'il a atteint le maximum de ses capacités, on leur remet un diplôme qui leur permet d'exercer en tant qu'aide sage-femme ou en tant que travailleur de la santé prénatal et postnatal. Il est important que ces programmes de formation deviennent plus flexibles et cherchent à renforcer les capacités de ressources humaines potentielles. L'ICM possède maintenant un vaste réseau de membres dans toutes les régions du monde dont certains sont présents à ce Forum. L'ICM est donc prête à travailler avec des partenaires locaux et à partager sa vaste expérience pour aider les pays à créer et à renforcer les services de pratique de sage-femme.

La séance du matin s'achève avec Mme Della Sherratt consultante auprès de l'ICM et Conseillère scientifique / Chef du Secrétariat du Forum qui fait une présentation générale du document de référence disponible sur les sites web de l'ICM et du UNFPA. Elle insiste en particulier dans sa présentation sur l'interprétation de la terminologie/glossaire dans le document de référence, qui sera utilisé(e) pendant l'atelier. Elle mentionne la difficulté de trouver des traductions appropriées en français et en espagnol de termes comme midwife (sage-femme), midwifery (pratique de sage-femme), community (communauté), et skilled birth attendant (accoucheur qualifié). Elle présente alors le glossaire de termes qui sera utilisé pendant ce Forum afin que tous les participants comprennent la signification exacte de chaque terme (voir le Glossaire).

SÉANCE PLÉNIÈRE

Pendant la séance plénière, les points suivants sont soulevés :

- Il est préoccupant que les directives qui proviennent des partenaires internationaux ne correspondent pas toujours à la réalité au niveau du pays. Par conséquent, les partenaires devraient se rendre dans le pays pour apprendre et comprendre les conséquences des directives dans différents contextes avant de les transformer en principes directeurs au niveau international
- Les gouvernements nationaux doivent répondre aux problèmes soulevés dans leur propres systèmes de santé – décider si des sages-femmes sont nécessaires ou non
- Les obstétriciens qui ont généralement une présence politique plus forte peuvent parfois s’opposer à la présence des sages-femmes
- Le rôle des sages-femmes doit être clarifié dans de nombreux pays et des limites claires devraient être fixées entre le rôle de la sage-femme et celui de l’obstétricien
- La place de l’accouchement à domicile dans le continuum des soins – dans de nombreux pays ce n’est pas uniquement une question de choix familial mais c’est la seule réalité étant donné la géographie du pays.
- L’attitude négative des travailleurs de la santé est préoccupante et devrait être examinée.
- Dans certains pays présents au Forum, 90 % des femmes bénéficient du suivi prénatal mais une petite partie seulement (40 %) accouche dans des centres médicaux. Cela, pour des raisons diverses pour lesquelles des solutions ne sont pas faciles à trouver. Cependant, la situation est souvent due au fait qu’il existe peu de centres médicaux, surtout à proximité de la communauté, qui sont ouverts 24 heures sur 24.
- L’Argentine s’est plainte que dans le document de référence certains pays d’Amérique latine et des Caraïbes qui ont un passé de pratique de sage-femme, notamment le Pérou, l’Equateur, l’Uruguay et le Paraguay, n’aient pas été mentionnés. Il a été convenu de modifier le document de référence en conséquence.

PRÉSENTATIONS PAR PAYS

Chaque pays a reçu un thème pour sa présentation en fonction du cadre qui sera utilisé pendant le travail en groupe. Les présentations intégrales de chaque pays se trouvent sur le CD-ROM qui accompagne ce rapport et fournissent des informations importantes et détaillées.

SESSION 1 : ATTIRER L’ATTENTION DES POLITIQUES

Il est urgent d’attirer l’attention des politiques mais ce n’est pas chose facile. Dans de nombreux pays à faibles ou moyens revenus le métier de sage-femme est souvent considéré comme subalterne. Le fait qu’il s’agisse essentiellement d’une profession féminine ne facilite pas les chances de succès dans l’arène politique. Cependant il existe des exemples passés et présents de pays qui se sont servis du plaidoyer

politique pour promouvoir la pratique de sage-femme ; la Suède, le Sri Lanka et l'Indonésie font partie des cas les plus connus.

Parmi les pays qui ont l'expérience du plaidoyer politique on peut citer l'Inde, le Cambodge, Haïti et le Malawi.

L'Inde commence par une présentation générale du cadre indien qui est extrêmement vaste et où certains états ont la taille de nombreux pays. Des informations sont fournies sur l'une des solutions actuellement mises en œuvre en faveur de la maternité sans risque en Inde qui vise à résoudre la situation créée par le changement de politique du gouvernement de l'Inde sur la définition des compétences requises pour être un accoucheur qualifié. Suite à la décision du gouvernement de l'Inde, les infirmières sages-femmes auxiliaires sont considérées comme n'étant pas suffisamment qualifiées et nécessitent des compétences et une expérience supplémentaires, ainsi qu'un niveau d'autorité supérieure, pour offrir des aptitudes qui sauvent des vies dans le cadre de la communauté. Des efforts sont actuellement mis en œuvre avec l'OMS, l'Agence suédoise pour le développement international (Sida) et d'autres organisations pour appliquer les stratégies du gouvernement de l'Inde afin de réduire le RRM, notamment par le biais de programmes de formation.

L'une des principales réalisations de l'Inde au cours des dernières années a incontestablement été sa capacité à replacer les décès maternels dans le contexte des droits humains, ce qui est considéré comme un grand succès. Cela a conduit à une volonté politique de s'assurer que toutes les femmes où qu'elles vivent ont accès à des soins obstétricaux qualifiés pendant la grossesse, l'accouchement et après la naissance. Étant donné que l'un des aspects principaux de leur stratégie est d'augmenter le nombre d'accouchements dans des établissements médicaux, il sera nécessaire d'accroître le nombre d'infirmières sages-femmes auxiliaires qualifiées qui devront bénéficier d'un soutien et être pleinement opérationnelles au niveau de la communauté (aussi bien à domicile que dans des centres au niveau de la communauté) où elles prodigueront des soins de pratique de sage-femme de qualité orientés vers la famille.

Le **Cambodge** fait une présentation générale de l'histoire de la pratique de sage-femme dans le pays et donne également quelques statistiques qui indiquent une progression du nombre des accouchements en présence d'un accoucheur qualifié (de 32 à 44 %).

Le Ministère de la santé, le Bureau du Conseil des Ministres, le Conseil de la réforme administrative et d'autres ministères et institutions ont organisé en 2005, en coopération avec l'Association des sages-femmes cambodgiennes, un Forum de haut niveau sur la pratique de sage-femme avec le soutien du UNFPA. D'après l'équipe cambodgienne, depuis cette réunion de haut niveau, le gouvernement royal du Cambodge est fermement engagé en faveur des questions relatives à la pratique de sage-femme. De plus, les résultats du Bilan complet sur la pratique de sage-femme qui a été l'une des nombreuses conséquences du Forum de haut niveau fait maintenant partie du bilan semestriel du plan stratégique du secteur de la santé. En conséquence, il y a de grandes chances que les efforts futurs pour renforcer la pratique de sage-femme soient intégrés dans le prochain plan stratégique du secteur de la santé.

Parmi les autres résultats du forum de haut niveau sur la pratique de sage-femme :

- Meilleures catégories et échelles de traitements et meilleures allocations.
- Législation pour la création du Conseil de la pratique de sage-femme (en attente d'assentiment du souverain).
- Application du bilan complet de la pratique de sage-femme et des recommandations (en cours).

Haïti fait une présentation détaillée sur la mortalité maternelle dans le pays (qui est la plus élevée de la région) et discute le champ d'application de la pratique de sage-femme. D'après le présentateur, les sages-femmes ont peu d'impact sur les soins en établissements en raison d'un manque de motivation (paresse), de l'instabilité politique, de l'absence de normes et de protocoles, d'une organisation institutionnelle inadéquate et d'un environnement de travail peu propice. La pratique de sage-femme dans la communauté a connu des problèmes similaires entre autres pour les raisons suivantes : le manque de motivation, la pénurie de ressources humaines et des finances inadéquates. L'ordre du jour politique n'est pas détaillé.

Malawi Des efforts sont mis en œuvre dans ce pays pour faire face au RMM très élevé ainsi qu'au problème du VIH/SIDA, par le biais de soins de santé maternels dans la communauté, prodigués en partie par des infirmières sages-femmes mais également par des infirmières communautaires. Les sages-femmes étudiantes sont maintenant déployées dans la communauté et sont basées dans des centres médicaux afin d'obtenir une expérience clinique de pratique de sage-femme dans la communauté.

Cependant, les accoucheurs traditionnels effectuent encore environ 26 % de tous les accouchements dans la communauté, tandis que les sages-femmes professionnelles effectuent essentiellement des accouchements en établissement. Le Malawi connaît une pénurie considérable de tous les professionnels de la santé y compris de médecins. On n'en compte que 1,6/100 000 personnes.

Parmi les nombreuses problématiques mentionnées : des instructeurs et des précepteurs cliniques inadéquats, des ressources limitées (livres, revues, Internet, maquettes, ordinateurs), des infrastructures inadéquates pour accueillir un grand nombre d'étudiants. Les mesures mises en œuvre pour y remédier sont : agrandir les établissements de formation pour accueillir davantage d'étudiants, encourager l'inscription d'infirmières / sages-femmes stagiaires et d'autres prestataires de la santé et renforcer le programme d'habilitation communautaire portant sur les ressources humaines (des directives communautaires provisoires ont été préparées).

DISCUSSION

L'une des questions fondamentales soulevées pendant cette séance est le manque d'expérience et de compétence pour mener un plaidoyer politique, comme l'a fait remarquer le Dr. Prakashamma d'Inde. Elle invoque la nécessité d'obtenir l'aide de la communauté internationale pour former les sages-femmes à l'art du plaidoyer politique afin qu'elles puissent faire valoir leurs droits devant les responsables nationaux.

Il est convenu de prévoir du temps dans le programme pour revenir sur cette question de façon plus détaillée. Mme Henrietta Aswad, Responsable média et communication pour la région arabe du UNFPA qui travaille en coopération avec le Secrétariat du Forum accepte de faire une brève présentation sur le plaidoyer. Cette présentation, centrée sur l'importance, la stratégie et la nature du plaidoyer a été très intéressante et très appréciée des participants.

SESSION 2 : S'ASSURER QUE LES PAUVRES ET CEUX QUI VIVENT DANS DES ZONES PEU ACCESSIBLES BÉNÉFICIENT DE SOINS DE PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Les études menées auprès de femmes en âge de procréer appartenant à des popu-

lations pauvres et vulnérables ont révélé qu'elles ont accès à des infrastructures inadéquates, qu'elles bénéficient de fournitures médicales insuffisantes et qu'elles sont confrontées à des attitudes négatives de la part des professionnels de la santé. Il est donc nécessaire de trouver des moyens de s'assurer que les pauvres ont accès à des soins de pratique de sage-femme appropriés. Le Mexique, le Népal, le Mozambique et un représentant des services médicaux du sud du Soudan ont présenté et discuté quelques-uns des problèmes auxquels ils sont confrontés.

Mexique La présentation de CASA (qui signifie maison), l'ONG Centro para Los Adolescentes de San Miguel de Allende (Centre pour les adolescents de San Miguel de Allende) dont l'objectif est d'accéder aux populations indigènes, rapporte une réduction impressionnante de la mortalité maternelle grâce à la formation de femmes indigènes au métier de sages-femmes professionnelles. L'école de sage-femme a été lancée par des accoucheuses traditionnelles qui voulaient que leurs filles et les femmes de leurs communautés rurales aient accès à une formation de sage-femme professionnelle. L'école est accréditée par le Ministère de la santé et le Ministère de l'Éducation. Après quatre ans d'études, les diplômées reçoivent la licence professionnelle de sage-femme autonome. L'équipe représentant le pays mentionne cependant la nécessité de contrôler, d'évaluer et de documenter avec soin les nouvelles idées et initiatives afin d'obtenir un ensemble de données probantes sur ce qui marche et ce qui ne marche pas.

Le **Népal** rappelle les origines de sa politique nationale sur les accoucheurs qualifiés. Le Dr. Naresh Pratap K.C. présente les lignes directrices nationales pour la mise en place d'une formation d'accoucheurs qualifiés axée sur le perfectionnement du personnel spécialisé dans la santé de la mère et de l'enfant et des infirmières sages-femmes auxiliaires. La présentation a clairement démontré que des réunions régionales avaient favorisé le renforcement des effectifs d'accoucheurs qualifiés en conduisant à une planification détaillée au niveau national et notamment à la préparation d'un plan d'action concret.

Soudan (région du sud) : La présentation du Ministère de la santé basé dans la partie sud du pays expose les difficultés rencontrées pour rétablir les effectifs de professionnels compétents dans la pratique de sage-femme et les services de santé aux lendemains d'une guerre civile qui a duré 27 ans. La guerre a laissé un pays dévasté et la partie sud du pays manque entièrement de ressources humaines et physiques. Le RMM dans la partie sud du Soudan est estimé à plus de 1700/100 000 naissances vivantes et près de 90 % des femmes accouchent sans assistance qualifiée. Des efforts sont maintenant engagés pour examiner la situation. Des mesures ont été prises afin de rétablir la pratique de sage-femme dans le sud du pays et un programme a été récemment lancé pour former des sages-femmes communautaires. Enfin, un appel a été lancé à la communauté internationale pour reconstruire le système de soins maternels dans le sud. Pour insister encore sur l'urgence de la situation, la présentatrice, elle-même sage-femme infirmière, raconte comment elle a récemment perdu une jeune sœur à la suite de complications liées à la grossesse.

Mozambique : La présentation est axée sur les efforts mis en œuvre par le Mozambique pour intégrer l'accès aux soins obstétricaux qualifiés dans le cadre de la politique de santé nationale. La stratégie nationale visant à réduire la mortalité maternelle se base sur l'augmentation du nombre d'infirmières chargées de la santé maternelle et infantile à divers niveaux de soins.

Les représentants du Mozambique rappellent aux participants l'importance de l'éducation permanente, élément essentiel pour construire et conserver des niveaux de soins de qualité fondés sur des faits démontrés. Il est également important de transmettre les bonnes nouvelles comme la création d'une Association pour la pratique de sage-

femme (APARMO), dont la candidature à l'ICM est actuellement à l'étude. La présentation s'achève en soulignant le rôle critique des associations professionnelles pour renforcer la profession.

