

INVESTIR DANS LES SAGES-FEMMES ET AUTRES PROFESSIONNELS COMPÉTENTS DANS LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME POUR SAUVER LA VIE DES MÈRES ET DES NOUVEAU-NÉS ET AMÉLIORER LEUR SANTÉ

Guidance en matière de politiques et
de programmes pour les pays qui
cherchent à renforcer la pratique
de sage-femme en particulier
dans la communauté

*« 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 POUR LA
SANTÉ PROCLAMÉE LORS DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ DE 2006**



SOMMAIRE

| | |
|--|-----|
| REMERCIEMENTS | ii |
| ACRONYMES | iii |
| GLOSSAIRE DES TERMES | iv |
| INVESTIR DANS LES SAGES-FEMMES ET D'AUTRES PROFESSIONNELS COMPÉTENTS | |
| DANS LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME POUR SAUVER LA VIE DES MÈRES ET DES | |
| NOUVEAU-NÉS ET AMÉLIORER LEUR SANTÉ | 1 |
| Introduction et objectif | |
| Définition du problème | |
| Les faits | |
| Les solutions | |
| Résumé des données disponibles | |
| Questions pour les décideurs et les responsables de programmes | |
| Figure 1. Cadre destiné à aborder les problèmes du renforcement de la pratique | |
| de sage-femme dans la communauté | |
| 1. CADRES POLITIQUE, JURIDIQUE ET RÉGLEMENTAIRE | 5 |
| Points clés | |
| Interventions clés | |
| Résumé d'action | |
| 2. GARANTIR LE PRINCIPE D'ÉQUITÉ DE L'ACCÈS AUX SOINS | 7 |
| Points clés | |
| Interventions clés | |
| Résumé d'action | |
| Recommandations spécifiques au contexte | |
| 3. QUESTIONS RELATIVES À LA FORMATION : FORMATION INITIALE, | |
| FORMATION CONTINUE EN MILIEU DE TRAVAIL ET FORMATION DES ENSEIGNANTS | 10 |
| Différents types de formation | |
| Points clés | |
| Interventions clés | |
| Résumé d'action | |
| Recommandations spécifiques au contexte | |
| 4. LA SUPERVISION EST LA CLÉ DU MAINTIEN DE LA QUALITÉ ET DE LA MOTIVATION | 13 |
| Points clés | |
| Interventions clés | |
| Résumé d'action | |
| 5. CONTEXTE FAVORISANT, EN PARTICULIER GARANTIE D'UN ENVIRONNEMENT | |
| POUR EXERCER EN TOUTE SÉCURITÉ | 15 |
| Points clés | |
| Interventions clés | |
| Résumé d'action | |
| 6. SUIVI ET ÉVALUATION : ÉVALUER QUOI, POURQUOI ET COMMENT ? | 18 |
| Points clés | |
| Interventions clés | |
| Résumé d'action | |
| 7. FINANCEMENT, ADMINISTRATION ET MOBILISATION ET GESTION DES RESSOURCES | 20 |
| Points clés | |
| Interventions clés | |
| Résumé d'action | |
| APPEL A L'ACTION DE HAMMAMET | 22 |
| REFERENCES | 23 |

REMERCIEMENTS

En décembre 2006, la Confédération Internationale des Sages-femmes (ICM), l'UNFPA et le département « Pour une grossesse à moindre risque » (MPS) de l'OMS, en collaboration avec l'Initiative pour l'évaluation des programmes sur la mortalité maternelle (IMMPACT) basée à l'Université d'Aberdeen en Écosse, et Family Care International (FCI), ont organisé le 1er Forum international sur la pratique de sage-femme dans la communauté, afin d'étudier les enseignements tirés et d'envisager la meilleure façon d'améliorer la pratique de sage-femme dans la communauté. Les organisateurs du Forum remercient le gouvernement tunisien d'avoir accueilli le Forum et d'avoir participé aux séances d'ouverture et de clôture. Ces notes d'orientation sont la conséquence directe de ces délibérations. Ni le Forum, ni les notes d'orientation n'auraient été possibles sans l'aide fournie par le Gouvernement du Luxembourg et l'Agence suédoise pour le développement international (SIDA) et plus particulièrement Mme Gunilla Essner, chargée du dossier dans la section santé. Parmi les autres acteurs qui ont apporté leur soutien et participé au Forum on peut citer la Banque Africaine de Développement, le programme destiné à empêcher les décès et les infirmités maternels (AMDD) de l'Université de Columbia, New York, et le Réseau régional pour la prévention de la mortalité maternelle en Afrique (RPM).

Enfin, nous remercions les équipes nationales de 23 pays pour leur soutien et leur aide ainsi que les sages-femmes de quelques pays industrialisés qui non seulement ont partagé les enseignements tirés mais ont également passé deux jours à travailler sans relâche, en groupes, à la rédaction de conseils initiaux. Ce document n'aurait pas été possible sans leur soutien. Nous remercions également les Ministères de la santé, les responsables de programmes, les associations professionnelles et les représentants du personnel UNFPA du Bangladesh, de Bolivie, de Burkina Faso, du Cambodge, du Guatemala, de Haïti, d'Inde, d'Indonésie, de Jordanie, du Kenya, du Malawi, du Mexique, du Maroc, du Mozambique, du Népal, du Niger, du Pakistan, du Soudan, de Tanzanie, de Tunisie, du Yémen et du Zimbabwe, ainsi que les sages-femmes du Canada, des Pays-Bas, de Suède et du Royaume-Uni.

Le texte a été préparé par Mesdames Della R. Sherratt et Karen Odberg-Pettersson au nom des organisateurs du Forum, sur la base de l'évidence disponible et des présentations, discussions et recommandations faites pendant le Forum.

La préparation et l'impression de ce document ont été cofinancées par le Luxembourg, la Suède et l'UNFPA. Les auteurs sont extrêmement reconnaissants à tous les relecteurs pour leurs commentaires sur les premières versions du texte. Ils souhaitent remercier tout particulièrement Arletty Pinel, Responsable de la santé reproductive, Vincent Fauveau, Conseiller principal en santé maternelle à UNFPA, Luc de Bernis, Conseiller principal en santé maternelle pour l'Afrique, UNFPA, Anneli Knutsson, Conseillère internationale dans la pratique de sage-femme, bureau national de UNFPA au Bangladesh, Margareta Larsson, Conseillère en pratique de sage-femme, à l'OMS, Nester Moyo, Gestionnaire de programme, ICM, Barbara Kwast, Conseillère principale AMDD, Atf Gherissi, Consultante sage-femme, Tunisie.

ABRÉVIATIONS

| | |
|---------|---|
| AMDD | Programme pour la prévention des décès et des infirmités maternels, Mailman School of Public Health, Université de Columbia |
| SONU | Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) |
| FCI | Family Care International |
| JHPIEGO | Association membre de l'Université John Hopkins |
| RHS | Ressources humaines pour la santé |
| ICM | Confédération internationale des sages-femmes |
| IMPACT | Initiative pour l'évaluation des programmes sur la mortalité maternelle, Université d'Aberdeen |
| RMM | Ratio de mortalité maternelle |
| PTME | Prévention de la transmission de la mère à l'enfant |
| TBA | Matrone, Accoucheuse traditionnelle |
| UNFPA | Fonds des Nations Unies pour la Population |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |

GLOSSAIRE

| | |
|---|---|
| La pratique de sage-femme / <i>Ang – Midwifery / Esp – partería / Arabe – kebela</i> | 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. |
| Sage-femme / <i>Angl – Midwife / Esp – Matrona</i> | Praticienne de soins de santé accréditée (qualifiée) qui aide les femmes pendant la grossesse, pendant 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) |
| Dans la communauté / <i>Ang - In the community / Esp - En la comunidad</i> | Niveau du système de santé proche du lieu où vivent les familles, par exemple, poste sanitaire, centre médical, gouvernement, privé, ONG ou le foyer familial (on parle parfois de niveau de soins de santé primaire) |
| Les professionnels compétents dans la pratique de sage-femme / <i>Ang - Midwifery workforce / Esp - Personal calificado de partería</i> | Travailleurs de la santé dont les fonctions «primaires» incluent les soins médicaux aux femmes pendant la grossesse, pendant le travail et l'accouchement et les soins de santé aux mères et aux bébés pendant la période postnatale. |
| L'ensemble des professionnels de santé maternelle / <i>Ang - Maternity workforce / Esp - Personal calificado de maternidad</i> | 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. |
| Les agents communautaires de santé maternelle / <i>Ang - Maternity support workers / Esp - Asistantes de maternidad</i> | Travailleurs de la santé, agents communautaires et autres, y compris les accoucheuses traditionnels et autres 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. |
| Les soins obstétricaux d'urgence (SOU) de base et complets / <i>Ang - Emergency obstetric care (EmOC) / Esp - Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm) basicos y ampliados</i> | Se composent de huit fonctions essentielles : be 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) Complets : tout ce qui précède plus chirurgie (césarienne) et transfusion sanguine sans risque |

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 dix fonctions essentielles :

De base : Administration parentérale d'antibiotiques, d'ocytociques et d'anticonvulsifs, extraction manuelle du placenta, aspiration manuelle, accouchement par ventouse, soins aux nouveaux-nés (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), transfusion sanguine sans risque, et reanimation du nouveau-né

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 une accoucheuse qualifiée qui travaille dans un environnement favorable avec le soutien d'un système de transfert fonctionnel.

Compétences / *Ang - Competency*

Connaissances, aptitudes, attitudes et expérience requises afin qu'une personne effectue convenablement son travail.

Aptitudes / *Ang - Skills*

Capacités apprises et acquises par le biais de la formation ou de l'expérience, afin de réaliser des actions ou tâches spécifiques. Elles sont généralement associées à des tâches ou techniques individuelles et manuelles.

Compétences fondamentales / *Ang - Core competencies*

Un *ensemble* d'aptitudes complémentaires et de bases de connaissances (c'est-à-dire plus d'une base de connaissances) dans le domaine d'expertise spécialisé de la pratique de sage-femme, intégré dans le groupe, l'équipe ou le cadre professionnel.

OMD-5

Le cinquième objectif du millénaire pour le développement adopté par les leaders mondiaux lors du Sommet du millénaire qui s'est tenu aux Nations Unies en 2000 afin de réduire de moitié l'extrême pauvreté d'ici à 2015. L'objectif consiste à réduire le ratio de mortalité maternelle de trois-quarts entre 1990 et 2015.

INVESTIR DANS LES SAGES-FEMMES ET AUTRES PROFESSIONNELS COMPÉTENTS DANS LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME POUR SAUVER LA VIE DES MÈRES ET DES NOUVEAU-NÉS ET AMÉLIORER LEUR SANTÉ

GUIDANCE EN MATIÈRE DE POLITIQUES ET DE PROGRAMMES POUR LES PAYS QUI CHERCHENT À RENFORCER LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME EN PARTICULIER DANS LA COMMUNAUTÉ

●●●●●●●●●●●●●●●● INTRODUCTION ET OBJECTIF

Le Forum de Hammamet « La pratique de sage-femme dans la communauté : enseignements tirés », qui a eu lieu du 11-15 décembre 2006, première réunion internationale portant sur le renforcement de la pratique de sage-femme dans la communauté, a donné lieu à la rédaction d'un Appel à l'action incitant tous les pays qui ont un RMM élevé à mettre en place des mesures urgentes et intensifiées pour renforcer la pratique de sage-femme au niveau de la communauté (voir Annexe 1).

Le Forum a également décidé de publier un document de guidance qui fournirait des conseils aux programmes nationaux pour renforcer les services de pratique de sage-femme au niveau de la communauté. Ce document présente de façon plus détaillée les mesures requises des décideurs et des responsables de programmes pour apporter des changements au niveau du pays et renforcer la capacité de sage-femme, surtout pour les familles dans les zones pauvres et difficiles d'accès.

La note de guidance tente de couvrir les problèmes, questions, débats et résultats du travail en groupe et d'y répondre et de tenir également compte des nombreuses présentations nationales faites pendant le Forum. Elle ne cherche pas à remplacer des directives de nature plus technique, qui seront produites dans le proche futur.

Les participants au Forum comptaient des agences et des organisations internationales comme la Confédération Internationale des Sages-femmes (ICM) ; le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ; l'initiative pour l'évaluation des programmes sur la mortalité maternelle (IMPACT) d'Aberdeen ; Family Care International (FCI), et le programme destiné à prévenir les décès et infirmités maternels (AMDD) de l'Université Columbia, ainsi que des sages-femmes, infirmières, médecins, décideurs en matière de politiques de santé, associations professionnelles, organismes de réglementation et

chercheurs de 23 pays où la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales demeurent élevées.