DISCUSSION

Étant donné que les présentations avaient été plus longues que prévues, la séance trois a suivi immédiatement la séance deux ; il ne restait donc pas assez de temps pour une discussion plénière.

SESSION 3 : QUESTIONS RELATIVES À LA FORMATION : LES MÉTHODES DE FORMATION, LE PROGRAMME ET LA FORMATION DES ENSEIGNANTS

Il existe en gros quatre grands types de formation qui préparent au métier de sage-femme professionnelle, à savoir :

- a) le modèle d'apprentissage : la stagiaire travaille et apprend sous la supervision directe d'une sage-femme professionnelle,
- b) la formation professionnelle : la formation a lieu dans un institut de formation spécifique, l'expérience clinique ayant lieu sous la supervision d'un tuteur qualifié, d'une sage-femme qualifiée, d'une infirmière ou d'un médecin,
- c) les programmes d'enseignement supérieur, prodigués par les universités ou autres institutions d'enseignement supérieur
- d) la préparation préalable pour celles qui ont déjà une formation d'infirmière.

Tous ces types de programmes produisent des sages-femmes compétentes bien qu'avec un degré variable de succès. Les programmes destinés à celles qui n'ont pas fait d'études d'infirmière préalables (c'est-à-dire les Programmes d'Admission directe) durent de 18 mois à 5 ans environ, et sont en moyenne de 3 ans. Il est généralement nécessaire d'avoir été scolarisée pendant 10 ans pour pouvoir participer au programme bien qu'un ou deux pays aient tenté de produire des sages-femmes professionnelles ayant suivi une scolarité de moins de 10 ans.

Le Zimbabwe, le Pakistan et le Soudan (région du nord) ont fait une présentation sur la situation passée et présente de leur pays respectif dans ce domaine.

Le **Zimbabwe** dont le RMM a augmenté entre 1994 et 1999 de 283 à 695, présente ses différentes méthodes de formation des sages-femmes 1) Formation préparatoire (PCN, SCN, RGN, étudiants non diplômés), 2) Affectation pratique (expérience sur le tas), 3) Diplôme de pratique de sage-femme (il n'est plus nécessaire d'avoir 2 ans d'expérience), 4) Formation en milieu de travail (pour les SONU), 4) Aide pratique ponctuelle (mentorat par une sage-femme qualifiée).

Dans le cadre des efforts mis en œuvre pour améliorer la formation des enseignants, un diplôme d'éducation en soins infirmiers a été créé (1) BSc en soins infirmiers (2) et Masters avec sujet principal en santé de la mère et de l'enfant.

Parmi les efforts mis en œuvre pour améliorer les services de pratique de sage-femme :

- Évaluation sur la santé de la mère et de l'enfant pour recenser les capacités et compétences en ressources humaines
- Équipement SOU et inventaire des moyens de communication et de transport.
- Augmentation du nombre d'accoucheurs qualifiés ; formation des formateurs en SONU, formation décentralisée des infirmières, des sages-femmes et des médecins ; formation du personnel auxiliaire, par exemple du personnel de laboratoire et des chauffeurs d'ambulances.

Le Zimbabwe est confronté à un certain nombre de problèmes importants a) taux d'attrition (fuite des cerveaux), b) formateurs de sages-femmes inadéquats, c) le métier de sage-femme n'est pas considéré comme un métier lucratif par les jeunes diplômées par rapport à celui d'infirmière de salle d'opération par exemple, d) peu de reconnaissance pour la profession e) manque de ressources.

Le **Pakistan**. Mme Imtiaz Kamal, présidente et fondatrice de la nouvelle Association de sages-femmes du Pakistan présente les mesures initiales qui ont été prises pour former les sages-femmes communautaires afin de réduire les décès et handicaps maternels. La pratique de sage-femme en général semble connaître un renouveau au Pakistan suite à un important travail de fond de la part de tous les détenteurs d'enjeux, depuis l'an 2000. Cependant, il reste encore beaucoup à faire pour que les sages-femmes puissent fonctionner efficacement : amélioration au niveau de l'enseignement, soutien (accès aux transferts) et protection personnelle.

Le gouvernement demande et reçoit une aide internationale et bilatérale dans ce domaine ; la DFID (l'agence britannique pour le développement) par exemple, a annoncé un financement important pour renforcer les services de pratique de sage-femme au Pakistan. L'association de sages-femmes qui est sur le point de devenir membre de l'ICM a participé très activement à tout ce qui précède et a joué un rôle déterminant dans les modifications apportées au programme d'enseignement des sages-femmes et aux révisions actuellement en cours sur la loi sur les soins infirmiers. Un projet a été mis en œuvre pour améliorer les compétences de ceux qui formeront les sages-femmes, avec l'aide de l'ICM.

D'autres actions prévues et déjà lancées incluent : 1) La rénovation et l'équipement d'unités de maternité, d'unités de soins obstétricaux d'urgence et d'écoles de sages-femmes 2) préparation de matériel pédagogique et d'apprentissage dans les langues nationales et 3) établissement de partenariat de sages-femmes et d'obstétriciens ; cela a déjà commencé par l'intermédiaire de quelques petits projets conjoints.

Soudan – la région du nord a lancé un projet de réhabilitation des services de pratique de sage-femme en 2005 suite aux résultats d'une analyse rapide de la situation des services de pratique de sage-femme dans les villages. Ce projet a utilisé la boîte à outils de l'OMS et des compétences de l'ICM. L'évaluation des besoins a mis à jour de nombreuses lacunes dans les compétences des sages-femmes de village et il a été décidé de l'avis général qu'une mise à jour des programmes de formation des sages-femmes était nécessaire, à savoir :

- Révision et mise à jour du programme de formation de base, fondée sur les compétences nécessaires pour les accoucheurs qualifiés.
- 23 (groupes centraux) pour la formation d'instructeurs ayant reçu une formation sur le programme des sages-femmes de village.
- Perfectionnement des (133/234) instructeurs de 38 écoles de sage-femme afin qu'ils reçoivent une formation sur le nouveau programme.

DISCUSSION

Le consensus général est que les grandes problématiques qui affectent la qualité des soins de pratique de sage-femme dans la plupart des pays sont liées au besoin d'améliorer les programmes d'enseignement et de perfectionner les enseignants. Plus spécifiquement, il est nécessaire de se concentrer sur les programmes, notamment de formation des formateurs et de préparation des enseignants, afin que formateurs et étudiants puissent démontrer des compétences de pratique de sage-femme clés.

SESSION 4 : SUPERVISION—MODÈLES DE SUPERVISION DES PROFESSIONNELS COMPÉTENTS DANS LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME DANS LA COMMUNAUTÉ

La supervision est un domaine qui a été remarquablement négligé et malheureusement, on l'associe à une liste de contrôle envoyée par le bureau de la santé provincial et/ou national à remplir par une personne qui ne possède pas les moindres connaissances ou la moindre expérience dans la pratique de sage-femme. Il est donc nécessaire d'accorder à la supervision un rôle primordial lors de la promotion de la pratique de sage-femme dans la communauté, en particulier dans les régions où les sages-femmes exercent de manière autonome.

Le Bangladesh, le Yémen, le Burkina Faso et le Niger ont fourni des informations sur cette question.

Les représentants du **Bangladesh** expliquent comment leur pays a créé un programme de sages-femmes communautaires sur mesure, appelé Community Skilled Birth Attendants (CSBA) (accoucheurs qualifiés en milieu communautaire), qui organise la formation dans trois modules séparés. Le programme a été conçu pour répondre à des circonstances spéciales ; en effet, 90 pour cent de tous les accouchements ont encore lieu à domicile et 13 pour cent seulement des accouchements ont lieu en présence d'un accoucheur qualifié. La formation initiale de 6 mois proposée par les CSBA est suivie d'une période supervisée de 9 mois (ou plus) avec travaux pratiques sur le terrain et enfin, d'un stage de trois mois pour terminer le programme. La supervision est assurée par les visiteuses familiales qui ont reçu une formation spéciale de supervision accompagnée d'un soutien. On demande aux CSBA de tenir un journal et de réfléchir à la façon dont ils exercent leur métier pendant le travail pratique supervisé. Ce journal est un élément important de la supervision avec soutien. En effet le superviseur consulte le journal et s'entretient avec le CSBA de sujets comme la pratique clinique. Il sert également à prouver que la personne a suivi une formation en milieu professionnel dans les domaines où des lacunes ont été identifiées.

Les représentants du **Yémen** mentionnent entre autres la multitude de groupes de travailleurs de la santé qui exercent actuellement la pratique de sage-femme à tous les niveaux. Malgré tout, il existe toujours une pénurie de sages-femmes en zone rurale. Il a été décidé de former 1 500 sages-femmes communautaires et de décentraliser les institutions de formation. Deux aspects de la supervision sont présentés et il existe une liste de contrôle pour faciliter la supervision des sages-femmes communautaires.

Le **Burkina Faso** présente les différents niveaux de son système de santé. Les sages-femmes infirmières auxiliaires qui ont reçu une formation de deux ans fournissent la plus grande partie des soins de pratique de sage-femme pour les soins primaires. Le pays a décidé de ne pas confier les accouchements aux accoucheuses traditionnelles et a redéfini leur rôle. Le système de supervision pédagogique et de soutien se base sur la

supervision de niveaux supérieurs aux niveaux inférieurs. Une équipe d'experts multiprofessionnels supervise les hôpitaux. Les centres de santé primaire devraient être supervisés tous les trimestres et les hôpitaux deux fois par an.

La présentation du **Niger** se base sur l'expérience d'un projet collaboratif sud-sud avec le Maroc. Le projet, qui a eu lieu dans un district, a contribué favorablement à l'introduction d'une gestion active de la troisième étape du travail.

Au Niger les études de sages-femmes sont de deux types. Elles diffèrent en matière de conditions d'admission mais durent toutes deux trois ans. Cependant, le nombre des sages-femmes est inadéquat. Le système de supervision employé est similaire à celui du

Burkina Faso et les centres de santé primaire devraient être contrôlés tous les mois.

DISCUSSION

La discussion pendant la séance plénière porte essentiellement sur les obstacles à la supervision. Les représentants du Burkina Faso admettent que bien qu'un système de supervision soit en place, le manque de ressources humaines et les problèmes de logistique ont fait que deux visites de contrôle sur trois seulement ont pu être effectuées en 2006.

D'autres sujets mentionnés pendant la discussion sont les problèmes d'affectation des différents groupes de travailleurs de la santé au Yémen et l'acceptation des sages-femmes de sexe masculin, ce qui n'est pas considéré comme un problème au Burkina Faso et au Chili.

SESSION 5 : FACTEURS FAVORABLES

Au cours des dernières années, on s'est davantage intéressé à la question d'un environnement favorable en rapport avec la fourniture de soins pendant la grossesse et l'accouchement. Former des sages-femmes pour exercer dans une réalité qui ne correspond pas à leurs compétences théoriques ne permet pas à celles qui sont nouvellement formées de travailler correctement. On entend par environnement favorable un environnement qui bénéficie d'infrastructures, d'équipements, d'un personnel de soutien et compétent et d'un lieu de travail organisé capable de faire face aux demandes réelles.

Les représentants de Bolivie et de Tanzanie font une présentation sur ce sujet qui est détaillée à la suite.

En plus de ces présentations, Nester Moyo (ICM) fait une présentation au nom de l'ICM et de FIGO sur l'importance de la collaboration entre les principaux acteurs de l'équipe des soins de santé maternels – les sages-femmes et les obstétriciens. Angela Kamara Sawyer du réseau de prévention régional de la maternité maternelle (RPMM) en Afrique fait également une brève description de son travail en Afrique. Elle mentionne quelques-unes des leçons qui ont été tirées par le RPMM lors d'une collaboration destinée à fournir un environnement favorable à la fourniture de soins qualifiés. Les grands points de leur session se trouvent au chapitre Autres présentations.

L'équipe de **Bolivie** fait porter sa présentation sur les questions culturelles qui empêchent actuellement les femmes d'avoir accès à des soins professionnels pendant l'accouchement.

La pénurie actuelle de prestataires de soins de pratique de sage-femme qualifiés et le fait que les familles sont actuellement peu disposées à faire appel aux services de maternité, surtout dans les zones rurales, en dépit de l'introduction réussie d'une assurance sociale qui offre des services de maternité gratuits à toutes les femmes de Bolivie, souligne la nécessité de développer une équipe de pratique de sage-femme. Cela, d'autant plus qu'il n'y a actuellement pas suffisamment d'infirmières qui peuvent recevoir une formation de sage-femme.

L'un des principaux obstacles culturels auxquels sont confrontées les femmes, surtout dans les zones rurales, est que les prestataires de soins de santé maternelle actuels connaissent et comprennent mal les coutumes et croyances relatives à la naissance qui tiennent à cœur aux communautés boliviennes et sont très répandues parmi elles. Un nouveau projet de coopération qui regroupe le Ministère de la santé, l'association des infirmières boliviennes, le UNFPA et l'OMS et trois universités publiques a été lancé pour former des sages-femmes communautaires à qui on apprendra à travailler d'une manière qui tient compte des différences culturelles. Le projet collabore également avec le Chili et certains aspects de la pratique sage-femme du modèle chilien seront adaptés. Le nouveau programme a été développé et la formation d'enseignants potentiels pour les sages-femmes débutera au cours de 2007.

La **Tanzanie** a un système de soins de maternité étendu et relativement bien organisé. Pourtant, 47 % seulement des accouchements ont lieu en présence d'un accoucheur qualifié. De nombreux prestataires de soins de santé dans la communauté ne satisfont pas à la définition d'accoucheur qualifié.