●●●●●●●●●●●●●●●● DÉFINITION DU PROBLÈME

Les participants au Forum ont demandé de toute urgence des conseils clairs et simples sur des pratiques exemplaires destinées à renforcer rapidement la pratique de sage-femme dans la communauté. L'OMS estime que pour fournir un accès universel à des soins obstétricaux qualifiés et répondre aux besoins reproductifs de toutes les femmes, il faudrait environ 700 000 sages-femmes supplémentaires d'ici 2015 en tenant compte des départs naturels. Et pour atteindre l'objectif OMD-5, ce sont au moins 350 000 sages-femmes de plus qu'il faudrait trouver (OMS, 2005a). Pour de nombreux pays, la question est souvent comment y parvenir en vue des faibles ressources dont ils disposent.

La récente série du Lancet sur la survie maternelle a décrit la nécessité de professionnaliser et de renforcer les soins de maternité afin de tenter de faire diminuer la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales (voir l'éditorial du Lancet sur la survie maternelle, septembre 2006). Renforcer – c'est-à-dire accroître le nombre et le niveau de compétences des professionnels compétents dans la pratique de sage-femme – exige des investissements et un développement des capacités à tous les niveaux du système de santé.

Le terme « développement des capacités » est souvent utilisé de façon incorrecte comme synonyme du mot « formation » (Potter, Brough, 2004). En plus de la formation, le développement des capacités exige de se pencher sur la structure, les systèmes, les rôles, le personnel et les infrastructures, les compétences et les outils. Étant donné qu'il est très difficile de fournir des soins de pratique de sage-femme de qualité au niveau de la communauté, le

développement des capacités doit également s'intéresser aux politiques, cadres juridiques, infrastructures et logistique au sein de la communauté et au droit de pratiquer des interventions qui sauvent des vies, ainsi qu'aux inégalités entre les hommes et les femmes, à la responsabilisation des femmes, à la mobilisation des ressources et à la collaboration entre différents groupes professionnels.

Cette note d'orientation se concentre sur des mesures à mettre en œuvre pour renforcer les soins de pratique de sage-femme au niveau de la communauté et se range à l'avis des participants qui considéraient que la résolution des pénuries d'effectifs et des obstacles qui empêchent les femmes et leurs familles d'avoir accès à des soins adéquats passe par de telles mesures. Plus spécifiquement, il est nécessaire d'agir de toute urgence pour répondre aux besoins des gens mal desservis, qui se trouvent souvent dans des zones rurales et urbaines pauvres. La prestation des soins de pratique de sage-femme dans la communauté satisfait à un droit humain de toutes les femmes du monde à bénéficier de soins compétents, où qu'elles vivent.

Grâce à l'excellent travail de l'OMS, de UNFPA, d'AMMD, de JHPIEGO et d'autres organisations qui opèrent au niveau international, régional et national, il existe une vaste quantité de directives et conseils de pratique sur les soins et les infrastructures SONU et sur le renforcement des soins et systèmes au niveau des transferts. Cependant, ces directives et conseils ne traitent pas du renforcement des soins de pratique de sage-femme au niveau de la communauté, ce qui crée une lacune préoccupante dans le continuum de soins nécessaires pour une maternité sans risque.

Les soins de pratique de sage-femme de qualité, fournis à proximité du lieu où vivent les femmes, peuvent accroître la capacité des familles à prendre soin d'elles-mêmes pendant la grossesse ainsi qu'avant, pendant et après l'accouchement ; ils peuvent également accroître l'accès aux soins SONU en éduquant et en responsabilisant les femmes. Malgré de nombreuses preuves indiquant que les soins de pratique de sage-femme au niveau de la communauté sont inadéquats et souffrent d'un manque de prestataires compétents bénéficiant du soutien et de l'assistance nécessaires, les plans nationaux omettent souvent de répondre à ces besoins.

●●●●● LES FAITS

- ♦ 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 (OMS, 2005a).
- ♦ On estime que 10 à 20 millions de femmes souffrent

chaque année de graves problèmes de santé, comme la fistule obstétricale, suite à la grossesse et à l'accouchement (OMS, 2005a).

- ♦ Cinq grandes complications, qui surviennent pour la plupart pendant le travail, l'accouchement et la période postpartum, sont responsables de soixante-dix pour cent des décès maternels (OMS, 2005).
- ♦ La technologie pour sauver ces vies existe déjà : ces cinq mêmes complications surviennent également dans les pays plus développés mais il est rare qu'elles entraînent des décès.
- ♦ Environ 15 pour cent des femmes connaîtront une complication pendant la grossesse ou l'accouchement. La plupart de ces complications ne peut être prévue à l'avance mais presque toutes peuvent être gérées (OMS, 2005a).
- ♦ La plupart des décès et des infirmités maternels pourrait être évitée si des professionnels de la santé qualifiés, ayant accès à des infrastructures de transfert de qualité, étaient présents à tous les accouchements. (FCI, 2002).
- ♦ Bien que la nécessité de fournir des soins obstétricaux qualifiés à la naissance ait été démontrée, près de moitié des parturientes n'en bénéficient toujours pas (OMS, 2006a).
- ♦ Presque toutes les naissances dans les pays à hauts revenus ont lieu en présence d'un accoucheur qualifié contre 57 pour cent seulement dans les pays où les revenus sont plus faibles et moins d'un tiers dans les pays à très faibles revenus, déchirés par la guerre ou dans lesquels l'économie s'est effondrée (OMS, 2006a).

●●●●● LES SOLUTIONS

Les sages-femmes et autres professionnels compétents dans la pratique de sage-femme ont un rôle fondamental à jouer pour résoudre les deux premiers des « trois retards » qui conduisent au bout du compte au décès de la femme suite à des complications liées à la grossesse. Ce rôle consistera à travailler avec les femmes et les communautés à les responsabiliser et à leur fournir des soins SONU de base. Les sages-femmes et les autres professionnels compétents dans la pratique de sage-femme contribuent également à réduire le troisième retard en prodiguant des soins de pratique de sage-femme essentiels, rapides et d'excellente qualité et en fournissant à leur patiente des soins de premier secours en attendant l'arrivée des médecins qui ont des compétences obstétricales et/ou néonatales.

De nombreux rapports indiquent que les femmes utiliseraient une sage-femme qualifiée ou d'autres

prestataires de soins compétents dans la pratique de sage-femme s'ils étaient facilement disponibles et abordables et s'ils offraient des services acceptables sur le plan culturel (Ministère de la santé, Royaume du Cambodge 2004, Koblinsky, 2003).

La Banque Mondiale estime que les décès maternels diminueraient de 75 pour cent si la couverture des interventions clés passait à 99 pour cent (Wagstaff et Claeson, 2004). De même, l'OMS est récemment parvenue à la conclusion que près de moitié de tous les décès périnataux pourraient être évités avec des soins obstétricaux qualifiés à l'accouchement (OMS, 2006b). Si elles bénéficiaient de la formation et du soutien adéquats, les sages-femmes au niveau de la communauté pourraient se charger de nombreuses interventions nécessaires dans le domaine de la santé maternelle (Campbell, Graham, 2006).

RÉSUMÉ DES DONNÉES DISPONIBLES

- ♦ Il existe des preuves probantes que les soins prodigués par les sages-femmes qui bénéficient d'une formation professionnelle ou d'autres personnels compétents dans la pratique de sage-femme réduisent les décès et les infirmités maternels (OMS 2005a, Loudon 2000, FCI, 2002).
- ♦ Dans tous les pays, la pauvreté est fortement associée à un taux d'accès inférieur aux soins de santé et à une moindre utilisation de ces soins, notamment les soins de pratique de sage-femme qualifiés à l'accouchement. L'étude de la banque mondiale Voix des pauvres : Cri pour le changement, fait une illustration évocatrice de l'importance des soins de santé pour les pauvres et les personnes vulnérables et des difficultés causées lorsqu'ils sont absents (Deepa et al., 2000). Des études auprès de femmes enceintes viennent confirmer ces résultats (Jewkes et al., 1998, Knutsson, 2004, Pettersson et al., 2004, Pettersson et al., 2007).
- ♦ Le manque de sensibilisation aux disparités entre les sexes en matière de fourniture de soins de santé a un impact direct sur le recours et l'accès aux services de soins de santé tout comme le manque de responsabilisation des femmes (Fonn et al., 2001).
- ♦ Les sages-femmes et autres personnels travaillant au niveau de la communauté contribuent à la fourniture de soins de santé primaires essentiels et peuvent se charger d'un grand nombre d'interventions nécessaires pour sauver les vies des mères et des bébés (Campbell, Graham, 2006, de Bernis et al., 2003).
- ♦ L'un des principaux résultats de la récente évaluation de l'IMMPACT sur son programme de maternité sans

risque en Indonésie montre que les sages-femmes qui vivent et travaillent dans la communauté sont présentes aux accouchements et réagissent de manière appropriée en cas de complications et peuvent davantage apporter une contribution à la maternité sans risque.

- ♦ Investir dans les soins de pratique de sage-femme dans la communauté présente d'autres avantages : un système de transfert mis en place pour les soins de la mère et du nouveau-né peut être également utilisé pour transférer d'autres membres de la communauté gravement malades ou blessés (Predhan et al., 2002, Razzak, Kellermann, 2002).
- ♦ En tant que membres respectés de la communauté, les sages-femmes font la promotion de la santé : les femmes et les hommes leur demandent des conseils sur toute une gamme de questions ayant trait à la santé, par exemple : santé avant la conception, planning familial et soins aux nouveau-nés et aux jeunes enfants ; nutrition, soins de santé généraux et de plus en plus souvent santé sexuelle (Prathmanathan et al., 2003).

La formation du personnel compétent dans la pratique de sage-femme est un sujet débattu depuis de nombreuses années, bien avant le début des années 1990, lorsque le groupe d'étude de l'OMS sur le développement des ressources humaines pour la santé maternelle et la maternité sans risque s'est réuni à Genève (OMS 1993). À l'issue de cette réunion, le groupe d'étude s'est mis d'accord sur le niveau minimum de compétences de pratique de sage-femme, y compris des compétences essentielles pour sauver les vies des femmes et des nouveau-nés. Un récent consensus international confirme que les sages-femmes doivent avoir les compétences SONU de base (OMS, 2004).

Étant donné que leur travail les amène à côtoyer les femmes et leurs familles, les sages-femmes et autres professionnels compétents dans la pratique de sage-femme travaillant dans la communauté sont également des porte-paroles et des acteurs idéaux dans les programmes de VIH/SIDA, surtout pour la PTME, la réduction de la syphilis congénitale, la prévention et le traitement de la malaria et la santé des adolescents et des jeunes.

La pauvreté profonde et omniprésente à laquelle vient s'ajouter l'impact de la pandémie du VIH et SIDA, les troubles civils et l'exposition à des désastres naturels extrêmes comme les graves sécheresses, inondations, tremblements de terre et typhons font que la pratique de sage-femme dans de nombreux pays d'Afrique et d'Asie du sud est parmi la plus difficile au monde.

Cependant, la formation de prestataires de pratique de sage-femme qualifiés est un élément important de la voie à suivre pour l'Afrique afin de réduire la mortalité maternelle et néonatale comme s'y sont engagées les agences de l'ONU et leurs partenaires. De nombreux pays

à bas et moyens revenus dans lesquels le RMM est élevé ont maintenant inscrit les soins obstétricaux qualifiés à la naissance comme une priorité dans leurs plans de santé et de développement nationaux.