La Tanzanie considère qu'elle a un environnement relativement favorable, par exemple :

- Stabilité politique
- Environnement législatif favorable
- Des efforts sont faits pour accroître la fourniture de services de santé reproductive et des enfants, de SOU, de soins post-avortement et de soins obstétricaux et néonataux essentiels
- Un certain nombre de sages-femmes a reçu une formation leur fournissant des aptitudes pour sauver des vies
- Soutien de différentes agences et partenaires internationaux
- Nombre d'écoles adéquat qui forment des sages-femmes à différents niveaux.
- Fourniture d'équipements de base pour les soins de maternité
- Disponibilité de normes, protocoles et matériel de référence au niveau du centre.
- Supervision régulière et de soutien
- Certains centres médicaux ont été rénovés
- Existence d'un organisme qui réglemente la pratique de sage-femme

Et pourtant, des difficultés subsistent

- Pénurie de personnel, surtout dans les centres périphériques

- Nécessité de renforcer la formation en milieu de travail en matière d'aptitudes à sauver des vies
- Faiblesse du système d'informations de gestion
- Système de communication inefficace
- Système de transfert inefficace
- Chômage des sages-femmes (certains postes ne sont pas approuvés et les sages-femmes refusent d'être envoyées dans la plupart des zones rurales)
- Taux de morbidité et de mortalité maternel élevé
- Accès limité aux services de livraison (surtout à Zanzibar).

Afin de réduire le RMM et de faire face à ces défis, il faut 1) continuer les actions de plaidoyer auprès des autorités responsables afin de déployer davantage de sages-femmes, 2) mettre en œuvre les politiques, protocoles et lignes directrices déjà élaborés 3) améliorer le système de communication, 4) renforcer la fourniture des services de maternité à tous les niveaux.

SESSION 6 : CONTRÔLE ET ÉVALUATION

Le contrôle et l'évaluation est le dernier des 6 thèmes abordés pendant le Forum. Ce sujet est considéré comme très important puisqu'il a trait à un domaine négligé, à savoir, la nécessité d'un contrôle permanent et d'une évaluation périodique de vastes programmes de « pratique de sage-femme dans la communauté ». Très peu de ces programmes prévoient une évaluation et les résultats en matière de santé ne sont donc pas certains. Cette session a également clarifié des questions techniques en cherchant à voir les contributions apportées par ces programmes aux sages-femmes dans la communauté, en abordant la question de la conservation des effectifs, de la durée de la formation, des qualifications précédentes des sages-femmes communautaires et des coûts.

L'équipe d'Indonésie fait un rapport sur une étude d'évaluation qui vient juste d'être terminée en collaboration avec IMMPACT. Le FCI présente le programme d'évaluation du Burkina Faso et le Ministère de la santé du Maroc présente le travail sur l'évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité basé dans la communauté qui vient d'être réalisé au Maroc.

Indonésie : Le programme « La pratique de sage-femme dans le village » a été lancé en Java occidentale en 1989. En 2000, 10 ans plus tard, près de 63 % des villages ont une sage-femme et les accouchements en présence d'accoucheurs qualifiés sont passés de 22 % à 55 % dans les zones rurales. Le RMM est passé de 390 à 307, et le nombre des césariennes a également baissé. Les principaux problèmes identifiés en rapport avec les sages-femmes communautaires sont :

- Expérience pratique antérieure de la pratique de sage-femme insuffisante
- Absence d'un environnement favorable
- Faible utilisation des services de pratique de sage-femme par la communauté
- Contrats de courte durée pour les sages-femmes
- Faible taux de conservation des effectifs
- Pas d'hébergement fourni dans le village. Par conséquent, les sages-femmes ne sont disponibles que pendant de brèves périodes (uniquement le matin)

Étant donné que les résultats de l'évaluation d'IMPACT ne sont pas encore finalisés, seuls des résultats préliminaires des études de contrôle sur les facteurs de risque pour les « accidents évités de justesse », les césariennes et les décès maternels ont pu être présentés. Les deux principaux facteurs identifiés en rapport avec la réduction du risque de mortalité maternelle sont : 1) la présence d'une sage-femme qui habite dans le village 2) la durée de son activité professionnelle dans le village. Le rapport complet sera présenté au Symposium de l'IMPACT en février 2007.

L'équipe du **Maroc** présente une nouvelle méthode d'amélioration de la qualité des soins de santé maternelle appelée « soutien clinique et communautaire ».

Les sages-femmes marocaines suivent 3 années de formation qui ne sont pas spécifiquement axées sur la pratique de sage-femme dans la communauté. Très peu d'entre elles sont affectées/engagées dans des centres de santé éloignés à cause du manque de communications, d'hébergement, d'intégration sociale et de soutien de la part des établissements médicaux.

Les visites de soutien cliniques et communautaires organisées par les équipes de district et gérées par le district couvrent des aspects sociaux (responsabilisation, intégration), cliniques (compétence et confiance en soi) et de direction (habilitation). Leurs expériences ont donné lieu à la publication d'un manuel. Des expériences dans des maisons de maternité (établissement de santé vers lequel sont orientées les femmes de grossesse à haut risque pendant les dernières semaines de grossesse) et avec des programmes d'assurance basés dans la communauté sont actuellement compilées.

Enseignements tirés en Afrique subsaharienne :

Family Care International (FCI)

FCI présente les résultats d'un projet d'une durée de 5 ans, intitulé « Initiative de soins obstétricaux qualifiés » destiné à améliorer les soins qualifiés dans trois pays : au Burkina Faso, en Tanzanie et au Kenya.

Le programme portait sur l'environnement législatif, la formation des prestataires de soins et la délégation d'autorité, les équipements et les médicaments, la qualité des soins, le système de communication, le système de transfert en cas d'urgence, l'évolution des comportements, les communications et la mobilisation de la communauté.

Le contrôle et l'évaluation se basaient sur les résultats de performance et des centres et sur des enquêtes auprès des ménages (de référence et après 3 ans).

Au bout de 3 ans, la proportion des accouchements auxquels participaient des accoucheurs qualifiés est passée de 25 à 56 % dans le district d'intervention du Burkina Faso, de 44 à 54 % en Tanzanie, tandis qu'aucune évolution notable n'a été remarquée dans les districts témoins. Par contre, la proportion des accouchements avec accoucheurs qualifiés n'a pas augmenté dans le district d'intervention du Kenya mais est passée de 32 à 37 % dans le district témoin où des interventions partielles avaient été mises en œuvre. On avance l'hypothèse d'une forte prévalence du VIH pour expliquer le faible impact au Kenya. Les taux d'accouchement dans des établissements sont restés identiques mis à part au Burkina Faso. Il y a un rapport positif entre l'indice de sensibilisation à la maternité sans risque (indice SM – les personnes interrogées pouvaient mentionner au moins trois signes de danger exigeant un transfert immédiat dans un centre de SOU) et les accouchements dans des établissements. Un rapport complet sur les résultats est disponible sur le site du FCI : www.familycareintl.org

Les trois études de cas présentées avaient des points communs ; l'intégration d'un plan de contrôle et d'évaluation avait été critique dès le début du projet et avait

toujours inclus une stratégie de présentation-diffusion et un programme de plaidoyer pour garantir une vaste dissémination de leurs résultats.

AUTRES PRÉSENTATIONS

En plus des présentations par les équipes nationales, un certain nombre d'experts ont fait des présentations supplémentaires sur quelques sujets importants. Ces présentations avaient pour but d'apporter des informations supplémentaires pour le travail de groupe. Certaines présentations ont été incluses sous le thème correspondant tandis que d'autres ont eu lieu sous forme de séances plénières pour permettre aux trois groupes de rester en contact et d'échanger leurs idées. Vous trouverez toutes les présentations sur le CD-ROM ci-joint.

Collaboration interprofessionnelle

Mme Nester Moyo, représentant l'ICM & FIGO

L'un des points fondamentaux pour renforcer la pratique de sage-femme dans la communauté, quel que soit le pays, est la nécessité d'un consensus et d'une bonne collaboration entre les groupes professionnels. Mme Moyo débute sa présentation en mentionnant l'importance de la collaboration basée sur le respect et la compréhension mutuels entre les sages-femmes et les obstétriciens. Comprendre et respecter le rôle de chacun est impératif pour des relations de travail harmonieuses et pour garantir la sécurité de la mère et du nouveau-né avant, pendant et après l'accouchement. On reconnaît de plus en plus souvent que pour répondre aux besoins des femmes pendant la grossesse et l'accouchement, il est nécessaire de faire appel à une équipe multiprofessionnelle qualifiée. Ces besoins continuent jusqu'à ce que la mère et son nouveau-né soient parfaitement intégrés dans la nouvelle unité familiale.

Les facteurs clés d'une collaboration réussie sont entre autres : la confiance, le respect et le soutien mutuels, des rôles professionnels clairement délimités, savoir écouter, accepter de prendre en compte le point de vue de l'autre, la communication horizontale et la discussion sur un pied d'égalité.

Cependant, pour une collaboration réussie, il est nécessaire que les partenaires aient une bonne connaissance pratique de leurs domaines professionnels réciproques et acceptent d'apprendre les uns des autres sans se laisser aller à des stéréotypes, à des croyances ancestrales ou à des préjugés.

Mme Moyo conclut en rappelant aux participants que la collaboration consiste à rechercher des synergies. Ce n'est qu'en tenant compte de toutes les contributions que les femmes parturientes peuvent bénéficier de soins complets et que nous pouvons espérer réduire le nombre de décès des mères et des nouveau-nés.

- La collaboration est obligatoire – il n'y a pas d'alternatives
- La collaboration a des avantages démontrés pour les femmes, les nouveau-nés et les enfants
- C'est l'équipe de maternité qui agit sur la vie des femmes et des nouveau-nés dans la communauté en fournissant une supervision de soutien à d'autres membres de l'équipe et en travaillant en relations étroites avec la communauté et les familles qu'elle dessert.

- « Seule une vraie collaboration sauvera la vie de femmes et de leurs nouveau-nés et saura les protéger ! »

Le réseau RPMM : Renforcer l'environnement favorable – enseignements

La dernière présentation sous le thème « environnement favorable » est faite par Mme Angela Sawyer, Fondatrice et Directrice du Réseau régional pour la prévention de la mortalité maternelle (RPMM), un réseau de plusieurs ONG qui œuvrent pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans plus de 20 pays d'Afrique subsaharienne.

Les objectifs du RPMM sont les suivants :

- Augmenter et renforcer les capacités des équipes nationales afin qu'elles agissent en tant que catalyseurs pour réduire les décès maternels
- Élargir les approches et interventions du RPMM en Afrique subsaharienne
- Fournir une assistance technique et des services conseils
- Diffuser les résultats des recherches réalisées par le réseau

La méthode employée par le réseau est de mettre en place des équipes multidisciplinaires et intersectorielles dans lesquelles toutes les parties prenantes s'efforcent de réduire la mortalité maternelle. Sa stratégie clé consiste à développer les capacités et à renforcer tous les liens de la chaîne nécessaires à un système de santé efficace afin de fournir des soins de santé maternels abordables, efficaces et acceptables pour toutes les femmes.

La méthodologie comprend toujours une Évaluation des besoins basée sur le modèle des « 3 retards ». Les plans de contrôle et d'évaluation sont intégrés dès le départ dans l'intervention. La mise en œuvre des interventions s'accompagne également d'une supervision de soutien et d'une assistance technique. Toutes les informations sont évaluées et les communautés, les parties prenantes et les coordinateurs du RPMM reçoivent un retour d'information régulier.

Les leçons clés sont les suivantes :

- Il faut un groupe central d'individus et d'experts enthousiastes et dévoués
- Pour réussir, les interventions doivent avoir une grande volonté de succès
- Il faut promouvoir la durabilité en mobilisant et utilisant les ressources locales
- Sans un contrôle continu, la qualité et l'efficacité des interventions diminuent au fil du temps
- Le succès engendre le succès ; les échecs permettent de tirer des leçons utiles pour de futur succès
- Il vaut mieux commencer petit et se développer pour garantir la durabilité
- Orientation principale – militer pour une allocation équitable des ressources en faveur de la santé de la mère et du nouveau-né !

Recommandations d'actions prioritaires données en conclusion :

- Nécessité de créer un groupe catalyseur au niveau du pays pour maintenir ces questions au premier rang des préoccupations publiques
- Renforcer l'implication des pays dans le programme pour soutenir les interventions
- Pensez grand, commencez petit et agissez maintenant pour pouvoir vous développer !!

C & E : Mesurer quoi ? « Pourquoi le contrôle et l'évaluation » ?

Présentation de Julia Hussein, IMMPACT

Le Dr Hussein affirme dans sa présentation « il est impossible d'atteindre ou de manquer un objectif sans le mesurer ». Elle souligne également comment les différents éléments du C & E ont également trait aux droits ; le droit de mesurer, le droit d'être compté et le droit à l'équité.

La discussion qui suit traite essentiellement du coût des évaluations en particulier du ratio de mortalité maternelle qui nécessite un échantillon suffisamment large pour être valide. À ce propos, le Dr Hussein rappelle aux participants qu'une évaluation peut être aussi vaste ou aussi restreinte que les responsables l'exigent, mais qu'elle doit avant tout avoir le mérite d'exister.

Mesurer ou non le RMM est une question de choix, en effet 1) ce n'est pas toujours possible ; 2) dans certains cas le RMM n'est pas toujours le bon paramètre pour contrôler et évaluer le résultat souhaité d'un programme. En général, il est souhaitable de cibler et de limiter les évaluations. Par exemple, une enquête confidentielle pourra s'avérer très utile pour identifier des points d'action qui conduiront à améliorer la qualité des soins. Vous pouvez également choisir de vous joindre à une enquête en cours en y ajoutant vos propres paramètres spécifiques. Le lien suivant, <http://www.abdn.ac.uk/impact>, propose un document présentant la méthode de l'enquête confidentielle.

Des questions concernant les nouveaux indices pour mesurer la santé maternelle et l'existence de lignes directrices pour contrôler les OMD sont soulevées. Certains participants soutiennent que le fait d'utiliser l'assistance qualifiée à la naissance en tant qu'indice reste sujet à controverse étant donné que la définition du terme « qualifié » n'est pas universelle.

Le Dr Hussein répond qu'au niveau national, les indices de l'ONU sont ceux qui sont le plus souvent utilisés. Cependant, au niveau international, un groupe appelé « Countdown 2015 » travaille actuellement à l'établissement de mesures de contrôle internationales. Ce groupe publiera ses propositions d'indices dans le Bulletin of World Health en janvier 2007. Cependant, elles ne contiennent aucun nouvel indice non attendu.

Les réponses suivantes sont données aux questions 1) comment mesurer la qualité des soins de pratique de sage-femme 2) comment contacter IMMPACT pour obtenir de l'aide et 3) IMMPACT est-elle une institution commerciale ?

La question a trait à la présentation indonésienne faite la veille. Les essais aléatoires ne sont pas la réalité ici. Mesurer la qualité des soins n'aura pas nécessairement trait à l'attribution mais pourra être lié à la qualité de l'association. On pourrait mener des

études par étapes dans le cadre desquelles on échelonnerait les interventions dans différents districts pour permettre les comparaisons. Cependant, les programmes d'évaluation doivent être inclus dès le début d'un programme. Toute personne qui a besoin d'aide ou veut collaborer avec IMMPACT sur des questions de C & E peut contacter l'organisation de la façon suivante :

1. En envoyant un bref message par courrier électronique à Julia Hussein ou Pascale Baraté en spécifiant que vous souhaitez effectuer une évaluation et en expliquant/demandant la portée de l'évaluation.
2. IMMPACT mettra alors en place une équipe multidisciplinaire en fonction de la portée de l'évaluation. Il peut s'agir d'une équipe ciblée spécialement créée pour satisfaire les besoins du pays en question.
3. L'équipe contactera alors les institutions de recherche internationales
4. Une proposition sera formulée
5. Un financement sera recherché

IMMPACT est maintenant composé de deux organes : l'organe consacré à la recherche et l'organe consacré à l'évaluation et à la formation appelé Ipact. Ipact est une organisation à but lucratif. Cependant, les bénéfices réalisés sont essentiellement réinvestis dans la recherche et dans le service pour améliorer la qualité des méthodes et des performances d'IMMPACT. Voir www.abdn.ac.uk/immpact

Le Dr Hussein termine sa présentation en rappelant à tous les participants qu'il n'existe pas de solution magique en matière d'évaluation. Elle doit être adaptée au programme et l'évaluation doit correspondre aux intentions du programme.

Plaidoyer

par Mme Henreitta Aswad, Conseillère communication et média, division des États arabes, UNFPA, AMMAN

Suite à la demande des participants qui souhaitaient obtenir davantage d'informations sur ce sujet, Mme Aswad fait une brève présentation sur le plaidoyer qu'elle définit de la façon suivante : une action nécessaire pour obtenir un soutien à une cause – dans ce cas précis la pratique de sage-femme - prendre position en sa faveur et la reconnaître, par les responsables des politiques, les décideurs, les leaders d'opinion et de communautés et le grand public. Le plaidoyer devrait, d'après elle répondre aux trois questions suivantes :

1. Qu'est-ce qui ne va pas / manque / est requis ?
2. Pourquoi est-ce important ?
 - a. Basé sur les droits, les faits et fondé sur le sexe
 - b. Coût de l'inaction par rapport au coût de l'action
3. Que doit-on faire ?
 - c. Fournir des solutions et une aide pour les questions visant à changer les idées et à créer un changement positif.

Lors de l'élaboration d'une stratégie de plaidoyer, il est essentiel de garder à l'esprit les 5 qualités suivantes :

1. Intégré – depuis le tout début ; ne doit pas apparaître comme une arrière-pensée
2. Axé sur la question – la question doit avoir un visage humain
3. Informatif – doit mettre en exergue les liens avec d'autres activités tout en maintenant un objectif persuasif
4. Innovatif – dans sa façon de transmettre un sentiment d'urgence, de neutraliser toute négativité éventuelle et de minimiser la résistance
5. Pluriel – nécessaire d'établir alliances et consensus.

Travail en groupe sur des études de cas

Pendant la troisième et la quatrième journée, le travail en groupe a porté sur trois scénarios (voir Annexe 3). Chaque groupe bénéficiait de l'aide de trois facilitateurs expérimentés qui avaient participé au développement des études de cas. Les études de cas étaient fictives mais s'appuyaient sur des données de pays réelles. Les organisateurs avaient choisi ces trois scénarios comme étant représentatifs de situations rencontrées dans toutes les régions du monde. Toutes les études de cas ont été traduites dans les trois langues : anglais, français et espagnol.

Un scénario différent a été remis à chaque groupe. Afin de maintenir la cohésion et de faciliter le travail du groupe, des séances plénières régulières ont été organisées afin que les groupes puissent se rendre mutuellement compte de leurs discussions et discutent brièvement les grandes questions soulevées. Cette méthodologie a également permis de clarifier les problèmes au fur et à mesure qu'ils survenaient.

Les groupes et les facilitateurs ont été répartis en fonction de leur expérience en rapport avec les différents scénarios spécifiques, à l'exception des pays qui avaient besoin d'une interprétation simultanée.

Groupe 1 : Grand pays à faibles revenus, taux de mortalité élevé, faible proportion d'accouchements par des accoucheurs qualifiés.

Pays participants : Bangladesh, Inde, Indonésie, Kenya, Malawi, Tanzanie et Zimbabwe

Facilitateurs : Nester Moyo, Anneka Knutsson, Della Sherratt

Groupe 2 : Pays de taille moyenne à faibles revenus, connaissant une urbanisation rapide et une mauvaise répartition des accoucheurs qualifiés.

Pays participants : Bolivie, Mexique, Guatemala, Maroc, Haïti, Niger, Burkina Faso

Facilitateurs : Margareta Larsson, Vincent Fauveau, Corinne Kaeser, Ivelise Segovia

Groupe 3 : Petit pays dont l'infrastructure s'est effondrée ou est pratiquement non-existante

Pays participants : Cambodge, Mozambique, Népal, Pakistan, Yémen, Soudan

Facilitateurs : Karen Odberg Pettersson, Barbara Kwast, Atf Gherissi

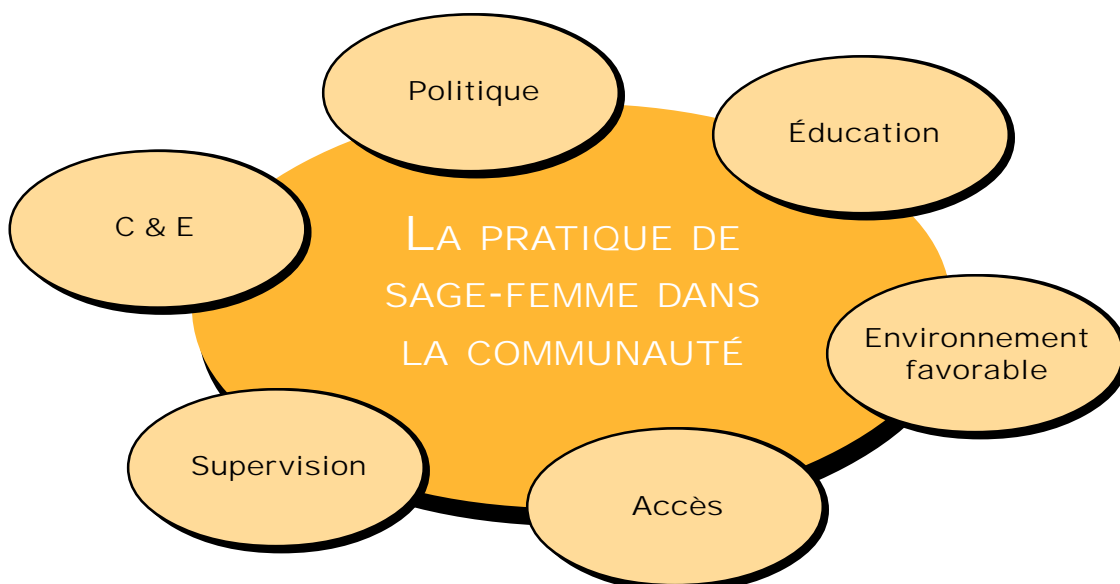
Résumé du travail en groupe

En s'appuyant sur le cadre utilisé pendant les deux premiers jours, chaque groupe devait considérer six rubriques identiques (Figure 1) et répondre aux questions suivantes :

À supposer que le gouvernement ait exprimé sa volonté de réduire la mortalité maternelle et infantile et plus particulièrement parmi ceux qui vivent dans la pauvreté.

- a) Quels facteurs devraient être envisagés par le gouvernement afin de renforcer les services relevant de la pratique de sage-femme dans la communauté pour augmenter le nombre de femmes et nouveau-nés qui ont accès à un accoucheur qualifié capable de fournir des soins de pratique de sage-femme de qualité et de faire les transferts appropriés en cas de problèmes obstétricaux et néonataux et de complications ?
- b) Quels éléments doivent être pris en compte pour améliorer la qualité de la formation des sages-femmes dans le pays ?
- c) Comment peut-on renforcer la supervision du personnel ayant des compétences dans la pratique de sage-femme dans la communauté ?
- d) Quel cadre et indices de contrôle et d'évaluation pourrait-on proposer ?

FIGURE 1. CADRE DU TRAVAIL DE GROUPE SUR LES ÉTUDES DE CAS



DERNIÈRE SESSION – 5ÈME JOUR

Kathy Herschderfer, Secrétaire générale de l'ICM, préside la dernière session. Kathy ouvre la session en félicitant tous les participants pour leurs efforts et en particulier pour avoir travaillé tard le soir. Della Sherratt du Secrétariat fait une brève synthèse des points communs et des différences présentés par les trois groupes et explique comment le document d'orientation qui sera rédigé suite au travail des groupes, sera préparé.

Le Dr Arletty Pinel, du UNFPA fait un bref commentaire sur le travail des groupes.

RÉSUMÉ DES POINTS COMMUNS IDENTIFIÉS DANS LE TRAVAIL DES GROUPES :

Lors de la synthèse des présentations des groupes, quatre grandes catégories de points communs ont été identifiées. Elles devront être examinées par tous les pays qui souhaitent renforcer la pratique de sage-femme dans la communauté. Il y avait peu de recommandations spécifiques.

La première catégorie de points communs concerne le fait que l'accès à des soins de pratique de sage-femme « compétents » est un droit fondamental de la personne.

- Tous les groupes ont souligné la nécessité et l'importance de reconnaître que toutes les femmes et leurs nouveau-nés doivent avoir accès à une sage-femme ou à des professionnels compétents dans la pratique de sage-femme pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum. Tous les groupes ont également insisté sur le fait qu'il s'agissait là d'un droit fondamental de la personne et que l'accès à des prestataires de soins de pratique de sage-femme compétents et sûrs d'eux ayant à leur disposition des SOU de qualité, devrait être spécifié explicitement dans les programmes de santé des pays, même s'il s'agit d'un objectif à long terme.
- Tous les groupes ont également souligné que le terme soins de pratique de sages-femmes est trop faible. Il faut insister sur le fait que les sages-femmes doivent se conformer à un ensemble de compétences fondamentales convenues sur le plan international – elles comprennent l'autorisation de procéder à certaines interventions qui sauvent des vies. De l'avis général, les compétences fondamentales utilisées pour l'évaluation et la comparaison sont celles définies par l'ICM dans Les compétences de base fondamentales pour la pratique de sage-femme, celles-ci étant fondées sur des données probantes (voir l'encadré).
- Enfin, tous les groupes étaient d'accord sur le fait qu'il est très important d'insister sur le fait que la sage-femme qui travaille à proximité des femmes devrait avoir toutes les compétences fondamentales et devrait être une praticienne chevronnée et non pas une sage-femme subalterne ou débutante, surtout si les services d'assistance de SONU ne se trouvent pas à proximité.

LES COMPÉTENCES FONDAMENTALES DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME
TELLES QUE DÉFINIES PAR LES COMPÉTENCES FONDAMENTALES POUR DES
SOINS DE PRATIQUE DE SAGE-FEMME DE BASE DE L'ICM

Les 6 domaines suivants ont été identifiés comme les compétences fondamentales suite à des études Delphi rigoureuses et à leur validation dans 21 pays : 1) Générales, 2) Prénatales, 3) Travail et accouchement, 4) Postnatales, 5) Soins du nouveau-né et 6) Communauté. Étant donné qu'elles se fondent sur des données scientifiques probantes elles devraient être utilisées par les programmes nationaux pour renforcer la pratique de sage-femme. Ces compétences fondamentales ont été utilisées par l'OMS pour identifier les compétences requises pour tous les accoucheurs qualifiés (voir la déclaration ci-jointe de l'OMS, l'ICM et FIGO (OMS 2004) et ont été adoptées dans la plupart des régions de l'OMS.

La deuxième catégorie de points communs concerne le besoin d'une politique forte et d'un meilleur développement des capacités pour une éducation et une formation plus novatrices

- Il faut un cadre législatif et légal pour la fourniture des services et des soins de pratique de sage-femme. Ce cadre doit s'intégrer aux politiques et programmes nationaux portant sur la santé de la mère et du nouveau-né (pour ce faire, il faudra que des sages-femmes occupent des postes à responsabilité, ce qui constitue des opportunités de progression de carrière)
- Il faut des normes et réglementations de la pratique de sage-femme au niveau national qui soient conformes avec les normes et réglementations au niveau international
- Il faut un programme d'études fondé sur des données probantes (aussi bien pendant la formation préalable que pendant la formation continue)
- Toutes les sages-femmes enseignantes doivent être des sages-femmes compétentes qui ont en plus des aptitudes pédagogiques
- Il faut développer les capacités des institutions de formation, notamment des systèmes d'assurance de qualité efficaces pour les institutions et programmes d'éducation et de formation (systèmes d'accréditations)
- Il faut agir en parallèle sur des stratégies de RH à court et à long terme

La troisième catégorie de points communs concerne le facteur qui déterminera un « environnement favorable »

- La supervision de la pratique de sage-femme doit offrir un soutien plutôt que d'adopter une attitude punitive et inclure un soutien par des pairs par des sages-femmes compétentes.
- Il faut un environnement favorable et de soutien pour les sages-femmes qui travaillent dans la communauté

- Chaque sage-femme qui travaille dans la communauté doit faire partie d'une équipe et rattachée (reliée) à un centre de qualité qui offre des soins de maternité couvrant les SONU.
- La sage-femme doit aider les familles pour s'assurer que tous les accouchements ont lieu dans un environnement de soins obstétricaux qualifiés.

La quatrième catégorie des points communs concerne un appel à la collaboration, au consensus et à des preuves plus probantes de ce qui marche

- La collaboration & la participation de toutes les parties prenantes sont essentielles y compris les partenariats public-privé
- Des données fondées sur l'expérience sont requises et doivent être obtenues de la façon suivante :
 - évaluation de départ des ressources et besoins de pratique de sage-femme dans la communauté
 - système de contrôle permanent utilisant des indices appropriés et pertinents
 - évaluation périodique notamment des résultats en matière de santé en utilisant à la fois des méthodes quantitatives et qualitatives
- Programmes et politiques axés sur les données
- La sage-femme dans la communauté doit être un élément essentiel du système de contrôle.