.....
QUESTIONS POUR LES DÉCIDEURS ET LES RESPONSABLES DE PROGRAMMES

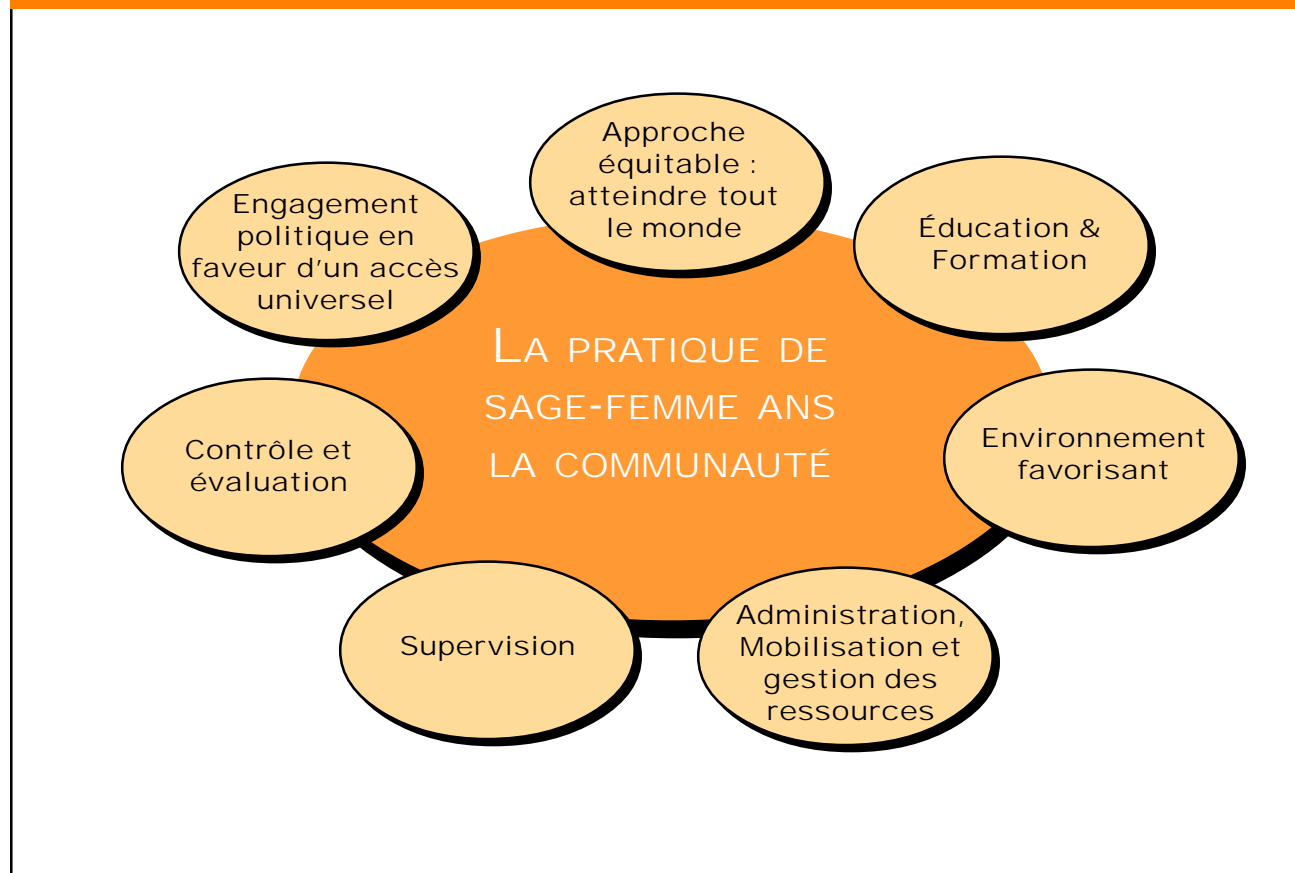
Suite à une étude préliminaire des données disponibles, les questions à prendre en compte lors de la planification du renforcement des ressources humaines médicales, y compris le développement des capacités de personnel compétent dans la pratique de sage-femme sont les suivantes :

- ◆ Cadres politique, juridique et réglementaire – basés sur les droits humains et le respect des questions de genre pour les clients comme les prestataires ;
- ◆ Approche basée sur le principe d'équité – atteindre toutes les personnes qui ont besoin de prestataires de pratique de sage-femme compétents, surtout

dans les communautés rurales et les communautés urbaines pauvres ;

- ◆ Éducation et formation basée sur les compétences – aussi bien la formation préalable que la formation continue et s'appuyant sur des normes fondées sur les faits ;
- ◆ Supervision et soutien pour le maintien des normes et des améliorations au niveau de la qualité – y compris liens, assistance et soutien des infrastructures SONU locales ;
- ◆ Un environnement favorable, comprenant : - des lieux de pratique sans risque ; - des conditions de vie sécurisées ; - une juste contrepartie salariale ; - l'accès à des prestations sociales comme l'éducation scolaire et la garde d'enfants ; - la fourniture adéquate de médicaments et d'équipements essentiels ; - et le transport fiable vers un centre de SONU de niveau supérieur ;
- ◆ Suivi et évaluation – pour identifier les lacunes ainsi que les progrès, et intervenir en conséquence ;
- ◆ Administration, mobilisation des ressources et gestion – pour permettre et faciliter tout ce qui précède.

FIGURE 1. CADRE CONCEPTUEL DESTINÉ À ABORDER LES PROBLÈMES DU RENFORCEMENT DE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME DANS LA COMMUNAUTÉ



1. CADRE POLITIQUE, JURIDIQUE ET RÉGLEMENTAIRE

Il a été démontré que faire de la maternité sans risque une priorité politique est absolument essentiel pour réduire la mortalité maternelle (Pathmanathan et al., 2003, Shiffman et al., 2004).

Le rapport sur la santé dans le monde 2005 – *Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant* demandait que l'accès aux soins de pratique de sage-femme professionnels ait lieu, si possible, avant la grossesse ; si cela n'est pas envisageable, la femme devrait avoir accès à ces soins dès que la grossesse est connue et jusqu'à ce que l'allaitement ait été bien établi. L'OMS insiste sur la période pendant et immédiatement après l'accouchement puisque c'est celle qui connaît les taux les plus élevés de décès maternels et néonataux. Le rapport recommande alors que les soins soient prodigués aussi près que possible du lieu où habite la femme et que les prestataires de soins bénéficient du soutien d'un accès immédiat à un centre capable à tout moment de gérer les urgences et de prendre en charge les femmes et les nouveau-nés qui connaissent des complications (OMS, 2005a).

Mettre en place des politiques pour réaliser ce qui précède est crucial mais insuffisant. Il faut des programmes de mise en œuvre et des cadres réglementaires pour que ces politiques soient efficaces. Mais surtout, il faut des cadres juridiques et réglementaires qui protègent le droit des sages-femmes et d'autres personnels compétents dans la pratique de sage-femme à exercer, y compris des soins SONU de base.

POINTS CLÉS

- ◆ Les politiques doivent énoncer explicitement le fait que toutes les femmes, où qu'elles vivent, ont un droit fondamental à l'accès à des soins de pratique de sage-femme professionnels.
- ◆ Le consensus international est que tous les prestataires de la santé qui prodiguent des soins aux femmes et aux nouveau-nés pendant l'accouchement, devraient être autorisés à fournir au minimum des soins SONU de base.
- ◆ Des cadres juridiques et réglementaires qui protègent les sages-femmes et dont le champ d'application couvre la fourniture d'interventions essentielles qui

sauvent des vies, comme les soins SONU, sont essentiels mais trop souvent inadéquats.

INTERVENTION CLÉS

Étant donné qu'il est très complexe de renforcer la pratique de sage-femme, il est essentiel qu'un consensus existe entre tous les différents détenteurs d'enjeux et surtout qu'il inclut d'autres groupes de professionnels clés comme les obstétriciens. Bien que les gouvernements soient responsables en dernier ressort d'assurer l'accès à des soins obstétricaux qualifiés, les partenaires, notamment les organisations de la société civile ont un rôle essentiel à jouer pour établir un consensus et agir sur le plan politique. (OMS, 2005b).

Les communautés sont d'importants détenteurs d'enjeux dans ces partenariats. Les études sur les partenariats pour prodiguer des soins médicaux dans la communauté soulignent également la nécessité d'un leadership partagé. Pour être efficace, le leadership doit être fondé sur une vision partagée, un partage du pouvoir, une réflexion au niveau des systèmes et l'établissement d'un processus (Alexander et al., 2001).

RÉSUMÉ D'ACTION

Les décideurs et responsables de programmes devraient :

- ◆ Former une coalition de parties prenantes intéressées, si possible en réalisant une analyse rapide des détenteurs d'enjeux.
- ◆ Créer des partenariats et s'assurer de la participation de la communauté dès le départ.
- ◆ Rédiger un petit nombre de messages bien définis pour insister sur le fait que l'accès à des soins de pratique de sage-femme au niveau communautaire est une priorité.
- ◆ Développer et mettre en œuvre un programme de plaidoyer pour établir un consensus et un engagement politique y compris des stratégies d'exécution.

- ◆ Établir un consensus sur la nécessité de renforcer les services de pratique de sage-femme au niveau de la communauté.
- ◆ Identifier des défenseurs de la cause et s'assurer de leur soutien.
- ◆ Le cas échéant, revoir et réviser les cadres juridiques et réglementaires nécessaires pour s'assurer qu'ils protègent le droit des sages-femmes et d'autres personnels compétents dans la pratique de sage-femme d'exercer la gamme complète de leurs compétences y compris la fourniture de soins SONU de base. Pour ce faire, il est essentiel de prévoir une consultation avec d'autres détenteurs d'enjeux clés comme les obstétriciens. En effet, ce sont souvent eux qui ont le plus de mal à accepter que les sages-femmes réalisent certaines interventions.

« SUCCESS STORY » EN PROVENANCE DU CAMBODGE

Un groupe de détenteurs d'enjeux dont l'Association des sages-femmes cambodgiennes et le programme national pour la santé reproductive ont plaidé avec succès en faveur d'un Forum de haut niveau sur la pratique de sage-femme avec l'aide du FNUAP et d'autres agences.

FORUM DE HAUT NIVEAU SUR LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME

Le premier Forum national de haut niveau bénéficiait du soutien du FNUAP et était dirigé par le Bureau du Conseil des Ministres et plus spécifiquement par le vice-premier ministre et le ministre de la santé, avec le soutien :

- du Ministère de l'éducation, de la jeunesse et des sports ;
- du Conseil pour la réforme administrative ;
- du Secrétariat de la fonction publique ;
- du Ministère de l'économie et des finances ;
- d'agences multilatérales et bilatérales.

Le Forum s'est intéressé aux nombreux défis liés à la fourniture des soins de pratique de sage-femme, à savoir :

- le faible nombre d'étudiants qui s'inscrivent pour préparer un diplôme de sage-femme ;
- le peu de motivation pour travailler dans des zones rurales et éloignées ;
- la répartition inégale des sages-femmes ;
- les bas salaires ;
- les ressources limitées pour garder les sages-femmes dans le secteur public ;
- les mauvaises infrastructures de services sociaux dans les zones rurales ;
- le peu de places pour effectuer un stage clinique.

PRINCIPAUX RÉSULTATS DU FORUM

- Augmentation des salaires et des échelons.
- Loi pour l'établissement d'un conseil de la pratique de sage-femme.
- Consensus sur la nécessité d'une évaluation complète des capacités de pratique de sage-femme et sur la mise en place d'un cadre de référence pour un bilan complet de la pratique de sage-femme, juin – septembre 2006.
- Engagement ferme du Gouvernement royal du Cambodge vis-à-vis de la pratique de sage-femme.
- Rapport d'analyse sur la pratique de sage-femme à soumettre dans le cadre du bilan à mi-parcours du plan stratégique en cours pour le secteur médical afin que des mesures puissent être intégrées dans le prochain plan stratégique.

2. GARANTIR LE PRINCIPE D'ÉQUITÉ DE L'ACCÈS AUX SOINS

Dans tous les pays, il existe un lien très net entre la pauvreté et le faible niveau d'accès aux soins médicaux et l'usage qui en est fait, y compris les soins obstétricaux qualifiés au moment de l'accouchement (Gwatkin et al., 2004). L'étude de la Banque mondiale, *Voix des pauvres : Cri pour le changement*, illustre de manière très nette combien il est difficile pour les pauvres et les personnes vulnérables de bénéficier de soins de santé (Deepa et al., 2000). Ces résultats sont confirmés par diverses études réalisées auprès de femmes enceintes (Jewkes et al., 1998, Knutsson, 2004, Pettersson et al 2004, Pettersson et al 2007) et dans le rapport 2004 de la Banque mondiale sur le développement (RDM, 2004). Le niveau d'autonomie des femmes est l'élément clé qui détermine l'accès des femmes aux soins maternels. En effet, les données disponibles montrent que même parmi les groupes dont les revenus sont relativement faibles, les femmes plus autonomes accèdent plus facilement aux services de santé maternelle (Mathews et al., 2005).

Dans la plupart des pays, les pauvres souffrent non seulement d'infrastructures inadéquates et de fournitures médicales insuffisantes, ils sont également en but aux attitudes négatives des professionnels de la santé. On est conscient depuis longtemps du fait que les femmes en particulier pâtissent d'un accès inadéquat aux soins et à des soins de mauvaise qualité. Cela s'explique en grande partie par un manque de sensibilité aux disparités entre les sexes et un manque de statut et de pouvoir des femmes (Doyal, 1995).

POINTS CLÉS

- ♦ D'après les données dont on dispose, le quintile le plus pauvre d'un pays est souvent celui qui a le moins accès à des soins obstétricaux de qualité au moment de l'accouchement. Même si les soins sont disponibles à proximité, ces personnes tendent à moins utiliser les services disponibles que les familles plus riches (OMS, 2005a, Kunst and Houweling, 2001).
- ♦ Les études montrent que l'introduction d'honoraires officiels et de demandes de paiements sous forme de « dessous de table » ont un impact négatif sur

l'utilisation des services de soins de santé maternels, tout particulièrement pendant l'accouchement (Borghi, 2006, Pettersson et al., 2004, Pettersson et al., 2007).