Recommandations spécifiques :

- La coopération sud-sud est précieuse surtout lorsque des mesures sont prises pour résoudre les problèmes posés par des systèmes faibles/défaillants. En effet, les pays qui ont récemment partagé les mêmes problèmes sont les mieux placés pour offrir une solution pratique et réaliste (groupe 3)
- Les sages-femmes devraient participer à la recherche opérationnelle (groupe 1 et 2) lorsque le système ne fonctionne pas
- Lorsqu'il y a une tendance à la décentralisation, les centres régionaux sont la seule solution pour les grands pays. Le changement ne peut être piloté à partir du centre (groupe 1)
- Dans certains pays, il est nécessaire de faire davantage connaître l'importance de la pratique de sage-femme et de la rendre plus visible (groupe 2)
- Évaluation régulière de l'emploi des sages-femmes pour réaliser un suivi des migrations (groupe 2)
 - L'enseignement et la pratiques privés doivent être réglementés (groupe 2)
 - Une assurance sociale est nécessaire (groupe 2).

À propos du travail de groupe, le Dr Arletty Pinel, (UNFPA) regrette, en raison d'autres engagements, de ne pas avoir pu assister à toutes les sessions. Elle conclut en vue des excellentes présentations que le débat a été très riche. Elle assure de plus aux participants que le Forum a abouti à des conclusions utiles qui serviront au UNFPA et à d'autres partenaires.

Elle ajoute que toutes les présentations avaient clairement démontré la nécessité d'une définition claire du prestataire de soins de pratique de sage-femme travaillant dans la communauté et qu'une telle clarification aiderait à identifier des priorités d'action. Le Dr Pinel souligne alors l'importance des compétences clés des sages-femmes et ajoute que celles-ci exposent clairement les aptitudes et les connaissances exigées d'une sage-femme afin de pouvoir exercer dans la communauté, cela quel que soit le pays. Elles peuvent donc être utilisées comme une référence universelle.

D'après le Dr. Pinel, le UNFPA a reconnu que le prestataire de soins au niveau de la communauté devait être une sage-femme professionnelle. Cependant, afin d'attirer des candidats d'un excellent calibre aux études de sages-femmes, ajoute-elle, la pratique de sage-femme doit être professionnalisée et valorisée, ce qui est déjà le cas dans de nombreux pays.

Le Dr Pinel poursuit en affirmant que toutes les familles du monde entier veulent ce qu'il y a de mieux pour leurs femmes et leurs nouveau-nés, c'est-à-dire une sage-femme qualifiée. De plus, elles souhaitent que ces sages-femmes exercent aussi près que possible du lieu où résident les familles. Cependant, la sage-femme doit être expérimentée et être considérée par la communauté comme un maillon essentiel de l'équipe de maternité et doit donc pouvoir transférer les femmes à un centre capable de prodiguer des soins complets (SONU) lorsque cela est nécessaire. Par conséquent, il est essentiel de ne pas accepter de compromis au niveau de la formation des sages-femmes car il a été largement démontré qu'une formation préalable de courte durée ne permettait pas aux sages-femmes d'adopter un point de vue critique sur leur travail, de prendre des décisions rapides et cruciales et de les mettre convenablement à exécution. Ce point de vue, déclare le Dr Pinel, aura d'importantes répercussions pour les pays. En effet, il exige non seulement la révision des programmes de formation (à la fois préalables à l'entrée en service et en cours d'emploi), mais il exige également une évolution totale au niveau des attitudes, en particulier pour affecter des sages-femmes plus expérimentées et plus qualifiées dans la communauté et non pas, comme c'est le cas à présent, du personnel débutant ou du personnel dont les aptitudes sont limitées sans un soutien et une supervision adéquats. Ces évolutions prendront du temps, déclare-t-elle et nécessiteront des mesures novatrices et progressives mais le plaidoyer en faveur de telles mesures doit lui, commencer immédiatement.

APPEL À L'ACTION

La session se termine par un Appel à l'action qui a été rédigé à la demande des participants suite à une proposition du Pakistan, du Yémen et d'Haïti qui a été lu par l'un des participants. L'appel à l'action a été rédigé par un groupe de volontaires sous la direction du Secrétariat et a été modifié suite aux commentaires de l'auditoire. L'appel, qui s'adresse à tous les gouvernements, les organismes de réglementation, les organisations de soins de santé professionnelles, les éducateurs et les communautés du monde entier, se prononce en faveur d'une action intensifiée pour garantir la fourniture

de services de pratique de sage-femme dans la communauté en créant ou en améliorant les domaines clés suivants :

- Des politiques garantissant un accès équitable aux services associés à la pratique de sage-femme
- Des politiques et des systèmes réglementaires pour améliorer le nombre, l'affectation, le statut et les conditions de travail des sages-femmes et d'autres personnes ayant des compétences dans la pratique de sage-femme
- Un enseignement et une formation pratiques portant sur les compétences dans la pratique de sage-femme
- Une supervision par des pairs et un soutien par des prestataires de soins sur le terrain
- Un environnement favorable pour étayer la fourniture efficace de soins médicaux notamment infrastructures, systèmes de communication, transport d'urgence, financement adéquat, équipements et fournitures
- Contrôle permanent et évaluation périodique

Les participants pensaient, après avoir observé les mesures prises dans d'autres pays et avoir pris en compte les nombreuses présentations que « ces actions renforceront la pratique de sage-femme en tant qu'élément intégral des soins de santé prodigués dans la communauté. De plus, elles amélioreront l'éventail complet des soins nécessaires pour protéger la santé des femmes et des bébés et sauver des vies en augmentant l'accès aux soins d'obstétrique et néonataux d'urgence (SONU). »

Enfin, les participants soutenaient avec véhémence que « les détenteurs d'enjeux ont une obligation collective de garantir aux mères et à leurs nouveau-nés leurs droits fondamentaux à une grossesse et à un accouchement sans risque et à un rétablissement post-partum sûr, quel que soit le lieu où ils vivent. » Voir Annexe 4 pour obtenir le texte intégral de l'Appel à l'action.

M. Fathi Ben Messaoud, Secrétaire général, fait un discours de clôture pour marquer la fin du forum au nom du Conseil national pour la famille et la population. Il souligne en particulier le fait que les résultats du forum devront favoriser une meilleure santé pour les femmes du monde pendant la grossesse et l'accouchement ainsi que pour les mères et leurs bébés après la naissance et rend hommage aux contributions des sages-femmes qui peuvent faire changer les choses et le font. Le Dr. Leïla Joudane représentante adjointe du UNFPA en Tunisie était également présente.

Direction pour l'avenir

Le cadre suivant sera utilisé pour développer le document d'orientation qui sera tiré de ce Forum

Après une brève séance préliminaire destinée à présenter les problèmes et les questions qui se posent, les orientations seront structurées autour des principales recommandations qui ont émané du travail en groupe :

- Plaidoyer en faveur de politiques de soutien et du cadre juridique nécessaire à des soins de pratique de sage-femme de qualité
- Adoption d'une approche équitable : garantir l'accès pour tous
- Éducation et formation basées sur les compétences
- Fourniture d'une supervision de soutien
- Fourniture d'un environnement favorable
- Contrôle et évaluation
- Administration et financement

Actions de suivi :

1. Vaste diffusion du rapport final et du document d'orientation à produire.
2. L'OMS utilisera les résultats du Forum pour organiser une réunion technique en 2007 afin de passer en revue les éléments de preuve et d'élaborer des recommandations spécifiques
3. Le UNFPA et l'ICM, en collaboration avec d'autres partenaires, organiseront des ateliers régionaux pour mettre en œuvre les orientations qui auront été finalisées
4. En réponse à la demande des participants, un plan sera préparé pour intensifier le plaidoyer et la diffusion de l'Appel à l'action. Le plan de plaidoyer se concentrera sur le besoin d'une action urgente et concertée dans les pays où le RMM est élevé, et leur demandera d'inclure au nombre de leurs priorités urgentes, la nécessité d'investir davantage dans la pratique de sage-femme dans la communauté.

Messages Clés

Avant pris en compte toutes les présentations et les enseignements tirés des pays qui œuvrent à renforcer la fourniture des services de pratique de sage-femme dans la communauté ou aux environs, les participants du 1er forum international de la pratique de sage-femme dans la communauté ont conclu que :

- Toutes les femmes enceintes ont le droit d'avoir accès à des soins obstétricaux qualifiés avant, pendant et après l'accouchement. Ses soins doivent être prodigués aussi près que possible du lieu où vivent les femmes.
- Les pays dont le RMM est élevé doivent chercher à renforcer le personnel qualifié avec des prestataires qui maîtrisent la gamme complète des compétences clés de la pratique de sage-femme (telle que définie par les Compétences essentielles des soins de pratique de sage-femme de l'ICM) ; les aptitudes à elles seules, ne suffisent pas. Les efforts mis en œuvre doivent s'appuyer sur des données obtenues d'activités régulières de contrôle et d'évaluation.
- Les accoucheurs qui ne maîtrisent pas la totalité de l'éventail des compétences de la pratique de sage-femme doivent être supervisés et formés par une sage-femme compétente.
- La pratique de sage-femme diffère des soins infirmières d'obstétrique et/ou des soins infirmiers de maternité et les connaissances uniques et distinctes qui la composent doivent être respectées.
- Toutes les sages-femmes, y compris celles qui exercent dans la communauté, doivent travailler dans un environnement favorable notamment dans un cadre légal et politique qui les soutienne. Elles doivent également bénéficier du soutien d'une infrastructure SONU qui fonctionne parfaitement, d'un hébergement adéquat, de services d'enseignement pour les enfants et ne pas craindre pour leur sécurité personnelle ; elles doivent de plus faire partie d'une équipe qui fournit des soins de maternité globale
- Les enseignants et ceux qui surveillent la pratique de sage-femme doivent avoir des compétences et une expérience dans la pratique de sage-femme ainsi que dans les technologies pédagogiques et de formation.
- Les hommes devraient être activement encouragés à participer davantage à des solutions appropriées sur le plan culturel afin de garantir l'accès à des soins qualifiés prodigués par du personnel compétent dans la pratique de sage-femme dans la communauté.

Annex 1: Final Agenda

DAY 1–MONDAY 11TH DECEMBER

- 8:30 Opening Ceremony & Dedication
- 8:50 Welcome & Introductions Arletty Pinel, UNFPA
- 8:55 Objectives of the workshop. Kathy Herschderfer, ICM
- 9:00 Official opening & Chair MOH Tunisia
- 9:30 Supporting Midwifery. Ms. Gunilla Essner SIDA
- 9:50 “Skilled Care’ needs a skilled attendant”
Jelka Zupan & Margareta Larrson WHO/MPS
- Break 10:15–10:35**
- 10:40 Session 1: *Background*. Chair Arletty Pinel, UNFPA
- 10:45 Skilled care at birth the Global Agenda
Ann Starrs, FCI Co-chair PMNCH
- 11:05 Just what is a community midwife Bridget Lynch, ICM
- 11:25 Overview Background paper Della Sherratt
- 11:35 Plenary Discussion
- Lunch 12:30–2:00**
- 2:00 Film
- 2:25 Session 2: *Getting on the Political Radar*.
Chair - Bridget Lynch, ICM
- 2:30 India
- 2:40 Cambodia
- 2:50 Haiti
- 3pm Malawi
- 3:10 Plenary Discussion
- 3:30 Session 3: *Ensuring the poor and hard to reach have midwifery care*.
Chair - Margareta Larrsson, WHO
- 3:35 Mexico; reaching indigenous populations (CASA)
- 3:45 Nepal; Developing a National SBA Policy
- 3:55 South Sudan: re-establishing midwifery workforce
- 4:05 Mozambique; skilled care as part of national health policy
- 4:15 Plenary
- 5:00 Close of day remarks
- 6:30 Reception by UNFPA

DAY 2–TUESDAY 12TH DECEMBER

- 8:30 Announcements
- 8:35 Session 4: *Education matters: training approaches, curricula and training of teachers* Chair - Indonesia
- 8:40 Zimbabwe
- 8:50 Pakistan
- 9:00 North Sudan
- 9:10 Plenary Discussion
- Break 10:00–10:20**

- 10:25 **Session 5: *Supervision -models for supervising the community midwifery workforce*** Chair - Zimbabwe
- 10:30 Bangladesh
- 10:40 Yemen
- 10:50 Burkina Faso
- 11: 00 Plenary Discussion
- Lunch 12:30 –2:00**
- 3:15 **Session 7: M&E** Chair - Cambodia
- 3:20 Indonesia, IMMPACT evaluation
- 3:30 Morocco - maternal mortality audits/ reviews
- 3:40 FCI, lessons learned
- 4:00 Plenary Discussion
- 4:45 Close of session
- 6:30 **Market Place**

DAY 3–WEDNESDAY 13TH DECEMBER

- 8:30 **Announcements** Chair - Bangladesh
Framework for assessing capacity and prioritising action
- 8:45 Introduction to group work. Divide Della Sherratt into three sub –groups according to scenario context
- 12:00 **Session 9: Measuring what?** Chair - Nepal
Pointers for developing a M&E strategy Julia Hussein, IMMPACT
- Short time for Q& A
- Lunch 1:00 –2:00**
- 2:00 Group work continues
- 4:00 Short report from groups (10 minutes each group)
- 4:30 Plenary discussion
- 5:00 Close of day remarks and announcements

DAY 4–THURSDAY 14TH DECEMBER

- 9:00 Group work continues
- 11:30 Chair: Yemen
- Short 2- 3 minute presentation from groups and Q&A
 - Guidelines for final presentation of groupwork Della Sherratt
- Lunch 12:30 –1:30**
- 1:30 Group work continues/ or visits out
- Evening: Preparation of presentations**

DAY 5–FRIDAY 15TH DECEMBER

- 8:00** Departure Arrangements
8:55 *Group Photo*
9:15 Session 10: Presentation of groupwork
Chair - Ms. Gunilla Essner, SIDA; Each group to make Presentation, followed by plenary and open discussion
9:00 Session 10a: Group 1
9:30 Session 10b: Group 2
10:00 Session 10c: Group 3
Followed by plenary and open discussion
11:00 Session 11: Lessons learned during workshop –
Consensus on guidance for policy and programmatic action
Chair: Kathy Herschderfer, ICM
11:00 Common themes and recommendations from groupwork
Della Sherratt, Secretariat
11:15 Responses to groupwork and discussion –
The way forward - Arletty Pinel, UNFPA
11:50 Presentation of Call to Action Participant from country team
Break 12:10–12:20
12:30 Closing Remarks Ministry of Health Tunisia
1:30 Lunch and Departure

Annexe 2 : Liste des Participants

BANGLADESH

Dr Nazrul Islam,
Director General of Health Services
Ministry of Health and Family Welfare,
Dhaka, Bangladesh
rhesd@eplanetit.net,
Tel:+ 880-2-9860680; Mobile: 01711477121

Prof. Abdul Bayes Bhuiyan,
Obstetrical and Gynecological Society of Bangladesh,
Dhaka, Bangladesh
ogsb@agni.com
Tel:+880-2-8618879; Mobile: 01711531939

Ms. Ira Dibra,
Instructor/President,
Nursing Association,
Dhaka, Bangladesh
dirnur@bangla.net,
Tel: +880 2 9569840; Mobile +880 175881227

Tahera Ahmed,
Assistant Representative,
UNFPA CO BDG,
Dhaka, Bangladesh
tahera@unfpa-bangladesh.org
Tel: +880-2-8111061; 8123265; 8110836

Dr Anneka Knutsson,
Int. Programme Associate /Midwife
UNFPA CO BGD
Dhaka, Bangladesh,
knutsson@unfpa.org OR anneka@unfpa-
bangladesh.org,
Tel: +880-2-8111061; 8123265; 8110836 (Ext. 2836)

Dr Roushon Ara Begum,
NPPP,
UNFPA CO BDG
Dhaka, Bangladesh,
roushon-unfpa@dekko.net.bd,
Tel:+ 880-2-8816285; Mobile: 0189228367

BOLIVIA

Lic. Lourdes Carrasco,
Director, National School of Health MoH,
malucarrasco@hotmail.com,
Tel: 591-2) 2440540, Mobile 291-2) 70133712

Lic. Ana Maria Maldonado,
Nurse and Communicator,
Nurse Association
ofqueridita29@yahoo.com,
Tel: (591-2) 241 6038; Mobile (591-2) 777 37345

Lic Ivelise Segovia, Midwife,
Consultant Family and Community Health,
WHO CO
isegovia@bol.ops-oms.org,
Tel: 591-2-2412465, Mobile: 591-71569536

Ulrika Rehnstrom, Midwife,
UNFPA CO,
rehnstrom@unfpa.org ,
Tel: (591-2) 242-2637; Mobile: (591-2) 70135323

BURKINA FASO

Dr. Zeba Sylvain
Director, National RH programme,
zebasylvain@yahoo.fr,

Mme Karidja Ouédraogo
Midwife Trainer,
National school of training health providers,
benKadoued@yahoo.fr

Mme Maïmouna Foro,
President, Midwife Association
foro12000@yahoo.fr

CAMBODIA

Dr Tung Rathavy,
Deputy Director,
National Maternal and Child Health Centre,
MoH,
Phnom Penh, Cambodia
rathavy@online.com.kh,
Tel:+ 855 23 427 300

Ms. Ou Saroeun
 President, Cambodian Midwives
 Association (CMA)
 Phnom Phen, Cambodia
 ratavy@online.com.kh,
 Tel: +855 23 427 300

Dr Sok Sokun,
 Programme Manager, Reproductive Health,
 UNFPA CO CAM
 Phnom Phen, Cambodia
 sok@unfpa.org
 Tel:+ 855 22 215 529

HAITI

Ms. Ghislaine Francoeur,
 Director , National Midwifery School,
 MoH,
 francoeurgc@yahoo.fr,
 Tel: +509 223-9497; Mobile: (509) 404-2697

Ms. Rhoda Savain,
 NPO, UNFPA CO Haiti
 Savain@unfpa.org
 Tel: +509 511-1424, Mobile: (509) 550 4179

INDIA

Dr Prakasamma
 India Society of Midwives
 Hyderbad
 India
 hyd2_dirans@sancharnet.in ,

*Ms. Patidar Jashu Shankarbhai,
 Gujarat Nursing Council,
 *Unable to Attend

Dr Dinesh Agarwal,
 NPO,
 UNFPA Co IND,
 New Delhi, India
 agarwal@unfpa.org,
 Tel: +91 011 24649247; Mobile: 9868884942

INDONESIA

Dr. Fita Rosemary,
 Mkes,
 West Java Province,
 Health Directorate West Java Province,
 Indonesia
 frose57@yahoo.com
 Tel:+62 22 4215461

Dr. Melania Hidayat Indrayadi,
 RH Programme Officer,
 UNFPA CO,INDO
 Jakarta, Indonesia
 hidayat@unfpa.org,
 Tel: +62213141308 ext 304; Mobile: +62811155036

Krystyna Makowiecka,
 Impact, Senior Lecturer
 LSTM
 United Kingdom
 Krystyna.makowiecka@lshtm.ac.uk,
 Tel: +44 2079272812; Mobile: +44 7879432585

GUATEMALA

Blanca Almeda Aguilar Fajardo,
 Registered Nurse,
 MoH,
 almeurb@gmail.com,
 Tel:+502-24723407; Mobile 502-54026595

Telma Siney,
 Midwife, MoH,
 Tel: +502-66302422; Mobile: 502-54116809

Dr Cizel Zea,
 Physician, MoH,
 cizelixbalanque@yahoo.com,
 Tel: +502-24751125; Mobile 502-52032624

Mario Aguilar Solares,
 Assistant Representative,
 UNFPA CO,
 aguilar@unfpa.org,
 Tel: +502 366 9298

KENYA

Mrs. Margaret Muiva,
Lecturer,
University of Nairobi,
MoH,

Nairobi, Kenya
margndmu@yahoo.co.uk
Tel: Mobile: +254 722 230 680

Ms. Mwangangi Alice,
Programme Officer,
MoH, RH Division
Nairobi, Kenya
mwangangialice@yahoo.com
Tel: Mobile: +254 (0)722379476

MALAWI

Ms. Felicitas Jolly Kanthiti,
Principal Nursing Officer,
MoH,
Lilongwe, Malawi
fkanthiti@yahoo.co.uk,
Tel: +265 01789400

Ms. Irine Matola,
National Secretary,
Association of Malawi Midwives,
Malawi
Tel: 265) 01 874 333; Mobile 265) 09 693 418

Ms. Agnes Mpota,
Nurse/Midwife,
Mulanje Mission College of Nursing,
Malawi
agmpota@yahoo.com,
Tel: 265) 01 467 034; Mobile: 265) 09 317 369

Ms. Anna Chinombo
Project Officer,
UNFPA CO MALAWI
Lilongwe, Malawi,
anna@unfpa.unvh.mw,
Tel: 265) 01 771 444,; Mobile: 265) 08 367 531

MEXICO

Ms. Antonia Cordova Morales ,
Midwife,
Centro para Los Adolescentes de
San Miguel de Allende CASA,
Saint Miguel de Allende, Mexico
parteria@casa.org.mx,
Tel: +52 415 154 60 60 H106

Ms. Martha Fabiola Zarate Ortega,
Midwife,
Centro para Los Adolescentes de
San Miguel de Allende CASA,
Saint Miguel de Allende, Mexico

Ms. Maria Cruz Coronado Saldierna,
Midwife,
Centro para Los Adolescentes de
San Miguel de Allende CASA,
Saint Miguel de Allende, Mexico

Ms. Fatima del Rosario Gallegos Ramirez,
Student, Midwifery School
San Miguel de Allende, Mexico

Ms. Beatriz Hernandez,
Nursery and Rural Health
Development Office
Chief, MoH

Ms. Nadine Goodman,
Advisor,
Centro para Los Adolescentes de
San Miguel de Allende (CASA)
nadinemexico@aol.com,
Tel: +212-234 7940; Mobile 917 748 2563

MOROCCO

Ms. Aicha Benbaha,
Midwife,/Member Direction et Population,
MoH,
Rabat, Morocco
abenbaha@yahoo.fr,
Tel: + 212 37 29 54 14; Mobile: 068 18 64 16

Ms. Yamina Bouchlarhem,
Midwife teache,
MoH,
Rabat, Morocco
ybouchlarhem@yahoo.fr,
Tel:+212 37 29 14 72, Mobile 065 08 01 69

Ms. Milouda Chebabe,
Midwife, MoH
IFCS
Rabat, Morocco
gazelle_mil@yahoo.fr,
Tel: +212 37 69 19 38, Mobile: 066 01 08 87

Dr Radouane Belouali,
Programme Officer,
UNFPA CO MORR
Rabat, Morocco
Radouane.belouali@undp.org,
Tel: +212 37 66 12 71; Mobile: 061 21 82 92

MOZAMBIQUE

Ms. Clemência Ernesto Djedje,
Midwife,
Hospital Central Maputo,
Mozambique
amrnmoz@zebra.uem.mz,
Tel: Mobile: +1258 82 39 05 870

Ms. Barbro Fritzon,
Midwife, UNFPA CO MOZ
Maputo, Mozambique
barbro@unfpa.uem.mz,
Tel: +258 21 494469; Mobile: +258 823933237

NEPAL

Dr. Naresh Pratap K.C,
Safe Motherhood Coordinator,
Family Health Division,
Katmandu, Nepal
npkc@mos.com.np,
Tel:+ 977 1 4262155; Mobile + 977 9851042824

Dr. Kasturi Malla,
Medical Director,
Maternity Hospital Thapathali,
Katmandu, Nepal
bk_malla@yahoo.com,
Tel:+ 977 1 4260405, Mobile: 9851027419

Ms. Kiran Bajracharya,
Associate Professor,
Faculty of Midwifery,
Nursing Campus,
Katmandu, Nepal
kbajra200@yahoo.com,
Tel: +97 1 4720423: Mobile 9841500906

NIGER

Mme Dige Ousmane Bako
Coordinator Obstetric Care,
E.N.S.P,
Tel: +227 23001; Mobile 96961445

Dr Maifada Rekia,
Obstetrician,
Midwife Association
rekaikama@caramail.com
Tel:+ 21768730

Dr Amadou Haoua,
Obstetrician,
Direction de la santé et de la reproduction
Tel: Mobile: +96884146

PAKISTAN

Imtiaz Kamal,
President Midwives Association,
Midwifery Assoc. Of Pakistan (MAP),
imtiaz.kamal@gmail.com,
Tel: +92 21 5341597-8, Mobile: 0345-2238906

Tanwir Ahmad,
Provincial Coordinator
National Programme,
Health Department Punjab,
pc.punjab@gmail.com,
Tel: +92 42 5865012, Mobile:0333-4315657

SUDAN

Rogaia Abuelgasim,
Assistant Representative,
UNPA CO SUD
Khartoum, The Sudan
rogaia.abuelgasim@undp.org,
Tel: +249 183 575492/3 Ext. 111/112,
Mobile +2 49-183) 575494

Dr. Igbal Abukarig,
ERH Director & MPS focal point
MoH
Khartoum, The Sudan

Dr Abeer Al Agabany,
National Programme Officer,
WHO CO
Khartoum, The Sudan
algabanya@sud.emro.who.int
Tel: +249 776471; 00249 9121 67508

Ms. Elham Abdalla,
Midwife, Lecturer,
Nursing college,
Khartoum University,
Khartoum, The Sudan
elhamahmed61@hotmail.com
Tel: +249 183 575492/3 Ext. 111/112

Ms. Layla Ali M. Fadul,
Midwifery trainer
The Sudan

Ms. Magdalene Armah,
RH Coordinator
UNFPA Southern Sudan Office,
magda.armah@undp.org, Thuraya:
Tel: +249 8821651194568 Mobile: 249912160239,

Ms. Janet Kemisa Michael,
Matron General,
MoH Gov. Southern Sudan,
janetmichael50@yahoo.com,
Tel: Mobile +249911349732

TANZANIA

Hanuni Sagora,
RH and Child Health Programme Manager
Ms. Agnes Mtawa,
Senior Nursing Officer

YEMEN

Dr. Arwa El Rabee,
Deputy Minister, Health and Population
Ministry of Public Health and Population
Sana'a, Yemen
Tel: +967 1561967

Dr .Sameera Taher
RH Director,
Ministry of Public Health and Population
Sana'a, Yeman
Tel:+967 1561967

Dr. Suaad Kassem,
Programme Coordinator ,
National Yemen Midwives Association
Yeman
saleh_suad@yahoo.com
Tel: +9671309919; Mobile: 967733333269

ZIMBABWE

Ms. Margaret Nyandoro Matongo,
RH Coordinator,
MoH and Child Welfare,
Harare, Zimbabwe
panashet@yahoo.com,
Tel: +26 4 722697; Mobile: 263-4-91325918

Ms. Grace Danda,
Deputy Chair,
Midwifery Association,
Harare, Zimbabwe
gracedanda@yahoo.com.zw
Tel: + 263 9 308050; Mobile 263-11747340

Ms. Gift Malunga,
Assistant Representative,
UNFPA CO ZIM,
Harare, Zimbabwe
malunga@unfpa.org,
Tel: +263 4 792681/6; Mobile 263-4-91224668

UNFPA

Dr. Arletty Pinel
Chief RHB,
TSD,
New York
United States of America
pinel@unfpa.org,
Tel: +1 216 297 5204

Dr. Vincent Fauveau,
Senior Maternal Health Advisor,
TSD, RHB,
fauveau@unfpa.org,
Tel: +41 22 917 85 74,
Mobile: +41 79 377 36 64

Dr. Luc de Bernis,
Senior Maternal Health Advisor,
Africa Division
debernis@unfpa.org,
Tel: +251 11 544 40 73,
Mobile: +33 679 78 60 95

Dr. Vinit Sharma,
Regional Adviser ARH/RH,
CST Jordanie
vinit@cstamman.org.jo,
Tel: +962-6-5517040;
Mobile: + 962-77-7356175

Ms. Brigitte Thiombiano,
President, FASFACO,
C/o ICM Headquarters
The Netherlands
briggittethiombiano@yahoo.fr,
Tel: +226 50 30 72 59;
Mobile: +226 78 83 32 04

Ms. Henrietta Sameer Aswad,
Regional Information Advisor,
UNFPA / IERD,
aswad@unfpa.org,
Tel: +962 6 5549011/12 Ext. 200,
Mobile: +962 7 77654544