- ♦ L'introduction de soins d'accouchement gratuits peut avoir un impact négatif sur la qualité des soins et sur le maintien des effectifs si les niveaux de personnel ne sont pas surveillés en permanence afin de les adapter à une charge de travail croissante (Symposium IMMPACT 2007).
- ♦ Parfois, le manque de personnel médical féminin ou l'absence de personnel qui parle la langue locale et partage—ou du moins comprend—les normes culturelles locales, empêche les femmes d'accéder aux soins, même quand ceux-ci sont disponibles (Knutsson, 2004).
- ♦ Dans certains cas, la façon dont la communauté perçoit la qualité des soins et la performance des prestataires de soins, et surtout l'attitude du personnel, peut avoir une plus grande influence sur l'utilisation des services que l'accès et les coûts (Andaleeb, 2001, Pettersson et al., 2004).
- ♦ Pour garantir un accès équitable aux soins de pratique de sage-femme, il est nécessaire de mettre en place des politiques et pratiques en matière de déploiement des ressources humaines qui prennent en compte les spécificités de genre.

INTERVENTIONS CLÉS

Pour garantir un accès équitable à des soins de pratique de sage-femme de qualité, le secteur de la santé doit travailler en collaboration étroite avec beaucoup d'autres secteurs y compris le secteur de l'éducation, de la voirie et du transport, des communications, de l'énergie et des finances—plus spécifiquement le budget de la santé—et dans certains cas le système judiciaire pour œuvrer en faveur des droits de la femme et améliorer son statut.

Recruter sur le plan local et s'assurer que la fourniture de services tient compte de la culture locale sera une tâche plus aisée si l'enseignement a lui aussi lieu

sur place : cela encouragera la participation de la communauté au programme. Pour ce faire, il faudra peut-être prendre des mesures radicales comme décentraliser les écoles de sage-femme ou pour le moins, prévoir des centres satellites proches de la communauté (voir la Section 3 sur l'éducation et la formation).

Enfin, il est crucial de savoir où se situent les lacunes. Il est essentiel d'établir une évaluation des besoins de base pour identifier les domaines prioritaires.

●●●●●●●●●● RÉSUMÉ D'ACTION

Les décideurs et les responsables de programmes devront :

- ◆ Passer en revue les politiques et les programmes existants en matière de ressources humaines pour s'assurer qu'ils mentionnent explicitement la nécessité d'avoir des services de pratique de sage-femme et le fait qu'ils doivent être fournis par des sages-femmes professionnelles ou d'autres personnels compétents dans la pratique de sage-femme.
- ◆ Effectuer une évaluation des besoins pour identifier les zones prioritaires dans lesquelles il est nécessaire de recruter davantage ou de mettre en place des mesures spéciales en faveur du recrutement, là où il est difficile de recruter du personnel ou des membres de groupes de minorité ethnique le cas échéant.
- ◆ En tant que mesure intérimaire, en attendant que le nombre de sages-femmes et d'autres personnels compétents dans la pratique de sage-femme ait augmenté, des prestataires de soins de santé n'appartenant pas à la communauté des sages-femmes doivent recevoir une formation supplémentaire et être assignés à une équipe comptant parmi ses membres un praticien des soins de santé jouissant de compétences de pratique de sage-femme de base (ou être supervisé par lui).
- ◆ S'efforcer de décentraliser les services au point le plus proche de la communauté.
- ◆ Faire activement participer les communautés locales à la prise de décision sur l'emplacement des services de pratique de sage-femme et au suivi.
- ◆ Dans la mesure du possible, recruter des sages-femmes ou d'autres personnels compétents dans la pratique de sage-femme de la région. L'idéal serait de faire participer la communauté locale à la fois à la

sélection et au soutien des étudiants par le biais de leur programme de formation et à leur affectation, après l'obtention de leur diplôme.

●●●●●●●●●● RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES DANS DES CONTEXTES PARTICULIERS :

Dans les pays où sévissent des **conflits** ou immédiatement après la résolution de ces conflits, ou dans les cas d'urgences humanitaires :

- ◆ Garantir la sécurité du personnel, de sa famille, des stagiaires et des établissements de formation est essentiel. Cela est tout particulièrement vrai en ce qui concerne le personnel féminin. Des mesures simples comme leur fournir un téléphone portable ou utiliser des systèmes solaires pour l'approvisionnement en électricité est possible même dans des pays à faibles revenus. Mais surtout, il faut travailler avec les leaders de la communauté et obtenir leur coopération pour soutenir et protéger les sages-femmes dans la communauté.
- ◆ Maintenir une compatibilité culturelle et s'assurer que les services sont fournis par des gens locaux que les familles connaissent et acceptent. Faire participer la communauté aux décisions concernant le recrutement et l'affectation des professionnels de la santé.
- ◆ Les programmes de formation préalable et en milieu de travail devraient prévoir le moins de temps possible loin des familles. Il pourra être nécessaire d'envisager des programmes modulaires pour que les stagiaires effectuent leur pratique clinique au sein de leur propre communauté. S'assurer que tout le personnel de la santé a des compétences de pratique de sage-femme minimum et en même temps établir des plans à long terme pour perfectionner les sages-femmes professionnelles.

Dans les pays de grande taille :

- ◆ Réaliser régulièrement des enquêtes sur les ressources humaines (main-d'œuvre) pour identifier où les sages-femmes travaillent et combien d'entre elles vivent et travaillent dans chacune des régions spécifiquement. Certains pays demandent entre autres aux professionnels comme les sages-femmes de soumettre une notification annuelle ou semestrielle de leur lieu de travail, de préciser si elles travaillent à temps partiel ou à temps complet, dans le secteur public ou privé etc.

LE MEXIQUE TROUVE UNE SOLUTION LOCALE POUR ATTEINDRE LES FEMMES INDIGÈNES

CASA (Centro Para los Adolescentes San Miguel de Allende), une ONG basée à San Miguel de Allende et qui a pour mission de fournir des soins de santé sexuelle et reproductive à la population indigène a démontré une réduction impressionnante du taux de mortalité maternelle en formant les femmes indigènes à devenir des sages-femmes professionnelles. L'école a été créée par des accoucheuses traditionnelles qui voulaient que les filles et les femmes des communautés rurales aient accès au métier de sage-femme professionnelle.

En 1997, le Ministère de la santé et le Ministère de l'Éducation ont agréé l'école et ses diplômées. Après avoir suivi un cursus de quatre ans, les diplômées reçoivent une licence professionnelle de sage-femme autonome. Bien qu'elles soient alors obligées de travailler avec CASA pendant une durée déterminée, les diplômées peuvent ensuite obtenir un poste dans les services gouvernementaux.

CASA pense que le succès de cette initiative est due au fait qu'elle s'efforce de contrôler, évaluer et documenter chaque nouvelle idée et initiative afin de recenser les succès et les échecs. L'établissement de cette base d'informations contribue également à renforcer la confiance de la communauté locale vis-à-vis du programme et au plus au niveau (Ministère de la santé).

Pour plus d'informations, visitez leur site web – <http://www.casa.org.mx/midwife.html>

3. QUESTIONS RELATIVES À LA FORMATION : FORMATION INITIALE, FORMATION CONTINUE EN MILIEU DE TRAVAIL ET FORMATION DES ENSEIGNANTS

La formation des sages-femmes doit être de bonne qualité. Elle doit enseigner la réflexion critique et la prise de décision et des compétences qui permettront à la sage-femme de mobiliser la communauté. Comme le soulignent les auteurs d'un article sur les lacunes des systèmes de transfert en cas d'urgences obstétricales, « L'arrivée de la femme dans un centre de secours marque la fin d'un long processus de prise de décision souvent complexe de la part de la cliente et du prestataire de soins, dans lequel les compétences du prestataire de soins et notamment ses compétences en relations humaines jouent un rôle capital. » (Bossyns, Van Lerberghe, 2004).

La formation initiale et la formation continue en milieu de travail devraient toutes deux se baser sur un modèle de compétences. Les compétences requises des sages-femmes et autres personnels prodiguant des soins de pratique de sage-femme pendant la grossesse, avant, pendant et après l'accouchement ainsi que les soins aux nouveau-nés ont été définis par l'ICM (ICM, 2000). Ces compétences ont été définies sur la base d'une étude Delphi rigoureuse à laquelle ont participé des sages-femmes cliniciennes, des éducateurs, des responsables et d'importants décideurs dans le domaine de la pratique de sage-femme (Fullerton, Thompson, 2005).

Les compétences requises portent sur les aptitudes, les connaissances, les attitudes et l'expérience. Le développement des compétences exige une expérience régulière, répétée, supervisée et pratique dans le domaine clinique et l'évaluation des compétences requises. Trop souvent, les programmes actuels ne prévoient pas le perfectionnement ou le contrôle des compétences et supposent qu'un certain niveau de compétences a été atteint sur la base de simulations en classe ou sur des mannequins et le suivi d'un certain nombre de cas pour ce qui est de l'expérience pratique. L'un des grands défis auxquels sont confrontés les pays à faibles revenus est l'écart entre la formation prodiguée dans le contexte scolaire et ses enseignants et superviseurs théoriques et la réalité clinique. Il est crucial de réduire voire éliminer cet écart (Lugina, 2003).

Les messages de plaidoyer ne devraient pas permettre une interprétation souple du terme « compétences ». Lorsque cela a été permis, on a eu tendance à trouver des solutions « miracles » et instantanées qui ne s'avèrent à long terme ni efficaces, ni durables comme le découvrent maintenant de nombreux pays. Souvent, ces solutions

coûtent plus cher à long terme (*Rapport du 1^{er} Forum international sur la pratique de sage-femme dans la communauté : enseignements tirés*, Hammamet, Déc 2006).

Le manque de programmes d'études adéquats pour préparer les sages-femmes à répondre aux besoins de la maternité sans risque, y compris les compétences essentielles permettant de sauver des vies et celles qui permettent d'exercer dans la communauté a été et reste encore un gros problème (Kwast et Bentley, 1991, Kwast et Bergström, 2001).

Il est également essentiel que les programmes d'études et la pratique s'ancrent dans le contexte. Il est possible que les sages-femmes qui travaillent dans un cadre disposant de faibles ressources évitent d'agir en cas d'urgence en raison de leur manque de connaissances des techniques et procédures appropriées comme la compression aortique dans le cas d'une hémorragie post-partum, détaillée dans le manuel de l'OMS Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement, (OMS, 2000), ou la réanimation du nouveau-né avec de l'air ambiant en l'absence d'oxygène (Saugstad, 2005). Il est également important que les soins tiennent compte de la culture afin d'encourager les femmes à faire appel à des professionnels pendant l'accouchement (Knutsson, 2004, Pettersson et al., 2004, Leininger 2002).

Enfin, il est nécessaire de faire des enquêtes au niveau institutionnel pour fournir des informations sur ce qui marche et ce qui ne marche pas. Il faut améliorer la quantité et la qualité de la collaboration entre les établissements de formation et les secteurs cliniques ainsi que les liens entre les institutions au niveau national et du district. L'absence d'une telle collaboration peut retarder la mise en œuvre des changements et l'introduction de nouvelles procédures. Pour améliorer la qualité des soins, il faut que les nouveaux diplômés possèdent ces nouvelles compétences plutôt que des compétences dépassées et inutiles.

●●●●●●●●●● DIFFÉRENTS TYPES DE FORMATION

Il existe quatre grands types de formation qui préparent au métier de sage-femme : a) le modèle d'apprentissage : la stagiaire travaille et apprend sous la supervision directe d'une sage-femme professionnelle ; b) la formation professionnelle 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, et d) la préparation préalable ou en milieu de travail pour celles qui ont déjà une formation d'infirmière. (Benoit, et al., 2001)

Ces quatre types de programmes produisent des sages-femmes compétentes, bien qu'avec un degré variable de succès. Rien ne porte à croire qu'un type de programme présente des avantages très marqués par rapport à un autre. Les programmes destinés à celles qui n'ont pas fait d'études d'infirmière préalables (admission directe) durent de 18 mois à 5 ans environ, et sont en moyenne de 3 ans. Les étudiantes qui ont déjà un diplôme d'infirmière suivent un programme de un à deux ans, et en moyenne de 18 mois. Indépendamment du type de programme, l'un des critères d'admission est généralement une scolarité minimum de 10 ans. Un ou deux pays ont essayé de former des sages-femmes professionnelles qui avaient suivi une scolarité de moins de 10 ans, sans grand succès (Sherratt, 2006).

POINTS CLÉS

- ♦ De nombreuses évaluations et rapports de pays à faibles revenus révèlent qu'il n'existe pas suffisamment de programmes d'études basés sur les compétences pour former les sages-femmes que ce soit pour les préparer à leur métier ou en milieu de travail.
- ♦ Une exposition et une expérience au sein de la communauté devraient être des éléments essentiels des programmes de pratique de sage-femme, mais souvent ce n'est pas le cas.
- ♦ Les formateurs de sages-femmes devraient être elles-mêmes des sages-femmes compétentes et chevronnées. Dans les pays à faibles et moyens revenus, ce type d'enseignantes est difficile à trouver.
- ♦ Les formateurs de sages-femmes devraient avoir reçu une éducation et une formation basée sur les compétences dans des technologies pédagogiques et de formation modernes, ce qui n'est pas le cas dans de nombreux pays.
- ♦ Il est important d'avoir des normes nationales à jour en matière de programmes d'études et d'établissements pédagogiques. Il est également important d'avoir des systèmes d'accréditation qui permettent de vérifier de manière externe que les praticiens chargés des programmes de formation ont les compétences requises.

- ♦ Il faut des normes nationales pour la pratique de sage-femme clinique. Ces normes doivent se baser sur les meilleures preuves disponibles et être adaptées au contexte spécifique. Souvent ces normes n'existent pas ou ne sont plus valables ou simplement ignorées par les praticiens cliniques.
- ♦ Les gens acceptent d'utiliser les services de santé publique s'ils pensent que les programmes de formation préalables sont de bonne qualité. Dans de nombreux pays, il est nécessaire d'instaurer la confiance dans les services publics.

INTERVENTIONS CLÉS

Rectifier les problèmes causés par une formation initiale inadaptée peut coûter cher du point de vue de l'organisation, des ressources humaines et du financement et peut prendre de nombreuses années, sans parler des difficultés endurées par les prestataires de soins de santé et leurs patients, ainsi que la communauté dans son ensemble (Ministère de la santé d'Indonésie, OMS, FNUAP, UNICEF, 2004).

Une exposition dès le départ à des expériences d'apprentissage basées dans la communauté dans le cadre du programme d'études, accompagnée d'un enchaînement vertical d'expériences d'apprentissage basées dans la communauté—partant des soins de santé primaire puis passant aux niveaux secondaire et tertiaire—est extrêmement utile pour développer les compétences requises pour fournir des soins infirmiers, d'après des évaluations réalisées en Afrique du Sud (Ntshali, 2005) ; tout porte à croire que les programmes de formation de sages-femmes bénéficieraient elles aussi d'une telle approche.

RÉSUMÉ D'ACTION

Les décideurs et les responsables de programmes devront :

- ♦ Établir ou revoir les normes nationales pour la formation théorique et pratique de la pratique de sage-femme y compris les normes concernant les programmes de formation préalable et en milieu de travail ; les qualifications nécessaires pour commencer la formation et la préparation des formateurs de sages-femmes et des établissements de formation.
- ♦ Revoir tous les programmes de formation pertinents pour s'assurer qu'ils se conforment aux nouvelles normes et *vérifier en particulier qu'ils sont adaptés au contexte local et comprennent une exposition suffisante à la pratique de sage-femme dans la communauté.*

- ◆ Établir des quotas pour les candidats des minorités ethniques pour s'assurer qu'il y aura suffisamment de recrues pour satisfaire la demande.
 - ◆ S'assurer que les systèmes d'assurance de la qualité pour l'éducation et la formation sont en place, y compris le renforcement ou l'établissement de systèmes d'accréditation solides, pour s'assurer que toutes les sages-femmes et autres personnels compétents dans la pratique de sage-femme, qui travaillent au niveau de la communauté, possèdent les compétences essentielles y compris les compétences SONU de base.
 - ◆ Revoir et réviser et si nécessaire mettre en place des programmes destinés aux formateurs de sages-femmes pour s'assurer que ces formateurs sont à la fois compétents au niveau des aptitudes cliniques et maîtrisent les compétences pédagogiques et de formation modernes.
 - ◆ S'assurer que les formateurs des sages-femmes collaborent avec les sages-femmes cliniciennes pour encourager la cohérence entre la théorie et la pratique.
- des élèves sages-femmes ou dans les situations très complexes ou très faibles :
- ◆ Envisager de décentraliser la formation afin qu'elle puisse avoir lieu à proximité du lieu où vivent les étudiantes potentielles, tout en maintenant une accréditation au niveau national.
 - ◆ Envisager la mise en place de programmes modulaires permettant aux étudiantes de quitter la formation à divers moments afin de permettre un développement par étapes des aptitudes. La formation modulaire permettrait aux stagiaires de quitter le programme lorsqu'elles auront atteint leur niveau personnel optimum et se verraient remettre un certificat qui leur permettrait d'exercer en tant qu'assistantes mais sans les compétences d'une sage-femme professionnelle. Le modèle correspond au programme élaboré par le Canada pour la formation des sages-femmes autochtones (ONSA, 2004)
 - ◆ S'assurer que les manuels de formation sont disponibles dans les langues locales et si possible, dans celles des langues des minorités ethniques.
 - ◆ Mettre en place des programmes d'incitation pour encourager de nouvelles recrues à faire des études de sage-femme et tout particulièrement les filles d'accoucheuses traditionnelles, afin qu'elles perpétuent la tradition familiale en tant que professionnelles.

RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES AU CONTEXTE

Pour les pays dans lesquels il est difficile de recruter

L'EXPÉRIENCE DU ZIMBABWE

De 1980 à 1990, le Zimbabwe a dû accroître rapidement ses effectifs de prestataires des soins maternels et néonataux dans la communauté en raison des mouvements rapides de population qui ont suivi la lutte pour la libération.

Le pays s'est lancé dans un programme de six mois pour perfectionner des groupes d'infirmiers. Au bout de deux ans, on s'est aperçu que ce programme n'était pas assez long pour permettre aux prestataires de soins d'acquérir les compétences qui permettraient d'aider vraiment la communauté. Ce stage de perfectionnement a donc été prolongé de six mois supplémentaires, permettant aux élèves d'acquérir davantage de compétences.

Après une petite expérience sur le terrain, les décideurs ont exigé encore davantage de compétences des élèves sages-femmes et la durée de la formation est donc passée de 12 à 18 mois. Au bout de 18 mois, les sages-femmes étaient capables de prendre des décisions, de réaliser des interventions nécessaires à la survie, de gérer certaines complications et de transférer certaines patientes au moment voulu et de la manière voulue.

Ce programme a alors été utilisé pour améliorer les compétences de tous les prestataires de soins travaillant dans la communauté en tant que techniciennes infirmières sages-femmes et de simplifier les différents types de prestataires de soins afin que le pays n'ait plus qu'un seul type de sage-femme. Une fois que tous les personnels de niveau inférieur ont été mis à niveau, tous les groupes suivants ont reçu une formation d'infirmières générales et ont suivi un programme de pratique de sage-femme d'un an. Ce système est actuellement en opération et sert bien le pays.

4. LA SUPERVISION EST LA CLÉ DU MAINTIEN DE LA QUALITÉ ET DE LA MOTIVATION

Comme chacun sait, il est difficile d'encourager le personnel à agir en fonction des situations (Grimshaw et al 2001). Comme Penny et Murray l'ont noté dans leur bilan des initiatives de formation pour des soins obstétricaux fondamentaux, le personnel qui travaille au sein de la communauté, et en particulier les sages-femmes, doit utiliser ses connaissances pour résoudre les problèmes (Penny & Sheen, 2006). Ces problèmes sont variés et pourront ne survenir que de temps à autre. D'ailleurs il est possible que des sages-femmes qui travaillent au niveau de communauté n'aient jamais rencontré au cours de leur formation initiale certains des problèmes et complications auxquels elles risquent d'être confrontées plus tard dans leur carrière. Pour cette raison et en vue du fait que le contrôle de la qualité et les améliorations doivent être continus, il est essentiel de superviser le développement des capacités des sages-femmes et en particulier, de celles qui travaillent dans la communauté. Pourtant, cette supervision accompagnée d'un soutien a été quelque peu négligée jusqu'à récemment et il existe peu d'exemples sur lesquels on pourrait s'appuyer pour en tirer des modèles de pratiques exemplaires.

Pour que la supervision développe les capacités, elle doit faire plus que d'évaluer des données et d'étudier des dossiers. Elle doit apporter un soutien fourni par des sages-femmes compétentes sur le plan clinique. Elle doit permettre une discussion libre et ouverte sur les pratiques cliniques et donner aux prestataires de soins l'opportunité de reconnaître leurs points faibles et leur besoin d'aide ou de formation. La supervision devrait permettre aux sages-femmes de remplir pleinement leur rôle. Elle doit offrir un cadre permettant d'observer une pratique correspondant à des normes professionnelles, par le biais d'un bilan des connaissances, du savoir et des compétences qui soit non-conflituel, confidentiel et à l'initiative de la sage-femme (ENB, 1999, Stapleton et al., 1998).

Offrir un soutien par des sages-femmes compétentes et établir des réseaux entre les personnels, surtout entre ceux qui travaillent dans des zones isolées et qui n'ont pas accès à une aide professionnelle peut être utile et améliorer la qualité des soins.

POINTS CLÉS

- ♦ La supervision est bien davantage qu'une simple liste de contrôle à remplir envoyée par le bureau de la santé provincial ou national et doit être effectuée par quelqu'un qui possède les connaissances et l'expérience requises en matière de pratique de sage-femme.

LE RENFORCEMENT DE LA SUPERVISION EST LA CLÉ AU BANGLADESH

Depuis 2001, le Bangladesh développe un programme de formation sur mesure pour un type de sage-femme communautaire particulier, appelé accoucheurs qualifiés en milieu communautaire (CSBA), basé sur les travailleurs de la santé communautaires existants, la visiteuse familiale et l'assistante chargée de la santé des femmes. Le programme de formation des CSBA a été adapté à la situation du Bangladesh, où 90 pour cent des accouchements ont encore lieu à domicile et où 13 pour cent seulement ont lieu en présence d'un accoucheur qualifié. La formation se divise en trois modules : une formation initiale de six mois suivie d'une période de neuf mois (ou plus) avec supervision et travaux pratiques sur le terrain. Après avoir atteint les objectifs de pratique fixes, le programme s'achève par un cours de trois mois supplémentaires.

La supervision des CSBA est assurée par des visiteuses familiales qui ont reçu une formation spéciale en pratique de sage-femme, qui se concentre sur les aptitudes nécessaires à la survie ainsi qu'une formation supplémentaire en matière d'encadrement. Le CSBA doit tenir un journal dans lequel il note ses expériences pendant le travail pratique supervisé. Le journal est un élément important de l'encadrement. En effet, les superviseurs consultent le journal et s'entretiennent avec le CSBA de sujets comme la pratique clinique et offrent une formation sur le tas dans les domaines où des lacunes sont identifiées.

L'encadrement des CSBA n'est pas une activité isolée. Elle s'inscrit dans une structure de supervision sophistiquée actuellement en cours de développement, qui finira par couvrir tous les niveaux de prestation de soins de santé maternels.

- ◆ Dans de nombreux pays, le manque de supervision est fortement lié au manque de fonds comme dans le cas du Burkina Faso (présentation nationale faite pendant le 1^{er} forum international sur la pratique de sage-femme dans la communauté : enseignements tirés. Hammamet, Tunisie, 2006).
- ◆ La supervision est une fonction distincte de la gestion des services de pratique de sage-femme bien que les deux soient liées. Dans certaines régions, les superviseurs pourront être responsables des deux. La supervision et ceux qui en sont chargés jouent donc un rôle important dans la protection du public.

● ● ● ● ● ● ● ● ● ● INTERVENTIONS CLÉS

La supervision est un élément critique de la « gouvernance clinique », qui a été définie en tant que « structure dans le cadre de laquelle les organisations doivent rendre des comptes sur l'amélioration continue de la qualité de leurs services et le respect de niveaux de soins élevés en créant un environnement dans lequel l'excellence des soins cliniques pourra s'épanouir. » (Ministère de la santé, 1998)

La discipline que savent s'imposer les professionnels et l'éducation permanente (mise à jour et développement professionnels permanents) sont les deux autres éléments clés de la gouvernance clinique. La supervision accompagnée d'un soutien qui cherche à aider le person-

nel à poser un regard critique sur sa pratique professionnelle, est l'élément clé de la gouvernance clinique et donc de la protection des normes. (Ministère de la santé, 1998)

● ● ● ● ● ● ● ● ● ● RÉSUMÉ D'ACTION

Les décideurs et les responsables de programmes devront :

- ◆ Établir des systèmes fondés sur des modèles de gouvernance clinique, destinés à maintenir et à améliorer la qualité des soins de pratique de sage-femme dans la communauté ;
- ◆ Exiger que chaque district nomme une personne chevronnée chargée de la supervision et du soutien des sages-femmes au sein du district ; offrir des conseils techniques aux équipes de planification et de gestion du district sur la qualité de la pratique de sage-femme et d'autres questions s'y rapportant et commander une formation en milieu de travail le cas échéant ;
- ◆ Développer des critères pour les superviseurs de sages-femmes qui travaillent dans la communauté, exigeant entre autres que tous ceux qui supervisent les soins de pratique de sage-femme soient eux-mêmes compétents dans ce domaine et aient reçu une formation en matière de supervision des sages-femmes.