ICM

Bridget Lynch,
C/o ICM Headquarters
The Netherlands

Ms. Deputy Director, ICM,
bridget@idirect.com,
Tel: + 1 416.654.2672

Ms. Franka Cadée,
Treasurer ICM,
C/o ICM Headquarters
The Netherlands
F.cadee@planet.nl,
Tel: +31 317414225;
Mobile: 31 61 2406315

Ms. Kathy Herschderfer,
Secretary General,
ICM Headquarters
The Hague, The Netherlands
K.Herschderfer@internationalmidwives.org.
Tel: +31 70 30 60 520; Mobile: 06-22446649

Ms. Nester Moyo,
Programme Manager
ICM Headquarters
The Hague, The Netherlands,
N.Moyo@InternationalMidwives.org,
Tel: +31 70 3060520; Mobile: +31 612998040

Ms. Judith Chamisa,
ICM Regional Representative Africa/
Lecturer, midwife,
National University of Science and Technology,
judychamisa@yahoo.co.uk,
Tel: +263 9 282842 ext 2570;
Mobile: +263 23 406 640

Ms. Alicia Beatriz Cillo,
Americas Regional Representative,
C/o ICM Headquarters
The Hague, The Netherlands
aliciacillo@speedy.com.ar
Tel: + 54-221-4245434;
Mobile, +54-221-9-5526923

Ms. Della R Sherratt,
Midwifery Consultant/Senior International
Midwifery Advisor & Trainer,
C/o ICM Headquarters
The Hague, The Netherlands
dellarsherratt@yahoo.co.uk,
Tel: +44 1453 84 24 79

Dr. Atf Gherissi,
Midwifery Consultant,
Tunisia
atfgherissi@yahoo.fr.
Tel:+ 216 97 997 224

Dr. Karen Odberg Pettersson,
Midwifery Consultant/Senior Lecturer
Lund University
Stockholm, Sweden
Karen.Odberg_Pettersson@med.lu.se,
Tel: +46 40 291347; Mobile: +46 703 505512

WHO Making Pregnancy Safer (MPS)

Dr. Jelka Zupan,
Coordinator
Department of Making Pregnancy Safer
World Health Organization
Geneva, Switzerland
zupanj@who.int.
Tel: +41 22 7914221

Dr. Margareta Larsson,
Technical Officer/Midwife,
Department of Making Pregnancy Safer
World Health Organization
Geneva, Switzerland
larssonm@who.int.
Tel:+41 22 791 4528; Mobile: +41 789182322

Family Care International (FCI)

Ms. Ann Starrs,
Executive Vice President
588 Broadway, Suite 503
New York, NY 10012
United States of America
astarrs@familycareintl.org.
Tel: +1 212 941-5300; Mobile: +1 (646) 373-7136

IMPACT

Dr. Julia Hussein,
University of Aberdeen
Scotland, United Kingdom
j.hussein@abdb.ac.zj,
Tel: 01224 554474

Ms. Pascale Baraté,
Development Manager,
University of Aberdeen,
Scotland, United Kingdom
pbarate@pact-int.com or pbarate@itg.be,
Tel: +44 1224 551 897; Mobile: +32 476 340 336

SIDA/Sweden

Ms. Gunilla Essner,
Senior Programme Officer,
SIDA (Swedish International Development
Cooperation Agency),
Stockholm, Sweden
gunilla.essner@sida.se,
Tel: +46 8 6985244; Mobile: +46 70 7396458

Ms. Yasmin Zaveri-Roy,
Programme Manager,
Embassy of Sweden, SIDA
New Delhi, India
yasmin.zaveri-roy@foreign.ministry.se,
Tel: +91 11 24197100 / +91 11 24197125 (direct);
Mobile: +91 9899575714

Dr. Kyllike Christensson,
Professor, Karolinska Institutet,
Stockholm, Sweden
Kyllike.Christensson@ki.se

Ms. Anna Nordfjell,
President, Swedish Association of Midwives,
Stockholm, Sweden
anna.nordfjell@barnmorskeforbundet.se,
Tel: + 46 8 10 70 88; Mobile: + 46 70 752 28 34
African Development Bank

Dr. Moussa Coulibaly,
Health Analyst, AfDB,
m.coulibaly@afdb.org
Tel: +216 71 10 32 38;
Mobile: +216 22 67 54 09
Averting Maternal Death and Disability (AMDD)

Dr. Helen de Pinho,
Columbia University New York
United States of America,
hd2122@columbia.edu,
Tel: 1 212 222 2550; Mobile +1 917 660 98 14

Dr. Barbara Kwast
Senior Adviser AMDD and International
Consultant Maternal Health and Safe Motherhood
The Netherlands
b.e.kwast@wxs.nl
Tel: +31 33 4953527

RPMM Network

Ms. Angela Kamara-Sawyer,
Director RPMM Network,
Rpmm4ak@africaonline.com.gh,
Tel: +233 21 763284; Mobile: +233 244 31 4116
Administration and Media

Ms. Corinne Kaeser,
C/O UNFPA Office Geneva
Switzerland
Tel: +41 22 917 85 66, Mobile: +41 76 540 34 54

Ms. Hasna Zbiss,
Events Officer
C/O UNFPA Tunisia,
hasna.zbiss@yahoo.fr,
Tel: +216 715 64 942, Mobile +216 98 341 697

Ms. Brigid McConville,
Independent journalist and film maker
White Ribbon Alliance UK
broomfield.hall@virgin.net,
Tel: +44 1278 671316, Mobile: 07746 592622

Ms. Emilie Flower,
Film maker
Insight Participatory Video
33 Frances Street
York YO10 4DW , UK
Mobile 07867 626145
+44 1904 621087

Annexe 3: Etudes de Cas

SCÉNARIO UN ; Pays à faibles revenus, taux de mortalité élevé et faible proportion d'accouchements par des accoucheuses qualifiées

Un vaste pays sans accès à la mer dont la population est estimée à 100 000 000 habitants et dont la croissance démographique annuelle est légèrement supérieure à 2 %. Malgré une amélioration constante de la situation socio-économique au cours de la dernière décennie, le pays doit encore faire face à des taux de mortalité infantile élevés (75 pour 100 000 naissances vivantes) et à un ratio de mortalité maternelle (RMM) de 350 pour 100 000 naissances vivantes ; on estime le nombre des accouchements par une accoucheuse qualifiée à 28,1 %. D'après le dernier recensement de la population, 36 % seulement des habitants vivent en zone urbaine. Le reste est éparpillé dans de petits villages dont beaucoup se trouvent dans des régions montagneuses difficiles d'accès, parfois même entièrement coupés du monde à certains moments de l'année. On estime que la mortalité en zone rurale est 4 fois plus élevée qu'en zone urbaine. Actuellement, 50 % de la population a moins de 15 ans. D'après la dernière enquête démographique et sanitaire de 2001, 60 % de la population n'a pas accès à des soins de santé de base malgré les efforts du gouvernement qui cherche à implanter des postes de santé à moins de 2 heures de la majorité des habitants. Bien que les femmes fassent très rarement appel à des accoucheuses qualifiées au moment d'accoucher, on estime que plus de 80 % des femmes reçoivent au moins une visite prénatale et que plus de 78 % de toutes les femmes enceintes sont vaccinées contre le toxoïde tétanique. D'après une récente enquête de contrôle, 60 % des femmes en âge de procréer souffrent d'une carence en fer chronique.

Le faible statut des femmes, la pauvreté, la géographie du pays et les systèmes de croyances traditionnels empêchent actuellement de nombreuses femmes d'avoir accès à des services de santé maternelle. De plus, l'inégalité entre les sexes a un impact sur le nombre de filles inscrites à l'école. Cela a des conséquences sur le nombre de femmes qui suit des programmes d'enseignement professionnel. Actuellement, il n'existe pas de sages-femmes professionnelles dans le pays. Les services associés à la pratique sage-femme en milieu communautaire sont fournis par un vaste éventail de travailleurs communautaires et de bénévoles. Les infirmières qui ont des compétences de sage-femme et les médecins qui ont suivi une formation dans la pratique sage-femme et une spécialisation en obstétrique ne sont présents que dans les hôpitaux de district. Une étude récente concernant les ressources humaines pour la santé de la mère et du nouveau-né a indiqué qu'il y avait beaucoup plus de médecins que d'infirmières (le ratio médecin/nombre d'habitants est supérieur aux recommandations de l'OMS) ; aucun des travailleurs de la santé communautaires ne disposait des compétences nécessaires pour exercer en tant qu'accoucheur qualifié. La plupart ne suit qu'une formation très courte avant d'exercer (de 4 à 9 mois) et celle-ci porte essentiellement sur des informations de santé et d'immunisation ; la plupart des médecins et des infirmières n'ont pas de compétences dans la pratique sage-femme et les compétences qui permettent de sauver des vies, même parmi ceux qui travaillent dans des hôpitaux de district.

Le cadre législatif et réglementaire pour les accoucheurs qualifiés est mal défini bien qu'il existe un organisme réglementaire responsable d'établir des normes pour l'enseignement théorique et pratique des infirmières et des sages-femmes.

QUESTION

Le gouvernement a exprimé sa volonté de réduire la mortalité maternelle et infantile et plus particulièrement parmi ceux qui vivent dans la pauvreté.

- a) Quels facteurs devraient être envisagés par le gouvernement afin de renforcer les services relevant de la pratique sage-femme dans la communauté pour augmenter le nombre de femmes et nouveau-nés qui ont accès à une accoucheuse qualifiée capable de fournir des soins de pratique sage-femme de qualité et de faire les transferts appropriés en cas de problèmes obstétricaux et prénataux et de complications ?
- b) Quels éléments doivent être pris en compte pour améliorer la qualité de la formation des sages-femmes dans le pays ?
- c) Comment peut-on renforcer la supervision du personnel ayant des compétences dans la pratique sage-femme dans la communauté ?

SCÉNARIO DEUX : Pays de taille moyenne à faibles revenus, connaissant une urbanisation rapide et une mauvaise répartition des accoucheuses qualifiées.

La population totale est de 23,7 millions d'habitants dont 60 % habitent dans des zones urbaines. Le pays est géographiquement divisé en 9 provinces et 3 municipalités ayant chacune une autorité unique dont une est la capitale. Chaque province est à nouveau sous-divisée en unités administratives plus petites. Le pays dispose d'une vaste structure de fourniture de services de soins médicaux à la population. Cependant, nombreuses sont les zones rurales qui n'ont pas de prestataires de soins de santé qualifiés ; par conséquent, les services de santé dans ces zones ne fonctionnent pas ou s'ils fonctionnent, ils manquent d'efficacité. Le gouvernement a pris des mesures pour améliorer systématiquement la santé des femmes et des enfants sur un certain nombre d'années. Cependant, plusieurs désastres naturels au cours des dernières années ont gravement entravé ces efforts. La législation destinée à protéger les droits des femmes afin qu'elles aient accès à l'éducation, puissent être propriétaires de leurs propres biens et recevoir des soins de santé primaires est en place. Les enquêtes menées montrent que bien qu'un nombre croissant de filles terminent leurs études secondaires (scolarité de plus de 10 ans) dans les zones urbaines, il n'en est pas de même dans les zones rurales. En théorie les plus pauvres ont droit à la gratuité des services médicaux à la mère et à l'enfant. Cependant, de récentes tentatives d'introduire un partage des coûts dans le cadre des réformes sectorielles généralisées semblent avoir un impact négatif sur la demande et l'utilisation de ces services. D'après les indicateurs de santé, le pays a observé une légère amélioration dans les taux de mortalité infantile, le pourcentage d'enfants immunisés et l'adoption de méthodes contraceptives modernes. Cependant, le ratio de mortalité maternelle reste à 250 pour 100 000 naissances vivantes. Le nombre d'accouchements par un accoucheur qualifié est estimé à 68 % ; il va de 81 % dans les zones urbaines à un peu plus de 40 % en zone rurale.

D'après plusieurs rapports nationaux, tandis que 98 % des femmes des zones urbaines reçoivent au moins 3 visites prénatales, 78 % seulement des femmes en zone rurale reçoivent des soins prénataux. L'une des grandes préoccupations dans ce pays est le taux de prévalence en hausse des taux d'infection par le VIH parmi les femmes enceintes.

Les services de santé maternelle et des nouveau-nés sont fournis par des médecins et infirmières ayant des compétences dans la pratique sage-femme et qui sont relativement bien formés, bien qu'une étude récente ait montré que leur formation est insuffisante dans un grand nombre de domaines où les soins d'obstétrique ont fait des progrès récents, surtout en ce qui concerne les soins obstétricaux essentiels d'urgence. La plupart des médecins, infirmières et sages-femmes sont situés dans les municipalités et les grandes villes de province. Beaucoup travaillent dans un cabinet privé. Une étude des ressources humaines pour la santé démontre que sur la totalité, il y aurait 1 personne qualifiée pour 150 accouchements si tout le personnel prodiguait des soins de maternité, ce qui est loin d'être le cas. La pratique sage-femme en milieu communautaire, lorsqu'elle existe, repose sur des infirmières/sages-femmes auxiliaires qui ont suivi une formation polyvalente de 18 mois. Ce personnel est peu supervisé et une évaluation récente de ses compétences a démontré qu'il ne possède pas les compétences fondamentales requises correspondant à la définition internationale des accoucheuses qualifiées. Le Conseil médical supervise la formation et la réglementation de tous les prestataires de soins médicaux dans le pays. Les infirmières/sages-femmes auxiliaires et les infirmières qui ont des compétences de pratique sage-femme n'ont pas l'autorité d'exercer un grand nombre des compétences de la pratique sage-femme qui sauvent les vies et qui sont exigées pour une maternité sans risque.

QUESTION

Le gouvernement a exprimé sa volonté de réduire la mortalité maternelle et infantile et plus particulièrement parmi ceux qui vivent dans la pauvreté.

- d) Quels facteurs devraient être envisagés par le gouvernement afin de renforcer les services relevant de la pratique sage-femme dans la communauté pour augmenter le nombre de femmes et nouveau-nés qui ont accès à une accoucheuse qualifiée capable de fournir des soins de pratique sage-femme de qualité et de faire les transferts appropriés en cas de problèmes obstétricaux et prénataux et de complications ?
- e) Quels éléments doivent être pris en compte pour améliorer la qualité de la formation des sages-femmes dans le pays ?
- f) Comment peut-on renforcer la supervision du personnel ayant des compétences dans la pratique sage-femme dans la communauté ?