5. CONTEXTE FAVORISANT, EN PARTICULIER GARANTIE D'UN ENVIRONNEMENT POUR EXERCER EN TOUTE SÉCURITÉ

Un système de santé efficace est essentiel pour réduire la mortalité maternelle et néonatale. D'après Koblinsky, (2003, p.6) « Une assistance à l'accouchement par un accoucheur qualifié à domicile ou dans un centre médical, s'appuyant sur un système de transfert adéquat, peut réduire le RMM d'environ 50 % ou même plus. »

Un système de santé efficace est également essentiel dans de nombreux autres domaines de santé prioritaires comme le recul de la malaria ; les programmes sur les IST et le VIH/SIDA ; la lutte contre les maladies négligées ; l'éducation sanitaire et la promotion de la santé et même le transfert immédiat de premier secours pour les accidents et les urgences. Renforcer les systèmes de santé est donc une nécessité absolue pour tous les pays.

La réduction de la mortalité maternelle ne nécessite pas d'équipements ou de technologies compliqués. Elle dépend de la fourniture régulière et adéquate de médicaments sûrs et peu coûteux, d'équipements de base comme des fournitures pour maintenir des précautions universelles contre les infections (VIH/SIDA et autres infections transmissibles par le sang), une supervision efficace qui s'accompagne d'un soutien, des moyens de transport et des liens avec des infrastructures SONU adéquates.

La participation active de la communauté est un élément essentiel et couvre le soutien aux sages-femmes qui travaillent au niveau de la communauté afin que leur intervention s'intègre parfaitement dans celle de l'équipe de maternité au complet dont elles sont des membres clés. De plus, la communauté doit encourager et soutenir les femmes à faire appel aux services disponibles et à éviter les accouchements à domicile sans la présence d'une personne capable de fournir des soins obstétricaux qualifiés. La communauté a un rôle important à jouer pour créer un environnement favorable et doit bénéficier d'un soutien à cet égard.

POINTS CLÉS

- ◆ Certains pays se heurtent au problème du manque de responsabilisation des femmes lorsqu'ils tentent d'accroître la fourniture de soins de pratique de sage-femme et l'accès à ces soins. Les femmes doivent être responsabilisées afin d'exiger un accès aux soins de pratique de sage-femme et de participer à la mise en place de services et au suivi des améliorations des niveaux de qualité, pour s'assurer que les soins de maternité sont acceptables, accessibles et appropriés sur le plan culturel (Portela, Santarelli, 2003).
- ◆ Le soutien de la communauté locale et des leaders communautaires et la participation active des hommes est vitale, malgré les obstacles à la participation de ces derniers (Mullay, 2006).
- ◆ Les inégalités entre les sexes affectent également le statut des sages-femmes ; il est donc plus difficile de donner aux sages-femmes le soutien dont elles ont besoin pour fonctionner efficacement (Sherratt, 2006).
- ◆ Les données tirées de nombreuses études sur la mortalité maternelle révèlent que le maintien de taux élevés de RMM est lié à l'incapacité du système de santé de fournir les soins appropriés, au bon moment et de la façon voulue (Geelhoed et al., 2003 [Ghana], Castro et al., 2000 [Amérique latine], Massawe et al., 1997 [Tanzanie]).
- ◆ Les protocoles cliniques doivent être adéquats, régulièrement mis à jour et concerner à la fois les soins basés dans des centres médicaux et dans la communauté.
- ◆ Les médicaments essentiels pour les soins SONU devraient être inclus sur le registre national des médicaments. Il faut garantir un approvisionnement continu et sûr de médicaments essentiels à la communauté.
- ◆ La pénurie d'équipements et de fournitures de base et l'entretien des équipements sont des problèmes importants dans la plupart des pays à forte charge.
- ◆ Il faut mettre en œuvre des efforts nationaux pour établir des priorités dans les besoins de transfert d'urgence et les soins de santé primaire en renforçant les réseaux de transfert et les systèmes de transport d'urgence (Razzak, Kellerman, 2002, De Brower, Van Leberghe, 2004)
- ◆ Les sages-femmes ou autres personnels compétents dans la pratique de sage-femme qui travaillent dans la communauté, font partie intégrante de l'équipe de soins de maternité et doivent bénéficier du respect et de la reconnaissance qui leur sont dus.

- ♦ Le moral et la motivation du personnel, les sentiments de sécurité, etc. contribueront également à cette impression de travailler dans un environnement favorable (Vlassoff, Fonn 2001) et on doit leur accorder une haute priorité.
- ♦ Les opportunités de carrière pour l'avancement personnel affectent la motivation des effectifs et contribuent à un environnement favorable.
- ♦ Tous les travailleurs, y compris les praticiens de la pratique de sage-femme qui travaillent dans la communauté, ont des droits de protection dans le cadre des diverses conventions internationales et en particulier de l'OIT - C155 Convention sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981.

●●●●●●●●●● INTERVENTIONS CLÉS

Afin de renforcer les systèmes de santé, des actions prioritaires doivent être identifiées et ciblées. Des systèmes d'amélioration de la qualité comme les améliorations continues des soins de qualité totale, les cercles de qualité et même la mise en place de systèmes de suivi de base, ainsi que l'utilisation d'évaluations des besoins, d'audits cliniques, d'enquêtes communautaires, d'enquêtes confidentielles sur les décès maternels et d'enquêtes sur les cas de quasi-accidents peuvent tous permettre d'identifier des domaines prioritaires. Ils peuvent cibler avec précision des domaines d'actions prioritaires afin que les sages-femmes communautaires puissent faire leur travail dans un environnement positif. La mise en œuvre d'actions prioritaires au fil du temps entraînera des améliorations.

Dans un environnement de travail positif, les professionnels de la santé peuvent faire tout leur travail et fonctionner efficacement, conformément aux normes nationales, sans se préoccuper de leur santé ou de tout dommage encouru par la santé de leurs patients ou clients. Les droits des patients et des clients ne remplacent pas les droits des praticiens de la santé, au niveau de la sécurité, de la protection contre le harcèlement et des dommages physiques ou mentaux. (CII, 2006)

Bien que les employeurs et le personnel soient responsables de garantir un environnement de travail positif, ce sont les gouvernements qui sont en dernier ressort responsables d'établir des priorités dans la législation et les cadres sur la sécurité au travail. Pour ce faire, ils établissent des normes de pratique nationales et des cadres de sécurité pour tout le personnel employé ainsi que des droits pour les patients et les clients qui s'appliquent, dans tous les cas, aux secteurs public et privé.

LA TANZANIE AMÉLIORE LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME À PROXIMITÉ DU LIEU OÙ HABITENT LES FEMMES

Début 2001, Family Care International (FCI) et le Ministère de la santé de Tanzanie ont réalisé une évaluation sur la disponibilité et la qualité des soins de maternité dans le District d'Igunga, dans la région de Tabora, au centre-ouest de la Tanzanie. Cette évaluation a identifié de graves problèmes dans les établissements de santé d'Igunga, notamment des pénuries chroniques de fournitures et de médicaments, ainsi que des lacunes dans les connaissances et les aptitudes des prestataires de soins, un système de transfert défectueux et une pénurie d'eau propre. L'évaluation a également démontré que les infrastructures de santé de niveau inférieur, où ont lieu la majorité des accouchements, étaient les moins bien desservis et les moins aptes à fournir des soins de bonne qualité pour empêcher et gérer les urgences obstétricales et néonatales.

Avec l'aide de FCI, les responsables de la santé du district ont commencé à aborder ces problèmes. Spécifiquement, des interventions ont été mises en œuvre pour renforcer la logistique et améliorer la disponibilité de médicaments et de fournitures essentiels. De plus, FCI a participé à l'achat d'une nouvelle ambulance et à l'installation d'un système d'appel radio reliant l'hôpital aux centres médicaux ruraux afin que les patients exigeant des soins sophistiqués puissent être rapidement transférés. À tous les niveaux du système de santé, des prestataires de soins de maternité ont reçu une formation dans des soins obstétricaux nécessaires à la survie et dans les soins de santé maternels de routine, y compris des soins prénatals, d'accouchement et post-partum de qualité. Beaucoup de ces prestataires de soins n'avaient suivi aucun cours de recyclage dans la pratique de sage-femme ou en obstétrique depuis leur formation de base et des évaluations de leurs aptitudes réalisées avant le stage avaient révélé de graves lacunes dans leurs connaissances et leurs capacités à identifier les complications et à y faire face. Une évaluation récente de leur travail a démontré une augmentation des taux de personnel qualifié à l'accouchement et que le personnel de maternité à divers niveaux du système de santé est plus à même d'identifier les complications et d'y remédier.

Pour plus d'informations sur l'aide de FCI voir <http://www.familycareintl.org>

●●●●●●●●●●
RÉSUMÉ D'ACTION

Les décideurs et les responsables de programmes devront :

- ◆ Établir ou réviser les normes nationales concernant la pratique clinique, la formation et la gestion des ressources humaines notamment revoir et réviser les cadres de réglementation pour garantir le droit des prestataires de pratique de sage-femme à exercer, ainsi que leur droit à réaliser des soins SONU de base.
- ◆ Revoir et réviser le registre essentiel des médicaments en fonction des besoins pour s'assurer que tous les médicaments essentiels pour la santé maternelle et néonatale y sont inclus.
- ◆ Établir des critères minimums pour les infrastructures SONU.
- ◆ Développer et mettre en œuvre des systèmes d'amélioration de la qualité pour s'assurer que toutes les infrastructures SONU satisfont les normes minimums pour la fourniture d'équipements essentiels, des médicaments, du personnel, de la qualité de soins technique, de l'accès et de l'acceptabilité.
- ◆ Encourager activement la participation des communautés locales dans la gestion des services locaux afin qu'ils ressentent un sentiment de responsabilité vis-à-vis de la sécurité et de la protection du personnel et puissent contribuer à mettre en place des systèmes de transfert appropriés et réalistes.
- ◆ Établir des systèmes permettant aux personnels et à leur famille de bénéficier de checkups réguliers et des immunisations essentielles et d'accéder aux soins médicaux subventionnés ou gratuits.
- ◆ Développer et appliquer des systèmes d'amélioration de la qualité pour les praticiens travaillant dans la communauté, notamment l'utilisation d'enquêtes de satisfaction basées dans la communauté, le suivi de tous les décès maternels et quasi-accidents et des audits sur la façon dont les sages-femmes exercent leurs fonctions.
- ◆ Établir des protocoles pour la santé et la sécurité au travail et établir des rapports et mener des enquêtes sur les incidents qui affectent clients ou personnel.
- ◆ Travailler avec des associations professionnelles pour identifier des cheminements de carrière appropriés pour les sages-femmes qui travaillent dans la communauté, y compris la progression jusqu'à des postes d'enseignement et de direction. Cela contribuera à améliorer la motivation ce qui aidera en conséquence le recrutement et le maintien du personnel.

6. SUIVI ET ÉVALUATION : ÉVALUER QUOI, POURQUOI ET COMMENT ?

Le suivi et l'évaluation sont des domaines très importants de la programmation, mais qui ont souvent été négligés. Jusqu'à récemment, on s'était peu préoccupé de la nécessité d'effectuer un suivi permanent et une évaluation périodique de vastes projets de pratique de sage-femme dans la communauté. Très peu de programmes actuels prévoient une évaluation intégrée et il est donc difficile de connaître leurs résultats en matière de santé et donc de savoir s'ils sont efficaces ou non.

Comme le Dr Hussein (IMMPACT) le mentionnait dans une présentation au Forum, il n'est pas toujours possible d'utiliser le RMM et parfois, celui-ci n'est pas le paramètre approprié pour contrôler et évaluer le résultat souhaité d'un programme. Elle suggère qu'une étude par étape pourrait être plus appropriée pour les programmes destinés à renforcer la pratique de sage-femme dans la communauté. Dans une étude par étape, la même intervention ou un ensemble d'interventions sont lancés de manière échelonnée dans différents districts, afin de comparer les résultats. Cette méthode est particulièrement appropriée lorsque l'on prédit que l'intervention aura des conséquences plus positives que négatives. Elle est également utilisée lorsque, pour des raisons logistiques, pratiques ou financières, il n'est pas possible d'intervenir simultanément auprès de tous les participants. Ces études par étapes offrent un certain nombre d'opportunités au niveau de l'analyse des données en particulier pour modéliser les conséquences du temps sur l'efficacité d'une intervention (Brown, Lilford, 2006). La première étude connue dans laquelle ce modèle a été utilisé a été l'étude sur l'hépatite menée en Gambie en 1987 (Groupe d'étude sur l'hépatite en Gambie, 1987).

La plupart des programmes sur la maternité sans risque se base sur des indicateurs de processus assez standard (UNICEF, OMS, FNUAP, 1997; Pathak et al., 2000; Paxton, Bailey, Lobis, 2006). Cependant, on les utilise le plus souvent pour évaluer la disponibilité, l'utilisation et la qualité des soins obstétricaux. Ces indicateurs pourront ne pas être utiles dans les pays où le niveau des accouchements assistés par un accoucheur qualifié est faible (Gottlieb et al., 2002).

POINTS CLÉS

- ♦ Les programmes pour la maternité sans risque devraient intégrer dès le départ des plans de suivi et d'évaluation afin d'évaluer leur efficacité.
- ♦ L'absence d'un point de référence universel pour définir ce que l'on entend par accoucheur qualifié a non seulement engendré une confusion et un manque de validité au sujet de cet indicateur, elle a également donné lieu à des écarts considérables qui n'ont donc pas permis de faire des comparaisons entre les programmes (Stanton, 2006).
- ♦ Il n'existe pas actuellement beaucoup d'outils fiables et qui ont fait leurs preuves pour évaluer les compétences de pratique de sage-femme des prestataires de soins de santé.
- ♦ Les normes mises en place pour calculer le nombre nécessaire de sages-femmes et autres personnels compétents dans la pratique de sage-femme, doivent prendre en compte le mélange des compétences souhaitées pour prendre en charge les urgences obstétricales. La norme nationale de base communément utilisée d'une sage-femme pour 5 000 habitants devra peut-être être adaptée pour refléter les situations géographiques différentes, prendre en compte les autres obligations personnelles ou professionnelles de la sage-femme et les variations en matière de fertilité. Par exemple, il faudra davantage de sages-femmes dans les pays où les taux de fertilité sont très élevés.

INTERVENTIONS CLÉ

« Il est impossible d'atteindre ou de manquer un objectif sans le mesurer ». À moins qu'un suivi régulier et des programmes d'évaluation périodique soient intégrés dès le départ, il sera impossible de se rendre compte de l'efficacité d'un programme ou de savoir si une nouvelle intervention atteint ou non son but.

Le suivi régulier doit s'appuyer sur la collecte de données de routine. Le suivi comme l'évaluation doivent faire participer les sages-femmes au niveau de la

communauté ainsi que les membres de la communauté eux-mêmes, aussi bien au niveau de la collecte de données que de l'analyse, afin que les sages-femmes puissent utiliser les résultats. Ceci est particulièrement important lorsque l'on évalue les initiatives de formation dans lesquelles, pour des raisons pragmatiques, des modèles descriptifs et non-expérimentaux exigeant des études réalisées avant, pendant et après l'initiative en question sont le seul moyen d'évaluer leur efficacité (Campbell, 1999).

Enfin, il est nécessaire de s'assurer que les données sont pertinentes et utiles aux personnes qui les ont réclamées. Dans le cas contraire, la fiabilité des données sera toujours mise en question.

●●●●●●●●●● RÉSUMÉ D'ACTION

Les décideurs et les responsables de programmes devront :

- ◆ Préparer un plan de suivi et d'évaluation intégré au plan de mise en œuvre initial.
- ◆ Définir précisément le résultat attendu du programme et s'assurer que les données de routine sont comparées afin d'évaluer ces résultats.

- ◆ Utiliser les compétences essentielles de l'ICM en matière de pratique de sage-femme en tant que repère pour évaluer les aptitudes et compétences du personnel de pratique de sage-femme (disponibles sur le site web de l'ICM <http://www.internationalmidwives.org>).
- ◆ Établir des indicateurs de base par le biais d'évaluations des besoins. Ils ne doivent pas être longs ou trop ambitieux.
- ◆ S'assurer que les sages-femmes au niveau communautaire participent à la conception du programme de suivi et d'évaluation ainsi qu'à la collecte et à l'utilisation des données
- ◆ Faire participer la communauté au suivi et à l'évaluation : sa perception de la qualité a des conséquences directes sur l'utilisation des services.
- ◆ Utiliser des données de suivi régulier et d'évaluations périodiques pour apporter des changements au programme.

Contrôler la répartition des sages-femmes en utilisant un ratio sage-femme/accouchements (FNUAP, 2007) et s'assurer que les données sont ventilées afin d'identifier les zones mal desservies et certaines zones au sein des districts où l'accès aux sages-femmes est limité.

SÉNÉGAL – PRENDRE DES DÉCISIONS STRATÉGIQUES INFORMÉES

Pour les pays dont les ressources sont limitées, des données fiables tirées d'un suivi régulier et d'évaluations périodiques sont essentielles pour prendre des décisions informées. C'est ce qu'a découvert le Sénégal. Le Sénégal a enregistré une importante réduction de son RMM qui est passé de 691 en 2000 à 401 en 2005. Grâce à des données de suivi fiables dans le temps, non seulement sur le nombre des décès maternels mais aussi sur leur emplacement géographique et leurs causes ainsi que sur la façon dont les services et le personnel sont répartis et utilisés, le Sénégal a pu développer et mettre en œuvre des stratégies abordant tous les grands domaines prioritaires.

Parce que les données dont ils disposent sont liées à des échéances précises, ils savent que l'accès aux soins médicaux reste inéquitable. De récents rapports suggèrent que 40 pour cent seulement des 11 millions d'habitants ont accès aux services de soins médicaux. Des données sur les infrastructures et le personnel de santé révèlent que près des trois-quarts de tous les professionnels de la santé qualifiés sont essentiellement situés dans deux villes : Dakar et Thiès. En 2000, le Sénégal a pu se lancer dans un ambitieux programme basé sur ces données et destiné à rééquiper un grand nombre de centres médicaux et à s'assurer qu'ils fournissent des soins SONU.

Une récente évaluation des stratégies de réduction du RMM au Sénégal, entreprise avec l'aide du FNUAP, d'IMPACT et de CEFORP (Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction), a démontré l'importance de l'engagement politique en faveur du développement et de la mise en œuvre de stratégies de réduction du RMM. Elle a également démontré l'importance, pour la prise de décision efficace, de données fiables sur tous les aspects des services de soins médicaux et sur la prestation de ces services ainsi que des données complètes sur les décès maternels.

Rapport provisoire. *Évaluation Des Stratégies De Réduction Des Barrières Économiques, Socioculturelles, Sanitaires Et Institutionnelles À L'accès Aux Soins Obstétricaux Au Sénégal*, mars 2007

7. FINANCEMENT, ADMINISTRATION ET MOBILISATION ET GESTION DES RESSOURCES

L'une des responsabilités fondamentales qui incombe à tous les gouvernements, est de s'assurer que les soins médicaux de base – qui comprennent un accès à des soins obstétricaux qualifiés pendant la grossesse mais aussi pendant et après l'accouchement – atteignent toutes les femmes et les nouveau-nés et plus particulièrement ceux qui vivent dans la pauvreté dans les zones urbaines et rurales. Le message crucial de la série du Lancet sur la survie maternelle, rappelle à la communauté internationale que la professionnalisation des soins de maternité est une priorité absolue (Horton, 2006). Elle est plus que jamais nécessaire pour le personnel chargé des services de maternité au niveau de la communauté. Comme le soulignent Campbell et al., dans leur article publié dans la série du Lancet, « Une intervention unique ne peut prétendre à elle seule réduire la mortalité et la morbidité maternelles. Ce qu'il faut, c'est un ensemble d'interventions visant avant tout le plus grand nombre de gens possible » (Campbell et al., 2006).

Le graphique publié dans l'article de Campbell et al. démontre clairement la contribution que les sages-femmes qui travaillent au niveau de la communauté peuvent apporter en faveur des mères. Si elles sont convenablement formées et soutenues, les sages-femmes peuvent fournir pratiquement tous les éléments requis dans cet ensemble d'interventions. Elles ne peuvent pas prendre en charge des actes chirurgicaux qui sauveront des vies mais elles peuvent accroître le nombre de femmes qui aura accès, le cas échéant, à ces interventions en aidant les familles à faire des projets réalistes et à préparer des plans d'urgence en matière d'accouchement, en appliquant correctement le partographe et en suivant un protocole de gestion. Les sages-femmes peuvent également réaliser la plupart des interventions qui sauveront les vies des nouveau-nés. Les sages-femmes qui travaillent au niveau de la communauté constituent un investissement rentable.

Seule une bonne gouvernance, qui inclut l'accès à des données fiables et cherche à atteindre les pauvres, peut permettre aux gouvernements de prouver qu'ils satisfont à leur obligation, convenue sur le plan international, de réduire la pauvreté conformément à l'OMD-5. Garantir des soins de pratique de sage-femme équitables exige des mesures intensifiées et des investissements importants pour lesquels des fonds supplémentaires seront nécessaires (Borghetti et al., 2006). Il faudra donc se

concentrer davantage sur la mobilisation des ressources et le renforcement des systèmes de gestion et établir des budgets de santé réalistes qui prennent en compte la nécessité de trouver des fonds supplémentaires.

Financer les soins de santé et les mesures d'encouragement pour le personnel est particulièrement difficile en vue de la pénurie des ressources humaines au plan international. De plus, il est admis que le succès de tout effort d'envergure pour renforcer des domaines de santé prioritaires comme la santé maternelle et néonatale passera sans aucun doute par les ressources humaines. (JLI, 2004, Wyass, 2003). Cependant, les données indiquent que le financement des services de santé en général et des services destinés plus spécifiquement à la mère et au nouveau-né, n'ont pas atteint les niveaux requis et dans certaines régions, ne sont pas suffisants pour offrir même les soins les plus élémentaires à la majorité d'entre eux. (Ensor, Ronoh, 2005). Les études montrent que les femmes pauvres sont particulièrement vulnérables pendant la grossesse et tout particulièrement au moment de l'accouchement, surtout si des complications surviennent (Ranson, 2002).

POINTS CLÉS

- ♦ Jusqu'à récemment, on s'est peu préoccupé du financement des services de pratique de sage-femme dans la communauté et dans la plupart des cas, il reste inadéquat.
- ♦ Dans de nombreux pays, les parlementaires et les décideurs n'ont pas pleinement conscience des problèmes liés à l'accès aux soins de pratique de sage-femme dans la communauté et souvent ne comprennent pas les difficultés qui se posent.
- ♦ Des soins de maternité payants ont été introduits sans que l'on ait pu démontrer de manière définitive que les pauvres en tirent un bénéfice. Par contre, tout porte à croire que ces soins payants ont un effet négatif sur les très pauvres (Borghetti, 2006).
- ♦ Dans de nombreux pays, les soins de pratique de sage-femme dans la communauté sont trop souvent confiés à des bénévoles ou à des travailleurs polyvalents semi-qualifiés et mal supervisés.

- ◆ Même lorsque les programmes pour la maternité sans risque visent à augmenter le nombre d'accouchements dans des établissements du type centres médicaux, cliniques ou hôpitaux, les femmes et les nouveau-nés doivent avoir accès à des soins de pratique de sage-femme basés dans la communauté.
- ◆ Les femmes qui ont accès à des soins obstétricaux qualifiés dans la communauté pendant la grossesse seront plus susceptibles de rechercher des soins obstétricaux qualifiés pendant l'accouchement lui-même (FCI, 2002).
- ◆ La performance des prestataires de soins peut accroître la productivité et donc nécessiter moins de personnels de santé (Wyss, 2003) ; pourtant la plupart des efforts destinés à améliorer la performance des prestataires s'est concentrée sur la formation plutôt que sur le développement des capacités et la motivation des travailleurs.
- ◆ Les efforts de décentralisation se sont principalement concentrés sur des réformes financières et structurelles et n'ont pas tenu suffisamment compte de la dimension humaine (Kolechmainen-Aitken, 2004).

●●●●●●●●●● INTERVENTIONS CLÉS

La récente série du Lancet sur la survie maternelle suggère que « Les 12 à 18 mois prochains seront critiques pour le plaidoyer en faveur de la maternité sans risque et offriront une opportunité sans précédent de corriger les erreurs du passé et de saisir de nouvelles opportunités. » (Starrs, 2006)

L'article de Koblinsky et al., publié dans la série du Lancet intitulé « Renforcer les soins obstétricaux qualifiés professionnels » suggère que les principaux obstacles à l'expansion des soins est la terrible pénurie des prestataires de soins qualifiés et des infrastructures de santé, la mauvaise qualité des soins et le peu d'empressement des femmes à utiliser des services de maternité qui coûtent cher sans que la qualité des services le justifie. L'article souligne alors la nécessité d'une prise de décision stratégique dans trois domaines

principaux—la formation, l'affectation et le maintien en place des travailleurs de la santé (Koblinsky et al., 2006). Ces trois domaines sont d'égale importance et exigent tous trois de prendre des mesures au plus haut niveau sur le plan des politiques et des programmes ainsi que de prévoir un financement adéquat.