SCÉNARIO TROIS; Petit pays dont l'infrastructure s'est effondrée ou est non-existante.

Le pays sort de nombreuses années de conflits internes et la stabilité politique vient juste d'être rétablie. Bien que la plupart des ménages cultivent leurs propres légumes et élèvent leurs propres animaux, principalement des volailles, les taux de malnutrition infantile sont élevés. L'anémie est endémique chez les femmes. Le dernier recensement de la population en 2001 estimait la population totale à 13,8 millions de personnes dont 68 % vivent dans les zones rurales. L'enquête sur la santé reproductive de 2002 a identifié une croissance annuelle de la population de 2 %. La mortalité infantile s'élève à 56 pour 100 000 naissances vivantes mais il est possible qu'elle soit fortement sous-estimée. Les estimations actuelles placent le ratio de mortalité maternelle

aux alentours de 1 000 pour 100 000 naissances vivantes. Cependant, la faiblesse du système d'information en matière de santé et l'absence de registres d'état civil adéquats font que ce chiffre pourrait être lui aussi sous-estimé.

Le pays a 22 districts médicaux autonomes et 4 municipalités, tous responsables par délégation des pouvoirs, des services de santé de leur région. Chaque district a un hôpital de district qui agit comme l'hôpital central pour cette région et a des liens avec l'un des 4 hôpitaux municipaux ou la maternité centrale nationale. En théorie, tous les hôpitaux de district doivent pouvoir offrir des soins obstétricaux d'urgence. Cependant, une étude récente a démontré que 60 % d'entre eux sont incapables de fournir des soins obstétricaux d'urgence complets en raison d'un manque de médecins ; le manque de fournitures essentielles et de services collectifs (eau, électricité, etc.) contribuent également pour beaucoup au problème. Seule la maternité centrale nationale a une banque du sang opérationnelle.

L'enquête sur la santé reproductive a estimé que 46 % seulement des femmes ont accès à une accoucheuse qualifiée, les taux étant plus élevés dans les municipalités que dans les zones rurales. L'enquête a également démontré que la principale raison pour laquelle les femmes ne font pas appel à un prestataire de soins de santé qualifié pendant l'accouchement est que ces professionnels ne sont pas disponibles mais que les femmes feraient appel à une telle personne si elles le pouvaient. Les services de santé sont fournis sur une base de partage des coûts à l'exception de ceux qui vivent dans la pauvreté. Les infrastructures (notamment les maisons, l'eau, l'assainissement, les routes et les ponts) sont inexistantes ou fonctionnent à peine. La plupart des prestataires de service demandent « une enveloppe » que les femmes ne sont pas en mesure de payer. De nombreuses femmes retournent dans leur village sans avoir été soignées. Les femmes choisissent de ne pas demander l'aide du secteur de la santé officiel à moins d'être convaincues qu'elles seront traitées avec dignité et sans mépris. La plupart d'entre elles préféreront se soigner seules ou faire appel à un membre de leur famille ou à un voisin avant de faire appel aux services de santé officiels. Bien que dans certaines régions, elles puissent faire appel à des accoucheuses traditionnelles, la plupart des familles ne demandent pas d'aide en dehors du noyau familial.

Les femmes hésitent également à quitter leurs maisons pendant la nuit. De plus, la dispersion des peuples à l'intérieur du pays fait que les infirmières et les sages-femmes travaillent dans des centres de santé qui ne correspondent pas à leur groupe ethnique local et elles ne parviennent donc pas à gagner la confiance de leurs patientes. De plus, de nombreuses familles hésitent à laisser leurs filles quitter la communauté pour recevoir une formation d'infirmière ou de sage-femme.

Les médecins, les infirmières, les sages-femmes et les travailleurs de la santé communautaires prodiguent les soins de santé aux mères et aux nouveau-nés. Le pays manque de personnel soignant. On trouve les rares médecins qui existent à l'hôpital municipal. Les infirmières suivent une formation en pratique sage-femme pendant leur formation mais étant donné que toute leur formation a lieu dans un hôpital et en vue du faible nombre d'accouchements auxquels elles assistent, elles n'ont pas suffisamment d'expérience pratique pour prendre en charge un travail et un accouchement normal. Les sages-femmes suivent une formation de 2 ans avec une expérience pratique en milieu hospitalier et communautaire. Elles manquent également d'expérience pratique et la plupart des élèves sages-femmes ne prennent en charge que 10 à 12 accouchements par mois. Les travailleurs de la santé communautaires ne suivent qu'une formation de 10 mois et sont censés fournir des services d'éducation sanitaires et de promotion de la santé. Leur programme ne compte que 4 semaines de pratique sage-femme et on ne leur demande pas de savoir gérer un accouchement normal ou de prendre soin des nouveau-nés.

Bien que l'inégalité entre les sexes soit un problème dans ce pays, aux yeux de la loi, les femmes et les hommes ont les mêmes droits. Pratiquement autant de filles que de garçons sont inscrits à l'école et un nombre croissant de filles terminent leurs études secondaires (scolarité de plus de 10 ans). Cependant l'assiduité scolaire reste faible sur le plan national et le gouvernement investit des sommes importantes pour ouvrir des écoles en zone rurale.

QUESTION

Le gouvernement a exprimé sa volonté de réduire la mortalité maternelle et infantile et plus particulièrement parmi ceux qui vivent dans la pauvreté.

- g) Quels facteurs devraient être envisagés par le gouvernement afin de renforcer les services relevant de la pratique sage-femme dans la communauté pour augmenter le nombre de femmes et nouveau-nés qui ont accès à une accoucheuse qualifiée capable de fournir des soins de pratique sage-femme de qualité et de faire les transferts appropriés en cas de problèmes obstétricaux et prénataux et de complications ?
- h) Quels éléments doivent être pris en compte pour améliorer la qualité de la formation des sages-femmes dans le pays ?
- i) Comment peut-on renforcer la supervision du personnel ayant des compétences dans la pratique sage-femme dans la communauté ?

Annexe 4: Appel a l'action

APPEL À L'ACTION DE HAMMAMET

AU SUJET DU RENFORCEMENT DE LA

« PRATIQUE DE SAGE-FEMME DANS LA COMMUNAUTÉ »

SUITE AU 1ER FORUM INTERNATIONAL SUR

« LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME DANS LA COMMUNAUTÉ »

11 – 15 DÉCEMBRE, 2006

HAMMAMET, TUNISIE

Toutes les minutes, une femme meurt quelque part dans le monde et beaucoup d'autres deviennent handicapées à cause de complications liées à la grossesse, parce qu'elles n'ont pu avoir accès aux soins prodigués par une sage-femme qualifiée. Il a été démontré qu'une sage-femme ou d'autres prestataires de soins ayant des compétences dans la pratique de sage-femme offrent la solution de qualité la plus rentable et la moins dépendante de la technologie pour parvenir à la maternité sans risque, élément fondamental de la santé reproductive. De plus, les sages-femmes jouent un rôle essentiel dans la survie du nouveau-né et dans l'amélioration de la santé de la mère et du nouveau-né, contribuant de ce fait à réduire le nombre des décès périnataux que l'on estime actuellement à 7 millions par an. each year.

Le 1er forum international organisé à Hammamet en Tunisie sur le thème de « La pratique de sage-femme dans la communauté » par la Confédération internationale des sages-femmes, le Fonds des Nations-Unies pour la Population et l'Organisation Mondiale de la Santé, a conclu sa semaine de délibérations par un appel à l'action pour renforcer la pratique de sage-femme et augmenter les effectifs de sages-femmes dans la communauté, cela pour tenter de réduire le nombre de décès évitables et les handicaps des mères et des nouveau-nés tout en œuvrant en faveur de la santé des mères et des bébés.

Le Forum a rassemblé des agences et organisations internationales, des sages-femmes, des infirmières, des médecins, des décideurs en matière de santé, des associations professionnelles, des organismes de réglementation et des chercheurs de 23 pays du monde dans lesquels la mortalité et la morbidité néonatales restent à des niveaux inacceptables. L'objectif du forum était d'envisager comment faciliter l'accès aux soins prodigués par des sages-femmes, surtout pour les femmes vivant dans des zones mal desservies et difficiles à atteindre. Après avoir passé en revue les progrès et les difficultés rencontrées au cours des vingt dernières années, depuis le lancement de l'Initiative mondiale pour une maternité sans risque, les participants sont arrivés à la conclusion qu'une action intensifiée était nécessaire aussi bien au niveau international, national que régional afin d'obtenir le nombre de sages-femmes supplémentaires nécessaires pour travailler en contact avec les communautés. Les sages-femmes qui travaillent à proximité des lieux où vivent les femmes contribueront à empêcher 530 000 décès maternels évitables par an. Elles contribueront également à éviter un grand nombre de

problèmes après l'accouchement notamment la fistule obstétricale et à réduire le taux alarmant de morbidité et de mortalité néonatales. En 2005, l'Organisation Mondiale de la Santé a estimé qu'il fallait 334 000 sages-femmes et autres personnes ayant des compétences dans la pratique de sage-femme en plus dans le monde. Si elles bénéficient du soutien de systèmes de santé efficaces, les sages-femmes aideront les gouvernements à atteindre les objectifs quatre et cinq du Millénaire pour le développement d'ici à 2015.

Texte de l'appel à l'action :

Nous, les participants au 1er Forum international sur la pratique de sage-femme dans la communauté, enjoignons les gouvernements, les organismes de réglementation, les organisations de soins de santé professionnels, les éducateurs et les communautés du monde entier à assurer la fourniture de services associés à la pratique de sage-femme dans la communauté en créant ou en améliorant les domaines clés suivants :

- es politiques garantissant un accès équitable aux services associés à la pratique de sage-femme
- Des politiques et des systèmes réglementaires pour améliorer le nombre, l'affectation, le statut et les conditions de travail des sages-femmes et d'autres personnes ayant des compétences dans la pratique de sage-femme
- Un enseignement et une formation pratiques portant sur les compétences dans la pratique de sage-femme
- Une supervision par des pairs et un soutien par des prestataires de soins sur le terrain
- Un environnement habilitant pour étayer la fourniture efficace de soins médicaux notamment infrastructures, systèmes de communication, transport d'urgence, financement adéquat, équipements et fournitures
- Un contrôle permanent et une évaluation périodique

Nous sommes convaincus que ces actions renforceront la pratique de sage-femme en tant qu'élément intégral des soins de santé prodigués dans la communauté. De plus, elles amélioreront l'éventail complet des soins nécessaires pour protéger la santé des femmes et des bébés et sauver des vies en augmentant l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).

Nous pensons également que toutes les parties prenantes ont une obligation collective de garantir aux mères et à leurs nouveau-nés leurs droits fondamentaux à une grossesse et à un accouchement sans risques et à un rétablissement post-partum sûr, quel que soit le lieu où ils vivent.

Annexe 5: Références et Bibliographie

deBernis L, Sherratt D.R., AbouZhar C., Van Lerberghe W. “Skilled attendants for pregnancy and childbirth” in *British Medical Bulletin*, Volume 68; 39-57, 2003

Högberg, U. *Maternal mortality in Sweden*. Doctoral Thesis, Umeå University, Umeå., Sweden, 1985

Koblinsky M., Matthews Z., Hussein J., Mavalankar D., Mridha M. K., Anwar I., Achadi E., Adjei S., Padmanabhan P., Van Lerberghe W. “Going to scale with professional skilled care.” *Lancet* 2006;368:1377-86.

Campbell O.M.R, Graham WJ. et al. “Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works.” *Lancet* 2006;368:1284-99.

Padmanathan, I., Liljestrand, J. et al . *Investing in Maternal Health in Malaysia and Sri Lanka* World Bank ISBN: 0-8213-5362-4. 2003

Pettersson K.O., Christensson, K., Gomes de Freitas, E.F., 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* 25, (3), 2004

Segovia, I. “The midwife and her functions by level of care.” *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. Volume 63, Supplement 1, S61-S66, 1998

Stanton C, Blanch A, Croft T, Choi Y. “Skilled Care at birth in the developing world; progress to date and strategies for expanding coverage.” *J.biosoc Sci.* March; 1-12, 2006

WHO, UNICEF *Antenatal care in developing countries, promises achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001*. World Health Organization, Geneva 2003

WHO. *Critical Role of Skilled Attendants. A Joint Statement by WHO ICM FIGO*. World Health Organization, Geneva, 2004

WHO. *World Health Report 2005 Make every mother and child count*. World Health Organization, Geneva 2005

WHO. *World Health Report 2006, Working Together for Health*. World Health Organization, Geneva, 2006

Annexe 6: La Définition de la Sage-femme (ICM)

DÉFINITION DE LA SAGE-FEMME

Une sage-femme est une personne qui, ayant suivi régulièrement un programme d'enseignement spécialisé en obstétrique, dûment reconnu dans le pays où il a lieu, a terminé avec succès le programme d'études prescrites en obstétrique et a acquis les qualifications nécessaires pour avoir le droit de pratiquer légalement la profession de sage-femme.

La sage-femme est une personne professionnelle et responsable qui travaille conjointement avec les femmes pour leur donner de l'appui essentiel, ainsi que des conseils et des soins nécessaires au cours de la grossesse, lors de l'accouchement, et dans la période post-partum. Elle doit être en mesure de prendre toute responsabilité lors d'un accouchement, et de prodiguer les soins nécessaires au nouveau-né et au nourrisson. Ces soins incluent des mesures préventives, la promotion de l'accouchement normal, le dépistage des signes de complications, tant chez la mère que chez le bébé, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin, et l'exécution de certaines mesures d'urgence.

La sage-femme joue un rôle important comme conseillère en matière d'hygiène et d'éducation, non seulement pour les femmes mais aussi au sein de la famille et de la collectivité. Son travail devrait comprendre l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parent ; son intervention peut aussi s'étendre à la santé maternelle, à la santé sexuelle ou reproductive et à la santé infantile.

La pratique de sage-femme peut être exercée dans tous les endroits, y compris à domicile, en milieu hospitalier ou en clinique, et dans les centres médicaux.

Revisée par le Conseil International de la Confédération Internationale des Sages-Femmes (ICM) le 19 juillet, 2005 à Brisbane, Australie.

Cette définition remplace la « Définition de la Sage-femme » 1972 et ses amendements de 1990.