●●●●●●●●●● RÉSUMÉ D'ACTION

Les décideurs et les responsables de programmes doivent :

- ◆ Identifier les facteurs qui influencent le plus nettement la motivation du personnel de pratique de sage-femme au niveau de la communauté, surtout dans les zones urbaines et rurales pauvres et développer des politiques, des procédures et des systèmes pour agir sur ces facteurs.
- ◆ S'assurer que des budgets réalistes sont prévus au niveau national, infranational et du district, en faveur des services de santé maternels et néonataux et pour la formation du personnel de soins de santé à tous les niveaux et réclamer un financement total du budget.
- ◆ Établir des niveaux de production nationaux pour les prestataires de services de pratique de sage-femme, basés sur des demandes réalistes en faveur de services équitables et lorsque cela s'avère nécessaire, négocier avec d'autres secteurs y compris le secteur de l'éducation et des finances pour atteindre les objectifs de production nationaux.
- ◆ Tirer parti de l'influence des groupes de détenteurs d'enjeux, y compris les ONG, la société civile et notamment les associations professionnelles et les groupes d'hommes influents, pour militer en faveur d'investissements supplémentaires dans les soins de pratique de sage-femme dans la communauté, en tant que droit de l'être humain.
- ◆ Garantir des programmes de financement pour la santé maternelle sans compter sur la facturation de ces services et en permettant aux plus pauvres d'accéder aux services de santé maternelle et néonatale.

APPEL À 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.

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 :

- ♦ 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 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.

RÉFÉRENCES

- Alexander et al. Leadership in Collaborative Community Health Partnerships. *Nonprofit Management and Leadership* 2001, 12(2); 159-175
- Andabee SS. Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Soc Sc. & Med* 52, 9, May 2001; 1359-1370
- Benoit C, et al. Designing midwives. A comparison of education models. In Devries R, Benoit C, Van Teijlingen E, Wrede S. (eds) *Birth By Design. Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe*. Routledge, New York, London. 2001
- Borghj J, et al Mobilizing financial resources for maternal health. *The Lancet Maternal Survival Series*, Sept. 2006; 51- 59
- Bossyns, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health* 2004, 4. Accesses on web at www.human-resources-health.com/content/2/1/1
- Brown CA, Lilford RJ. The stepped wedge trail design: a systematic review. *BMC Med Res Methodol.* 2006; 6: 54. Published online 2006 November 8..Access Biomed Central Ltd 21 February 2007
- de Bernis L, Sherratt DR, AbouZhar C, Van Lerberghe W. Skilled attendants for pregnancy and childbirth *British Medical Bulletin*, Volume 67; 39-57, 2003
- Campbell O. Measuring Progress in Safe Motherhood Programmes: Users and limitations of Health Outcome Indicators. In Bere M, Sundari Ravindran TK (eds). *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*. London Blackwell Science for Reproductive Health Matters, 1999
- Campbell O, Graham W. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *The Lancet Maternal Mortality Series*, 2006; 25-40
- Deepa N, Chambers R, Shah MK, Petesch P. Voices of the Poor: Crying Out for Change. World Bank New York, N.Y: Published for the World Bank, Oxford University Press. 2000 available on WB. *Voices of the Poor*. Website. WWW1. worldbank.org/prem/poverty/voices, accessed 21 Feb, 2007
- DoH. *First Class Service*. Department of Health, HMSO: London, 1998
- Doyal L. *What makes women sick? Gender and the Political Economy of Health*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1995.
- ENB. *Supervision in Action – a practical guide for midwives*. English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting: London, 1999.
- Ensor T, Ronoh J. Effective financing of maternal health services: a review of the literature. *Health Policy.* 2005; 75: 49-58
- FCI. Skilled care during childbirth: Policy brief. *Family Care International on behalf of Partnership for Maternal, Newborn and Child Health*, available on web at www.who.int/pmnch
- Fonn S, Xaba M. Health Workers for change: developing the initiative. *Health Policy & Planning:* 2001,16 (suppl. 1):13-18
- Fullerton J, Thompson J. Examining the evidence for The International Confederation of Midwives' essential competencies for midwifery practice. *Midwifery.* 2005, Mar21(1); 2-13
- Gambia Hepatitis Study Group. The Gambia Hepatitis Intervention Study. *Cancer Research.* 1987, 47:5782-5787
- Gwatkin DR, Bhuyia A, Victoria CG. Making health systems more equitable. *The Lancet.* 2004, 364 (9441): 1273-1280
- Gottlieb P, Lindmark G. WHO Indicators for Evaluation of Maternal Health Care Services, Applicability in Least Developed Countries: A Case Study from Eritrea. *African Journal of Reproductive Health. Women's Health and Action Research Centre.* 2002, 6:2; 13-22
- Grimshaw JM, et al. Changing provider behaviour: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2002, 39(suppl 21):2-45
- Horten R. Health motherhood and urgent call to action [Editorial] *The Lancet Maternal Survival Series*, 2006
- ICM. *Essential competencies for midwives*. available at www.internationalmidwives.org
- ICN. *Informational and Action Toolkit on Positive Practice Environments by Baumann*, 2007 available at www.icn.ch

- Jewkes R, Abrahams N, MVO Z. Why do Nurses Abuse Patients? Reflections From South African Obstetric Services. *Soc Sci Med* 1998; 47, 11: 1781-179
- Knutsson, A, *To the best of Your Knowledge and for the Good of Your Neighbor. A study of traditional birth attendants in Addis Ababa, Ethiopia.* Gothenburg, Acta Universitatis Gothoburgensis. 2004.
- Koblinsky M, et al. Going to scale with professional care. *The Lancet Maternal Survival Series*, 2006; 41- 50
- Koblinsky M (Ed) Reducing Maternal Mortality: Learning from *Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica and Zimbabwe.* Human Development Network. Health, Nutrition and Population Series. The World Bank. Washington, DC. 2003
- Kolehmainen-Aitken R. Decentralization's impact on the health workforce: Perspectives of managers, workers and national leaders. *Human Resources for Health* May 2004; Open Access, BioMed Central Ltd, available on web @ www.human-resources-health.com/content/21/5
- Kunst A, Howling T. A Gloal Picture of Poor-Rich Differences in the Utilization of Delivery Care. In De Brouwere V, Van Lerberge W (eds) *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence.* *Studies in Health Services Organization & Policy*, 17; 297-315. 2001
- Kwast B, Bentley J. Introducing confident midwives: Midwifery Education – Action for Safe Motherhood. *Midwifery* 1991, Mar(7(1)); 8-9
- Kwast B, Bergström S. Training professionals for safe motherhood. In Lawson JB, Harrison KA, Bergström S. *Maternity Care in Developing Countries.* RCOG Press. London. 2001
- Lawn J, Shibuya K, Stein C. No cry at birth: global estimates of intrapartum stillbirths and intrapartum-related neonatal deaths. *Bull. WHO* 2005;83(6):409-17
- Loudon I. Maternal mortality in the past and its relevance to the developing world today. *AJCN* 2000 72(1S): 24iS0246S
- Leininger, M. Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing.* 2002. Vol. 13, No. 3, 189-192
- Lugina, H. *Women's postpartum concerns and midwives' reflection on postpartum care: Studies in Dar es Saalam, Tanzania.* Doctoral Thesis, Uppsala University, Sweden. ISBN: 91-554-5067-9, 2001
- Matthews Z, Brookes M, Stones W, Hosssain MB. Village in the city: Autonomy and maternal health-seeking among slum populations of Mumbai. In Kishor S (ed) *A Focus on Gender: Collected papers on Gender using DHS Data.* ORC Macro, Calverton, Maryland USA, August 2005
- Maimbolwa, M. (2004) *Maternity care in Zambia : With special reference to social support.* Doctoral thesis, Karolinska Institutet. ISBN: 91-7349-612-X
- MoH Indonesia, WHO, UNFPA, UNICEF. *Evaluation of In-Service Competency-Based Training for MPS: Indonesia. Final Report.* Ministry of Health of the Republic of Indonesia in collaboration with WHO, UNFPA, UNICEF. Jakarta, 2004
- MoH, Kingdom of Cambodia. *Obstacles to deliveries by Trained Health Providers to Cambodian Rural Women.* UNFPA, Phnom Penh, February 2006
- Mtshali NG. Conceptualisation of community-based basic nursing education in South Africa: a grounded theory analysis. *Curationis.* 2005, May28(2); 5-12
- Mullay B. Barriers to and attitudes towards promoting husbands' involvement in maternal health in Katmandu, Nepal. *Soc Sc. & Med.* 62,11. 2006; 2798-2809
- NAHO. Midwifery and Aboriginal Midwifery in Canada, National Aboriginal Health Organization, Ottawa, May 28, 2004
- Padmanathan, I., Liljestrand, J. et al . *Investing in Maternal Health in Malaysia and Sri Lanka* World Bank ISBN: 0-8213-5362-4. 2003
- Pathak LR, Kwast B, Mallah D, Pradhan AS, Rajlawat R, Campbell B..Process indicators for safe motherhood programmes: their application and implications as derived from hospital data in Nepal. *Tropical Medicine & International Health* 5 (12), 882–890, 2000. On line article, accessed February 2007
- Paxton A, Bailey P, Lobis S. The United Nations Process Indicators for emergency obstetric care: reflections based on a decade of experience. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006, 95: 192-208
- Penny S, Murray SF. Training initiatives for essential obstetric care in developing countries: a “state of art” review. *Health Policy and Planning* 2000, 15(4); 386-393
- Petterson, K.O, Christensson, K, Gomes de Freitas, EG, Johansson E 2004. 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
- Petterson K.O, Christensson, K, Gomes De Freitas, EG., Johansson, E. 2007. Strategies applied by women in coping with ad-hoc demands for unauthorized user-fees during pregnancy and childbirths. A focus group study from Angola. *Health Care for Women International*, 28:224- 246
- Pitchforth E, van Teijlingen E, Graham W, Fitzmaurice A. Development of a proxy wealth index for women utilizing emergency obstetric care in Bangladesh. *Health Policy and Planning.* 2007 September 1, 2007;22(5):311-9.

- Portela A, Santarelli C. Empowerment of women, men, families, and communities: true partners for improving maternal and newborn health. *British Medical Bulletin*, 2003, 67; 59-72
- Potter C. Brough R. Systematic capacity building: a hierarchy of needs. *Health Policy & Planning*: 2004, (5): 336-343, 2004
- Predhan EK, et al. Risk of Death following pregnancy in rural Nepal. *Bull WHO*. 2002, 80:887-891
- Razzak J, Kellermann A. Emergency care in developing countries is it worthwhile? *Bull WHO*. 2002, 80: 90-904
- Ranson K. Reduction of catastrophic health care expenditure by a community based health insurance scheme in Gujarat, India.: current experiences and challenges. *Bull WHO*, 2002; 80:613-621
- Saugstad, O., Ramji, S., Vento, M. (2005) Resuscitation of Depressed Newborn Infants with Ambient Air or Pure Oxygen: A Meta-Analysis. *Biology of the Neonate* 2005;87:27-34
- Sherratt DR. *Rapid scale up of midwives is vital for saving the lives of mothers and newborns*. Background paper for UNFPA workshop 21-23 March 2006, NY. Scaling up the Capacities of Midwives to Reduce Maternal Mortality and Morbidity. NY, 2006
- Shiffman J. Generating Political will for Safe Motherhood in Indonesia. *Soc Sc Med*. 2003, 56(6); 1197-1207
- Starrs A & IAGSM. *The Safe Motherhood Action Agenda: Report on the Safe Motherhood Technical Consultation, 18-23 October 1997, Colombo, Sri Lanka*. Inter Agency Group for Safe Motherhood, New York, 1998.
- Stanton C. Blanc AK. Croft T, Choi Y. Skilled care at birth in the developing world: progress to date and strategies for expanding coverage. *J Biosoc Sci*. 2007 Jan;39(1):109-20
- Stapleton. H. Duerden. J. Kirkham. M. *Evaluation of the impact of The Supervision of Midwives on Professional Practice and The Quality of Midwifery Care*. English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting:: London:1998
- UNFPA. *Maternal Mortality Update 2006. Expectation and Delivery: Investing in Midwives and Others with Midwifery Skills (MOMS)*. United National Population Fund, NY, 2007 (in press)
- UNICEF,WHO,UNFPA.1997: Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services. UNICEF, New York 1997
- Wagstaff A, Claeson M. *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the challenges*. The World Bank, Washington, 2004
- WHO. Human Resources Development for Maternal and Newborn Health at the Health Centre referral level. *Report of a joint FHE/HRH Task Force Meeting 1993, 25-29 October*. World Health Organization, Geneva 1993
- 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, 2005a
- WHO. *World Health Report 2005: Make every mother and child count*. Policy brief four Working with civil society organizations. World Health Organization, Geneva, 2005b
- WHO. *Skilled Attendants at Birth. 2006 Update*. Department of Reproductive Health and Research, World health Organization, Geneva, 2006a
- WHO. *Neonatal and Perinatal Mortality - Country, Regional and Global Estimates*. World Health Organization, Geneva, 2006b
- WB. *World Development Report 2004. Making Services Work for Poor People*. The World Bank. Washington DC. 2005
- Wyss K, An approach to classifying human resources constraints to attaining health-related Millennium Development Goals. *Human Resources for Health*. 2004, 2:11. Open Access, BioMed Central Ltd, available on web @ www.human-resources-health.com/content/2/1/11